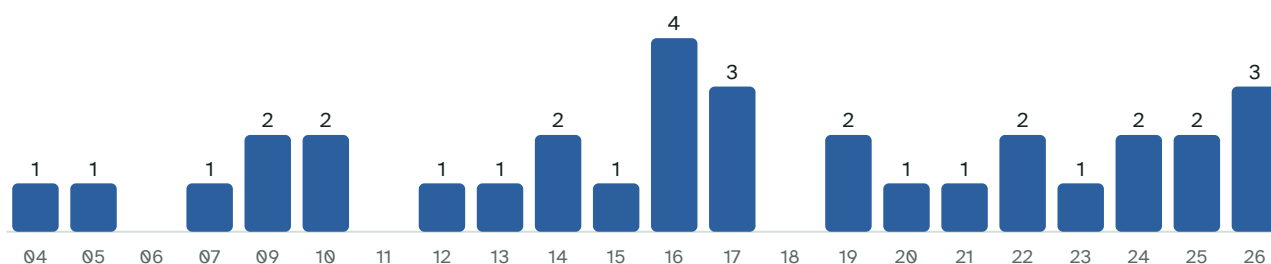


Ansiedad, personalidad y conducta alimentaria

Tres bloques de la psiquiatría que el EIR pregunta casi todos los años: los trastornos de ansiedad (con el TOC, el estrés postraumático y los trastornos somatomorfos y disociativos), los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Caen sobre todo las definiciones clínicas (qué es una obsesión, qué define la agorafobia, qué grupo es cada trastorno de la personalidad), los criterios de la anorexia nerviosa tras el DSM-5 y los cuidados enfermeros en TCA y en el trastorno límite.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **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



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

Lo más repetido

- Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos DSM-5 (distorsión corporal, penderofobia; amenorrea ya no) (3 exámenes)
- Ansiedad: manifestaciones fisiológicas (3 exámenes)
- Obsesiones: intrusivas y egodistónicas (2 exámenes)
- Agorafobia: miedo a lugares de difícil escape (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Ansiedad normal y patológica: síntomas y niveles	8
2. Crisis de angustia, agorafobia, fobias y ansiedad generalizada	12
3. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	15
4. Estrés postraumático, trastornos somatomorfos, disociativos y facticio	18
5. Personalidad y trastornos de la personalidad: modelos y grupos	22
6. Trastorno límite de la personalidad: clínica, comorbilidad y cuidados en la crisis	28
7. Trastornos de la conducta alimentaria: clasificación, anorexia y bulimia	31
8. TCA: cribado, relación terapéutica y educación nutricional	35
Todas las preguntas del tema (35)	40
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	49
Solucionario	51
Fuentes	53

Resumen para repasar

1. Ansiedad normal y patológica: síntomas y niveles

- La ansiedad es la **anticipación de un daño futuro** con disforia y síntomas somáticos; es patológica cuando supera la capacidad adaptativa ^{F1}
- Síntomas **físicos**: sudoración, temblor, **taquicardia**, disnea, **náuseas**, **diarrea**, **micción frecuente** ^{F1}
- Síntomas **psicológicos**: preocupación, agobio, miedo a perder el control, **dificultad de concentración**, evitación, bloqueo psicomotor ^{F1}
- Peplau: **leve, moderada, grave y pánico**. Moderada: campo perceptivo estrechado; grave: muy reducido, no puede aprender, taquicardia e hiperventilación ^{F8}
- **Pánico**: conducta desregulada, no procesa la información y **pierde el contacto con la realidad** ^{F8}
- Grave según OpenStax: pueden aumentar cefalea, **náuseas**, mareo e insomnio; son frecuentes temblor y latidos fuertes. Pánico: **habla confusa o incapacidad para hablar** ^{F26}
- Ansiedad patológica: síntomas en tres planos, **físico, psicológico y conductual** ^{F1}

2. Crisis de angustia, agorafobia, fobias y ansiedad generalizada

- Crisis de angustia: miedo intenso con **4 o más síntomas**, inicio brusco, máximo en **10 minutos** ^{F1}
- Incluye **despersonalización o desrealización**, miedo a perder el control, a volverse loco o a morir ^{F1}
- **Agorafobia**: ansiedad en lugares de **difícil escape** o sin ayuda: multitudes, tiendas y centros comerciales, transportes, puentes, estar solo fuera de casa ^{F1 F2}
- Fobia **social**: actuaciones en público; **específica**: objeto o situación concretos ^{F1}
- La conducta típica de las fobias es la **evitación** ^{F1}
- **TAG**: preocupación excesiva más de **6 meses**, ansiedad «flotante» ^{F1 F2}

3. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

- TOC: **obsesiones, compulsiones o ambas** (también en el DSM-5-TR) ^{F1 F2 F29}
- Obsesiones: **intrusas**, no deseadas, angustiosas (**egodistónicas**), pero **reconocidas como propias** ^{F1 F2 F4}
- Compulsiones: buscan **reducir el malestar o prevenir un suceso temido**, se reconocen absurdas; resistirse aumenta la ansiedad ^{F1 F2}
- El TOC **no es un trastorno de la personalidad** ^{F2}
- Grupo del TOC (DSM-5): **dismórfico corporal**, tricotilomanía, acumulación, excoriación ^{F5}
- **Dismórfico corporal**: preocupación por defectos físicos imperceptibles, **sin bajo peso** ^{F4}
- La persona reconoce que la obsesión nace de **su propia mente**, a diferencia de la inserción del pensamiento ^{F1}

4. Estrés postraumático, trastornos somatomorfos, disociativos y facticio

- **TEPT** (DSM-5): exposición a **muerte, lesión grave o violencia sexual**, real o amenaza; reexperimentación, evitación, cogniciones negativas e hiperactivación ^{F7}
- Trastorno de síntomas somáticos: síntomas **angustiosos o que alteran el funcionamiento** con preocupación desproporcionada; no exige que falte explicación médica ^{F6}
- Disociativos o de conversión: **psicógenos**, asociados a **sucesos traumáticos**, sin enfermedad neurológica ^{F2}
- **Conversión**: el afecto desagradable **se transforma en síntomas corporales** de funciones voluntarias o sensitivas ^{F2 F3}
- **Facticio**: simula síntomas para **asumir el papel de enfermo**, sin incentivo externo (Munchausen); la simulación busca ganancia externa ^{F20}
- En conversión la CIE-10 excluye la **simulación consciente** ^{F2}

5. Personalidad y trastornos de la personalidad: modelos y grupos

- Cinco Grandes: extraversión, **afabilidad**, responsabilidad, neuroticismo (estabilidad emocional) y apertura ^{F22}
- Afabilidad: confianza, altruismo, cooperación, sensibilidad hacia los demás ^{F23}; para John y Srivastava incluye la **calidez** (afectuoso, cálido) ^{F35}
- Trastorno de la personalidad: patrón **duradero y generalizado** que causa malestar o deterioro, desde la adolescencia o inicio de la edad adulta ^{F18 F21}
- Grupo **A** raros (paranoide, **esquizoide, esquizotípico**); **B** dramáticos (antisocial, límite, **histriónico, narcisista**); **C** temerosos (evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo) ^{F18}
- **Esquizoide**: aislado sin que le importe, expresión emocional limitada; **esquizotípico**: excéntrico, ansiedad social, distorsiones perceptivas ^{F2 F21}
- **Histriónico**: **emotividad excesiva y búsqueda de atención**; **narcisista**: **grandiosidad y necesidad de admiración** ^{F18 F21}
- El término **borderline** nace del **psicoanálisis** (Stern 1938, Kernberg) ^{F17}; para NICE, ese concepto psicoanalítico influyó en su entrada en el DSM-III ^{F28}
- DSM-5-TR: esquizoide, desapego e **indiferencia aparente al elogio o la crítica**; esquizotípico, malestar en relaciones cercanas, **distorsiones cognitivas o perceptivas** y excentricidad ^{F30 F31}

6. Trastorno límite de la personalidad: clínica, comorbilidad y cuidados en la crisis

- TLP: inestabilidad en **relaciones, afecto y autoimagen** con impulsividad; 1-2 % de la población y 3:1 en mujeres según la GPC; el MSD da 2,7 % y 1:1 en población general ^{F17 F19}
- Criterios: miedo al abandono, idealización-devaluación, vacío crónico, autolesiones, ira, ideación paranoide transitoria ^{F17}
- Comorbilidad: la más frecuente es la **depresión (40-87 %)**; sustancias y TCA habituales; lo psicótico son **síntomas transitorios**, no un trastorno aparte ^{F17 F19}
- NICE: a menudo comórbido con **depresión, ansiedad, sustancias**, bulimia, TEPT y bipolar; los delirios del TLP suelen ser **breves** ^{F28}
- Crisis: **no minimizar**, validar, garantizar la seguridad e **implicar a la familia con consentimiento** ^{F17}

7. Trastornos de la conducta alimentaria: clasificación, anorexia y bulimia

- TCA del DSM-5: anorexia, bulimia, **atrachón**, evitación/restricción, pica, rumiación; **la vigorexia no** ^{F10 F11}
- Anorexia: conocida **desde el siglo XVII**; miedo intenso a engordar (**ponderofobia**) y **distorsión de la imagen corporal** ^{F9}
- El DSM-5 **eliminó la amenorrea** como criterio ^{F10 F14}
- La amenorrea sigue siendo síntoma, de origen **hipotalámico** (hipogonadismo hipogonadotrófico) ^{F9 F14}
- Bulimia: **atracones** en secreto con **conductas compensatorias**, peso variable; DSM-5: una vez por semana ^{F9 F10}
- **Signo de Russell**: callosidades o heridas en el **dorso de la mano** por provocarse el vómito; su descripción se remite a Russell (1979) ^{F9 F14 F34}
- Tipos de anorexia: **restrictivo** y **compulsivo/purgativo**; poca conciencia de enfermedad ^{F9}

8. TCA: cribado, relación terapéutica y educación nutricional

- **SCOFF**: 5 preguntas sí/no; **2 o más** indica riesgo; cribado en primaria desde los 11 años; **no diagnostica** ^{F9 F15}
- El cribado y las señales de alerta **no bastan para diagnosticar**; evitar culpabilizar ^{F9 F12}
- Relación terapéutica: empatía, explicar que **está enfermo**, peso controlado sin que lo vea: relación **descentrada del peso** ^{F9}
- Ante el desacuerdo con la pauta: **pactar con el paciente**, de forma gradual ^{F14}
- Objetivo prioritario en AN: **recuperación ponderal**; conocen bien las calorías; talleres de relajación ^{F9 F14}
- En la AN, preocupación por la comida: pueden estudiar dietas y calorías, **coleccionar recetas** y **preparar comidas para otros** ^{F27}
- Educación nutricional SENPE: **individualizada**, **normalizar** patrones y conductas, **vencer el temor** a ciertos alimentos ^{F13}
- Contrato terapéutico escrito y **pacto de conductas** en la familia en los cuadros crónicos ^{F9 F14}

Puntos clave

- 1 La dificultad de concentración es un síntoma psicológico de la ansiedad; taquicardia, diarrea, náuseas y micción frecuente son físicos ^{F1}
- 2 Niveles de Peplau: leve, moderada, grave y pánico; en el pánico se pierde el contacto con la realidad ^{F8}
- 3 La despersonalización y la desrealización son síntomas de la crisis de angustia ^{F1}
- 4 Agorafobia: miedo a lugares o situaciones de los que es difícil escapar o recibir ayuda (multitudes, tiendas, transportes, puentes) ^{F1 F2}
- 5 La conducta característica de las fobias es la evitación ^{F1}
- 6 Obsesión: intrusa, no deseada y angustiosa (egodistónica), reconocida como propia; la compulsión busca reducir la ansiedad o evitar un suceso temido ^{F1 F2 F4}
- 7 TOC: obsesiones, compulsiones o ambas; no es un trastorno de la personalidad ^{F1 F2}
- 8 El dismórfico corporal pertenece al grupo del TOC: preocupación por defectos físicos imperceptibles, sin bajo peso ^{F4 F5}
- 9 TEPT (DSM-5): exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual, real o como amenaza ^{F7}
- 10 Conversión: el afecto desagradable se transforma en síntomas corporales de funciones voluntarias o sensitivas; asociada a sucesos traumáticos ^{F2 F3}
- 11 Trastorno facticio: simula síntomas para asumir el papel de enfermo, sin incentivo externo ^{F20}
- 12 Grupos de personalidad: A raros (paranoide, esquizoide, esquizotípico), B dramáticos (antisocial, límite, histriónico, narcisista), C temerosos (evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo) ^{F18}
- 13 En el TLP la comorbilidad más frecuente es la depresiva (40-87 %); los síntomas psicóticos son transitorios y no suelen constituir un trastorno aparte ^{F17 F19}
- 14 En la crisis del TLP: no minimizar, validar, garantizar la seguridad e implicar a la familia con consentimiento ^{F17}
- 15 La amenorrea dejó de ser criterio de anorexia en el DSM-5; es de origen hipotalámico ^{F9 F10}

16 Signo de Russell: callosidades o heridas en el dorso de la mano por provocarse el vómito ^{F9}

17 SCOFF: cribado de TCA con 5 preguntas; 2 o más síes indican riesgo; no diagnostica ^{F9 F15}

18 Educación nutricional SENPE: individualizada, normalizar conductas y vencer el temor a ciertos alimentos ^{F13}

1. Ansiedad normal y patológica: síntomas y niveles

La guía de práctica clínica del SNS define la **ansiedad** como una **anticipación de un daño o desgracia futuros**, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una **señal de alerta** que advierte de un peligro inminente y permite adoptar medidas para enfrentarse a la amenaza. Solo se vuelve **patológica** cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, y entonces provoca malestar significativo con síntomas en tres planos: **físico, psicológico y conductual** ^{F1}.

Los **trastornos de ansiedad** son un grupo de enfermedades caracterizadas por preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad de la persona. La guía es de 2008, reproduce criterios **DSM-IV-TR** y el propio documento advierte de que está pendiente de actualización ^{F1}.

Síntomas físicos (fisiológicos)	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad ^{F1}	Preocupación, aprensión ^{F1}
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias ^{F1}	Sensación de agobio ^{F1}
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias , dolor precordial ^{F1}	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente ^{F1}
Respiratorios: disnea ^{F1}	Dificultad de concentración , quejas de pérdida de memoria ^{F1}
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea , estreñimiento, aerofagia, meteorismo ^{F1}	Irritabilidad, inquietud, desasosiego ^{F1}
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual ^{F1}	Conductas de evitación de determinadas situaciones ^{F1}
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Inhibición o bloqueo psicomotor ^{F1}
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Obsesiones o compulsiones ^{F1}

La concentración no es un síntoma fisiológico

La **dificultad de concentración** figura en la columna de síntomas **psicológicos** de la guía, no entre los físicos ^{F1}. La CIE-10 la sitúa igual: dentro de la **aprensión**, separada de la **hiperactividad vegetativa** (taquicardia, sudoración, mareo, boca seca) ^{F3}. Los síntomas fisiológicos son los de la columna izquierda: taquicardia, diarrea, náuseas, micción frecuente, sudoración, temblor ^{F1}.

Ansiedad: manifestaciones fisiológicas

NO es una respuesta fisiológica de la ansiedad:

1. La descarga de glucosa en sangre.
2. El deseo imperioso de miccionar.
3. La aceleración de las pulsaciones.
4. La modificación eventual de la cantidad de menstruación.
5. La disminución de la capacidad de concentración.

Ansiedad: manifestaciones fisiológicas

Son síntomas de ansiedad:

1. Diarrea y taquicardia.
2. Inhibición, bloqueo psicomotor y sequedad de piel.
3. Miosis y sensación de agobio.
4. Estreñimiento y disfasia.
5. Miedo a perder el control y calambres.

Niveles de ansiedad de Peplau. La enfermera teórica **Hildegard Peplau** describió **cuatro niveles** de ansiedad: **leve, moderada, grave y pánico**. Las conductas se solapan entre niveles, pero ayudan a ajustar la intervención. Esta descripción procede de un manual abierto de enfermería de salud mental, no de la obra original de Peplau (ver pendiente) ^{F8}.

Nivel	Percepción y conducta	Síntomas físicos
Leve	Forma parte de la vida diaria; ayuda a percibir la realidad con nitidez. Inquietud, irritabilidad, conductas que alivian tensión (tamborilear, morderse las uñas) ^{F8}	—
Moderada	El campo perceptivo se estrecha ; inatención selectiva. Pensar, aprender y resolver problemas se dificulta, pero aún es posible ^{F8}	Respuesta fisiológica de estrés: sudoración, frecuencia cardíaca y respiratoria elevadas , cefalea, molestias gástricas, urgencia urinaria, temblor de voz ^{F8}
Grave	Campo perceptivo muy reducido ; se fija en un detalle o en muchos dispersos; aspecto aturdido o confuso. No es posible aprender ni resolver problemas ^{F8}	Los síntomas de la respuesta de estrés de la moderada (sudoración, frecuencia cardíaca elevada, molestias gástricas...) se intensifican , y puede haber hiperventilación, corazón acelerado (taquicardia) , insomnio y sensación de catástrofe inminente ^{F8}
Pánico	Nivel más extremo : conducta muy desregulada. No puede procesar la información del entorno y puede perder el contacto con la realidad (percepción distorsionada); deambula, corre, grita o se retrae; puede haber alucinaciones. Puede acabar en agotamiento ^{F8}	—

Grave frente a pánico

En la **grave** dominan los síntomas físicos intensificados (corazón acelerado, hiperventilación) y la persona no puede aprender ni resolver problemas; la fuente no describe en ella pérdida del contacto con la realidad. En el **pánico** la conducta se desregula (deambular, correr, gritar), la persona **no puede procesar la información** del entorno y **puede perder el contacto con la realidad** ^{F8}.

Otro manual abierto de enfermería de salud mental (OpenStax, 2024) recoge los mismos cuatro niveles de Peplau. En la ansiedad **grave** el campo perceptivo está muy reducido, puede haber confusión y la conducta es automática y dirigida a aliviar la ansiedad; pueden aumentar la **cefalea, las náuseas, el mareo y el insomnio**, son frecuentes el **temblor** y los **latidos cardíacos fuertes**, y puede haber hiperventilación y sensación de catástrofe inminente. En el **pánico** la persona no puede procesar lo que ocurre y puede perder el contacto con la realidad; puede haber alucinaciones, inmovilidad o hiperactividad intensa, **habla confusa o incapacidad para hablar**, entumecimiento, hormigueo, disnea, mareo, dolor torácico, náuseas, temblor, escalofríos, rubor y palpitaciones ^{F26}.

Ansiedad grave: qué dice cada manual

Para la **grave**, Open RN da el corazón acelerado (taquicardia), la intensificación de las molestias gástricas y la sudoración de la moderada, la hiperventilación y el insomnio ^{F8}; OpenStax añade que pueden aumentar las **náuseas**, la cefalea, el mareo y el insomnio y que son frecuentes el temblor y los latidos fuertes ^{F26}. La **pérdida del contacto con la realidad** la sitúan los dos en el **pánico**, no en la grave ^{F8 F26}, y OpenStax pone también en el pánico el **habla confusa o la incapacidad para hablar** ^{F26}.

EIR 2014 · 41

P25 · respuesta en el solucionario

Ansiedad: manifestaciones fisiológicas

Son signos y síntomas de ansiedad grave:

1. Taquicardias y náuseas.
2. Disminución de la atención y temblores.
3. Vómitos y agitación psicomotriz.
4. Insomnio y malestar.
5. Percepción distorsionada e incapacidad para comunicarse.

EIR 2010 · 95

P29 · respuesta en el solucionario

Nivel de ansiedad de pánico

La persona que reacciona a un estímulo inespecífico con una percepción distorsionada de la realidad, incapacidad para comunicarse o actuar y alteraciones orgánicas como vómitos y agitación psicomotriz, se encuentra en un estado de:

1. Ansiedad.
2. Ansiedad grave.
3. Ansiedad muy grave.
4. Paranoia.
5. Pánico.

2. Crisis de angustia, agorafobia, fobias y ansiedad generalizada

La **crisis de angustia** (ataque de pánico) es la aparición temporal y aislada de **miedo o malestar intensos**, con **cuatro o más** síntomas que se inician **bruscamente** y alcanzan su máxima expresión en los **primeros 10 minutos** ^{F1}. En el trastorno de pánico de la CIE-10 las crisis de ansiedad grave son recurrentes y **no se limitan a una situación concreta**, por lo que son **imprevisibles**; son típicos el inicio súbito de palpitaciones, dolor torácico, sensación de ahogo, mareo y **sentimientos de irrealidad (despersonalización o desrealización)**, con miedo secundario a morir, a perder el control o a volverse loco ^{F2}.

Grupo	Síntomas de la crisis de angustia (DSM-IV-TR, según la GPC)
Cardiopulmonares	1. Opresión o malestar torácico. 2. Sensación de ahogo o falta de aliento. 3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca ^{F1}
Autonómicos	4. Sudoración. 5. Escalofríos o sofocaciones ^{F1}
Gastrointestinales	6. Sensación de atragantarse. 7. Náuseas o molestias abdominales ^{F1}
Neurológicos	8. Temblores o sacudidas. 9. Parestesias. 10. Inestabilidad, mareo o desmayo ^{F1}
Psiquiátricos	11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo). 12. Miedo a perder el control o volverse loco. 13. Miedo a morir ^{F1}

EIR 2017 · 163

P16 · respuesta en el solucionario

Crisis de angustia: despersonalización

En las crisis de angustia, uno de los síntomas que pueden darse, serían:

1. Ideas deliroides de somatización.
2. Vivencias de Flash backs de acontecimientos traumáticos.
3. Vivencias súbitas de despersonalización y extrañeza de sí mismo.
4. Trastornos de conversión.

El **trastorno de angustia** exige crisis **inesperadas y recidivantes** y, tras al menos una, un mes o más de inquietud persistente por tener más crisis, preocupación por sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto, «volverse loco») o cambio significativo del comportamiento ^{F1}.

La **agorafobia** es la aparición de ansiedad al encontrarse en **lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso)** o donde, si aparece una crisis, puede no disponerse de ayuda. Los temores típicos son **estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil**; estas situaciones **se evitan**, se soportan con gran malestar o exigen ir acompañado ^{F1}. La información para pacientes de la misma guía añade ir en metro, **ir a centros comerciales**, lugares con mucha gente o de donde no se pueda salir con facilidad ^{F1}. La CIE-10 la describe como un grupo de fobias que abarca el miedo a **salir de casa, entrar en tiendas, las multitudes y los lugares públicos**, o viajar solo en tren, autobús o avión; el trastorno de pánico es frecuente y la **evitación** suele ser prominente ^{F2}.



Agorafobia no es miedo a los espacios abiertos

Lo que define la agorafobia es el miedo a **lugares de los que es difícil escapar o recibir ayuda**: multitudes, grandes almacenes y centros comerciales, transportes, puentes, estar solo fuera de casa ^{F1 F2}. El miedo a **actuar en público** es fobia **social**; la crisis **inesperada** es el trastorno de **pánico**; las obsesiones y compulsiones son **TOC** ^{F1}.

EIR 2007 · 88

P33 · respuesta en el solucionario

Agorafobia: miedo a lugares de difícil escape

Un enfermo atendido en la consulta que manifiesta síntomas de ansiedad y refiere sentir miedo a estar solo, transitar por túneles y permanecer en grandes almacenes, presenta signos de:

1. Fobias específicas.
2. Fobia inespecífica.
3. Fobia social.
4. Aerofobia.
5. Agorafobia.

EIR 2014 · 169

P24 · respuesta en el solucionario

Agorafobia: miedo a lugares de difícil escape

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en:

1. Una crisis de ansiedad o ataques de pánico que ocurren, por lo general, de una forma inesperada.
2. Un miedo intenso y persistente a realizar actuaciones en público.
3. La presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente que provocan grandes pérdidas de tiempo.
4. Un trastorno mental agudo con escasa carga socioeconómica y sanitaria.
5. El miedo y evitación de lugares muy concurridos o situaciones de las que resulta difícil escapar.

Fobia	Qué la define
Social	Temor acusado y persistente a situaciones sociales o actuaciones en público con personas ajenas a la familia o con posible evaluación por los demás ^{F1} . Se asocia a baja autoestima y miedo a la crítica; puede presentarse como rubor, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional ^{F2}
Específica	Temor acusado, persistente, excesivo o irracional ante un objeto o situación concretos (volar, precipicios, animales, inyecciones, sangre); la persona reconoce que el miedo es excesivo y la situación se evita o se soporta con intensa ansiedad ^{F1} . Incluye acrofobia, claustrofobia y fobias a animales ^{F2}
Agorafobia	Lugares o situaciones de difícil escape o sin ayuda disponible ^{F1}

En todas las fobias la conducta característica es la **evitación** de la situación temida: los criterios la recogen expresamente, y la CIE-10 señala que algunos agorafóbicos sienten poca ansiedad precisamente porque **consiguen evitar** sus situaciones fóbicas ^{F1 F2}.

EIR 2005 · 85

P34 · respuesta en el solucionario

Fobia: conducta de evitación

¿Qué conducta es más frecuente en la fobia?:

1. Excéntrica.
2. Evitación.
3. Desorganizada.
4. Enfrentamiento.
5. Histriónica.

El **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)** consiste en ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos, **más de 6 meses**, difíciles de controlar, con **tres o más** de: inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño ^{F1}. La CIE-10 la llama ansiedad **«flotante»**: generalizada y persistente, no limitada a ninguna circunstancia del entorno ^{F2}.

3. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

La CIE-10 define el **TOC** por la presencia de **pensamientos obsesivos o actos compulsivos** recurrentes ^{F2}. La APA lo describe como un trastorno con **obsesiones** a las que la persona responde con **compulsiones** (rituales) para librarse de ellas ^{F4}. Pueden darse **obsesiones, compulsiones o ambas**: los criterios de la GPC piden **obsesiones o compulsiones**, no las dos a la vez ^{F1}. Según el Manual MSD, los criterios del **DSM-5-TR** se basan en la presencia de **obsesiones, compulsiones o ambas**, que deben consumir mucho tiempo (p. ej., más de 1 hora al día en total) o causar malestar intenso o deterioro clínicamente significativo ^{F29}. El TOC **no es un trastorno de la personalidad**: la personalidad obsesivo-compulsiva (anancástica) es una entidad distinta, y la CIE-10 excluye expresamente el TOC de ella ^{F2 F21}.

Obsesiones. Son ideas, imágenes o impulsos que entran en la mente **una y otra vez** de forma estereotipada; casi siempre **angustian**, y la persona intenta, sin éxito, **resistirse**. Aun así, las **reconoce como pensamientos propios**, aunque sean **involuntarios y a menudo repugnantes** ^{F2}. La GPC las define como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se viven como **intrusos e inapropiados** y causan **ansiedad o malestar**; la persona intenta ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos, y reconoce que son **producto de su mente** (no impuestos, como en la inserción del pensamiento) ^{F1}. La APA las llama **no deseadas, intrusivas**, recurrentes y persistentes ^{F4}.



Obsesión = intrusa, parásita y ansiógena, pero propia

La obsesión se vive como **extraña, intrusa y parásita**, contraria a los deseos de la persona (**egodistónica**): no deseada, angustiosa, repugnante, y la persona lucha contra ella ^{F2 F4}. **No** es egosintónica. Y la persona sabe que nace de **su propia mente**: eso la distingue del delirio de inserción del pensamiento ^{F1}. Genera **ansiedad**; la compulsión la alivia ^{F2}.

EIR 2017 · 159

P17 · respuesta en el solucionario

Obsesiones: intrusivas y egodistónicas

La característica clínica principal de los TO (trastornos obsesivos) la constituyen los pensamientos obsesivos que se caracterizan por:

1. Su carácter insólito, intruso y parásito, que se vivencian como extraños.
2. El control inconsciente de conductas automáticas.
3. Conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez.
4. Un temor acusado y persistente, excesivo, irracional y parasitario.

Compulsiones. Son conductas (lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras) repetitivos que la persona se siente **obligada** a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas rígidas. Su objetivo es **prevenir o reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento negativo**, pero no están conectados de forma realista con lo que pretenden evitar o son claramente excesivos. Consumen tiempo (**más de 1 hora al día**) ^{F1}. Para la CIE-10 su función es **prevenir algún suceso objetivamente improbable**; la persona suele reconocerlas como **absurdas o ineficaces** e intenta resistirse, y si se resiste la **ansiedad empeora** ^{F2}. La APA añade que alivian el malestar solo **temporalmente** y que la persona puede temer consecuencias terribles para sí o sus seres queridos si no las completa ^{F4}.

El grado de **conciencia** varía: la mayoría reconoce que sus pensamientos son excesivos o irracionales, pero no todos ^{F4}. El diagnóstico DSM-5-TR puede incluir un especificador del **nivel de conciencia de la enfermedad**: buena o regular, pobre, o falta de conciencia de la enfermedad o creencias delirantes ^{F29}. El trastorno causa **pérdida de tiempo y deterioro** social y laboral ^{F1}.

EIR 2016 · 217

P22 · respuesta en el solucionario

TOC: finalidad de las compulsiones (reducir ansiedad)

En el trastorno obsesivo-compulsivo el objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir:

1. La ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida.
2. El estado de alerta o el estado de malestar sobre su cuerpo e imagen.
3. La preocupación obsesiva por su mundo interior o por su imagen corporal.
4. El malestar clínicamente significativo relacionado con su mundo laboral.

EIR 2019 · 198

P13 · respuesta en el solucionario

Obsesiones: intrusivas y egodistónicas

En relación con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Las obsesiones son egosintónicas y ansiógenas.
2. Las obsesiones o compulsiones pueden causar un deterioro social o incluso laboral.
3. Las compulsiones tienen la función de evitar que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable, siendo reconocidas por la persona como carentes de sentido.
4. Las creencias sobre el trastorno pueden llegar a ser delirantes.

EIR 2026 · 58

P2 · respuesta en el solucionario

TOC: definición (obsesiones, compulsiones o ambas)

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por:

1. Un Trastorno en el que aparecen obsesiones y compulsiones siempre juntas.
2. Un Trastorno de personalidad donde aparecen impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como no deseadas, causando ansiedad o malestar importante en la persona afectada.
3. Un Trastorno donde aparecen comportamientos repetitivos que la persona realiza como respuesta a la ansiedad generalizada.
4. Un Trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones, o ambas, que pueden aparecer de manera aislada o simultánea.

El DSM-5 creó el capítulo **«Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados»**, cuyos trastornos comparten una **preocupación obsesiva y conductas repetitivas**: TOC, **trastorno dismórfico corporal**, tricotilomanía, trastorno de **acumulación** y trastorno de **excoriación** ^{F5}.

En el **trastorno dismórfico corporal** la persona está **preocupada por defectos que percibe en su aspecto físico** que los demás no notan o ven mínimos, pero que ella considera feos o anormales. Implica conductas

repetitivas (mirarse al espejo, pedir que la tranquilicen) o pensamientos repetitivos (compararse con otros); lo más frecuente es que se centre en la piel, el pelo o la nariz ^{F4}. Pertenecen al grupo del TOC, **no a los TCA** ^{F5}.

Imagen corporal distorsionada sin bajo peso

En la **anorexia** la distorsión de la imagen corporal va con **bajo peso y miedo intenso a engordar** ^{F9}. Si hay preocupación por un defecto físico imaginario o mínimo **sin** bajo peso ni miedo a ganar peso, se piensa en el **trastorno dismórfico corporal** ^{F4}.

EIR 2022 · 173

P9 · respuesta en el solucionario

Trastorno dismórfico corporal

Una imagen corporal distorsionada que no se asocia a un bajo peso corporal ni a un miedo intenso a ganar peso, sería característica de:

1. Anorexia nerviosa.
2. Trastorno somatomorfo.
3. Bulimia nerviosa.
4. Trastorno dismórfico corporal.

4. Estrés postraumático, trastornos somatomorfos, disociativos y facticio

El **trastorno de estrés postraumático (TEPT)** pasó en el DSM-5 a un capítulo nuevo de **trastornos relacionados con traumas y factores de estrés**. Su desencadenante es la **exposición a una muerte, una lesión grave o una violencia sexual, reales o como amenaza**, vivida directamente, presenciada, conocida cuando le ocurre a un familiar o amigo íntimo, o por exposición repetida o extrema a detalles del suceso (por trabajo). El DSM-5 **suprimió** el requisito del DSM-IV de responder con temor, desesperanza u horror intensos. Los síntomas se agrupan en **reexperimentación, evitación, cogniciones y ánimo negativos, e hiperactivación** ^{F7}.

La CIE-10 lo describe como una respuesta **tardía o prolongada** a un suceso excepcionalmente amenazante o catastrófico: **reviviscencias** en forma de recuerdos intrusos (**flashbacks**), sueños o pesadillas, embotamiento emocional, desapego, anhedonia, **evitación** de lo que recuerda el trauma e hiperactivación vegetativa con hipervigilancia, sobresalto e insomnio. Aparece tras una **latencia** de semanas a meses ^{F2}.

EIR 2016 · 219

P20 · respuesta en el solucionario

TEPT: criterio de exposición a trauma

La exposición a la muerte, sufrir una lesión grave o violencia sexual, ya sea real o percibida como amenaza, es un criterio para el diagnóstico de:

1. Relación social desinhibida.
2. Estrés postraumático.
3. Apego reactivo.
4. Adaptación.

Trastornos somatomorfos y de síntomas somáticos. En la CIE-10, lo principal de los trastornos somatomorfos es la presentación repetida de **síntomas físicos** con peticiones persistentes de exploraciones médicas pese a resultados negativos y a que los médicos aseguran que no tienen base física ^{F2}. El DSM-5 sustituyó los somatomorfos por los **trastornos de síntomas somáticos y relacionados**. El **trastorno de síntomas somáticos** se caracteriza por **síntomas somáticos muy angustiosos o que alteran de forma significativa el funcionamiento**, con pensamientos, sentimientos y conductas **excesivos y desproporcionados** respecto a ellos, de forma persistente (típicamente **al menos 6 meses**). Ya **no exige que los síntomas carezcan de explicación médica** ^{F6}. Lo central, por tanto, es la **importancia de los síntomas somáticos asociada a malestar o deterioro significativo**, no la preocupación por contraer una enfermedad ni que falte una causa orgánica ^{F6}.

Trastorno de síntomas somáticos: característica común

La característica que la mayoría de los trastornos de síntomas somáticos comparten es:

1. Uno de los síntomas de alteración de la función motora y preocupación por la salud.
2. La excesiva preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave que origine inmovilidad.
3. El pensamiento excesivo y persistente sobre la gravedad de los síntomas.
4. La importancia de los síntomas somáticos asociados con malestar y deterioro significativo.

Trastornos disociativos (de conversión). Comparten la pérdida parcial o completa de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la identidad, las sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Antes se clasificaban como **«histeria de conversión»**. Se presumen de **origen psicógeno, asociados estrechamente en el tiempo con acontecimientos traumáticos**, problemas insolubles e intolerables o relaciones alteradas. La exploración **no revela ninguna enfermedad física o neurológica** conocida, y la pérdida de función expresa conflictos o necesidades emocionales. Solo se incluyen alteraciones de funciones físicas **normalmente bajo control voluntario** y pérdidas de **sensibilidad** ^{F2}.

El término **conversión** implica que el **afecto desagradable** generado por problemas y conflictos que la persona no puede resolver **se transforma en síntomas** corporales ^{F3}. Es decir, la angustia se expresa a través del **sistema neuromuscular voluntario o sensoperceptivo** (la CIE-10 solo incluye aquí alteraciones de funciones **normalmente bajo control voluntario** y pérdidas de **sensibilidad**), sin enfermedad física ni neurológica que lo explique ^{F2 F3}. La CIE-10 excluye de este grupo la **simulación consciente** ^{F2}.

Trastornos disociativos y de conversión: asociados a suceso traumático

Señale la afirmación correcta en relación a los trastornos disociativos y de conversión:

1. Tienen un origen físico.
2. Tienden a la cronicidad.
3. Se asocian con un suceso vital traumático.
4. Los estudios revelan la existencia de una patología neurológica como desencadenante.
5. Su aparición es lenta y progresiva.

Conversión: mecanismo defensivo de angustia a síntomas corporales

En la etiopatogenia de los trastornos psicosomáticos 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.

Trastorno facticio. Es la **falsificación de síntomas físicos o psicológicos sin un incentivo externo evidente**; la motivación es **asumir el papel de enfermo**. A diferencia de los **simuladores**, que buscan ganancias externas (dinero, bajas laborales), aquí el engaño es consciente y voluntario pero **sin motivación externa evidente**. Antes se llamaba **síndrome de Munchausen**, y con frecuencia se asocia a un trastorno grave de la personalidad, sobre todo el límite ^{F20}. La CIE-10 lo describe como la simulación repetida de síntomas sin motivo evidente, que puede llegar a **autolesiones** para producir signos, con una motivación **interna** dirigida a **adoptar el papel de enfermo** ^{F2}.

Cuadro	¿Voluntario?	¿Para qué?
Conversión / disociativo	No: psicógeno; se excluye la simulación consciente ^{F2}	Expresión de un conflicto emocional ^{F2}
Síntomas somáticos	No ^{F6}	Síntomas reales con preocupación excesiva ^{F6}
Facticio	Sí, consciente ^{F20}	Papel de enfermo , sin incentivo externo ^{F20}
Simulación	Sí, consciente ^{F20}	Ganancia externa (dinero, baja) ^{F20}

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.

5. Personalidad y trastornos de la personalidad: modelos y grupos

Personalidad normal: los Cinco Grandes. El modelo de los cinco factores organiza los rasgos de personalidad en **cinco dimensiones básicas: extraversión, amabilidad o afabilidad (agreeableness), responsabilidad (conscientiousness), neuroticismo (su polo opuesto es la estabilidad emocional) y apertura a la experiencia** ^{F22}. Las facetas de la **afabilidad** en el cuestionario NEO-PI-R son **confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad hacia los demás (tender-mindedness)** ^{F23}. Es la dimensión que describe relaciones con los demás basadas en la confianza, la generosidad, la cooperación y la empatía; su polo opuesto es el antagonismo (desconfianza, manipulación, egoísmo, agresividad) ^{F23}. En la taxonomía de John y Srivastava (1999), la **calidez** (adjetivos *afectuoso, delicado y cálido*) forma parte de la **afabilidad**, junto con la sensibilidad hacia los demás (sensible, amable, blando de corazón, compasivo), el altruismo (generoso, servicial, elogioso) y la confianza (confiado, indulgente); en el NEO-PI-R de Costa y McCrae, en cambio, la faceta de calidez figura en la extraversión, aunque también correlaciona con la afabilidad ^{F35}.

EIR 2011 · 94

P39 · respuesta en el solucionario

Cinco grandes de la personalidad: afabilidad

La tendencia de la persona a tener relaciones con los demás basadas en el cariño, afecto, consideración y respeto, se considera un rasgo que, dentro de la clasificación de los “cinco grandes” de la caracterización de la personalidad, se corresponde con la dimensión de:

1. Extroversión.
2. Afabilidad.
3. Responsabilidad.
4. Estabilidad emocional.
5. Apertura mental.

Qué es un trastorno de la personalidad. Son **patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación generalizados y duraderos** que causan malestar significativo o deterioro funcional ^{F18}. La APA los define como patrones de conducta y experiencia interna **duraderos** que se apartan de lo esperable, afectan al menos a dos áreas (forma de pensar sobre uno mismo y los demás, respuesta emocional, relación con los demás, control de la conducta) y suelen empezar al **final de la adolescencia o inicio de la edad adulta**; habitualmente no se diagnostican antes de los 18 años ^{F21}. La CIE-10 subraya que no se deben a una lesión cerebral ni a otro trastorno psiquiátrico, que casi siempre se acompañan de malestar personal y alteración social y que suelen manifestarse desde la infancia o la adolescencia y persistir en la vida adulta ^{F2}.

El **DSM-5** mantuvo el enfoque categórico del DSM-IV con los **mismos 10 trastornos de la personalidad**, abandonó el sistema multiaxial y dejó un modelo alternativo dimensional en la sección III ^{F24}. El **DSM-5-TR** agrupa los 10 tipos en **3 grupos (A, B y C)** por sus características comunes, aunque no se ha comprobado la utilidad de esos grupos ^{F18}.

Grupo	Rasgo común	Trastornos y lo que los define
A	Raros o excéntricos ^{F18}	Paranoide : desconfianza y suspicacia. Esquizoide : falta de interés en los demás. Esquizotípico : ideas y comportamiento excéntricos ^{F18}
B	Dramáticos, emocionales o erráticos ^{F18}	Antisocial : irresponsabilidad social, desprecio por los demás, engaño y manipulación. Límite : vacío interior, relaciones inestables y desregulación emocional. Histriónico : búsqueda de atención y emotividad excesiva. Narcisista : grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía ^{F18}
C	Ansiosos o temerosos ^{F18}	Por evitación : evita el contacto por sensibilidad al rechazo. Dependiente : sumisión y necesidad de ser atendido. Obsesivo-compulsivo : perfeccionismo, rigidez y obstinación ^{F18}

A, B, C: raros, dramáticos, temerosos

A = los raros (paranoide, esquizoide, esquizotípico). **B** = los dramáticos (antisocial, límite, histriónico, narcisista). **C** = los temerosos (evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo) ^{F18}.

EIR 2026 · 56

P3 · respuesta en el solucionario

Trastornos de personalidad grupo A (DSM-5)

¿Cuál de las siguientes descripciones corresponde al grupo A de los Trastornos de Personalidad según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5?:

1. Aglutina los trastornos de la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.
2. Se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este grupo se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
3. Está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.
4. Incluye los trastornos de la personalidad con rasgos afectivos intensos y conductas impredecibles. Los individuos con estos trastornos suelen ser inseguros o emocionalmente inestables.

Esquizoide frente a esquizotípico. El **esquizoide** se caracteriza por la **falta de emotividad y de relaciones sociales**: está socialmente aislado y **no le molesta**, es emocionalmente frío ^{F21}; la CIE-10 añade el retraimiento de los contactos afectivos y sociales, la preferencia por la fantasía y las actividades solitarias, una **capacidad limitada para expresar sentimientos** y para experimentar placer ^{F2}. El **esquizotípico** es **raro y excéntrico** en su forma de vestir, actuar o hablar, suspicaz, **ansioso en las situaciones sociales**, y tiene **distorsiones perceptivas y cognitivas**: puede confundir ruidos con voces o creer en la telepatía o los maleficios ^{F21}. En la CIE-10 el trastorno esquizotípico no está entre los de la personalidad, sino junto a la esquizofrenia ^{F2}.

Trastorno	Criterios del DSM-5-TR según el Manual MSD (todos exigen inicio en la edad adulta temprana)
Esquizoide	Patrón persistente de desapego y desinterés general en las relaciones sociales y expresión limitada de las emociones en las interacciones, con 4 o más de: falta de deseo de disfrutar de las relaciones cercanas, incluida la familia; fuerte preferencia por actividades solitarias; poco o ningún interés en la actividad sexual con otra persona; disfrute de pocas o ninguna actividad; falta de amigos cercanos o confidentes, salvo quizá familiares de primer grado; indiferencia aparente al elogio o la crítica de los demás; frialdad emocional, desapego o afecto aplanado ^{F30}
Esquizotípico	Patrón persistente de malestar intenso con las relaciones cercanas y menor capacidad para entablarlas, distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta , con 5 o más de: ideas de referencia (no delirantes); creencias raras o pensamiento mágico; experiencias perceptivas inusuales; pensamiento y habla extraños; sospechas o pensamientos paranoides; afecto incongruente o limitado; comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar; falta de amigos cercanos o confidentes, salvo familiares de primer grado; ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y se relaciona principalmente con temores paranoides ^{F31}
Histriónico	Patrón persistente de excesiva emotividad y búsqueda de atención , con 5 o más de: incomodidad cuando no es el centro de atención; interacción inapropiadamente seductora o provocadora en términos sexuales; expresión emocional superficial y rápidamente cambiante; uso constante del aspecto físico para llamar la atención; discurso muy impresionista y vago; autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de las emociones; sugestionabilidad; considera las relaciones más íntimas de lo que son ^{F32}
Narcisista	Patrón persistente de grandiosidad, necesidad de adulación y falta de empatía , con 5 o más de: sentido exagerado e infundado de la propia importancia y talentos; preocupación por fantasías de logros ilimitados, influencia, poder, inteligencia, belleza o amor perfecto; creencia de ser especial y único y de deber asociarse solo con personas del más alto nivel; necesidad de ser admirado incondicionalmente; sentido del derecho; explotación de los demás para lograr sus propios objetivos; falta de empatía; envidia de los demás y creencia de que los demás le envidian; arrogancia y soberbia ^{F33}

Trastorno esquizoide de la personalidad

Un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales, una gama restringida de la expresión emocional en situaciones interpersonales, e indiferencia hacia la aprobación o crítica de los demás, definiría al trastorno de personalidad:

1. Antisocial.
2. Esquizotípico.
3. Esquizoide.
4. Evitativo.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Según el DSM 5, un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico corresponde al trastorno de personalidad:

1. Esquizotípico.
2. Límite.
3. Esquizoide.
4. Evitativo.

Trastorno	Descripción
Paranoide	Suspicaz y desconfiado; sensibilidad excesiva a los desaires, rencor persistente, interpreta como hostiles las acciones neutras o amistosas de los demás, celos sin justificación ^{F2 F21}
Antisocial (disocial)	Conducta egoísta, irresponsable, ilegal e impulsiva, sin respeto por los derechos ajenos y sin remordimiento ; baja tolerancia a la frustración ^{F2 F21}
Histriónico	Emotividad excesiva y conducta dirigida a llamar la atención : ruidoso, excesivamente expresivo, solo está cómodo si es el centro de atención ^{F21} ; afectividad superficial y lábil, teatralidad, sugestionabilidad, egocentrismo ^{F2}
Narcisista	Opinión elevada de sí mismo (grandiosidad), sentimiento de tener derechos, necesidad de admiración , falta de empatía ^{F18 F21}
Por evitación	Timidez extrema por baja autoestima y sensibilidad al rechazo y la crítica ^{F21}
Dependiente	Dificultad para tomar decisiones cotidianas por sí mismo, sumisión, miedo a quedarse solo o al abandono ^{F2 F21}

Trastorno	Descripción
Obsesivo-compulsivo (anancástico)	Perfeccionismo , tacañería, obstinación e inflexibilidad, preocupación por los detalles; no es lo mismo que el TOC ^{F2 F21}
Límite	Ver la sección 6 ^{F18}

EIR 2016 · 220

P19 · respuesta en el solucionario

Trastorno histriónico de la personalidad

Los pacientes con un trastorno histriónico de la personalidad presentan o tienen:

1. Una conducta sumisa y pesada; temen la separación.
2. Timidez y sentimientos inadecuados.
3. Una alteración en los circuitos nerviosos que regulan las emociones.
4. Una emocionalidad excesiva y una conducta dirigida a llamar la atención.

EIR 2017 · 232

P15 · respuesta en el solucionario

Trastorno narcisista de la personalidad

Las personas con un Trastorno Narcisista de la Personalidad, tienen tendencia a:

1. A la inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen.
2. Al rencor y a la hostilidad que tiende a la revancha indirecta.
3. A la normatividad, perserverancia y parsimonia, con preocupación por los rendimientos.
4. La grandiosidad, autoimportancia y necesidad de valoración de los demás.

Origen psicoanalítico. El término **borderline (límite)** lo usó por primera vez **Stern en 1938** en una **publicación psicoanalítica**, para pacientes que no encajaban en las categorías neuróticas ni psicóticas («grupo límite de la neurosis»). Después vinieron otras denominaciones, como la **«organización borderline de la personalidad» de Kernberg** (1967, revista psicoanalítica). El TLP entró como entidad definida en el **DSM-III (1980)** ^{F17}.

La guía NICE sobre el TLP (2009) añade que el **concepto psicoanalítico** de «organización borderline de la personalidad», intermedia entre la neurosis y la psicosis (Stern, 1938; Kernberg, 1967), **influyó en la entrada del TLP en el DSM-III** en 1980, y que las terapias específicas para el TLP nacieron adaptando técnicas existentes, entre ellas los métodos psicoanalíticos. Al describir las psicoterapias humanistas e integradoras, dice que surgieron a mediados del siglo XX como alternativa al que entonces era el **modelo dominante, el psicoanálisis** (la guía no dice que lo siga siendo hoy) ^{F28}.

Trastornos de personalidad: aportación teórica del psicoanálisis

La principal aportación teórica en la literatura psicológica actual sobre los trastornos de personalidad procede del:

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

6. Trastorno límite de la personalidad: clínica, comorbilidad y cuidados en la crisis

El **trastorno límite de la personalidad (TLP)** consiste en un **patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen, con escaso control de impulsos** ^{F17}. Su prevalencia es del **1-2 % de la población general**, del 11-20 % en pacientes ambulatorios y del 18-32 % en hospitalizados; entre el 30 y el 60 % de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP, y en ella es más frecuente en **mujeres (3:1)** ^{F17}.

Cifras que cambian según la fuente

La GPC de 2011 da una prevalencia del 1-2 % y una proporción mujer:hombre de 3:1 ^{F17}. El Manual MSD (actualizado en 2026) da una prevalencia media estimada del **2,7 %**, que puede llegar al 5,9 %, y precisa que **alrededor del 75 % de los diagnosticados son mujeres**, pero que en la población general estadounidense la proporción es **1:1** ^{F19}.

- Criterios DSM-IV-TR que recoge la GPC (**cinco o más**): esfuerzos frenéticos para evitar un **abandono** real o imaginado; relaciones inestables e intensas que alternan **idealización y devaluación**; alteración de la **identidad**; **impulsividad** dañina en al menos dos áreas (gastos, sexo, sustancias, conducción temeraria, atracones); **conductas suicidas** o de automutilación recurrentes; **inestabilidad afectiva** (episodios de horas, rara vez días); **sentimientos crónicos de vacío**; **ira** inapropiada e intensa; **ideación paranoide transitoria** o síntomas disociativos graves relacionados con el estrés ^{F17}
- Entre el **8 y el 10 %** fallecen por suicidio consumado y el **60-70 %** realizan intentos de suicidio ^{F17}
- Las autolesiones no buscan la muerte (pueden servir, por ejemplo, para **liberar tensión**), a diferencia de los intentos de suicidio ^{F17}
- En la CIE-10 se llama **trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**, con dos tipos: **impulsivo y límite** ^{F2 F17}

Comorbilidad. Las tasas de **trastornos depresivos** en el TLP oscilan entre el **40 y el 87 %**, y el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico comórbido más común. Los varones con TLP tienen más comorbilidad con **consumo de sustancias** (sobre todo alcohol; lo más específico es la politoxicomanía) y las mujeres con **TCA**, en especial bulimia. El TEPT y el TDAH también son frecuentes ^{F17}. La guía señala que en diferentes trabajos la comorbilidad con **trastornos de ansiedad o psicóticos** es **menor** que la depresiva ^{F17}; aun así, en las muestras de los ensayos que describe, los trastornos de ansiedad aparecen en el **28-71 %** de los pacientes, y no se describe comorbilidad con trastornos psicóticos independientes ^{F17}. Los síntomas de tipo psicótico del TLP (ideas paranoides, alucinaciones) son **transitorios**, desencadenados por estrés extremo, y por lo general **no son lo bastante graves para considerarse un trastorno aparte** ^{F19}.

La guía NICE sobre el TLP (2009) señala que, ya sea por su posición en la «frontera» de otros trastornos o por confusión conceptual, es a menudo comórbido con **depresión y ansiedad**, TCA como la bulimia, TEPT, **trastornos por uso de sustancias** y trastorno bipolar. El **solapamiento con los trastornos psicóticos** también puede ser considerable: en casos extremos puede haber alucinaciones visuales y auditivas y delirios claros, pero suelen ser **breves** y ligados a momentos de inestabilidad emocional extrema, lo que permite distinguirlos de los síntomas nucleares de la esquizofrenia y los trastornos relacionados. Añade que la

depresión, el trastorno bipolar, el TEPT, el consumo de sustancias y la psicosis son más frecuentes en el TLP que en la población general ^{F28}.

★ Comorbilidad en el TLP

Más frecuente: el **ánimo** (depresión 40-87 %); también son habituales **sustancias** y TCA, y la ansiedad aparece en el 28-71 % de las muestras de ensayos citadas por la GPC ^{F17}. Lo psicótico del TLP son **síntomas transitorios por estrés**, que no suelen bastar para un trastorno aparte ^{F19}. Por eso un trastorno psicótico independiente, como un trastorno de ideas delirantes, es lo menos esperable (inferencia a partir de estas dos fuentes, que no citan ese trastorno) ^{F17 F19}. NICE, en cambio, nombra entre las comorbilidades frecuentes la depresión, la ansiedad y las sustancias, pero también destaca que el solapamiento con los trastornos psicóticos puede ser considerable y que la psicosis es más frecuente en el TLP que en la población general, aunque atribuye a síntomas breves los delirios propios del TLP; no ordena las prevalencias ni cita el trastorno de ideas delirantes ^{F28}.

EIR 2025 · 195

P5 · respuesta en el solucionario

TLP: comorbilidades (menor prevalencia: trastorno delirante)

Señale cuál de los siguientes trastornos comórbidos tiene menor prevalencia en personas que padecen trastorno límite de personalidad:

1. Trastorno de ansiedad.
2. Trastorno del estado de ánimo.
3. Trastorno de ideas delirantes.
4. Trastorno por abuso de sustancias.

Manejo de la crisis, la autolesión y el intento de suicidio. El reto es evaluar y gestionar la crisis **sin actuar de forma invalidante ni minimizar** las alteraciones del paciente y, a la vez, fomentar su autonomía. Siempre que sea posible se mantiene la autonomía y se **garantiza la seguridad** de la persona y de los demás; al principio se hacen comentarios de **apoyo y empatía**. Los objetivos son reducir los síntomas y **prevenir el suicidio y las autolesiones**, y hay que valorar si el riesgo suicida es agudo o crónico ^{F17}.

- Mantener una **actitud calmada y no amenazadora** ^{F17}
- Tratar de **entender la crisis desde el punto de vista de la persona** ^{F17}
- Hacer **preguntas abiertas** que expresen empatía y **afirmaciones de validación** ^{F17}
- **Evitar minimizar los motivos** por los que la persona dice que ha sufrido la crisis ^{F17}
- No ofrecer soluciones antes de haber aclarado del todo los problemas ^{F17}
- Analizar otras opciones antes de plantear el ingreso; ingresar si el juicio clínico lo requiere tras un intento grave o con riesgo importante de suicidio ^{F17}
- **Incorporar a los familiares con el consentimiento del paciente**, tanto en la recogida de información y la valoración de la crisis como en el plan de intervención ^{F17}
- Tras la crisis, revisarla junto con sus antecedentes y ofrecer un seguimiento apropiado ^{F17}

Nunca minimizar

Restar importancia a los motivos de la crisis, aunque se haga con «crítica constructiva» o lenguaje positivo, es justo lo que la guía pide **evitar**: invalida al paciente. Lo indicado es hacer **preguntas abiertas** con empatía, **validar**, garantizar la **seguridad** e implicar a la familia **con consentimiento** ^{F17}.

EIR 2019 · 197

P14 · respuesta en el solucionario

TLP tras intento autolítico: intervenciones de enfermería

M.R.D. (mujer), de 28 años de edad y diagnosticada de trastorno de personalidad límite, está ingresada tras un intento autolítico en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Señale la intervención de enfermería que NO estaría indicada:

1. Le informaremos de la necesidad de mantener un entorno seguro y las medidas a tomar en la unidad.
2. Intentaremos minimizar los motivos por los que M.R.D. refiere que ha sufrido la crisis autolesiva, haciendo crítica constructiva usando un lenguaje positivista.
3. Durante la entrevista de valoración le preguntaremos a M.R.D. sobre la conducta autolesiva, e intentaremos que nos explique lo que piensa y siente a lo largo del ingreso.
4. Le pediremos el consentimiento para involucrar a su familia en su proceso terapéutico, así como en la recogida de datos que permitan al equipo interdisciplinar realizar una mejor valoración.

7. Trastornos de la conducta alimentaria: clasificación, anorexia y bulimia

Clasificación DSM-5. El DSM-5 reconoció el **trastorno por atracón** como categoría propia, revisó los criterios de anorexia y bulimia e incorporó al capítulo la **pica**, la **rumiación** y el **trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos**, que en el DSM-IV estaban entre los trastornos de inicio en la infancia ^{F10}. La APA enumera como TCA la **anorexia nerviosa**, la **bulimia nerviosa**, el **trastorno por atracón**, el **trastorno de evitación/restricción de la ingesta**, otro TCA especificado, la **pica** y el **trastorno de rumiación** ^{F11}.

La vigorexia no es un TCA del DSM

La lista oficial de TCA es: anorexia, bulimia, atracón, evitación/restricción de la ingesta, otro TCA especificado, pica y rumiación ^{F11}. La **vigorexia** no figura en ella; y la preocupación por defectos del aspecto está en el grupo del TOC (dismórfico corporal) ^{F5}.

EIR 2026 · 62

P1 · respuesta en el solucionario

TCA incluidos en DSM-5-TR (vigorexia no)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), ¿cuál de los siguientes diagnósticos NO ESTÁ INCLUIDO como Trastorno de la Conducta Alimentaria?:

1. Pica.
2. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
3. Trastorno por atracón.
4. Vigorexia.

Historia. La anorexia nerviosa es una **entidad conocida desde antiguo**: sus primeras descripciones datan del **siglo XVII (Morton)**, y en el siglo XIX ya se describía un cuadro similar al actual. La historia de la bulimia es mucho más reciente ^{F9}. La **bulimia nerviosa** la describió **Russell en 1979** como una «variante ominosa» de la anorexia: impulso irresistible de comer en exceso seguido de vómitos o purgas y miedo morboso a engordar ^{F25}.

Anorexia nerviosa (AN). Es un deseo irrefrenable de estar delgado con práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo (dieta restrictiva estricta, vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos). Pese a la pérdida de peso, hay un **intenso temor a llegar a ser obeso** y una **distorsión de la imagen corporal**, con preocupación extrema por la dieta, la figura y el peso. No suelen tener **conciencia de enfermedad** ^{F9}. La guía describe el miedo a engordar como un **temor fóbico a engordar** (lo que en la clínica se denomina **ponderofobia**) y la alteración de la vivencia corporal como el **factor nuclear** de los TCA. Afecta sobre todo a **chicas adolescentes y mujeres jóvenes** ^{F9 F10}.

Otros síntomas frecuentes: humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, rumiaciones o rituales obsesivos alrededor de la comida e **hiperactividad física** desde el inicio. Existen un **tipo restrictivo** y un **tipo compulsivo/purgativo** (atracones/purgas) ^{F9}. Los **atracones a escondidas seguidos de purgas** son el rasgo definitorio de la bulimia, no de la anorexia ^{F9}.

Criterio	DSM-IV-TR (recogido en la GPC de 2009)	DSM-5 / DSM-5-TR
A	Rechazo a mantener el peso igual o por encima del mínimo normal (menos del 85 % del esperable) ^{F9}	Se centra en conductas (restricción de la ingesta) y quita la palabra «rechazo», porque implica intención ^{F10}
B	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal ^{F9}	Se mantiene: miedo patológico a engordar (ponderofobia) ^{F10 F11}
C	Alteración de la percepción del peso o la silueta , exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro del bajo peso ^{F9}	Se mantiene: imagen corporal distorsionada ^{F10}
D	Amenorrea : ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en mujeres pospuberales ^{F9}	Eliminado : no puede aplicarse a varones, niñas premenárquicas, mujeres con anticonceptivos orales ni posmenopáusicas ^{F10 F14}



Lo que más cae: la amenorrea ya no es criterio

Tras el DSM-5 la **amenorrea deja de ser criterio diagnóstico** de la anorexia ^{F10 F14}. Son criterios la **restricción** que lleva a bajo peso, el **miedo intenso a ganar peso (ponderofobia)** y la **alteración de la imagen corporal** ^{F10}. La culpa por haber comido o la preferencia por comer a solas son señales de alerta de la guía, no criterios ^{F9}.

EIR 2017 · 157

P18 · respuesta en el solucionario

Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos DSM-5 (distorsión corporal, ponderofobia; amenorrea ya no)

Uno de los síntomas más característicos de la Anorexia Nerviosa sería:

1. Atracones a escondidas.
2. Atracones seguidos de purgas.
3. Distorsión del esquema personal.
4. Insomnio de conciliación.

Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos DSM-5 (distorsión corporal, penderofobia; amenorrea ya no)

Según el DSM 5-TR, ¿cuál de los siguientes síntomas se considera un criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa?:

1. Penderofobia.
2. Elevada culpa postingestas.
3. Amenorrea de más de tres meses.
4. Ansiedad elevada en situaciones sociales relacionadas con la ingesta.

La amenorrea sigue siendo un síntoma. Es característica y puede aparecer hasta en el **70 %** de los casos cuando la pérdida de peso es significativa; un 20 % la presenta sin pérdida de peso previa detectable. Puede ser **primaria o secundaria**, y su causa es un **hipogonadismo hipogonadotrófico por disfunción hipotalámica**, producida sobre todo por la reducción de la ingesta y la pérdida de peso ^{F9}. Se debe a la falta del **estímulo hipotalámico pulsátil** sobre la secreción de gonadotropinas, con descenso de LH y FSH; un 10-30 % sigue en amenorrea tras recuperar peso por persistir el **origen central** ^{F14}. Es, por tanto, de origen **hipotalámico**, no ovárico, uterino ni hipofisario primario ^{F9 F14}.

Amenorrea en anorexia: origen hipotalámico

Las anorexias nerviosas suelen ir acompañadas de una amenorrea por desnutrición que puede ser primaria o secundaria y que tiene un origen:

1. Ovárico.
2. Uterino.
3. Hipofisario.
4. Hipotalámico.

Bulimia nerviosa (BN). Se caracteriza por **atracones** (ingesta voraz e incontrolada de mucha comida en poco tiempo, generalmente **en secreto**) seguidos de **conductas compensatorias** (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo). El peso puede ser **normal, bajo o alto**; es un trastorno **oculto**, vivido con vergüenza y culpa, y del 80 al 90 % se provoca el vómito tras el atracón ^{F9}. El DSM-5 redujo la frecuencia exigida de atracones y conductas compensatorias a **una vez por semana** (el DSM-IV pedía dos) ^{F10}. En el **trastorno por atracón** no hay mecanismos compensatorios ^{F9}; los episodios se dan, de media, al menos una vez por semana durante tres meses ^{F10}.

Signo de Russell. En la exploración física de la persona que se provoca el vómito pueden encontrarse **duricias o heridas en el dorso de la mano o los dedos** (signo de Russell), además de hipertrofia parotídea, erosiones dentales, desmineralización del esmalte y caries ^{F9}. El consenso de la SENPE lo describe como **ulceraciones o erosiones en los nudillos** del dorso de la mano por efecto de la provocación del vómito, en los cuadros **purgativos** por vómitos ^{F14}. Un caso clínico publicado en *J Gen Intern Med* (2011) lo describe como **abrasiones en el dorso de la mano por el contacto con los incisivos** al provocarse el vómito y remite, para esa descripción, al artículo de **Russell de 1979** sobre la bulimia nerviosa ^{F34}.

Signo de Russell: bulimia nerviosa

Cuando en la exploración física encontramos el “Signo de Russell”, ¿qué trastorno se podría sospechar?:

1. Encefalopatía hepática.
2. Dependencia a opiáceos.
3. Bulimia nerviosa.
4. Tricotilomanía.

8. TCA: cribado, relación terapéutica y educación nutricional

Cuestionario SCOFF. Es un instrumento de **cribado** de TCA con solo **cinco preguntas dicotómicas (sí/no)** sobre pérdida de control de la ingesta, purgas e insatisfacción corporal, lo que permite usarlo en **atención primaria**. Cada «sí» vale 1 punto y una puntuación de **2 o más** identifica personas **de riesgo** de TCA. Entre los cuestionarios que revisó la GPC en 2009, es el único con versión **adaptada y validada** en España, y la GPC lo sugiere para los TCA en general a partir de los **11 años** ^{F9}. La validación española obtuvo, con el punto de corte de 2, una sensibilidad del **97,7 %** y una especificidad del **94,4 %** en atención primaria ^{F16}. El original británico está diseñado para **despertar la sospecha, no para diagnosticar** ^{F15}.

Letra	Pregunta del SCOFF (versión española de la GPC)
S (sick)	¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo? ^{F9}
C (control)	¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come? ^{F9}
O (one stone)	¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses? ^{F9}
F (fat)	¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a? ^{F9}
F (food)	¿Diría que la comida domina su vida? ^{F9}

Para AN la guía sugiere además EAT-40, EAT-26 y ChEAT, y para BN BULIT, BULIT-R y BITE ^{F9}. El **IMC** no es un instrumento de cribado de TCA: en la AN el peso y el IMC **no son los únicos indicadores de riesgo**, y NICE desaconseja usar medidas aisladas como el IMC para decidir el tratamiento ^{F9 F12}.

EIR 2022 · 170

P10 · respuesta en el solucionario

Cuestionario SCOFF: cribado de TCA

¿Qué instrumento se utiliza para la evaluación precoz y detección de los trastornos de conducta alimentaria?:

1. Índice de Masa Corporal.
2. Cuestionario SCOFF.
3. Escala de las Nueve Siluetas.
4. Escala PANSS.

Sospecha no es diagnóstico. Los instrumentos de cribado son **ineficientes para establecer el diagnóstico**, aunque sirven para una primera evaluación rápida ^{F9}. NICE pide **no usar los cuestionarios de cribado como único método** para decidir si alguien tiene un TCA, y recuerda que el riesgo es máximo entre los **13 y los 17 años** ^{F12}. Las personas con un TCA incipiente suelen consultar por otra cosa (pérdida de peso, amenorrea, depresión, irritabilidad) ^{F9}. Son señales a tener en cuenta la pérdida rápida de peso o un IMC anormal para la edad, las dietas restrictivas, el cambio de conducta alimentaria que refiere la familia, el aislamiento social y, en niños y adolescentes, el **estancamiento del crecimiento** (peso o talla bajos para la edad) ^{F12}. La guía incluye como señales de alerta la culpa tras comer, comer a solas, el ejercicio excesivo con nerviosismo si no se hace o

la dificultad de concentración ^{F9}. Estas señales **orientan**, pero por sí solas no bastan para diagnosticar; y se debe **evitar culpabilizar** a la persona ^{F9 F12}.

EIR 2015 · 173

P23 · respuesta en el solucionario

Sospecha de TCA en adolescente: signos no suficientes para el diagnóstico

En nuestra entrevista con una adolescente de 14 años y su familia se recogen los datos que figuran a continuación: ha cambiado su carácter, manifestándose triste e irritable; preocupación excesiva por lo que come; obsesión por el gimnasio y estancamiento o disminución de su peso corporal, aunque ha aumentado su talla. La adolescente no reconoce ninguna de estas observaciones alegando que está creciendo. Pensaríamos que:

1. Aunque pudiera corresponder a criterios de diagnóstico de un trastorno alimentario, los signos y los síntomas por sí solos no son suficientes y en ocasiones estigmatizan a los jóvenes produciéndoles sufrimiento.
2. Estos datos se corresponden por sí solos con los criterios de diagnóstico de la Anorexia según el DSM-IV.
3. Estos datos se corresponden por sí solos con los criterios de diagnóstico de Bulimia Nerviosa según el DSM-IV.
4. Estos datos son poco relevantes para establecer un diagnóstico, por lo que le quitará importancia.
5. Todas las respuestas son correctas.

Relación terapéutica. La **empatía, el apoyo y el compromiso** que perciba el paciente en la entrevista son cruciales para que explique sus miedos al aumento de peso y sus conductas. Hay que **evitar culpabilizarle**, pero explicarle con claridad que **padece una enfermedad** con tratamiento y que su implicación es imprescindible. El profesional procura **no ser identificado como aliado de la familia**, sino como alguien que vigila su salud ^{F9}. En atención primaria se le prohíbe pesarse y el peso se registra semanalmente en consulta **sin que el paciente acceda a él** ^{F9}: la relación no gira en torno a la báscula. La APA advierte que corregir la insatisfacción corporal suele llevar más tiempo que corregir el peso y la conducta alimentaria ^{F11}.

★ Descentrar la relación de ayuda del peso

Ni negar la enfermedad ni ocultar su gravedad: se le explica que **está enfermo** ^{F9}. Ni objetivos rígidos que subrayen sus fracasos: los pactos deben ser **lentos, graduales y adaptados** a su motivación, **sin culpabilizar** ^{F13 F14}. El peso lo controla el profesional sin que el paciente lo vea, para que la relación no gire en torno a él ^{F9}.

TCA: descentralizar la relación de ayuda del peso

En el tratamiento de un joven con un trastorno de conducta alimentaria, está recomendado:

1. No comunicarle la gravedad del trastorno.
2. Hacerle comprender que no está enfermo.
3. Marcar con él objetivos muy concretos y evidenciar los fracasos cada vez que no consigue alcanzarlos.
4. Ayudarle a ver que se plantea y sobrevalora un problema que desde el punto de vista del profesional es inexistente.
5. Descentralizar la relación de ayuda del peso corporal.

Pactos y contrato terapéutico. El tratamiento nutricional de la AN avanza mediante **«deberes» o «compromisos» pactados con el paciente** para aumentar poco a poco el número o el tamaño de las raciones; esos pactos **con el paciente** deben ser lentos, graduales y adaptados a su motivación y capacidad de cambio ^{F14}. En hospital de día se negocia un **contrato terapéutico** escrito ^{F14}, y la GPC describe un contrato que firman **la persona afectada** y el equipo, para verificar que ha aceptado el plan de tratamiento ^{F9}. En la prevención terciaria de los cuadros crónicos se usa también el **pacto de conductas** en la familia ^{F9 F14}. Ante el desacuerdo del paciente con la pauta, por tanto, se **pacta con el propio paciente** ^{F14}.

TCA: intervención ante incumplimiento terapéutico (pactar)

Lucía es una joven de 15 años con un trastorno de la conducta alimentaria. El diagnóstico enfermero es: manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con desacuerdo con la pauta de alimentación propuesta y manifestado por verbalizaciones. La intervención (NIC) adecuada es:

1. Pactar con la familia.
2. Ayuda con los autocuidados.
3. Pactar con la enferma.
4. Alimentación
5. Apoyo emocional.

Objetivos del tratamiento. El primero es **restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional** (recuperación ponderal) en la AN; también proporcionar educación sobre patrones alimentarios sanos y aumentar la motivación ^{F9}. Aunque se dice que las pacientes con AN tienen buenos conocimientos nutricionales, la SENPE lo matiza: con frecuencia conocen al detalle la **energía de los alimentos**, pero les falta conocimiento nutricional general ^{F14}. El Manual MSD describe que los pacientes con AN **están preocupados por la comida**: pueden estudiar dietas y calorías, **coleccionar recetas** y **preparar comidas elaboradas para otras personas** ^{F27}. Entre las actividades del hospital de día figuran la educación nutricional grupal o individualizada y los **talleres de relajación** ^{F14}. En el ámbito familiar, el paciente con AN **no participa en la compra, manipulación ni cocinado** de los alimentos ni presencia su preparación, y come siempre sentado y acompañado ^{F14}.



Diagnóstico enfermero: la amenorrea no es criterio

En la AN son correctos como enfoque enfermero la **recuperación ponderal** como objetivo, que suelen conocer al detalle la energía de los alimentos y la **relajación** para manejar la ansiedad ^{F9 F14}. Lo que ya **no** es cierto es que la **amenorrea** sea criterio diagnóstico ^{F10}.

EIR 2020 · 125

P12 · respuesta en el solucionario

Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos DSM-5 (distorsión corporal, ponderofobia; amenorrea ya no)

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Trastorno de Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa:

1. El objetivo prioritario de la intervención enfermera es la interrupción del círculo de dieta restrictiva y la recuperación ponderal.
2. La presencia de amenorrea es un criterio diagnóstico.
3. La persona que padece anorexia nerviosa suele tener conocimientos sobre hábitos de vida sana e interés por la cocina.
4. La intervención de enfermería mediante el uso de técnicas de relajación está indicada para favorecer el autocontrol de la ansiedad.

Educación nutricional (consenso SENPE para la prevención de TCA, 2022). La educación nutricional es una herramienta terapéutica fundamental para **normalizar la conducta alimentaria**, abandonar ideas erróneas y disminuir el temor irracional a determinados alimentos ^{F13}. Sus objetivos se centran en ^{F13}:

- **Promover la educación individualizada**; no es aconsejable seguir estándares comunes ^{F13}
- **Normalizar los patrones y conductas alimentarios**, respetando la situación de cada paciente ^{F13}
- Conseguir un estado nutricional adecuado a las características de la persona ^{F13}
- Favorecer hábitos y un estilo de vida saludables ^{F13}
- Orientar a la persona y a la familia y aumentar la motivación del paciente para que coopere ^{F13}
- **Contribuir a vencer temores a ciertos alimentos** y actitudes distorsionadas frente a la comida ^{F13}

SENPE: individual, normalizar, vencer temores

I-N-V: Individualizada (no estándares comunes), **N**ormalizar patrones y conductas, **V**encer el temor a ciertos alimentos ^{F13}.

Prevención de TCA (SENPE): objetivos de educación nutricional

La guía de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, recomienda que los objetivos de un programa de educación nutricional para lograr modificaciones de conducta alimentaria se centren en los siguientes aspectos:

1. Promover la educación grupal, conseguir un peso adecuado, favorecer la toma de contacto con los alimentos.
2. Ofrecer apoyo durante la fase de aceptación del trastorno, ajustar requerimientos calórico-proteicos, calcular necesidades nutricionales.
3. Promover la educación individualizada, normalizar patrones y conductas alimentarias, contribuir a vencer el temor a ciertos alimentos.
4. Promover educación grupal, seguir estándares comunes, informar sobre contenido calórico-proteico de los alimentos.

Prevención en la familia. Se recomienda transmitir pautas que protegen indirectamente: alimentación saludable, al menos **una comida al día en familia**, facilitar la comunicación y la autoestima, evitar que las conversaciones giren compulsivamente sobre la comida y la imagen y evitar bromas o desaprobaciones sobre el cuerpo o el peso de niños y adolescentes ^{F9}.

Anorexia nerviosa: entidad conocida desde antiguo

La anorexia nerviosa es:

1. Una entidad clínica de aparición reciente.
2. Una enfermedad psicológica que cursa unida a la bulimia.
3. Un trastorno de la conducta alimentaria que afecta por igual a mujeres y a hombres.
4. Un síndrome clínico que se inicia en cualquier etapa de la vida, con orígenes muy diversos.
5. Una entidad clínica conocida desde antiguo.

Todas las preguntas del tema (35)

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

EIR 2026 · 62

P1 · respuesta en el solucionario

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), ¿cuál de los siguientes diagnósticos NO ESTÁ INCLUIDO como Trastorno de la Conducta Alimentaria?:

1. Pica.
2. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
3. Trastorno por atracón.
4. Vigorexia.

EIR 2026 · 58

P2 · respuesta en el solucionario

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por:

1. Un Trastorno en el que aparecen obsesiones y compulsiones siempre juntas.
2. Un Trastorno de personalidad donde aparecen impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como no deseadas, causando ansiedad o malestar importante en la persona afectada.
3. Un Trastorno donde aparecen comportamientos repetitivos que la persona realiza como respuesta a la ansiedad generalizada.
4. Un Trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones, o ambas, que pueden aparecer de manera aislada o simultánea.

EIR 2026 · 56

P3 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes descripciones corresponde al grupo A de los Trastornos de Personalidad según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5?:

1. Aglutina los trastornos de la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.
2. Se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este grupo se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
3. Está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.
4. Incluye los trastornos de la personalidad con rasgos afectivos intensos y conductas impredecibles. Los individuos con estos trastornos suelen ser inseguros o emocionalmente inestables.

Según el DSM 5-TR, ¿cuál de los siguientes síntomas se considera un criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa?:

1. Ponderofobia.
2. Elevada culpa postingestas.
3. Amenorrea de más de tres meses.
4. Ansiedad elevada en situaciones sociales relacionadas con la ingesta.

Señale cuál de los siguientes trastornos comórbidos tiene menor prevalencia en personas que padecen trastorno límite de personalidad:

1. Trastorno de ansiedad.
2. Trastorno del estado de ánimo.
3. Trastorno de ideas delirantes.
4. Trastorno por abuso de sustancias.

Un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales, una gama restringida de la expresión emocional en situaciones interpersonales, e indiferencia hacia la aprobación o crítica de los demás, definiría al trastorno de personalidad:

1. Antisocial.
2. Esquizotípico.
3. Esquizoide.
4. Evitativo.

La guía de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, recomienda que los objetivos de un programa de educación nutricional para lograr modificaciones de conducta alimentaria se centren en los siguientes aspectos:

1. Promover la educación grupal, conseguir un peso adecuado, favorecer la toma de contacto con los alimentos.
2. Ofrecer apoyo durante la fase de aceptación del trastorno, ajustar requerimientos calórico-proteicos, calcular necesidades nutricionales.
3. Promover la educación individualizada, normalizar patrones y conductas alimentarias, contribuir a vencer el temor a ciertos alimentos.
4. Promover educación grupal, seguir estándares comunes, informar sobre contenido calórico-proteico de los alimentos.

Según el DSM 5, un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico corresponde al trastorno de personalidad:

1. Esquizotípico.
2. Límite.
3. Esquizoide.
4. Evitativo.

Una imagen corporal distorsionada que no se asocia a un bajo peso corporal ni a un miedo intenso a ganar peso, sería característica de:

1. Anorexia nerviosa.
2. Trastorno somatomorfo.
3. Bulimia nerviosa.
4. Trastorno dismórfico corporal.

¿Qué instrumento se utiliza para la evaluación precoz y detección de los trastornos de conducta alimentaria?:

1. Índice de Masa Corporal.
2. Cuestionario SCOFF.
3. Escala de las Nueve Siluetas.
4. Escala PANSS.

Cuando en la exploración física encontramos el “Signo de Russell”, ¿qué trastorno se podría sospechar?:

1. Encefalopatía hepática.
2. Dependencia a opiáceos.
3. Bulimia nerviosa.
4. Tricotilomanía.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Trastorno de Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa:

1. El objetivo prioritario de la intervención enfermera es la interrupción del círculo de dieta restrictiva y la recuperación ponderal.
2. La presencia de amenorrea es un criterio diagnóstico.
3. La persona que padece anorexia nerviosa suele tener conocimientos sobre hábitos de vida sana e interés por la cocina.
4. La intervención de enfermería mediante el uso de técnicas de relajación está indicada para favorecer el autocontrol de la ansiedad.

En relación con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Las obsesiones son egosintónicas y ansiógenas.
2. Las obsesiones o compulsiones pueden causar un deterioro social o incluso laboral.
3. Las compulsiones tienen la función de evitar que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable, siendo reconocidas por la persona como carentes de sentido.
4. Las creencias sobre el trastorno pueden llegar a ser delirantes.

M.R.D. (mujer), de 28 años de edad y diagnosticada de trastorno de personalidad límite, está ingresada tras un intento autolítico en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Señale la intervención de enfermería que NO estaría indicada:

1. Le informaremos de la necesidad de mantener un entorno seguro y las medidas a tomar en la unidad.
2. Intentaremos minimizar los motivos por los que M.R.D. refiere que ha sufrido la crisis autolesiva, haciendo crítica constructiva y usando un lenguaje positivista.
3. Durante la entrevista de valoración le preguntaremos a M.R.D. sobre la conducta autolesiva, e intentaremos que nos explique lo que piensa y siente a lo largo del ingreso.
4. Le pediremos el consentimiento para involucrar a su familia en su proceso terapéutico, así como en la recogida de datos que permitan al equipo interdisciplinar realizar una mejor valoración.

Las personas con un Trastorno Narcisista de la Personalidad, tienen tendencia a:

1. A la inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen.
2. Al rencor y a la hostilidad que tiende a la revancha indirecta.
3. A la normatividad, perseverancia y parsimonia, con preocupación por los rendimientos.
4. La grandiosidad, autoimportancia y necesidad de valoración de los demás.

En las crisis de angustia, uno de los síntomas que pueden darse, serían:

1. Ideas delirantes de somatización.
2. Vivencias de Flash backs de acontecimientos traumáticos.
3. Vivencias súbitas de despersonalización y extrañeza de sí mismo.
4. Trastornos de conversión.

La característica clínica principal de los TO (trastornos obsesivos) la constituyen los pensamientos obsesivos que se caracterizan por:

1. Su carácter insólito, intruso y parásito, que se vivencian como extraños.
2. El control inconsciente de conductas automáticas.
3. Conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez.
4. Un temor acusado y persistente, excesivo, irracional y parasitario.

Uno de los síntomas más característicos de la Anorexia Nerviosa sería:

1. Atracones a escondidas.
2. Atracones seguidos de purgas.
3. Distorsión del esquema personal.
4. Insomnio de conciliación.

Los pacientes con un trastorno histriónico de la personalidad presentan o tienen:

1. Una conducta sumisa y pesada; temen la separación.
2. Timidez y sentimientos inadecuados.
3. Una alteración en los circuitos nerviosos que regulan las emociones.
4. Una emocionalidad excesiva y una conducta dirigida a llamar la atención.

La exposición a la muerte, sufrir una lesión grave o violencia sexual, ya sea real o percibida como amenaza, es un criterio para el diagnóstico de:

1. Relación social desinhibida.
2. Estrés postraumático.
3. Apego reactivo.
4. Adaptación.

La característica que la mayoría de los trastornos de síntomas somáticos comparten es:

1. Uno de los síntomas de alteración de la función motora y preocupación por la salud.
2. La excesiva preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave que origine inmovilidad.
3. El pensamiento excesivo y persistente sobre la gravedad de los síntomas.
4. La importancia de los síntomas somáticos asociados con malestar y deterioro significativo.

En el trastorno obsesivo-compulsivo el objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir:

1. La ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida.
2. El estado de alerta o el estado de malestar sobre su cuerpo e imagen.
3. La preocupación obsesiva por su mundo interior o por su imagen corporal.
4. El malestar clínicamente significativo relacionado con su mundo laboral.

En nuestra entrevista con una adolescente de 14 años y su familia se recogen los datos que figuran a continuación: ha cambiado su carácter, manifestándose triste e irritable; preocupación excesiva por lo que come; obsesión por el gimnasio y estancamiento o disminución de su peso corporal, aunque ha aumentado su talla. La adolescente no reconoce ninguna de estas observaciones alegando que está creciendo. Pensaríamos que:

1. Aunque pudiera corresponder a criterios de diagnóstico de un trastorno alimentario, los signos y los síntomas por si solos no son suficientes y en ocasiones estigmatizan a los jóvenes produciéndoles sufrimiento.
2. Estos datos se corresponden por si solos con los criterios de diagnóstico de la Anorexia según el DSM-IV.
3. Estos datos se corresponden por si solos con los criterios de diagnóstico de Bulimia Nerviosa según el DSM-IV.
4. Estos datos son poco relevantes para establecer un diagnóstico, por lo que le quitará importancia.
5. Todas las respuestas son correctas.

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en:

1. Una crisis de ansiedad o ataques de pánico que ocurren, por lo general, de una forma inesperada.
2. Un miedo intenso y persistente a realizar actuaciones en público.
3. La presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente que provocan grandes pérdidas de tiempo.
4. Un trastorno mental agudo con escasa carga socioeconómica y sanitaria.
5. El miedo y evitación de lugares muy concurridos o situaciones de las que resulta difícil escapar.

Son signos y síntomas de ansiedad grave:

1. Taquicardias y náuseas.
2. Disminución de la atención y temblores.
3. Vómitos y agitación psicomotriz.
4. Insomnio y malestar.
5. Percepción distorsionada e incapacidad para comunicarse.

Son síntomas de ansiedad:

1. Diarrea y taquicardia.
2. Inhibición, bloqueo psicomotor y sequedad de piel.
3. Miosis y sensación de agobio.
4. Estreñimiento y disfasia.
5. Miedo a perder el control y calambres.

En el tratamiento de un joven con un trastorno de conducta alimentaria, está recomendado:

1. No comunicarle la gravedad del trastorno.
2. Hacerle comprender que no está enfermo.
3. Marcar con él objetivos muy concretos y evidenciar los fracasos cada vez que no consigue alcanzarlos.
4. Ayudarle a ver que se plantea y sobrevalora un problema que desde el punto de vista del profesional es inexistente.
5. Descentralizar la relación de ayuda del peso corporal.

Lucía es una joven de 15 años con un trastorno de la conducta alimentaria. El diagnóstico enfermero es: manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con desacuerdo con la pauta de alimentación propuesta y manifestado por verbalizaciones. La intervención (NIC) adecuada es:

1. Pactar con la familia.
2. Ayuda con los autocuidados.
3. Pactar con la enferma.
4. Alimentación
5. Apoyo emocional.

La persona que reacciona a un estímulo inespecífico con una percepción distorsionada de la realidad, incapacidad para comunicarse o actuar y alteraciones orgánicas como vómitos y agitación psicomotriz, se encuentra en un estado de:

1. Ansiedad.
2. Ansiedad grave.
3. Ansiedad muy grave.
4. Paranoia.
5. Pánico.

NO es una respuesta fisiológica de la ansiedad:

1. La descarga de glucosa en sangre.
2. El deseo imperioso de miccionar.
3. La aceleración de las pulsaciones.
4. La modificación eventual de la cantidad de menstruación.
5. La disminución de la capacidad de concentración.

La anorexia nerviosa es:

1. Una entidad clínica de aparición reciente.
2. Una enfermedad psicológica que cursa unida a la bulimia.
3. Un trastorno de la conducta alimentaria que afecta por igual a mujeres y a hombres.
4. Un síndrome clínico que se inicia en cualquier etapa de la vida, con orígenes muy diversos.
5. Una entidad clínica conocida desde antiguo.

Señale la afirmación correcta en relación a los trastornos disociativos y de conversión:

1. Tienen un origen físico.
2. Tienden a la cronicidad.
3. Se asocian con un suceso vital traumático.
4. Los estudios revelan la existencia de una patología neurológica como desencadenante.
5. Su aparición es lenta y progresiva.

Un enfermo atendido en la consulta que manifiesta síntomas de ansiedad y refiere sentir miedo a estar solo, transitar por túneles y permanecer en grandes almacenes, presenta signos de:

1. Fobias específicas.
2. Fobia inespecífica.
3. Fobia social.
4. Aerofobia.
5. Agorafobia.

¿Qué conducta es más frecuente en la fobia?:

1. Excéntrica.
2. Evitación.
3. Desorganizada.
4. Enfrentamiento.
5. Histriónica.

La principal aportación teórica en la literatura psicológica actual sobre los trastornos de personalidad procede del:

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

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 63

P36 · 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 2016 · 163

P37 · respuesta en el solucionario

Las anorexias nerviosas suelen ir acompañadas de una amenorrea por desnutrición que puede ser primaria o secundaria y que tiene un origen:

1. Ovárico.
2. Uterino.
3. Hipofisario.
4. Hipotalámico.

EIR 2011 · 96

P38 · respuesta en el solucionario

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.

La tendencia de la persona a tener relaciones con los demás basadas en el cariño, afecto, consideración y respeto, se considera un rasgo que, dentro de la clasificación de los “cinco grandes” de la caracterización de la personalidad, se corresponde con la dimensión de:

1. Extroversión.
2. Afabilidad.
3. Responsabilidad.
4. Estabilidad emocional.
5. Apertura mental.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 62	4	
P2	EIR 2026 · 58	4	
P3	EIR 2026 · 56	3	
P4	EIR 2025 · 196	1	
P5	EIR 2025 · 195	3	
P6	EIR 2024 · 199	3	
P7	EIR 2024 · 53	3	
P8	EIR 2023 · 199	1	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2022 · 173	4	
P10	EIR 2022 · 170	2	
P11	EIR 2021 · 76	3	
P12	EIR 2020 · 125	2	
P13	EIR 2019 · 198	1	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2019 · 197	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2017 · 232	4	
P16	EIR 2017 · 163	3	
P17	EIR 2017 · 159	1	
P18	EIR 2017 · 157	3	
P19	EIR 2016 · 220	4	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2016 · 219	2	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2016 · 218	4	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2016 · 217	1	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2015 · 173	1	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2014 · 169	5	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2014 · 41	1	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2013 · 37	1	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2012 · 97	5	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2010 · 96	3	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2010 · 95	5	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2009 · 103	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2009 · 95	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2009 · 94	3	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2007 · 88	5	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2005 · 85	2	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2004 · 12	4	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2026 · 63	1	
P37	EIR 2016 · 163	4	hoja del archivo oficial
P38	EIR 2011 · 96	5	
P39	EIR 2011 · 94	2	

Fuentes

- **F1** Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan de Calidad para el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; Agencia Laín Entralgo, 2008. Criterios DSM-IV-TR; pendiente de actualización según el propio documento. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F2** Organización Mundial de la Salud. ICD-10 Version:2019, capítulo V (F40-F48, F60, F68.1). Navegador oficial. · <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48> · consultada 2026-09-26
- **F3** World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO, 1992 (F41.1, p. 140; F44, p. 151). · <https://iris.who.int/handle/10665/37958> · consultada 2026-09-26
- **F4** American Psychiatric Association. What is Obsessive-Compulsive Disorder? (Patients & Families). Revisión de septiembre de 2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (20/09/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.psychiatry.org/patients-families/obsessive-compulsive-disorder/what-is-obsessive-compulsive-disorder> · consultada 2026-09-26
- **F5** American Psychiatric Association. Obsessive-Compulsive and Related Disorders (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06/09/2015), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Obsessive-Compulsive-Disorder.pdf · consultada 2026-09-26
- **F6** American Psychiatric Association. Somatic Symptom Disorder (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-Somatic-Symptom-Disorder.pdf · consultada 2026-09-26
- **F7** American Psychiatric Association. Posttraumatic Stress Disorder (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (03/09/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-PTSD.pdf · consultada 2026-09-26
- **F8** Open RN; Ernstmeyer K, Christman E, eds. Nursing: Mental Health and Community Concepts. Chippewa Valley Technical College, 2022 (CC BY). Capítulo 9, Levels of Anxiety (modelo de Peplau). Manual abierto, no obra original de Peplau. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (17/04/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590031/> · consultada 2026-09-26
- **F9** Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; AATRM, 2009 (AATRM 2006/05-01). Criterios DSM-IV-TR; pendiente de actualización según el propio documento. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_4_jun.pdf · consultada 2026-09-26
- **F10** American Psychiatric Association. Feeding and Eating Disorders (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06/09/2015), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Eating-Disorders.pdf · consultada 2026-09-26

- **F11** American Psychiatric Association. What are Eating Disorders? (Patients & Families). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21/01/2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders> · consultada 2026-09-26
- **F12** National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment (NICE guideline NG69). Publicada el 23-5-2017, última actualización el 16-12-2020. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F13** Castro Alija MJ, Valero-Pérez M, Belmonte Cortés S, de Diego Díaz Plaza M. Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria (Documento de consenso SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN para la prevención de los TCA). Nutr Hosp. 2022;39(N.º Extra 2):27-32. · <https://doi.org/10.20960/nh.04175> · consultada 2026-09-26
- **F14** Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa (SENPE). Nutr Hosp. 2018;35(N.º Extra 1):11-48. · <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/01561/show> · consultada 2026-09-30
- **F15** Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-8. · <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467> · consultada 2026-09-26
- **F16** Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. J Psychosom Res. 2005;59(2):51-5 (resumen). · <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005> · consultada 2026-09-26
- **F17** Grupo de trabajo de la GPC sobre trastorno límite de la personalidad. Fòrum de Salut Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011 (GPC01/2011). Repositorio oficial ScientiaSalut (Generalitat de Catalunya). · <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/810> · consultada 2026-09-26
- **F18** Zimmerman M. Generalidades sobre los trastornos de la personalidad. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad> · consultada 2026-09-26
- **F19** Zimmerman M. Trastorno límite de la personalidad. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad> · consultada 2026-09-26
- **F20** 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%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-facticio-autoimpuesto> · consultada 2026-09-26
- **F21** American Psychiatric Association. What are Personality Disorders? (Patients & Families). Revisión de noviembre de 2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (20/09/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders> · consultada 2026-09-26
- **F22** McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. J Pers. 1992;60(2):175-215 (resumen). · <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x> · consultada 2026-09-26

- **F23** De Fruyt F, De Bolle M, McCrae RR, Terracciano A, Costa PT, et al. Assessing the Universal Structure of Personality in Early Adolescence: The NEO-PI-R and NEO-PI-3 in 24 Cultures. *Assessment*. 2009;16(3):301-311 (facetas del NEO-PI-R), completado con la hoja de puntuación del modelo de cinco factores (Widiger y Spitzer, 2002) reproducida en *Assessment*. 2010, DOI 10.1177/1073191110372210. · <https://doi.org/10.1177/1073191109333760> · consultada 2026-09-26
- **F24** American Psychiatric Association. Personality Disorders (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (05/09/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Personality-Disorder.pdf · consultada 2026-09-26
- **F25** Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(3):429-48 (resumen). · <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974> · consultada 2026-09-26
- **F26** Puchkors R, Saunders J, Sharp D. Psychiatric-Mental Health Nursing. Houston (TX): OpenStax, Rice University; 2024 (CC BY-NC-SA 4.0). Sección 2.2, Interpersonal Theories and Therapies, tabla 2.3 «Peplau's Levels of Anxiety». Manual abierto, no obra original de Peplau. · <https://openstax.org/books/psychiatric-mental-health/pages/2-2-interpersonal-theories-and-therapies> · consultada 2026-09-28
- **F27** Attia E, Walsh BT. Anorexia nerviosa. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de agosto de 2025, actualizada en enero de 2026. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa> · consultada 2026-09-28
- **F28** National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: The NICE guideline on treatment and management (guía completa de la NICE clinical guideline CG78). Leicester: British Psychological Society y Royal College of Psychiatrists; 2009. Capítulo 2, pp. 15, 25, 27 y 31. CG78 sigue vigente (revisada el 30/07/2024, hoy titulada «Borderline personality disorder: recognition and management»). · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/full-guideline-pdf-242147197> · consultada 2026-09-28
- **F29** Phillips KA, Stein DJ. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de noviembre de 2025, actualizada en enero de 2026 (criterios del DSM-5-TR). · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc> · consultada 2026-09-28
- **F30** Zimmerman M. Trastorno de personalidad esquizoide. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026 (criterios del DSM-5-TR). · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-esquizoide> · consultada 2026-09-28
- **F31** Zimmerman M. Trastorno de personalidad esquizotípico. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026 (criterios del DSM-5-TR). · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-esquizot%C3%ADpico> · consultada 2026-09-28
- **F32** Zimmerman M. Trastorno de personalidad histriónica. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026 (criterios del DSM-5-TR). · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-histri%C3%B3nica> · consultada 2026-09-28
- **F33** Zimmerman M. Trastorno de personalidad narcisista. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de septiembre de 2023, actualizada en enero de 2026 (criterios del DSM-5-TR). ·

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-narcisista> · consultada 2026-09-28

- **F34** Young J, Henderson MC, Thompson GR 3rd. Anorexia nervosa: Russell's sign with concurrent tetany. J Gen Intern Med. 2011;26(6):668 (CC BY-NC). Texto leído en PubMed Central mediante las E-utilities del NCBI (PMC3101975). · <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1613-5> · consultada 2026-09-28
- **F35** John OP, Srivastava S. The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En: Pervin LA, John OP, eds. Handbook of personality: Theory and research. 2.ª ed. Nueva York: Guilford; 1999. Versión final del autor (5 de marzo de 1999) publicada en la web universitaria del coautor. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (31/05/2012), porque el documento ya no está en esa web. · <http://pages.uoregon.edu/sanjay/pubs/bigfive.pdf> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Niveles de ansiedad de Peplau: descritos desde dos manuales abiertos de enfermería (Open RN, 2022; OpenStax, 2024); sigue sin cotejarse la obra original (Peplau, Interpersonal Relations in Nursing, 1952, y A working definition of anxiety, 1963), sin edición oficial en abierto (refuerzo del 28/09/2026: solo aparecen resúmenes de academias, fichas de estudio y la edición de pago de Springer). La fórmula «incapacidad para comunicarse» del nivel de pánico no aparece literal: OpenStax dice «habla confusa o incapacidad para hablar».
- Signo de Russell: un caso clínico de J Gen Intern Med (2011) remite su descripción al artículo de Russell de 1979, pero el texto completo de ese artículo (de pago) sigue sin cotejarse; su resumen no describe las lesiones de la mano.
- Actualizaciones de las GPC del SNS de ansiedad (2008) y de TCA (2009), ambas marcadas como pendientes de actualización; conviene revisar si GuíaSalud publica versiones nuevas.