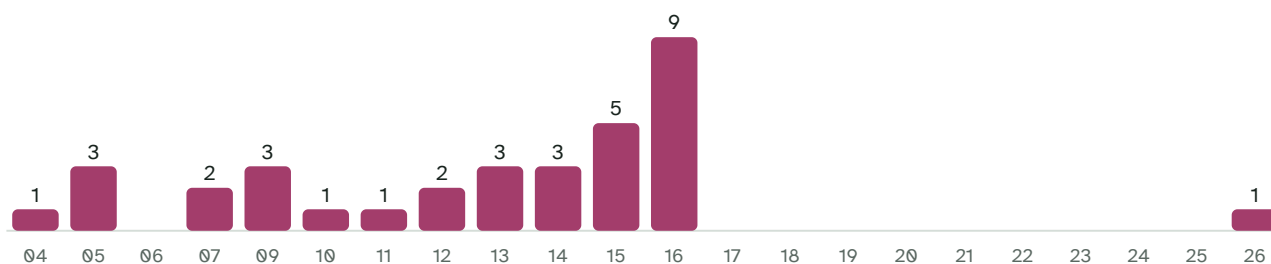


Estrés, afrontamiento y respuesta a la enfermedad

El estrés, cómo se afronta y cómo reacciona la persona ante la enfermedad y la hospitalización: de Selye y Lazarus a los mecanismos de defensa, la conducta de enfermedad, la adherencia y la crisis. En el EIR cae sobre todo en casos clínicos: reconocer un mecanismo de defensa (la regresión es lo que más se repite), un estilo de afrontamiento o un ítem de la escala de Holmes y Rahe. Varias respuestas antiguas chocan con la evidencia actual (tipo A, cáncer y emociones, medición del estrés): aquí se explica el criterio de cada época.

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



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

Lo más repetido

- Regresión como mecanismo de defensa ante el estrés o la hospitalización (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. El estrés: concepto, Selye y el modelo transaccional de Lazarus	8
2. Fisiología del estrés y de las emociones; psiconeuroinmunología	11
3. Estresores: acontecimientos vitales, contrariedades diarias y medición del estrés	14
4. Personalidad, estrés y enfermedad	17
5. Afrontamiento: estrategias, control, apoyo social y técnicas	21
6. Mecanismos de defensa	26
7. Conducta de enfermedad: síntomas, autocuidado y significado de la enfermedad	29
8. Hospitalización, adherencia y crisis	33
9. Procesos psicológicos básicos: aprendizaje, motivación y memoria	36
Todas las preguntas del tema (36)	40
Preguntas que también podrían ser de este tema (12)	50
Solucionario	54
Fuentes	56

Resumen para repasar

1. El estrés: concepto, Selye y el modelo transaccional de Lazarus

- Definiciones basadas en el **estímulo** o en la **respuesta**; ninguna es completa ^{F1}. McGrath: **desequilibrio percibido entre demanda y capacidad de respuesta** ^{F6}.
- Cannon**: respuesta de **lucha o huida** ^{F1}. **Selye**: introdujo el término *stress* y el **SGA** ^{F10}; «padre de la investigación sobre el estrés» ^{F12}.
- SGA: **alarma** → **resistencia** → **agotamiento** (enfermedades de adaptación) ^{F1,F7}. **Eustrés** frente a **distrés** ^{F1}.
- Lazarus y Folkman**: el estrés es un **proceso**; **valoración primaria** (amenaza) y **secundaria** (opciones para afrontar) ^{F1}; lo que pensamos precede a lo que sentimos ^{F6}.
- Selye se centra en la **respuesta física** e ignora en gran parte la valoración; Lazarus pone en el centro los **procesos cognitivos** entre estímulo y respuesta ^{F1,F11}.

2. Fisiología del estrés y de las emociones; psiconeuroinmunología

- Dos vías: **simpático** (rápido) y **eje HHS** (lento): CRF → ACTH → **cortisol** hiperglucemiante ^{F1,F7}.
- El **hipotálamo** es el **rector**: simpático = movilización **inmediata**; médula suprarrenal = **prolonga y suplementa**; eje neuroendocrino = resistir si **persiste** ^{F10}.
- Simpático: **dilata pupilas y bronquios, acelera el corazón**, libera glucosa e **inhibe la digestión** ^{F5}. Ekman: existen **emociones básicas** con base biológica ^{F59}.
- Siete **emociones universales**, entre ellas el **miedo** ^{F35}.
- PNI**: el estrés actúa sobre la inmunidad por el **eje HHS** y el simpático; el cortisol mantenido la debilita ^{F3,F1}.
- La **médula suprarrenal** libera adrenalina y noradrenalina; la **corteza**, cortisol ^{F7}.
- PNI: comunicación **bidireccional** neuroendocrina e inmunitaria; más resfriados, peor respuesta vacunal y cicatrización lenta con el estrés crónico ^{F10,F3}.

3. Estresores: acontecimientos vitales, contrariedades diarias y medición del estrés

- SRRS de Holmes y Rahe (1967)**: **43** acontecimientos, **UCV de 11 a 100**, últimos 12 meses ^{F2}.
- Primero, **muerte del cónyuge (100)**; luego divorcio (73) y separación (65); de los diez primeros, **cuatro sobre el matrimonio** ^{F13}.
- Unas **150 UCV**: la persona sigue sana; **más de 300**: suelen enfermar ^{F13}.
- Las **contrariedades diarias** predicen la salud mejor que las UCV ^{F2}.
- Medición: la NTP 574 llama «objetivas» a las medidas fisiológicas ^{F9}; hoy **no hay biomarcador específico** y no sustituyen al autoinforme ^{F15}.
- La SRRS **no tiene en cuenta la valoración** personal de cada suceso y sus ítems son vagos ^{F2}.
- Las catecolaminas son **fluctuantes**; las hormonas se miden en sangre, orina y saliva según el **ritmo circadiano** ^{F9,F7}.

4. Personalidad, estrés y enfermedad

- **Tipo A:** prisa, competitividad, logro, **hostilidad**, trabajo como centro de la vida; cardiopatía **siete veces** más frecuente (1959) ^{F3,F6}.
- Hoy: el tipo A global no se replicó; el riesgo está en la **ira/hostilidad** ^{F3,F37}.
- Criterio clásico: **tipo C** (supresión emocional) y **espíritu luchador** ^{F11}; el NCI: las intervenciones psicosociales **probablemente no alargan la supervivencia** ^{F16}.
- **Locus externo** (Rotter): otros, **suerte** o azar; los internos afrontan mejor ^{F25}.
- **Cinco grandes:** apertura, responsabilidad, extraversión, **amabilidad** (agradable, cooperativo) y neuroticismo ^{F36}.
- Tipo C: supresión de emociones, evitación de conflictos, docilidad; la **aceptación resignada** y la desesperanza eran las actitudes de peor pronóstico en ese criterio ^{F11}.
- **Tipo D:** emociones negativas más **inhibición social** de su expresión ^{F10}.

5. Afrontamiento: estrategias, control, apoyo social y técnicas

- **Centrado en el problema:** cambiar el estresor (controlable); **en la emoción:** evitar, minimizar, **distanciarse** (incontrolable) ^{F4}.
- Carver: apoyo social **instrumental** = problema; **emocional** = emoción ^{F14}.
- Protegen el **control percibido** y el **apoyo social** ^{F4,F6}; su falta lleva a la **indefensión aprendida** (Seligman) ^{F4}.
- Relajación: acostado, sentado o de pie; con práctica diaria, **en cualquier situación**; la **visualización aumenta** el efecto ^{F19}. Evitar con **renuncia al control** es afrontamiento **pasivo** ^{F57}.
- Distorsiones (Beck): **generalización excesiva**, **saltar a las conclusiones**; se tratan con **reestructuración cognitiva** (NIC 4700) ^{F26,F20,F27}.
- Afrontamiento: esfuerzos **mentales y conductuales** ante el estrés ^{F4}. Apoyo social: **50 %** más de supervivencia con relaciones fuertes ^{F4}.
- Jacobson y Schultz: es imposible estar **relajado físicamente y tenso emocionalmente**; espiración el **doblo** de larga que la inspiración ^{F7,F19}.

6. Mecanismos de defensa

- Mecanismos **inconscientes** (salvo la supresión) que reducen la ansiedad y distorsionan la realidad ^{F21,F23}.
- **Regresión:** volver a conductas de etapas **menos maduras**; en adultos, a cualquier edad, ligada a la enfermedad y al ingreso ^{F21,F24}.
- **Racionalización:** justificar con razones aceptables ^{F21}. **Proyección, desplazamiento, formación reactiva, intelectualización** ^{F21,F22}.
- Supresión: **consciente**; represión: inconsciente ^{F23}. Ante un mecanismo de defensa, **escucha activa** sin confrontar ^{F22}.
- Las conductas regresivas atraen **atención**, y eso las refuerza ^{F24}.

7. Conducta de enfermedad: síntomas, autocuidado y significado de la enfermedad

- **Conducta de enfermedad** (Mechanic): cómo se perciben, interpretan y atienden los síntomas ^{F38}.
- Factores de Mechanic: visibilidad, **gravedad**, alteración, persistencia, tolerancia, **información**, necesidades, interpretaciones, **recursos y costes**; no la relación médico-paciente ^{F39}.
- **Rol de enfermo** (Parsons): exención de responsabilidades y deber de buscar ayuda ^{F40}.
- **Autocuidado**: la respuesta **más frecuente** ^{F42}, **con o sin** apoyo profesional ^{F41}.
- Lipowski: **ganancia o alivio** = respiro de exigencias y de relaciones difíciles, apego al rol de enfermo ^{F56}; en escalas posteriores, **estrategia** = obtener apoyo de los demás ^{F44}.
- Conducta **anormal** de enfermedad (Pilowsky): modo desadaptativo de percibir y actuar pese a una explicación clara ^{F40}.
- Casi la mitad de los síntomas no lleva a hacer nada; **35 %** cuidados legos y **12 %** consulta profesional ^{F43}.

8. Hospitalización, adherencia y crisis

- Hospital: ambiente **impersonal**, rutina nueva, ansiedad; amenazas: **integridad corporal y dependencia**, entre otras ^{F48,F49}.
- El «**buen paciente**» pasivo y obediente puede estar en **indefensión aprendida** ^{F50}.
- **Adherencia** (OMS): ~**50 %** en crónicos en países desarrollados; el **apoyo social la mejora**, la **complejidad** la reduce ^{F51}.
- **Crisis (Caplan)**: desequilibrio que los recursos habituales no resuelven; **4-6 semanas**; madurativa, situacional o social ^{F52}.
- Su resolución depende de la **percepción**, el **apoyo** y el **afrentamiento**; es **riesgo y oportunidad** y se aprende de ella ^{F52,F53}.
- Adherencia: **cinco dimensiones** (socioeconómicas, sistema, tratamiento, enfermedad, paciente); la gravedad influye según la **percepción del riesgo** ^{F51}.
- Crisis: **generalizadas** o personales; desenlaces: mejor, igual, minicrisis o peor funcionamiento ^{F53,F54}.

9. Procesos psicológicos básicos: aprendizaje, motivación y memoria

- **Instinto**: innato, propio de la especie, **no aprendido**; la pauta fija de acción se completa aunque se retire el estímulo ^{F30,F31}.
- Todo **refuerzo aumenta** la conducta; el **negativo retira** un estímulo desagradable; **moldeamiento** = aproximaciones sucesivas ^{F28}.
- Alta **motivación de logro**: se atribuyen el éxito, prefieren dificultad **moderada** y confían en el **esfuerzo** ^{F34}.
- Atkinson y Shiffrin: sensorial → corto plazo (**memoria de trabajo**, ~30 s) → **largo plazo** ^{F32,F33}.
Episódica: sucesos en tiempo y lugar ^{F33}.
- Castigo: **disminuye** la conducta (tiempo fuera = castigo negativo) ^{F28}.
- Capacidad clásica de la memoria a corto plazo: **7 ± 2** (hoy se precisa que es un componente de la memoria de trabajo) ^{F33}.

Puntos clave

- 1 **Selye** introdujo el término *stress*, describió el **síndrome general de adaptación** (alarma, resistencia, agotamiento) y se le considera el padre de la investigación sobre el estrés ^{F10,F12,F1}.
- 2 **Lazarus y Folkman**: modelo transaccional; la **valoración cognitiva** (primaria y secundaria) media entre el estresor y la respuesta ^{F1}.
- 3 El **hipotálamo** es el rector de la respuesta de estrés: simpático (inmediato), médula suprarrenal (prolonga) y eje HHS (resistir si persiste) ^{F10,F7}.
- 4 El simpático dilata pupilas y bronquios, acelera el corazón, libera glucosa e **inhibe la digestión** ^{F5}.
- 5 **Holmes y Rahe (1967)**: 43 acontecimientos; el primero es la **muerte del cónyuge (100 UCV)**; de los diez primeros, cuatro tratan del matrimonio ^{F2,F13}.
- 6 **Tipo A**: prisa, competitividad, logro y **hostilidad**; hoy el riesgo cardiovascular se atribuye sobre todo a la ira/hostilidad ^{F3,F37}.
- 7 **Locus externo**: los resultados dependen de otros, de la **suerte** o del azar ^{F25}.
- 8 **Afrontamiento** centrado en el problema (cambiar el estresor) o en la emoción (evitar, minimizar, distanciarse, relajarse); el apoyo social instrumental es centrado en el problema según Carver ^{F4,F14}.
- 9 La **regresión** (volver a conductas de etapas menos maduras) es el mecanismo de defensa típico del adulto independiente que, al ingresar, pide ayuda para todo ^{F21,F24}.
- 10 **Racionalización**: justificar la conducta con razones aceptables en lugar de las reales ^{F21}.
- 11 **Mechanic**: factores del síntoma, de la persona y de los recursos (visibilidad, gravedad, información, costes); la relación médico-paciente no está entre ellos ^{F39}.
- 12 El **autocuidado** es la respuesta más habitual ante la enfermedad y se hace **con o sin** apoyo profesional ^{F41,F42}.
- 13 El apoyo social **mejora la adherencia**; la complejidad del régimen la reduce ^{F51}.
- 14 **Crisis (Caplan)**: desequilibrio que no se resuelve con los recursos habituales, limitado en el tiempo (4-6 semanas), riesgo y oportunidad de crecimiento ^{F52,F53}.

15 Todo **refuerzo** (también el negativo) **aumenta** la conducta; el **moldeamiento** refuerza aproximaciones sucesivas **F28**.

16 Atkinson y Shiffrin: el almacén a corto plazo es la **memoria de trabajo** y recibe información del registro sensorial y del almacén a largo plazo **F32**.

1. El estrés: concepto, Selye y el modelo transaccional de Lazarus

No hay una definición única de estrés. Las **definiciones basadas en el estímulo** lo ven como una situación exigente o amenazante; las **basadas en la respuesta** lo describen por las reacciones fisiológicas del organismo. Ninguna de las dos es completa: las primeras no reconocen que las personas ven y viven de forma distinta la misma situación, y las reacciones fisiológicas de las segundas también aparecen ante cosas que no se consideran estresantes, como una buena noticia inesperada ^{F1}. Una definición clásica que recoge el INSST (McGrath, 1970) es la de un **desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta** del individuo, cuando el fracaso ante esa demanda tiene consecuencias importantes (percibidas) ^{F6}.

Walter Cannon, fisiólogo de Harvard, fue el primero en identificar las reacciones fisiológicas del cuerpo ante el estrés y dio nombre a la **respuesta de lucha o huida**, la respuesta simpática ante un estresor importante ^{F1}. **Hans Selye**, endocrinólogo, definió el estrés como la **respuesta del organismo a cualquier demanda**, la cause o la produzca una situación agradable o desagradable (definición basada en la respuesta) ^{F1}. Selye **introdujo el término stress** y es el autor del **síndrome general de adaptación (SGA)** ^{F10}; se le conoce como el **«padre de la investigación sobre el estrés»** y como fundador de la teoría del estrés ^{F12}. El concepto parte de sus investigaciones de 1936 ^{F7}.

El SGA es la respuesta fisiológica **inespecífica** del organismo al estrés y tiene **tres fases** ^{F1}. En sus ratas, Selye observó **aumento de las suprarrenales, atrofia del timo y de los ganglios linfáticos y úlceras de estómago** ^{F1}. La reacción de alarma equivale, a grandes rasgos, a la respuesta de lucha o huida de Cannon ^{F1}.

Fase del SGA ^{F1,F7}	Qué ocurre
1. Reacción de alarma	La resistencia baja por debajo de lo normal; aumentan la frecuencia cardíaca y la capacidad respiratoria, se dilatan las pupilas, se contrae el bazo y aumenta la coagulación ^{F7}
2. Resistencia (la NTP 355 la llama «de adaptación»)	Los corticoesteroides se normalizan y desaparece la sintomatología ^{F7}
3. Agotamiento	Alteración tisular y aparición de la patología psicosomática: las enfermedades de adaptación ^{F7}

Selye señaló además que no todo el estrés es dañino: el **eustrés** («buen» estrés) es el que motiva y se asocia a sentimientos positivos y a un rendimiento óptimo; cuando el estrés supera el nivel óptimo se vuelve excesivo y debilitante, y lo llamó **distrés** ^{F1}.

Selye: padre de la teoría del estrés

¿A quién se considera el padre de la Teoría del Estrés?:

1. Seyle.
2. Caplan.
3. Gordon.
4. Lazarus.
5. Cooper.

Modelo transaccional (Lazarus y Folkman, 1984). Conciben el estrés como un **proceso** en el que la persona percibe y responde a los sucesos que **valora** como abrumadores o amenazantes para su bienestar ^{F1}. Dos valoraciones son clave: la **valoración primaria** juzga el grado de daño o amenaza para el bienestar, y la **valoración secundaria** juzga las opciones disponibles para afrontar el estresor ^{F1}. El INSST lo resume así: según algunos autores (Beck, Ellis, Lazarus) un estímulo produce una **evaluación cognitiva negativa**, a la que siguen la activación fisiológica y la ansiedad: **lo que pensamos precede a lo que sentimos** ^{F6}. En el modelo transaccional, la respuesta de estrés aparece cuando la persona, al valorar cognitivamente las demandas de la situación y sus propios recursos, entiende que esas demandas serán difíciles de satisfacer ^{F11}.

	Selye (SGA) ^{F1}	Lazarus y Folkman ^{F1,F11}
Qué es el estrés	Respuesta fisiológica inespecífica a cualquier demanda	Proceso: transacción entre las demandas y los recursos de la persona
Qué destaca	Las respuestas físicas ; en gran parte ignora la valoración y la interpretación de la amenaza	Los procesos cognitivos (valoración primaria y secundaria) que median entre el estímulo y la respuesta



Selye frente a Lazarus

Selye: respuesta fisiológica, SGA, tres fases (alarma, resistencia, agotamiento) ^{F1,F7}. **Lazarus y Folkman:** la **valoración cognitiva** media entre el estresor y la respuesta ^{F1}. Si una opción habla de fases o de reacciones fisiológicas, es Selye.

Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman

El modelo transaccional o procesual del estrés de Lazarus y Folkman:

1. Se centra en las reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo estresante.
2. Describe el síndrome general de adaptación.
3. Establece tres etapas: reacción, resistencia y agotamiento.
4. Concede gran importancia a los procesos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta de estrés.
5. Describe los efectos negativos a largo plazo de la exposición prolongada al estrés.

2. Fisiología del estrés y de las emociones; psiconeuroinmunología

La respuesta de estrés tiene dos grandes vías: el **sistema nervioso simpático** y el **eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS)**, que actúa mucho más despacio que el simpático ^{F1}. El **hipotálamo** hace de enlace entre el sistema nervioso y el endocrino ^{F7}: ante una situación que exige atención o acción, **inicia una serie de liberaciones químicas** que activan el simpático y el sistema corticosuprarrenal, y liberan cortisol y adrenalina ^{F22}. Cualquier situación que reconocemos (proceso cognitivo) envía señales de la corteza cerebral al hipotálamo y, por el sistema nervioso vegetativo, a la **médula suprarrenal**, que libera **adrenalina y noradrenalina**, las hormonas que nos preparan para luchar o huir ^{F7}. En el eje HHS, el hipotálamo segrega **CRF** (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de **ACTH**; esta estimula la **corteza suprarrenal**, que segrega cortisol, de **acción hiperglucemiante** ^{F7}.

El libro del INSHT sobre los aspectos médicos del estrés lo resume así: el **hipotálamo** es el **rector** de los sistemas neurovegetativo y neuroendocrino y constituye una **parte central** de la respuesta de estrés. El sistema neurovegetativo, al activar el **simpático**, da una **movilización inmediata** de recursos; la estimulación de la **médula adrenal**, con la liberación de adrenalina, **prolonga y suplementa** la acción del simpático; y el sistema neuroendocrino, activado por la CRH, permite **resistir** el agente estresante si **persiste** ^{F10}.

Componente ^{F10,F7}	Qué hace	Cuándo
Hipotálamo	Rector de los sistemas neurovegetativo y neuroendocrino; parte central de la respuesta ^{F10}	Inicia la respuesta ^{F22}
Simpático (sistema neurovegetativo)	Movilización de recursos energéticos	Inmediata
Médula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina)	Prolonga y suplementa la acción del simpático	Después del simpático
Eje HHS: CRF/CRH → ACTH → cortisol	Recursos para resistir el estresor	Si el estresor persiste

EIR 2015 · 50

P13 · respuesta en el solucionario

Respuesta al estrés mediada por el hipotálamo

Cuando una persona está afectada por un suceso mayor estresante o muchos sucesos menores estresantes diarios, su organismo puede reaccionar mostrándose en los órganos diana por acción del:

1. Eje neural autónomo produciendo efectos prolongados.
2. Eje neural periférico produciendo efectos intermedios.
3. Eje neuroendocrino estimulando la médula adrenal y produciendo efectos inmediatos.
4. Hipotálamo.
5. Eje endocrino sobre la médula espinal.

Activación simpática. El simpático **dilata las pupilas**, inhibe la salivación, **aumenta la frecuencia cardiaca**, **dilata los bronquios**, **inhibe la digestión**, estimula la degradación del glucógeno, estimula la secreción de adrenalina y noradrenalina e inhibe la contracción de la vejiga; el parasimpático hace lo contrario y **estimula la**

digestión ^{F5}. En esa respuesta el hígado **libera glucosa** ^{F5}. La **noradrenalina** de las terminaciones simpáticas aumenta sobre todo en el estrés físico, en situaciones de alto riesgo o de **agresividad** ^{F7}; en los pacientes con cardiopatía isquémica, la **ira**, el miedo y la ansiedad producen, por efectos del sistema nervioso central y del simpático, **taquicardia** aguda e hipertensión ^{F10}.

Órgano ^{F5}	Simpático (lucha o huida)	Parasimpático
Pupila	Dilata	Contrae
Corazón	Aumenta la frecuencia	La reduce
Bronquios	Dilata	Contrae
Tubo digestivo	Inhibe la digestión	Estimula la digestión
Hígado	Degrada glucógeno y libera glucosa	—

Emociones básicas. Ekman defiende que existen **emociones básicas**, con una base biológica que muestran los universales en su expresión y en su fisiología ^{F59}. Hay pruebas sólidas de **siete emociones universales**, cada una con una expresión facial propia: **alegría, sorpresa, tristeza, miedo, asco, desprecio e ira** (Ekman y Keltner); incluso las personas ciegas de nacimiento producen esas mismas expresiones ^{F35}. La **amígdala** tiene un papel principal en el **miedo** ^{F35}.

EIR 2012 · 2

P25 · respuesta en el solucionario

Respuestas fisiológicas de la ira

Isabel ha tenido una fuerte discusión con su compañera de trabajo y su estado emocional manifiesta ira, que incluye las siguientes respuestas fisiológicas EXCEPTO:

1. Dilatación pupilar.
2. Incremento del ritmo cardiaco.
3. Dilatación de las vías aéreas.
4. Aumento de la motilidad intestinal.
5. Elevación de la glucemia.

EIR 2005 · 75

P35 · respuesta en el solucionario

El miedo como emoción primaria

El miedo es una emoción:

1. Primaria.
2. Secundaria.
3. Anormal.
4. Irracional.
5. Duradera.

Psiconeuroinmunología (PNI). Es el campo que estudia cómo los factores psicológicos, como el estrés, influyen en el sistema inmunitario; el término se acuñó en **1981** ^{F3}. El INSHT la define como la ciencia de la **comunicación bidireccional** entre los sistemas neuroendocrino e inmunitario ^{F10}. Las hormonas del estrés que se liberan al activarse el **eje HHS** pueden **perjudicar la función inmunitaria**, por ejemplo inhibiendo la producción de linfocitos, y el simpático inerva órganos inmunitarios como el timo, la médula ósea, el bazo y los ganglios linfáticos ^{F3}. Un **cortisol elevado de forma mantenida debilita** el sistema inmunitario ^{F1}. Ejemplos: más resfriados en personas con estrés crónico de más de un mes, peor respuesta a la vacuna antigripal en quienes cuidan a personas con alzhéimer y cicatrización más lenta ^{F3}.

EIR 2013 · 164

P20 · respuesta en el solucionario

Psiconeuroinmunología: eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal

¿Es posible que las emociones afecten al sistema inmunitario?:

1. Sí, a través de la vía hormonal exclusivamente.
2. No, no hay puntos de conexión entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso.
3. No, pues hoy la psicoimmunología no es una realidad.
4. Sí, a través del eje hipotálamo-hipofisariosuprarrenal.
5. No, pues aunque una persona esté deprimida, las células natural killer actúan de la misma manera.

3. Estrés: acontecimientos vitales, contrariedades diarias y medición del estrés

Los estresores pueden ser **crónicos** (cuidar de un padre con demencia, el paro de larga duración) o **agudos** (romperse una pierna), y van desde los grandes traumas y los cambios vitales hasta las **contrariedades diarias** ^{F2}. **Holmes y Rahe** crearon en **1967** la **escala de reajuste social (SRRS)**, con **43 acontecimientos vitales** que exigen distinto grado de reajuste, sean deseables o indeseables: por eso incluye sucesos agradables como las vacaciones, la jubilación o el matrimonio ^{F2}. Pidieron a **394 participantes** que puntuaran cada ítem; las medias son las **unidades de cambio vital (UCV)**, de **11 a 100** ^{F2}. El **matrimonio** sirvió de ítem de anclaje, con un valor arbitrario de **500**, y cada peso se obtuvo dividiendo la media de los evaluadores entre **10** ^{F13}. Se marcan los sucesos vividos en los **últimos 12 meses** y se suman sus UCV ^{F2}.

Orden ^{F13}	Acontecimiento (escala original de 1967)	UCV
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
4	Cárcel (detención en una institución)	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal importante	53
7	Matrimonio	50
8	Despido	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45

Los diez primeros: el matrimonio manda

Entre los diez primeros, **cuatro** tratan del matrimonio en sí: **divorcio, separación, matrimonio y reconciliación**; si se suma la **muerte del cónyuge**, el primero, son cinco los ligados al cónyuge. El trabajo solo aporta dos (despido y jubilación) y la enfermedad uno ^{F13}. En la escala, el embarazo puntúa 40 y la llegada de un nuevo miembro a la familia 39; las vacaciones, 13 ^{F13}.

Rahe comprobó que una puntuación de **unas 150** sugería que la persona seguiría sana los 12 meses siguientes, mientras que quienes enfermaban solían puntuar **más de 300** ^{F13}. En la reevaluación de 2023, la muerte del cónyuge o pareja sigue siendo el primer ítem, aunque ya no puntúa **100** ^{F13}. Críticas a la SRRS: muchos ítems son vagos y, sobre todo, la escala **no tiene en cuenta la valoración** que la persona hace de cada suceso ^{F2}.

Holmes y Rahe: acontecimiento más estresante, muerte del cónyuge

En la escala de acontecimientos vitales (Social Readjustment Rating Scale) de Colmes y Rahe (1967) el ítem de mayor puntuación (el más estresante) es:

1. Embarazo.
2. Éxito personal.
3. Cambio de residencia.
4. Vacaciones.
5. Muerte del cónyuge.

Holmes y Rahe: acontecimientos más estresantes relacionados con el matrimonio

En la escala de Holmes y Rahe (1967) entre los diez acontecimientos vitales más estresantes, cuatro tienen que ver con aspectos relacionados con:

1. El trabajo.
2. La enfermedad.
3. El matrimonio.
4. La religión.
5. La cárcel.

Contrariedades diarias (*daily hassles*): irritaciones y molestias cotidianas (atascos, llaves perdidas, discusiones) que se acumulan y pueden estresar tanto como los acontecimientos vitales (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Su frecuencia **predice la salud física y psicológica mejor que las UCV** (DeLongis y cols., 1982) ^{F2}.

Medir el estrés. Hay pruebas psicológicas y fisiológicas, registros administrativos, **autorregistros y cuestionarios** ^{F8}. Las hormonas del estrés pueden determinarse en **sangre, orina y saliva**, teniendo en cuenta sus variaciones a lo largo del **ciclo circadiano** ^{F7}. La NTP 574 del INSST propone una parte fisiológica para **detectar de manera objetiva** las alteraciones, pero advierte de que la liberación de catecolaminas es **fluctuante e intermitente** (ritmos biológicos, tabaco, sexo); para los estresores laborales considera más adecuada la evaluación de **cómo percibe** la persona las exigencias ^{F9}. Una revisión sobre buenas prácticas de medición concluye que **no existe un biomarcador específico del estrés** (ni siquiera el cortisol) y que, en los ensayos de intervención, los biomarcadores **no deben sustituir** a los autoinformes como resultado principal ^{F15}.

¿Son más fiables las medidas fisiológicas?

La respuesta oficial de **EIR2016-041** da las **medidas fisiológicas y bioquímicas como más fiables que los autoinformes**: responde a la idea de que miden «de manera objetiva» ^{F9}, frente al carácter subjetivo del autoinforme. La literatura actual no lo sostiene: no hay biomarcador específico del estrés, no todo aumento de cortisol se debe al estrés psicológico, la fiabilidad de los biomarcadores en el tiempo es desconocida y no deben reemplazar al autoinforme como resultado principal ^{F15}; y el propio INSST subraya la variabilidad de las catecolaminas ^{F9}. Para el examen de 2016 se esperaba la opción de la mayor fiabilidad fisiológica; con la evidencia actual no se sostiene ^{F15}.

EIR 2016 · 41

P8 · respuesta en el solucionario

Medición del estrés: medidas fisiológicas y autoinformes

En la medición y valoración del estrés que presenta un individuo:

1. Pueden utilizarse medidas fisiológicas y bioquímicas que resultan más fiables que los autoinformes que realiza el propio individuo.
2. Pueden utilizarse autoinformes que resultan más fiables que las medidas fisiológicas y bioquímicas.
3. Los autoinformes y las medidas fisiológicas son igualmente fiables para determinar el grado de estrés de un individuo y predecir la probabilidad de aparición de enfermedades derivadas del mismo.
4. Los autoinformes son más fiables para determinar el grado de estrés de un individuo y las medidas fisiológicas y bioquímicas para predecir la probabilidad de aparición de enfermedades derivadas del mismo.

4. Personalidad, estrés y enfermedad

Patrón de conducta tipo A. Friedman y Rosenman observaron que las personas propensas a la cardiopatía eran trabajadores compulsivos, pendientes de los plazos y siempre con prisa (**tipo A**); a las más relajadas las llamaron **tipo B**. En su muestra, la cardiopatía era **más de siete veces más frecuente** en los tipo A (1959) ^{F3}. El INSHT incluye el patrón tipo A entre los **factores básicos de riesgo de enfermedad coronaria** ^{F10}.

- Lucha agresiva y crónica por **conseguir cada vez más en cada vez menos tiempo: competitividad** excesiva, **urgencia temporal** crónica, **impaciencia** y **hostilidad** hacia quien se interpone en su camino ^{F3}.
- Interés desmesurado por la perfección y por el **logro de metas elevadas**; implicación muy profunda con la profesión, **hasta considerar el trabajo el centro de su vida**; **incapacidad de relajarse** y preocupación constante por el tiempo. Son activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes ^{F6}.
- Ordenados, organizados, seguros de sí mismos, con tendencia a **reprimir las emociones**, agresivos, hostiles, de elocución explosiva y con **necesidad de controlar** los acontecimientos ^{F10}.

Qué dice la evidencia posterior. Los estudios posteriores **no replicaron** la asociación entre el tipo A global y la cardiopatía; la investigación señala que la dimensión de **ira/hostilidad** puede ser uno de los factores más importantes en su desarrollo ^{F3}. El INSHT también considera la hostilidad latente y la ira contenida los elementos del tipo A que predicen el riesgo cardiovascular, y recoge autores que no encontraron influencia del tipo A en la evolución a largo plazo del infarto ^{F10}. Un metanálisis concluye que la **ira y la hostilidad** se asocian a la cardiopatía coronaria tanto en población sana como en pacientes coronarios ^{F37}.

Tipo A y corazón: la respuesta clásica y la actual

La respuesta oficial de **EIR2016-042** es la clásica: el **tipo A aumenta la probabilidad de enfermedad cardiovascular** (Friedman y Rosenman, 1959) ^{F3,F10}. Hoy se matiza: la asociación del tipo A en conjunto no se replicó, y lo que se relaciona con la cardiopatía es su componente de **ira y hostilidad** ^{F3,F37}. La relación que preguntan es con el corazón, no con el aparato digestivo, y con el tipo A, no con el B ^{F3}.

Tipo A en cuatro palabras

Prisa, competir, lograr, hostilidad: todo lo que suene a urgencia, desafío, ira ante los obstáculos o trabajo como centro de la vida es tipo A ^{F3,F6}.

Personalidad tipo A y riesgo cardiovascular

Respecto a las características de personalidad, una de las siguientes alternativas es cierta:

1. El estilo de personalidad conocido como Tipo A aumenta la probabilidad de enfermedades digestivas.
2. El estilo de personalidad conocido como Tipo A aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.
3. El estilo de personalidad conocido como Tipo B aumenta la probabilidad de enfermedades digestivas.
4. El estilo de personalidad conocido como Tipo B aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

Patrón de personalidad tipo A: características

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se ajusta a una persona con patrón de personalidad tipo A?:

1. "Siento que el tiempo se dilata cuando estoy inactivo".
2. "Si algo obstaculiza mis metas suelo reaccionar con ira y hostilidad".
3. "El reconocimiento social no es muy importante, lo importante es que me siento competente".
4. "Me encantan las situaciones desafiantes y ejecutarlas cuanto antes".
5. "La jubilación es estresante pues me afecta a mi estima personal".

Personalidad y cáncer (criterio clásico). El libro del INSHT (2006) recoge la llamada **personalidad tipo C**, con **supresión de las manifestaciones emocionales** (incapacidad para expresar abiertamente sentimientos y necesidades), incapacidad para afrontar el estrés, evitación de conflictos y docilidad ^{F11}. La presenta como un tipo de personalidad **con predisposición al cáncer** ^{F11}. En cuanto al afrontamiento, recoge que las pacientes con **espíritu luchador** evolucionaban mejor que aquellas en las que predominaban el estoicismo, la indefensión o la desesperanza; en el estudio de Greer y cols. (1979), la supervivencia libre de recurrencias a los cinco años fue más común en quienes reaccionaron con **rechazo** o espíritu luchador que en quienes lo hicieron con **aceptación estoica**, impotencia o desesperanza, y en otro estudio las pacientes que **negaban** la enfermedad o la **aceptaban y querían combatirla** tenían menos metástasis que las que la **aceptaban resignadamente** o se desesperanzaban ^{F11}. La **personalidad tipo D** combina la tendencia a experimentar emociones negativas con la **inhibición social** de su expresión ^{F10}.

Evidencia actual. Según el NCI, los primeros estudios con **terapia grupal expresiva** en cáncer de mama metastásico mostraron una ventaja de supervivencia, pero los intentos de repetirlos en Canadá, EE. UU. y Australia, aunque hallaron beneficios psicológicos, **no lograron repetir el beneficio en la supervivencia**; la preponderancia de las pruebas indica que es **poco probable que la intervención psicosocial contribuya por sí sola a la duración de la supervivencia**, aunque mejore la calidad de vida ^{F16}. La evidencia de que el estrés afecte directamente a la supervivencia sigue siendo **débil** ^{F17}.

Expresar emociones y supervivencia en el cáncer

La respuesta oficial de **EIR2016-040** es que la supervivencia mejora si la persona **aprende a expresar sus emociones negativas**: es el criterio de la personalidad tipo C, que el INSHT presenta como predisposición al cáncer por la supresión emocional, y del espíritu luchador frente a la aceptación resignada ^{F11}. El NCI concluye hoy que las intervenciones psicosociales, incluida la terapia expresiva, **mejoran la calidad de vida pero probablemente no alargan la supervivencia** ^{F16}, y que la relación entre estrés y supervivencia es débil ^{F17}. Para el examen de 2016, la opción esperada es expresar las emociones negativas; inhibirlas o aceptar pasivamente el diagnóstico eran las actitudes de peor pronóstico en aquel criterio ^{F11}.

EIR 2016 · 40

P9 · respuesta en el solucionario

Cáncer y expresión de emociones negativas

Respecto a los factores psicosociales relacionados con el cáncer, se ha comprobado que las personas mejoran sus probabilidades de supervivencia si:

1. Inhiben la manifestación de emociones negativas.
2. Aceptan pasivamente el diagnóstico.
3. Aprenden a expresar sus emociones negativas.
4. Presentan unas características de personalidad independiente y responsable.

Locus de control (Rotter, 1966). Son las creencias sobre el poder que tenemos sobre nuestra vida. Las personas con **locus interno** creen que la mayoría de sus resultados dependen directamente de su esfuerzo y sus decisiones; las de **locus externo** creen que sus resultados escapan a su control y que su vida la controlan **otras personas, la suerte o el azar** ^{F25}. Es un continuo entre ambos extremos ^{F25}. Los internos rinden mejor, son más independientes, **más sanos, afrontan mejor** y se deprimen menos; el locus es distinto de la **autoeficacia**, que es la creencia en la propia capacidad ^{F25}.

EIR 2015 · 47

P14 · respuesta en el solucionario

Locus de control externo

C. N. tiene un importante sobrepeso, no puede resistirse y come a cualquier hora. Comenta a la enfermera que no puede controlar sus acciones y que tiene muy mala suerte con el problema de la comida. Esta señora presenta un estilo atribucional:

1. De indefensión.
2. Interno.
3. Externo.
4. Neurótico.
5. Asertivo.

Los cinco grandes (modelo de los cinco factores): **apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo** (acrónimo OCEAN) ^{F36}. La **amabilidad o afabilidad** es la tendencia a ser **agradable, cooperativo, digno de confianza y bondadoso**; la responsabilidad incluye competencia,

autodisciplina, reflexión y afán de logro; la extraversión, sociabilidad, asertividad, búsqueda de emociones y expresión emocional; la apertura, imaginación, sentimientos, acciones e ideas; y el neuroticismo es la tendencia a experimentar emociones negativas (en el polo bajo, la persona tranquila y estable) ^{F36}. Cada factor representa un **rango entre dos extremos**, y la mayoría de las personas se sitúa hacia el centro ^{F36}.

EIR 2011 · 94

P46 · respuesta en el solucionario

Cinco grandes: rasgo de 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.

EIR 2015 · 55

P43 · respuesta en el solucionario

Modelo de los cinco factores de McCrae y Costa: dimensiones

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

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

5. Afrontamiento: estrategias, control, apoyo social y técnicas

El **afrontamiento** (*coping*) son los esfuerzos mentales y conductuales que usamos para hacer frente a los problemas relacionados con el estrés ^{F4}. **Lazarus y Folkman (1984)** distinguieron dos tipos fundamentales ^{F4}. En el **centrado en el problema** se intenta **manejar o cambiar el problema** que causa el estrés (por ejemplo, buscar ayuda de un tutor o hablar con el profesor). El **centrado en la emoción** consiste en esfuerzos para **cambiar o reducir las emociones negativas: evitar, minimizar o distanciarse** del problema, compararse positivamente con otros, buscar algo positivo en lo negativo o distraerse con actividades agradables ^{F4}. El primero predomina ante estresores que se perciben **controlables**; el segundo, ante los que creemos que **no podemos cambiar**, y es más eficaz con los incontrolables (el duelo) ^{F4}.

	Centrado en el problema ^{F4,F14}	Centrado en la emoción
Objetivo	Cambiar el estresor	Regular el malestar emocional
Ejemplos	Afrontamiento activo, planificación , suprimir actividades que compiten, contención, buscar apoyo social instrumental (Carver y cols.)	Evitar, minimizar, distanciarse ^{F4} ; reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, buscar apoyo social emocional ^{F14} ; respiración, meditación, humor, actividad física, buscar apoyo social ^{F18}
Cuándo predomina	Estresor controlable	Estresor incontrolable

¿Dónde va el apoyo social? Depende de su forma. El cuestionario COPE de **Carver, Scheier y Weintraub (1989)** sitúa la **búsqueda de apoyo social instrumental** (consejo, ayuda, información) entre las estrategias **centradas en el problema** y la **búsqueda de apoyo social emocional** entre las centradas en la emoción ^{F14}. Otras fuentes actuales ponen «buscar apoyo social», sin distinguir, como ejemplo de afrontamiento **centrado en la emoción** ^{F16,F18}.

El apoyo social en EIR2014-039

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2014-039** da como correcta «estrategias centradas en el problema, como por ejemplo el apoyo social». Encaja con Carver y cols., que clasifican el **apoyo social instrumental** como centrado en el problema ^{F14}. Pero el NCI y Open RN citan «buscar apoyo social» como estrategia **centrada en la emoción** ^{F16,F18}. Las demás opciones no encajan: el **distanciamiento** es centrado en la emoción ^{F4} y la regresión es un mecanismo de defensa inconsciente ^{F21}.

Afrontamiento centrado en la emoción

Cuando una persona trata de evitar las circunstancias que aumentan su estrés, hace ejercicios de relajación, planifica actividades de ocio y trivializa su enfermedad, se dice que esta persona está utilizando estrategias de afrontamiento dirigidas a:

1. La acción.
2. El problema.
3. La omisión.
4. La emoción.
5. La atención.

Afrontamiento centrado en el problema

Para afrontar de forma directa y efectiva situaciones estresantes se puede utilizar:

1. La confrontación como estrategia centrada en la emoción.
2. El distanciamiento como estrategia centrada en el problema.
3. Estrategias centradas en el problema, como por ejemplo el apoyo social.
4. El mecanismo defensivo de la regresión.
5. La autoinculpación.

Control percibido. Las percepciones de **control personal** se asocian a mejor salud física y mental y a mayor bienestar; la percepción de control y la capacidad de afrontamiento son importantes para manejar los estresores ^{F4}. Para Bandura, la intensidad y la cronicidad del estrés dependen en gran parte del **control percibido** sobre las demandas de la vida ^{F4}. En el extremo opuesto está la **indefensión aprendida** de **Seligman**: tras vivir sucesos negativos que cree incontrolables, la persona **deja de intentar cambiar** la situación y puede deprimirse; las atribuciones **internas, estables y globales** de los fracasos predisponen a la depresión ^{F4}.

Apoyo social. Es uno de los factores psicosociales mejor documentados que influyen en la salud; puede ser consejo, orientación, ánimo, aceptación, consuelo emocional o **ayuda tangible**, y las personas con relaciones sociales más fuertes tienen un **50 % más de probabilidad de sobrevivir** ^{F4}. Las relaciones sociales, dentro y fuera del trabajo, pueden **reducir** de forma importante los niveles de estrés y dar un sentimiento de **dominio de la situación** ^{F6}. Según French (1973), el apoyo social reduce los estresores objetivos, modifica su percepción, reduce sus consecuencias y aumenta los recursos de adaptación ^{F6}.



Lo que protege

Control percibido y apoyo social contribuyen los dos, y de forma positiva, al manejo del estrés ^{F4,F6}.

La falta de control lleva a la indefensión aprendida ^{F4}.

Apoyo social y sensación de control en el afrontamiento del dolor y el estrés

En el afrontamiento del dolor y de situaciones de estrés:

1. Tanto el apoyo social como el sentimiento de control sobre la propia vida son factores que contribuyen positivamente.
2. El apoyo social es un factor importante para el buen manejo de estas situaciones, pero el sentimiento de control personal de la propia vida no influye significativamente.
3. El sentimiento de control personal de la propia vida es un factor importante para el buen manejo de estas situaciones pero el apoyo social no influye significativamente.
4. Ni el sentimiento de control sobre la propia vida, ni el apoyo social, son factores que influyan positivamente.

Estilos de afrontamiento de la enfermedad (Lipowski). Los dos estilos **cognitivos** son la **minimización** (quitar importancia al suceso) y la **focalización vigilante**; en la esfera **conductual** hay tres: **afrontar** (*tackling*, ocuparse activamente del suceso), **capitular** (someterse, ser **pasivo o excesivamente dependiente**) y **evitar** (alejarse del suceso retirándose o huyendo) ^{F56}. Algunos pacientes **abusan del alcohol o de sedantes** para aliviar el malestar emocional ^{F56}. En el dolor crónico, las estrategias **activas** son acciones concretas para controlar el dolor o la pérdida funcional, y las **pasivas**, acciones de **evitación** de la situación que suponen **renunciar al control** y permitir que se afecten otras áreas de la vida; las pasivas se asocian a más dolor y depresión ^{F57}. La distracción se clasifica de forma distinta: el cuestionario español de Soriano y Monsalve la cuenta entre las **activas** ^{F57}, mientras que la AAPM&R pone entre las pasivas la distracción o desconexión mental (ver la televisión) y esperar a que cedan los síntomas, y entre las activas el ejercicio, la expresión creativa y la relajación ^{F58}.

¿Qué evitación es pasiva?

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2009-021** considera pasivo el afrontamiento conductual-evitativo que consiste en **tomar medicación para evitar el malestar y aumentar la dosis**: es evitación con **renuncia al control** ^{F57}, en la línea del abuso de sedantes para aliviar el malestar que describe Lipowski ^{F56}; el ocio, la actividad física, relacionarse y descansar serían formas activas de desviar la atención. Hoy la AAPM&R cuenta la distracción pasiva, como ver la televisión, entre las estrategias **pasivas** ^{F58}, de modo que no todo ocio es activo, aunque el cuestionario de Soriano y Monsalve considera activa la distracción ^{F57}.

Afrontamiento conductual-evitativo pasivo

El afrontamiento conductual-evitativo, como estrategia que desplaza la atención de los síntomas de la enfermedad, se considera pasivo cuando la conducta de la persona consiste en:

1. Realizar actividades de ocio de cualquier tipo.
2. Aumentar las actividades físicas en general.
3. Tomar medicación para evitar el malestar y aumentar progresivamente la dosis.
4. Relacionarse con otras personas.
5. Descansar y relajarse.

Técnicas de relajación. Las de Jacobson y Schultz parten del principio de que **es imposible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente**; no eliminan el problema, sino que enseñan a controlar los efectos fisiológicos del estrés ^{F7}. La **relajación muscular progresiva de Jacobson** consiste en contraer y relajar para reconocer la tensión de cada parte del cuerpo ^{F8}. Otras técnicas individuales: respiración abdominal, **biofeedback** (control voluntario de procesos biológicos a partir de la información que da un aparato), desensibilización sistemática, inoculación de estrés, detención del pensamiento, entrenamiento asertivo y solución de problemas ^{F8,F4}.

- **Posición:** la respiración profunda se puede hacer **acostado, sentado o de pie**; al principio, hasta tener destreza, conviene hacerla acostado o sentado. Se practica **todos los días hasta poder hacerla de forma rutinaria en cualquier situación estresante** ^{F19}.
- Con la práctica, la persona podrá relajarse **«en un instante»** y **cuando lo necesite** ^{F19}. Como entrenamiento, la respiración se practica tres veces al día, diez minutos cada vez; la relajación muscular, una o dos veces al día durante al menos ocho semanas ^{F19}.
- **Visualización:** recurrir a imágenes mentales en cada momento de la respiración **aumenta considerablemente el efecto**; ya relajado, la persona puede recrearse en imágenes de tranquilidad ^{F19}.
- **Respiración:** lenta y profunda, inspirando por la nariz y espirando por la boca, con la espiración el **doble de larga** que la inspiración ^{F19}. En la relajación muscular progresiva se **toma el aire y se aguanta mientras se tensa** (7-10 segundos) y se suelta lentamente al aflojar (15-20 segundos) ^{F19}.

Técnica de relajación: práctica en cualquier posición tras entrenamiento

Señale el enunciado correcto sobre la técnica de relajación:

1. La visualización disminuye el grado de relajación.
2. La mejor relajación se consigue cuando la persona se duerme.
3. Se puede practicar relajación, tras la práctica continuada, en cualquier posición y lugar.
4. En las respiraciones profundas no se aconseja retener el aire unos segundos.
5. Si aparece hormigueo indica que no se está relajando bien la persona.

Distorsiones cognitivas y reestructuración. La terapia cognitiva la desarrolló **Aaron Beck** en los años 60; ejemplos de distorsiones son el pensamiento todo o nada, la **sobregeneralización** y el **salto a las**

conclusiones (suponer, sin pruebas, que los demás piensan o reaccionan negativamente hacia uno) ^{F26}. La guía del SAS describe, entre otras, la **generalización excesiva** (a partir de un hecho aislado se hace una regla general y universal), la personalización y la **lectura del pensamiento** (suponer que los demás le desprecian sin comprobarlo) ^{F20}. La **reestructuración cognitiva** consiste en **reevaluar y reformular** los pensamientos o creencias negativos para cambiar la perspectiva y reducir el estrés ^{F22}; se trata de cuestionar las creencias irracionales y sustituirlas por formas de pensar nuevas y **más positivas** ^{F26}. Es una **intervención enfermera**: el plan de cuidados de ansiedad y depresión de la Agencia Sanitaria Hospital de Poniente (Junta de Andalucía) incluye la NIC 4700 «Reestructuración cognitiva» ^{F27}.

Distorsión cognitiva, indefensión y locus

«Les debo caer mal» sin pruebas es **saltar a las conclusiones** ^{F26}, y pasar de «casi no me hacen caso» a «todo va fatal» es **generalizar** ^{F20}. La indefensión aprendida es otra cosa: dejar de intentarlo tras sucesos incontrolables ^{F4}. Y quien cree que «no puede influir en nada» tiene un locus **externo**, no interno ^{F25}.

EIR 2013 · 33

P23 · respuesta en el solucionario

Distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva

Un paciente verbaliza: «Las enfermeras casi no me hacen caso, les debo caer mal y yo no puedo influir en nada de lo que me pasa, todo va fatal». Señale el enunciado correcto:

1. Este paciente presenta locus de control interno.
2. Es un claro estilo atribucional de indefensión de Seligman.
3. Muestra un estilo atribucional egótico de Snyder.
4. Muestra distorsiones cognitivas (generalización, inferencia arbitraria) que la enfermera lo podría tratar con reestructuración cognitiva.
5. Tendría que ser tratado por un psicólogo/a.

6. Mecanismos de defensa

Los **mecanismos de defensa** del yo son conductas protectoras **inconscientes** que buscan **reducir la ansiedad** y que, de distintas formas, **distorsionan la realidad**; todos los usamos, y Freud creía que abusar de ellos puede ser problemático ^{F21}. Salvo la **supresión**, que es consciente, todos son inconscientes ^{F23}. A corto plazo reducen la ansiedad y amortiguan las situaciones estresantes; si se usan a largo plazo pueden llevar a un **afrontamiento ineficaz** ^{F55}. Ante ellos, la enfermera usa la **escucha activa** y una comunicación sin juicios, en vez de confrontar directamente el mecanismo ^{F22}.

Mecanismo	Qué es ^{F21,F22,F23}	Ejemplo
Regresión	Volver a estrategias de afrontamiento de etapas menos maduras del desarrollo ^{F21} ; ante el estrés, a conductas propias de la infancia ^{F22}	Tras suspender los exámenes de doctorado, pasa días en la cama abrazado a su juguete de la infancia ^{F21}
Racionalización	Justificar la conducta sustituyendo los motivos reales, menos aceptables, por razones aceptables ^{F21} ; dar razones lógicas a una conducta inaceptable para defenderse de la culpa ^{F23}	Suspende por no estudiar y dice que el profesor le tiene manía ^{F21}
Negación	Negarse a aceptar hechos reales porque son desagradables ^{F21}	Recién diagnosticado de cáncer, dice que el diagnóstico es un error ^{F23}
Proyección	Atribuir a otros los deseos inaceptables propios ^{F21}	—
Desplazamiento	Trasladar impulsos o conductas a un objetivo más aceptable o menos amenazante ^{F21}	Se enfada con el médico y critica a la enfermera ^{F55}
Formación reactiva	Comportarse de forma opuesta a los verdaderos sentimientos para ocultarlos o negarlos ^{F22}	—
Intelectualización	Centrarse en los aspectos intelectuales de una situación en vez de en los emocionales ^{F22}	—
Represión	Excluir de la conciencia, de forma inconsciente, experiencias dolorosas e impulsos inaceptables ^{F23}	—
Supresión	Esfuerzo consciente por apartar de la mente pensamientos y experiencias perturbadores ^{F23}	—

Mecanismo	Qué es ^{F21,F22,F23}	Ejemplo
Sublimación	Canalizar deseos inaceptables por vías socialmente aceptables ^{F21}	—

La regresión en el adulto enfermo. La regresión es típica en la infancia normal y la causan el estrés, la frustración o un trauma; en adultos **puede aparecer a cualquier edad** ^{F24}. La **crisis que provoca la enfermedad** lleva a **conductas regresivas**; puede considerarse regresivo al adulto que necesita ayuda para asearse o comer, y la hospitalización estresa y puede alimentar rabietas ^{F24}. Las conductas regresivas suelen hacer que los demás **les presten más atención**, lo que las refuerza; se vuelven problemáticas, sobre todo en el hospital, cuando sirven para **evitar** situaciones adultas difíciles ^{F24}. Lipowski señala que la ansiedad o la depresión del enfermo pueden desencadenar mecanismos de defensa desadaptativos, como la negación o la **regresión**, que pueden volverlo incumplidor o **excesivamente dependiente** ^{F56}.

★ Regresión: lo que más se repite

Persona **independiente** que, al **ingresar**, reclama constantemente a su familia y **pide ayuda para todo: regresión** ^{F24}. Es un **mecanismo de defensa ante el estrés** ^{F21}: típica en la **infancia normal** y posible en el adulto **a cualquier edad** ^{F24}. **Justificar** con buenas razones lo que se hace por otros motivos: **racionalización** ^{F21}.

EIR 2012 · 23

P24 · respuesta en el solucionario

Regresión como mecanismo de defensa ante el estrés o la hospitalización

La señora Antonia López tiene 60 años, es viuda desde hace 6 años, vive sola y lleva una vida muy independiente y activa. Ingresa en el hospital para ser intervenida quirúrgicamente y durante su ingreso reclama permanentemente la presencia de alguno de sus hijos y su ayuda para cualquier actividad. Esta forma de afrontamiento de Antonia se trata de un mecanismo defensivo de:

1. Negación.
2. Proyección.
3. Regresión.
4. Desplazamiento.
5. Formación reactiva.

Regresión como mecanismo de defensa ante el estrés o la hospitalización

Durante situaciones estresantes que suponen una reacción por parte de la persona, puede suceder que:

1. La regresión es una reacción ante las situaciones que se dan en la edad adulta únicamente.
2. La regresión es una reacción normal del envejecimiento, pero no ante situaciones estresantes.
3. La regresión es un mecanismo de defensa ante este tipo de situaciones.
4. La regresión cuando se da en el niño, en situaciones estresantes, indicaría problemas del crecimiento y desarrollo.

Racionalización como mecanismo de defensa

Luis ha empezado este año sus estudios universitarios. En una semana tendrá su primer examen. Él no quiere estudiar para el examen, así que decide que esta tarde va a ir al cine para tener un día de relax antes del mismo. Esta forma de pensamiento justifica que vaya al cine en vez de estar estudiando. Elija el mecanismo de defensa que utiliza Luis para justificar su comportamiento:

1. Minimización.
2. Racionalización.
3. Negación.
4. Intelectualización.

7. Conducta de enfermedad: síntomas, autocuidado y significado de la enfermedad

Conducta de enfermedad. Describe cómo responden las personas a las señales corporales y en qué condiciones llegan a considerarlas anormales: cómo vigilan su cuerpo, definen e interpretan los síntomas, actúan para remediarlos y usan fuentes de ayuda, incluido el sistema sanitario formal ^{F38}. La expresión la acuñó **David Mechanic** con otro autor (Mechanic, 1962) ^{F40}. La magnitud, la gravedad, la persistencia y el carácter de los síntomas marcan límites, pero hay mucha variabilidad en lo que se percibe y en cómo se define; las personas difieren en su **tolerancia al malestar**, en sus **conocimientos e información** sobre la enfermedad y en cómo los síntomas afectan a sus necesidades y roles ^{F38}.

Mechanic identificó una amplia gama de **factores culturales y sociales** que influyen en cómo responden las personas a la enfermedad ^{F39}:

- Visibilidad o reconocibilidad de los síntomas ^{F39}.
- **Gravedad percibida** de los síntomas ^{F39}.
- Grado en que alteran la vida familiar, laboral y social ^{F39}.
- Frecuencia, persistencia o recurrencia ^{F39}.
- Umbral de tolerancia de quienes los evalúan ^{F39}.
- **Información, conocimientos** y supuestos culturales de quien los evalúa ^{F39}.
- Necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad ^{F39}.
- Interpretaciones alternativas de los síntomas ^{F39}.
- **Disponibilidad de recursos** de tratamiento, proximidad y **costes psicológicos y económicos** de actuar ^{F39}.

Lo que no está en la lista

Los factores de Mechanic son del **síntoma** (visibilidad, gravedad, persistencia, alteración), de la **persona y su cultura** (tolerancia, información, necesidades) y de los **recursos** (disponibilidad y costes) ^{F39,F38}. La **relación médico-paciente** no figura entre ellos ^{F39}.

EIR 2016 · 233

P2 · respuesta en el solucionario

Mechanic: factores del reconocimiento e interpretación de síntomas

Para Mechanic al reconocimiento e interpretación de síntomas NO contribuyen:

1. La disponibilidad recursos, el coste psicológico y el económico.
2. Las características de la relación médicopaciente.
3. La percepción y peligrosidad de los síntomas.
4. La información, las creencias y el conocimiento.

Rol de enfermo (Parsons). Es un rol con derechos y deberes: el enfermo tiene derecho a quedar **eximido de sus responsabilidades sociales** habituales y a no ser considerado responsable de su situación, y está obligado a considerar su estado indeseable, a **buscar ayuda profesional** y a cooperar con ella ^{F40}. La **conducta anormal de enfermedad** (Pilowsky) es la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y

actuar en relación con la propia salud, a pesar de haber recibido una explicación razonablemente lúcida de la enfermedad ^{F40}.

Autocuidado y autotratamiento. La OMS define el autocuidado como la capacidad de personas, familias y comunidades de **promover y mantener su salud, prevenir la enfermedad y afrontarla, con o sin** el apoyo de un profesional sanitario o de cuidados; **no sustituye** al sistema sanitario ni a los profesionales, sino que los **complementa** ^{F41}. La respuesta **más frecuente** a los padecimientos, aun en países desarrollados, se toma **en el hogar**: la persona intenta resolver su problema en casa antes de buscar otras opciones ^{F42}. En una encuesta británica, casi la mitad de los síntomas no llevó a hacer nada, el **35 % se trató con cuidados legos** y solo el **12 %** se consultó a un profesional de atención primaria: la mayoría de los episodios de síntomas **no llega** a los servicios sanitarios ^{F43}. Las explicaciones legas de la enfermedad influyen en su valoración, en el **autotratamiento**, en la decisión de buscar atención y en los cambios del régimen diario ^{F47}.



Autotratamiento

Es la respuesta **más habitual** ante la enfermedad ^{F42}, y la mayoría de los episodios de síntomas no llega a los servicios sanitarios ^{F43}; abarca **promoción, prevención y afrontamiento** de la enfermedad, también crónica, y se hace **con o sin** apoyo profesional: no excluye consultar al profesional ni usar sus servicios ^{F41}.

EIR 2016 · 52

P5 · respuesta en el solucionario

Autotratamiento ante los síntomas

El autotratamiento es una forma de respuesta de las personas ante los síntomas de enfermedad. Indique la respuesta INCORRECTA:

1. El autotratamiento es la respuesta más habitual ante las situaciones de enfermedad.
2. El autotratamiento incluye medidas preventivas y el manejo de situaciones crónicas.
3. Consiste en conductas de salud y de enfermedad.
4. No implica la consulta a profesionales y la utilización de sus servicios.

Reacciones psicosociales ante la enfermedad (Lipowski). Tienen tres componentes centrales: el **significado personal** de la enfermedad, las **respuestas emocionales** y los **modos de afrontarla** ^{F56}. En 1983 Lipowski resume las categorías de significado más frecuentes en la clínica: **reto o amenaza** (el reto lleva a afrontar activamente y es la actitud más deseable; algunos ven la enfermedad como un **enemigo** invasor), **pérdida, ganancia o alivio** y **castigo** ^{F56}. La **ganancia o alivio** es, consciente o inconscientemente, un **respiro bienvenido de las exigencias y responsabilidades de los roles sociales, de una situación interpersonal difícil** o de apuros económicos, con ganancia primaria o secundaria; el paciente puede reclamar alivio y a la vez **sabotear de forma sutil** la ayuda del médico, incumplir el tratamiento y **aferrarse al rol de enfermo** ^{F56}. A partir de su obra se fijaron **ocho categorías: desafío, enemigo, castigo, debilidad, alivio, estrategia,**

pérdida irreparable y valor ^{F46}. Las mujeres con cáncer de mama que daban a su enfermedad un significado negativo (enemigo, pérdida, castigo) tenían más depresión y ansiedad y peor calidad de vida ^{F46}.

Significado (a partir de Lipowski)	Descripción ^{F44,F45}
Desafío o reto	Algo que hay que superar ^{F45}
Enemigo	Una amenaza ^{F45}
Castigo	La enfermedad como castigo ^{F44,F45}
Debilidad	Fallo personal, debilidad propia ^{F44,F45}
Alivio, liberación o descanso	Liberación de sus obligaciones y responsabilidades ^{F44} ; una pausa que alivia de las exigencias de la vida ^{F45} ; respiro de una situación interpersonal difícil , apego al rol de enfermo ^{F56}
Estrategia	Obtener apoyo y condescendencia de los demás ^{F44} ; una llamada de auxilio ^{F45}
Pérdida o daño irreparable	Interrupción adversa de la vida ^{F44,F45}
Valor	Ocasión de desarrollo individual ^{F44}

Descanso o estrategia

En **EIR2009-020** (respuesta reconstruida por un tercero: **descanso**), el enfermo cuida de sí mismo, **abandona las relaciones que no le satisfacen** y busca la atención de otros, a veces manipulando: es la **ganancia o alivio** de Lipowski, un respiro de las exigencias y de una situación interpersonal difícil, con ganancia secundaria, apego al rol de enfermo y sabotaje sutil de la ayuda ^{F56}. Confunde porque las escalas posteriores llaman **estrategia** a obtener apoyo y condescendencia de los demás ^{F44} o a una llamada de auxilio ^{F45}.

Respuestas ante la enfermedad: la enfermedad como descanso

Una enfermera observa en el enfermo que atiende, que vive su proceso de enfermedad cuidando de sí mismo, abandonando las relaciones que no le resultan satisfactorias, buscando la atención y disponibilidad de otras personas, incluso, a veces, manifestando conductas manipuladoras con ellas. Dentro de los tipos de valoración instintiva-especulativa de la enfermedad, las conductas de este enfermo se corresponden con la descrita como:

1. Descanso.
2. Estrategia.
3. Debilidad.
4. Daño o pérdida irreparable.
5. Desafío.

8. Hospitalización, adherencia y crisis

El impacto de la hospitalización. Frente a su hogar, el hospital es un **ambiente impersonal**: se despoja al paciente de su ropa, a menudo comparte habitación y tiene que adaptarse a una **rutina nueva**, con horarios de comidas, sueño y visitas; la hospitalización supone por sí misma una **carga de ansiedad** para el paciente y su familia ^{F48}. En las reacciones al ingreso influyen la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad de los profesionales ^{F48}. La hospitalización del paciente crítico expone a amenazas como la **integridad corporal**, la vergüenza, el dolor, el cansancio, la separación y la **dependencia** ^{F49}.

EIR 2016 · 44

P6 · respuesta en el solucionario

Temores principales del adulto ante la enfermedad

Los temores principales de los paciente adultos ante la enfermedad son:

1. La pérdida de la integridad corporal y el volverse dependientes.
2. La desesperanza en la recuperación y la pérdida de integridad corporal.
3. La repercusión sobre el entorno familiar y la desesperanza en la recuperación.
4. Volverse dependientes y perder el control sobre el proceso de la enfermedad.

El «buen paciente» y la indefensión. En un estudio de Raps, Peterson, Jonas y **Seligman** (1982), el rendimiento en tareas cognitivas y los síntomas depresivos **empeoraban con la duración del ingreso**, aunque la enfermedad mejorase, y el ingreso hacía al paciente más sensible a los sucesos incontrolables. Concluyen que la conducta **pasiva, obediente e inerte del «buen paciente»** puede ser **indefensión aprendida producida por la hospitalización** ^{F50}. La indefensión aprendida es la creencia adquirida de no poder hacer nada ante lo que ocurre, que lleva a dejar de intentarlo ^{F4}; el locus externo, que atribuye los resultados a otros o a la suerte, se asocia a peor afrontamiento que el interno ^{F25}.

EIR 2013 · 36

P21 · respuesta en el solucionario

Paciente hospitalizado: la obediencia perpetúa la indefensión

Señale el enunciado correcto respecto al paciente hospitalizado:

1. Los pacientes que presentan actitudes y comportamientos de independencia son considerados “buenos enfermos”.
2. La obediencia perpetúa la indefensión del paciente en el medio hospitalario.
3. Cuando reclaman, protestan con frecuencia y desconfían de los profesionales y de los procedimientos se dice que tienen una personalidad paranoide.
4. El paciente que provoca enfrentamientos entre los propios sanitarios, dando versiones contradictorias de unos y otros, no es raro que presente ansiedad confusional.
5. El estilo atribucional externo repercute en una mejor evolución del paciente, ya que muestra una actitud más activa.

Adherencia. La OMS la define como el grado en que la conducta de la persona (tomar la medicación, seguir una dieta o cambiar el estilo de vida) se corresponde con las **recomendaciones acordadas** con un profesional sanitario; en los países desarrollados, la adherencia en las enfermedades crónicas ronda solo el **50 %** ^{F51}.

Depende de **cinco dimensiones**: factores socioeconómicos, del equipo y del sistema sanitario, del tratamiento, de la enfermedad y del paciente ^{F51}.

- **Apoyo social**: formal o informal, se ha señalado de forma constante como factor importante para la salud y **mejora la adherencia** en las enfermedades crónicas; la falta de redes de apoyo social eficaces es un factor negativo ^{F51}.
- **Tratamiento**: la **complejidad del régimen**, la duración, los fracasos previos, los cambios frecuentes, la inmediatez del beneficio y los **efectos secundarios** ^{F51}. En el asma, más de dos tomas al día reducen la adherencia, aunque no está claro que una toma sea mejor que dos ^{F51}.
- **Enfermedad**: la **gravedad** de los síntomas y de la enfermedad, la discapacidad y la progresión son determinantes fuertes, pero su efecto **depende de cómo modifiquen la percepción del riesgo** y la prioridad que el paciente da al tratamiento ^{F51}.
- **Relación con el profesional**: la calidad de la relación terapéutica es un determinante importante; en una relación eficaz se **negocia el régimen** y se habla de la adherencia ^{F51}.

EIR 2016 · 39

P10 · respuesta en el solucionario

Red social de apoyo y cumplimiento terapéutico

El cumplimiento de un tratamiento por parte de un paciente:

1. Tiende a aumentar cuando se cuenta con una red social de apoyo.
2. Es bastante similar tanto cuando se realizan prescripciones simples como complejas.
3. Suele disminuir si este presenta características de personalidad como la extroversión y la obesidad.
4. Tiende a aumentar cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad y menor la severidad de los efectos secundarios.

Crisis (Caplan). Caplan fue el primero en definir formalmente la crisis: una situación que produce **desequilibrio psicológico** y constituye un problema importante del que la persona **no puede escapar ni resolver con sus recursos habituales** de solución de problemas ^{F52}. Otra formulación de Caplan: un obstáculo en la consecución de metas importantes que no puede superarse con las estrategias habituales ^{F53}. Toda crisis es **un riesgo, pero también una oportunidad** ^{F53}; implica «peligro y oportunidad de crecimiento» ^{F54}.

Tipo de crisis ^{F52}	Qué es
Madurativa o evolutiva	Resultado de los procesos normales de crecimiento y desarrollo
Situacional	Un suceso estresante personal inesperado, con poco aviso
Social o adventicia	Un suceso poco común o imprevisto

- **Duración limitada**: suele durar varios días y **no más de 4-6 semanas** ^{F52}; la mayoría se resuelve en unas 6 semanas ^{F54}; otros autores la estiman entre dos y ocho semanas ^{F53}.
- **Resolución**: depende de la **percepción realista** del suceso, de **apoyos situacionales** adecuados y de **estrategias de afrontamiento** adecuadas ^{F52}; a **mayor madurez de la personalidad**, mejor capacidad para resolverla y mejor salida ^{F53}; el **apoyo social** es un modificador importante de la crisis ^{F53}.

- **Aprendizaje:** en la crisis el paciente es muy **susceptible a la calidad de la relación** y fácilmente influenciable ^{F53}; durante la intervención se **adquieren nuevas habilidades** y estrategias de afrontamiento ^{F52}; el afrontamiento y la resolución de crisis **también se aprenden** ^{F53}.
- **Desenlaces:** funcionamiento **mejor** que antes, vuelta al nivel previo, minicrisis repetidas o un nivel estable pero inferior ^{F54}; si todo sale bien, la persona **avanza en su desarrollo personal** ^{F53}.
- **No siempre es individual:** hay crisis **generalizadas**, que afectan a todo un grupo o familia, y **personales** ^{F53}.

EIR 2010 · 94

P27 · respuesta en el solucionario

Concepto de crisis: resolución según aspectos psicosociales

Señale la respuesta correcta en relación al concepto de crisis:

1. Existe una relación directa de causa – efecto entre crisis y patología psíquica.
2. Durante la crisis las personas tienen disminuida la capacidad de aprendizaje tanto afectivo como cognitivo.
3. La resolución de la crisis depende fundamentalmente de los aspectos psicosociológicos de la persona.
4. La crisis es una eventualidad intrapersonal, nunca interpersonal.
5. Cada crisis es única, la resolución efectiva de una crisis no incrementa las habilidades para situaciones similares.

9. Procesos psicológicos básicos: aprendizaje, motivación y memoria

El **aprendizaje** es un cambio relativamente permanente de la conducta o del conocimiento que resulta de la experiencia ^{F29}. Los **instintos** y los **reflejos** son conductas **innatas (no aprendidas)**: el reflejo es una reacción motora o nerviosa a un estímulo concreto; el instinto es un patrón más complejo, que implica el movimiento de todo el organismo y lo desencadena un abanico más amplio de sucesos ^{F29}. Un instinto es un **patrón de conducta propio de la especie que no se aprende** ^{F30}. La **pauta fija de acción** es una serie de movimientos desencadenada por un **estímulo** que, aunque se retire el estímulo, **llega hasta el final** (el espinoso macho ataca cualquier objeto con la parte inferior roja) ^{F31}.

EIR 2009 · 23

P28 · respuesta en el solucionario

Conducta instintiva: no es aprendida

NO es una característica de la conducta instintiva o pauta fija de acción, que sea:

1. Innata.
2. Esterotipada.
3. Aprendida.
4. Desencadenada por estímulos externos o internos específicos.
5. Manifestada completamente hasta su terminación, una vez desencadenada.

Condicionamiento operante. «Positivo» significa **añadir** algo y «negativo», **quitar**; «refuerzo» significa **aumentar** una conducta y «castigo», disminuirla ^{F28}. **Todo refuerzo, positivo o negativo, aumenta la probabilidad de la conducta**; todo castigo la reduce ^{F28}. En el **refuerzo negativo** se **retira un estímulo desagradable** para aumentar una conducta (el pitido del coche cesa al abrocharse el cinturón) ^{F28}. En el **moldeamiento (shaping)** se refuerzan **aproximaciones sucesivas** a la conducta objetivo: primero cualquier respuesta que se parezca, después aproximaciones cada vez más cercanas y, al final, solo la conducta deseada ^{F28}.

^{F28}	Se añade algo	Se quita algo
Aumenta la conducta	Refuerzo positivo	Refuerzo negativo
Disminuye la conducta	Castigo positivo	Castigo negativo (p. ej., tiempo fuera)

Moldeamiento como técnica de aprendizaje

A un niño hay que enseñarle a ser más autónomo y que aprenda a comer sin ayuda. Si primero aprende a sujetar una cuchara, luego a coger algo de puré y finalmente es capaz de llevárselo a la boca, y los padres le felicitan, significa que han utilizado el refuerzo positivo y la técnica de aproximaciones sucesivas. Esta técnica también se denomina:

1. Aprendizaje por observación.
2. Moldeamiento.
3. Aprendizaje vicario.
4. Recompensa.
5. Entrenamiento con emisión.

Reforzador negativo: fortalece una conducta

Un reforzador negativo tiene como fin:

1. La reducción de la frecuencia de una conducta no deseada.
2. La eliminación de una conducta.
3. El moldeamiento de una conducta compleja.
4. La promoción de nuevas conductas o el fortalecimiento de una conducta ya existente.

Motivación de logro (McClelland). La necesidad de logro es cuánto se motiva una persona para sobresalir en sus tareas, sobre todo si son difíciles ^{F34}. Quienes la tienen alta: se sienten **personalmente responsables** de las tareas y **se atribuyen el éxito y la culpa del fracaso**; prefieren situaciones con una **probabilidad de éxito moderada**, en las que creen que pueden triunfar **si se esfuerzan lo suficiente**, y evitan tanto las tareas demasiado fáciles como las **extremadamente difíciles**; y quieren saber cómo lo están haciendo (retroalimentación) ^{F34}. McClelland describió además las necesidades de afiliación y de poder ^{F34}.

Motivación de logro: atribución del éxito al esfuerzo

Es una expresión característica de una persona con alta motivación de logro:

1. “Espero poco de los demás”.
2. “La originalidad no me preocupa”.
3. “Prefiero tareas de gran dificultad”.
4. “Los éxitos son debidos normalmente a mi esfuerzo”.
5. “Tengo el pensamiento divergente poco desarrollado”.

Modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968). Divide la memoria en tres componentes: el **registro sensorial**, el **almacén a corto plazo** y el **almacén a largo plazo**. La información sensorial entra primero en el registro sensorial, donde permanece muy poco tiempo; el **almacén a corto plazo es la memoria de trabajo**

del sujeto y recibe entradas seleccionadas del registro sensorial y también del almacén a largo plazo; su información se pierde en **unos 30 segundos**, salvo que el **repaso** la mantenga; y el almacén a largo plazo es un depósito **bastante permanente** que recibe la información del de corto plazo ^{F32}. Para almacenarse, un recuerdo pasa por **tres etapas**: memoria sensorial, memoria a corto plazo y, por último, **memoria a largo plazo** ^{F33}. La memoria a corto plazo dura de 15 a 30 segundos y su capacidad clásica es de **7 ± 2** elementos (Miller, 1956) ^{F33}.

La memoria a largo plazo **explícita o declarativa** incluye la **episódica** (acontecimientos vividos personalmente, en **lugares y momentos concretos**: el qué, el dónde y el cuándo) y la **semántica** (conocimientos, conceptos y hechos); la **implícita** incluye la procedimental, el *priming* y el condicionamiento emocional ^{F33}.

Corto plazo y memoria de trabajo

En el modelo de 1968, el almacén a corto plazo **es** la memoria de trabajo ^{F32}. Hoy se precisa que la memoria a corto plazo es **un componente** de la memoria de trabajo y que la capacidad de esta es de unos 4 ± 1 elementos (Cowan, 2010) ^{F33}. Si la pregunta dice «según Atkinson y Shiffrin», vale la formulación de 1968.

EIR 2026 · 52

P1 · respuesta en el solucionario

Atkinson y Shiffrin: memoria a corto plazo como memoria de trabajo

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una característica de la memoria a corto plazo según el modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968) ?:

1. Almacena información con capacidad prácticamente ilimitada durante intervalos superiores a varios minutos mediante consolidación espontánea.
2. El almacén a corto plazo es la memoria de trabajo del sujeto; recibe entradas seleccionadas del registro sensorial y también del almacén a largo plazo.
3. Emplea exclusivamente codificación icónica para la retención temporal de datos, sin intervención de mecanismos fonológicos.
4. Presenta una amplitud funcional superior a 15 unidades informativas simultáneas gracias a estrategias automáticas de agrupamiento.

EIR 2006 · 110

P47 · respuesta en el solucionario

Atkinson y Shiffrin: última etapa, memoria a largo plazo

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

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

Memoria episódica: definición

La memoria episódica es:

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

Todas las preguntas del tema (36)

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

EIR 2026 · 52

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una característica de la memoria a corto plazo según el modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968) ?:

1. Almacena información con capacidad prácticamente ilimitada durante intervalos superiores a varios minutos mediante consolidación espontánea.
2. El almacén a corto plazo es la memoria de trabajo del sujeto; recibe entradas seleccionadas del registro sensorial y también del almacén a largo plazo.
3. Emplea exclusivamente codificación icónica para la retención temporal de datos, sin intervención de mecanismos fonológicos.
4. Presenta una amplitud funcional superior a 15 unidades informativas simultáneas gracias a estrategias automáticas de agrupamiento.

EIR 2016 · 233

P2 · respuesta en el solucionario

Para Mechanic al reconocimiento e interpretación de síntomas NO contribuyen:

1. La disponibilidad recursos, el coste psicológico y el económico.
2. Las características de la relación médicopaciente.
3. La percepción y peligrosidad de los síntomas.
4. La información, las creencias y el conocimiento.

EIR 2016 · 86

P3 · respuesta en el solucionario

Durante situaciones estresantes que suponen una reacción por parte de la persona, puede suceder que:

1. La regresión es una reacción ante las situaciones que se dan en la edad adulta únicamente.
2. La regresión es una reacción normal del envejecimiento, pero no ante situaciones estresantes.
3. La regresión es un mecanismo de defensa ante este tipo de situaciones.
4. La regresión cuando se da en el niño, en situaciones estresantes, indicaría problemas del crecimiento y desarrollo.

Luis ha empezado este año sus estudios universitarios. En una semana tendrá su primer examen. Él no quiere estudiar para el examen, así que decide que esta tarde va a ir al cine para tener un día de relax antes del mismo. Esta forma de pensamiento justifica que vaya al cine en vez de estar estudiando. Elija el mecanismo de defensa que utiliza Luis para justificar su comportamiento:

1. Minimización.
2. Racionalización.
3. Negación.
4. Intelectualización.

El autotratamiento es una forma de respuesta de las personas ante los síntomas de enfermedad. Indique la respuesta INCORRECTA:

1. El autotratamiento es la respuesta más habitual ante las situaciones de enfermedad.
2. El autotratamiento incluye medidas preventivas y el manejo de situaciones crónicas.
3. Consiste en conductas de salud y de enfermedad.
4. No implica la consulta a profesionales y la utilización de sus servicios.

Los temores principales de los paciente adultos ante la enfermedad son:

1. La pérdida de la integridad corporal y el volverse dependientes.
2. La desesperanza en la recuperación y la pérdida de integridad corporal.
3. La repercusión sobre el entorno familiar y la desesperanza en la recuperación.
4. Volverse dependientes y perder el control sobre el proceso de la enfermedad.

Respecto a las características de personalidad, una de las siguientes alternativas es cierta:

1. El estilo de personalidad conocido como Tipo A aumenta la probabilidad de enfermedades digestivas.
2. El estilo de personalidad conocido como Tipo A aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.
3. El estilo de personalidad conocido como Tipo B aumenta la probabilidad de enfermedades digestivas.
4. El estilo de personalidad conocido como Tipo B aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

En la medición y valoración del estrés que presenta un individuo:

1. Pueden utilizarse medidas fisiológicas y bioquímicas que resultan más fiables que los autoinformes que realiza el propio individuo.
2. Pueden utilizarse autoinformes que resultan más fiables que las medidas fisiológicas y bioquímicas.
3. Los autoinformes y las medidas fisiológicas son igualmente fiables para determinar el grado de estrés de un individuo y predecir la probabilidad de aparición de enfermedades derivadas del mismo.
4. Los autoinformes son más fiables para determinar el grado de estrés de un individuo y las medidas fisiológicas y bioquímicas para predecir la probabilidad de aparición de enfermedades derivadas del mismo.

Respecto a los factores psicosociales relacionados con el cáncer, se ha comprobado que las personas mejoran sus probabilidades de supervivencia si:

1. Inhiben la manifestación de emociones negativas.
2. Aceptan pasivamente el diagnóstico.
3. Aprenden a expresar sus emociones negativas.
4. Presentan unas características de personalidad independiente y responsable.

El cumplimiento de un tratamiento por parte de un paciente:

1. Tiende a aumentar cuando se cuenta con una red social de apoyo.
2. Es bastante similar tanto cuando se realizan prescripciones simples como complejas.
3. Suele disminuir si este presenta características de personalidad como la extroversión y la obesidad.
4. Tiende a aumentar cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad y menor la severidad de los efectos secundarios.

En el afrontamiento del dolor y de situaciones de estrés:

1. Tanto el apoyo social como el sentimiento de control sobre la propia vida son factores que contribuyen positivamente.
2. El apoyo social es un factor importante para el buen manejo de estas situaciones, pero el sentimiento de control personal de la propia vida no influye significativamente.
3. El sentimiento de control personal de la propia vida es un factor importante para el buen manejo de estas situaciones pero el apoyo social no influye significativamente.
4. Ni el sentimiento de control sobre la propia vida, ni el apoyo social, son factores que influyan positivamente.

Es una expresión característica de una persona con alta motivación de logro:

1. “Espero poco de los demás”.
2. “La originalidad no me preocupa”.
3. “Prefiero tareas de gran dificultad”.
4. “Los éxitos son debidos normalmente a mi esfuerzo”.
5. “Tengo el pensamiento divergente poco desarrollado”.

Cuando una persona está afectada por un suceso mayor estresante o muchos sucesos menores estresantes diarios, su organismo puede reaccionar mostrándose en los órganos diana por acción del:

1. Eje neural autónomo produciendo efectos prolongados.
2. Eje neural periférico produciendo efectos intermedios.
3. Eje neuroendocrino estimulando la médula adrenal y produciendo efectos inmediatos.
4. Hipotálamo.
5. Eje endocrino sobre la médula espinal.

C. N. tiene un importante sobrepeso, no puede resistirse y come a cualquier hora. Comenta a la enfermera que no puede controlar sus acciones y que tiene muy mala suerte con el problema de la comida. Esta señora presenta un estilo atribucional:

1. De indefensión.
2. Interno.
3. Externo.
4. Neurótico.
5. Asertivo.

Cuando una persona trata de evitar las circunstancias que aumentan su estrés, hace ejercicios de relajación, planifica actividades de ocio y trivializa su enfermedad, se dice que esta persona está utilizando estrategias de afrontamiento dirigidas a:

1. La acción.
2. El problema.
3. La omisión.
4. La emoción.
5. La atención.

A un niño hay que enseñarle a ser más autónomo y que aprenda a comer sin ayuda. Si primero aprende a sujetar una cuchara, luego a coger algo de puré y finalmente es capaz de llevárselo a la boca, y los padres le felicitan, significa que han utilizado el refuerzo positivo y la técnica de aproximaciones sucesivas. Esta técnica también se denomina:

1. Aprendizaje por observación.
2. Moldeamiento.
3. Aprendizaje vicario.
4. Recompensa.
5. Entrenamiento con emisión.

Señale el enunciado correcto sobre la técnica de relajación:

1. La visualización disminuye el grado de relajación.
2. La mejor relajación se consigue cuando la persona se duerme.
3. Se puede practicar relajación, tras la práctica continuada, en cualquier posición y lugar.
4. En las respiraciones profundas no se aconseja retener el aire unos segundos.
5. Si aparece hormigueo indica que no se está relajando bien la persona.

El modelo transaccional o procesual del estrés de Lazarus y Folkman:

1. Se centra en las reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo estresante.
2. Describe el síndrome general de adaptación.
3. Establece tres etapas: reacción, resistencia y agotamiento.
4. Concede gran importancia a los procesos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta de estrés.
5. Describe los efectos negativos a largo plazo de la exposición prolongada al estrés.

Para afrontar de forma directa y efectiva situaciones estresantes se puede utilizar:

1. La confrontación como estrategia centrada en la emoción.
2. El distanciamiento como estrategia centrada en el problema.
3. Estrategias centradas en el problema, como por ejemplo el apoyo social.
4. El mecanismo defensivo de la regresión.
5. La autoinculpación.

¿Es posible que las emociones afecten al sistema inmunitario?:

1. Sí, a través de la vía hormonal exclusivamente.
2. No, no hay puntos de conexión entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso.
3. No, pues hoy la psiconeuroinmunología no es una realidad.
4. Sí, a través del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal.
5. No, pues aunque una persona esté deprimida, las células natural killer actúan de la misma manera.

Señale el enunciado correcto respecto al paciente hospitalizado:

1. Los pacientes que presentan actitudes y comportamientos de independencia son considerados “buenos enfermos”.
2. La obediencia perpetúa la indefensión del paciente en el medio hospitalario.
3. Cuando reclaman, protestan con frecuencia y desconfían de los profesionales y de los procedimientos se dice que tienen una personalidad paranoide.
4. El paciente que provoca enfrentamientos entre los propios sanitarios, dando versiones contradictorias de unos y otros, no es raro que presente ansiedad confusional.
5. El estilo atribucional externo repercute en una mejor evolución del paciente, ya que muestra una actitud más activa.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se ajusta a una persona con patrón de personalidad tipo A?:

1. “Siento que el tiempo se dilata cuando estoy inactivo”.
2. “Si algo obstaculiza mis metas suelo reaccionar con ira y hostilidad”.
3. “El reconocimiento social no es muy importante, lo importante es que me siento competente”.
4. “Me encantan las situaciones desafiantes y ejecutarlas cuanto antes”.
5. “La jubilación es estresante pues me afecta a mi estima personal”.

Un paciente verbaliza: “Las enfermeras casi no me hacen caso, les debo caer mal y yo no puedo influir en nada de lo que me pasa, todo va fatal”. Señale el enunciado correcto:

1. Este paciente presenta locus de control interno.
2. Es un claro estilo atribucional de indefensión de Seligman.
3. Muestra un estilo atribucional egótico de Snyder.
4. Muestra distorsiones cognitivas (generalización, inferencia arbitraria) que la enfermera lo podría tratar con reestructuración cognitiva.
5. Tendría que ser tratado por un psicólogo/a.

La señora Antonia López tiene 60 años, es viuda desde hace 6 años, vive sola y lleva una vida muy independiente y activa. Ingresa en el hospital para ser intervenida quirúrgicamente y durante su ingreso reclama permanentemente la presencia de alguno de sus hijos y su ayuda para cualquier actividad. Esta forma de afrontamiento de Antonia se trata de un mecanismo defensivo de:

1. Negación.
2. Proyección.
3. Regresión.
4. Desplazamiento.
5. Formación reactiva.

Isabel ha tenido una fuerte discusión con su compañera de trabajo y su estado emocional manifiesta ira, que incluye las siguientes respuestas fisiológicas EXCEPTO:

1. Dilatación pupilar.
2. Incremento del ritmo cardíaco.
3. Dilatación de las vías aéreas.
4. Aumento de la motilidad intestinal.
5. Elevación de la glucemia.

La señora López le explica a la enfermera que está preocupada por sus respuestas ante situaciones que le producen estrés. Sus reacciones se caracterizan por una excesiva preocupación por como realiza las cosas, se compara con otras personas, da vueltas a los problemas constantemente, se preocupa por signos de activación corporal (como taquicardia, opresión en el estómago, etc.) y frecuentemente se siente inútil. Lo narrado por la señora López se corresponde con un estilo de afrontamiento al estrés de tipo de persona:

1. Negativista.
2. Autoeficaz.
3. Positivista.
4. Autorreferente.
5. Irrelevante.

Señale la respuesta correcta en relación al concepto de crisis:

1. Existe una relación directa de causa – efecto entre crisis y patología psíquica.
2. Durante la crisis las personas tienen disminuida la capacidad de aprendizaje tanto afectivo como cognitivo.
3. La resolución de la crisis depende fundamentalmente de los aspectos psicosociológicos de la persona.
4. La crisis es una eventualidad intrapersonal, nunca interpersonal.
5. Cada crisis es única, la resolución efectiva de una crisis no incrementa las habilidades para situaciones similares.

NO es una característica de la conducta instintiva o pauta fija de acción, que sea:

1. Innata.
2. Esterotipada.
3. Aprendida.
4. Desencadenada por estímulos externos o internos específicos.
5. Manifestada completamente hasta su terminación, una vez desencadenada.

El afrontamiento conductual-evitativo, como estrategia que desplaza la atención de los síntomas de la enfermedad, se considera pasivo cuando la conducta de la persona consiste en:

1. Realizar actividades de ocio de cualquier tipo.
2. Aumentar las actividades físicas en general.
3. Tomar medicación para evitar el malestar y aumentar progresivamente la dosis.
4. Relacionarse con otras personas.
5. Descansar y relajarse.

Una enfermera observa en el enfermo que atiende, que vive su proceso de enfermedad cuidando de sí mismo, abandonando las relaciones que no le resultan satisfactorias, buscando la atención y disponibilidad de otras personas, incluso, a veces, manifestando conductas manipuladoras con ellas. Dentro de los tipos de valoración instintiva-especulativa de la enfermedad, las conductas de este enfermo se corresponden con la descrita como:

1. Descanso.
2. Estrategia.
3. Debilidad.
4. Daño o pérdida irreparable.
5. Desafío.

Una enfermera que recoge información de un enfermo ingresado en el hospital sobre las repercusiones de su estado en su rol familiar, las responsabilidades pendientes y los posibles cambios en el estilo de vida derivados de su situación de salud, está valorando:

1. El nivel de comunicación-interrelación.
2. Los sentimientos del enfermo.
3. Los pensamientos y expectativas del enfermo y la familia.
4. El estado de las funciones psicosociales.
5. El impacto de la enfermedad y la hospitalización.

Los procesos adaptativos que aparecen en las diferentes etapas de desarrollo de la persona son, según Kendall:

1. Fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales.
2. Fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
3. Biológicos, psicológicos y sociales.
4. Infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez.
5. Culturales.

¿A quién se considera el padre de la Teoría del Estrés?:

1. Seyle.
2. Caplan.
3. Gordon.
4. Lazarus.
5. Cooper.

En la escala de Holmes y Rahe (1967) entre los diez acontecimientos vitales más estresantes, cuatro tienen que ver con aspectos relacionados con:

1. El trabajo.
2. La enfermedad.
3. El matrimonio.
4. La religión.
5. La cárcel.

El miedo es una emoción:

1. Primaria.
2. Secundaria.
3. Anormal.
4. Irracional.
5. Duradera.

En la escala de acontecimientos vitales (Social Readjustment Rating Scale) de Colmes y Rahe (1967) el ítem de mayor puntuación (el más estresante) es:

1. Embarazo.
2. Éxito personal.
3. Cambio de residencia.
4. Vacaciones.
5. Muerte del cónyuge.

Preguntas que también podrían ser de este tema (12)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 54

P37 · respuesta en el solucionario

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

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

EIR 2023 · 45

P38 · respuesta en el solucionario

Con relación a la soledad como problema de salud, señale la respuesta INCORRECTA:

1. La soledad no deseada es la carencia de redes sociales satisfactorias en el entorno próximo (Weiss, 1973).
2. La sensación de soledad se puede medir con la escala de soledad de UCLA.
3. Se relaciona con una mayor morbilidad.
4. No se aborda en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019.

EIR 2021 · 165

P39 · respuesta en el solucionario

La incorporación de un nuevo miembro a la familia es:

1. Un determinante incluido en el modelo de Lalonde.
2. Un acontecimiento incluido en la escala de acontecimientos vitales estresantes.
3. Un aspecto a valorar incluido en el documento Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta.
4. Una situación a valorar en el APGAR familiar (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos).

Un reforzador negativo tiene como fin:

1. La reducción de la frecuencia de una conducta no deseada.
2. La eliminación de una conducta.
3. El moldeamiento de una conducta compleja.
4. La promoción de nuevas conductas o el fortalecimiento de una conducta ya existente.

En circunstancias en las que el paciente puede participar en el proceso de toma de decisiones sobre su atención, se ha observado que:

1. Se reduce su confianza sobre la competencia del profesional.
2. Aumenta la adherencia del paciente al tratamiento.
3. Disminuye la adherencia del paciente al tratamiento.
4. Aumenta la confianza sobre la competencia del profesional.

Según Maslow (1967) para que el ser humano se realice plenamente debe:

1. Satisfacer sus metanecesidades (necesidades B), una vez satisfechas sus necesidades básicas.
2. Satisfacer sus necesidades básicas (necesidades D).
3. Ser productivo y maduro.
4. Integrar sus impulsos más básicos en formas de acción culturalmente viables.

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

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

La memoria episódica es:

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

Las metas que mejoran el rendimiento y centran la atención de las personas son:

1. Generales, difíciles y poco desafiantes.
2. Específicas, difíciles y desafiantes.
3. Globales, fáciles y desafiantes.
4. Específicas, fáciles y desafiantes.
5. Las que se imponen externamente.

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.

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

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

¿Qué cantidad, medida en unidades de cambio vital (UCV), tienen que sumar los acontecimientos de la escala de reajuste social de Holmes y Rahe para que se considere que afectan a la dinámica familiar y pueden ocasionar un problema psicosocial?:

1. >75 UCV.
2. >100 UCV.
3. >125 UCV.
4. >150 UCV.
5. < 150 UCV.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 52	2	
P2	EIR 2016 · 233	2	hoja del archivo oficial
P3	EIR 2016 · 86	3	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2016 · 82	2	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2016 · 52	4	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2016 · 44	1	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2016 · 42	2	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2016 · 41	1	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2016 · 40	3	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2016 · 39	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2016 · 38	1	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2015 · 52	4	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2015 · 50	4	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2015 · 47	3	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2015 · 46	4	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2015 · 45	2	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2014 · 43	3	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2014 · 40	4	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2014 · 39	3	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2013 · 164	4	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2013 · 36	2	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2013 · 35	3	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 33	4	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2012 · 23	3	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2012 · 2	4	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2011 · 95	4	
P27	EIR 2010 · 94	3	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2009 · 23	3	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2009 · 21	3	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2009 · 20	1	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2007 · 94	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2007 · 91	1	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2005 · 86	1	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2005 · 82	3	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2005 · 75	1	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2004 · 15	5	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2026 · 54	1	
P38	EIR 2023 · 45	1	hoja del archivo oficial
P39	EIR 2021 · 165	2	
P40	EIR 2016 · 232	4	hoja del archivo oficial
P41	EIR 2016 · 43	2	hoja del archivo oficial
P42	EIR 2016 · 33	1	hoja del archivo oficial
P43	EIR 2015 · 55	5	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2015 · 53	2	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2015 · 51	2	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2011 · 94	2	
P47	EIR 2006 · 110	5	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2005 · 110	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §14.1 «What Is Stress?». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/14-1-what-is-stress> · consultada 2026-09-28
- **F2** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §14.2 «Stressors». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/14-2-stressors> · consultada 2026-09-28
- **F3** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §14.3 «Stress and Illness». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/14-3-stress-and-illness> · consultada 2026-09-28
- **F4** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §14.4 «Regulation of Stress». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/14-4-regulation-of-stress> · consultada 2026-09-28
- **F5** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §3.3 «Parts of the Nervous System (figura 3.14)». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/3-3-parts-of-the-nervous-system> · consultada 2026-09-28
- **F6** Martín Daza F. NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (hoy INSST); serie de 1994. · <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/9-serie-ntp-numeros-296-a-330-ano-1994/ntp-318-el-estres-proceso-de-generacion-en-el-ambito-laboral> · consultada 2026-09-28
- **F7** Nogareda Cuixart S. NTP 355: Fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (hoy INSST); serie de 1995. · <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/10-serie-ntp-numeros-331-a-365-ano-1995/ntp-355-fisiologia-del-estres> · consultada 2026-09-28
- **F8** Martín Daza F. NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (hoy INSST); serie de 1995. · <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/10-serie-ntp-numeros-331-a-365-ano-1995/ntp-349-prevencion-del-estres-intervencion-sobre-el-individuo> · consultada 2026-09-28
- **F9** Nogareda Cuixart S. NTP 574: Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (hoy INSST); 2000 (serie de 2001). · <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/16-serie-ntp-numeros-541-a-575-ano-2001/ntp-574-estres-en-el-colectivo-docente-metodologia-para-su-evaluacion> · consultada 2026-09-28
- **F10** Martínez Plaza CA. Estrés. Aspectos médicos, 2.ª ed. actualizada, tomo I. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006 (pp. 5-6, 167-168, 377, 538-543). · <https://www.insst.es/documents/94886/5326464/Estr%C3%A9s+aspectos+m%C3%A9dicos+tomo+1+2006.pdf/790fe879-1e15-81a5-7a05-154aeff144a5> · consultada 2026-09-28
- **F11** Martínez Plaza CA. Estrés. Aspectos médicos, 2.ª ed. actualizada, tomo II. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006 (pp. 1386-1391, 1686). · <https://www.insst.es/documents/d/portal-insst/estres-aspectos-medicos-tomo-2-2006> · consultada 2026-09-28

- **F12** Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. Singapore Med J. 2018;59(4):170-171. doi:10.11622/smedj.2018043. · <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043> · consultada 2026-09-28
- **F13** Wallace D, Cooper NR, et al. The social readjustment rating scale: Updated and modernised. PLOS ONE. 2023;18(12):e0295943 (tabla 8: orden y UCV de la escala original de Holmes y Rahe, 1967). · <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295943> · consultada 2026-09-28
- **F14** Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267-283 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2926629/> · consultada 2026-09-28
- **F15** Crosswell AD, Lockwood KG. Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. Health Psychol Open. 2020;7(2):2055102920933072. · <https://doi.org/10.1177/2055102920933072> · consultada 2026-09-28
- **F16** National Cancer Institute (NCI), Consejo editorial del PDQ sobre cuidados médicos de apoyo y paliativos. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®), versión para profesionales de salud. Actualización del 5 de diciembre de 2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq> · consultada 2026-09-28
- **F17** National Cancer Institute (NCI). Stress and Cancer (hoja informativa). Revisada el 21 de octubre de 2022. · <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/stress-fact-sheet> · consultada 2026-09-28
- **F18** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.ª ed., §3.3 «Coping». WisTech Open. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (copia de junio de 2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/3-3-coping/> · consultada 2026-09-28
- **F19** Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (Junta de Andalucía). Aprenda a relajarse. Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad (© 2013; fichero de 2019). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/23_guia_relajarse.pdf · consultada 2026-09-28
- **F20** Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (Junta de Andalucía). Aprenda a controlar sus pensamientos negativos. Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad (© 2013; fichero de 2019). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/21_guia_pensamientos_negativos.pdf · consultada 2026-09-28
- **F21** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §11.2 «Freud and the Psychodynamic Perspective (figura 11.7)». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/11-2-freud-and-the-psychodynamic-perspective> · consultada 2026-09-28
- **F22** OpenStax. Psychiatric-Mental Health Nursing, §17.1 «Stress and Anxiety» (tabla 17.1). Houston: OpenStax, Rice University; 2024. · <https://openstax.org/books/psychiatric-mental-health/pages/17-1-stress-and-anxiety> · consultada 2026-09-28
- **F23** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.ª ed., §3.4 «Defense Mechanisms» (tabla 3.4). WisTech Open. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (14 de enero de 2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/3-4-defense-mechanisms/> · consultada 2026-09-28
- **F24** Lokko HN, Stern TA. Regression: diagnosis, evaluation, and management. Prim Care Companion CNS Disord. 2015;17(3). doi:10.4088/PCC.14f01761 (web de la revista). ·

<https://www.psychiatrist.com/pcc/regression-diagnosis-evaluation-management/> · consultada 2026-09-28

- **F25** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §11.4 «Learning Approaches (locus de control)». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/11-4-learning-approaches> · consultada 2026-09-28
- **F26** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §16.2 «Types of Treatment». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/16-2-types-of-treatment> · consultada 2026-09-28
- **F27** Agencia Sanitaria Hospital de Poniente (Junta de Andalucía). Plan de cuidados estandarizado Ansiedad/Depresión/Somatizaciones (incluye la NIC 4700 Reestructuración cognitiva). Sin fecha en el documento; consultado en 2026. · https://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Ansiedad-Depresi%C3%B3n.pdf · consultada 2026-09-28
- **F28** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §6.3 «Operant Conditioning (tabla 6.2)». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/6-3-operant-conditioning> · consultada 2026-09-28
- **F29** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §6.1 «What Is Learning?». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/6-1-what-is-learning> · consultada 2026-09-28
- **F30** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §10.1 «Motivation». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/10-1-motivation> · consultada 2026-09-28
- **F31** Clark MA, Douglas M, Choi J. Biology 2e, §45.7 «Behavioral Biology: Proximate and Ultimate Causes of Behavior». Houston: OpenStax, Rice University; 2018. · <https://openstax.org/books/biology-2e/pages/45-7-behavioral-biology-proximate-and-ultimate-causes-of-behavior> · consultada 2026-09-28
- **F32** Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: a proposed system and its control processes. En: Spence KW, Spence JT (eds.). The Psychology of Learning and Motivation, vol. 2. Nueva York: Academic Press; 1968. p. 89-195 (introducción, p. 90 del capítulo; p. 14 de la reimpresión). PDF en la web del autor (R. C. Atkinson, UC San Diego). · https://rca.ucsd.edu/selected_papers/2_Human_memory_A_proposed_system_and_its_control_processes.pdf · consultada 2026-09-28
- **F33** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §8.1 «How Memory Functions». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/8-1-how-memory-functions> · consultada 2026-09-28
- **F34** Black JS, Bright DS, et al. Organizational Behavior, §7.2 «Content Theories of Motivation» (McClelland). Houston: OpenStax, Rice University; 2019. · <https://openstax.org/books/organizational-behavior/pages/7-2-content-theories-of-motivation> · consultada 2026-09-28
- **F35** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §10.4 «Emotion». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/10-4-emotion> · consultada 2026-09-28
- **F36** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §11.7 «Trait Theorists». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/11-7-trait-theorists> · consultada 2026-09-28
- **F37** Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. J Am Coll Cardiol. 2009;53(11):936-946 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281923/> · consultada 2026-09-28

- **F38** Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. Psychol Med. 1986;16(1):1-7. doi:10.1017/S0033291700002476. · <https://doi.org/10.1017/S0033291700002476> · consultada 2026-09-28
- **F39** Onyeonoro UU, et al. Urban-rural differences in health-care-seeking pattern of residents of Abia State, Nigeria, and the implication in the control of NCDs. Health Serv Insights. 2016;9:29-36 (texto completo en PubMed Central, leído con las E-utilities del NCBI). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5053202/> · consultada 2026-09-28
- **F40** Galán Rodríguez A, Pérez San Gregorio MA, Blanco Picabia A. La conducta de enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. Psicothema. 2001;13(1):63-67. · <https://www.psicothema.com/pdf/414.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F41** Organización Mundial de la Salud. Self-care for health and well-being (nota descriptiva). 3 de junio de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions> · consultada 2026-09-28
- **F42** Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Salud Pública Méx. 2008;50(2). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200008 · consultada 2026-09-28
- **F43** Elliott AM, McAteer A, Hannaford PC. Revisiting the symptom iceberg in today's primary care: results from a UK population survey. BMC Fam Pract. 2011;12:16. doi:10.1186/1471-2296-12-16. · <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-12-16> · consultada 2026-09-28
- **F44** Andrés Solana C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología (Barc.). 2005;28(3):157-163 (significados de la enfermedad según Lipowski). · <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/09.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F45** Büssing A, Fischer J. Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. BMC Womens Health. 2009;9:2 (texto completo en PubMed Central, leído con las E-utilities del NCBI). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2661070/> · consultada 2026-09-28
- **F46** Degner LF, Hack T, O'Neil J, Kristjanson LJ. A new approach to eliciting meaning in the context of breast cancer. Cancer Nurs. 2003;26(3):169-178 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12832949/> · consultada 2026-09-28
- **F47** Mechanic D. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. Soc Sci Med. 1992;34(12):1345-1350 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1529372/> · consultada 2026-09-28
- **F48** Benítez-Agudelo JC, Barceló-Martínez EA, Gelves-Ospina M. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir Plást Ibero-latinoam. 2016;42(4). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012 · consultada 2026-09-28
- **F49** Silva Faria JM, Pontífice-Sousa P. La comodidad del paciente en cuidados intensivos: una revisión integradora. Enferm Glob. 2018;17(50). doi:10.6018/eglobal.17.2.266321. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200477 · consultada 2026-09-28
- **F50** Raps CS, Peterson C, Jonas M, Seligman ME. Patient behavior in hospitals: helplessness, reactance, or both? J Pers Soc Psychol. 1982;42(6):1036-1041 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7108736/> · consultada 2026-09-28

- **F51** World Health Organization; Sabaté E (ed.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: OMS; 2003. · <https://iris.who.int/handle/10665/42682> · consultada 2026-09-28
- **F52** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.ª ed., §3.5 «Crisis and Crisis Intervention» (tabla 3.5a). WisTech Open. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (17 de junio de 2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/3-5-crisis-and-crisis-intervention/> · consultada 2026-09-28
- **F53** González de Rivera JL. Psicoterapia de la crisis. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2001;(79). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004 · consultada 2026-09-28
- **F54** Feinstein RE, et al. Crisis intervention psychotherapy in the age of COVID-19. J Psychiatr Pract. 2021;27(3):152-163. doi:10.1097/PRA.0000000000000542. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8143150/> · consultada 2026-09-28
- **F55** OpenStax. Psychiatric-Mental Health Nursing, §2.1 «Psychoanalytic Theories and Therapies» (tabla 2.2). Houston: OpenStax, Rice University; 2024. · <https://openstax.org/books/psychiatric-mental-health/pages/2-1-psychoanalytic-theories-and-therapies> · consultada 2026-09-28
- **F56** Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness. Can Med Assoc J. 1983;128(9):1069-1072 (PMC1874857). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (1 de abril de 2022), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874857/pdf/canmedaj01390-0029.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F57** Peñarroya Baulies A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2011;18(2). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200002 · consultada 2026-09-28
- **F58** American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R). Mahajan A, Malmut L. Influence of Psychosocial Factors on Illness Behaviors. PM&R KnowledgeNow; publicado el 22 de octubre de 2013, actualizado el 9 de enero de 2025. · <https://now.aapmr.org/influence-of-psychosocial-factors-on-illness-behaviors/> · consultada 2026-09-28
- **F59** Ekman P. Are there basic emotions? Psychol Rev. 1992;99(3):550-553 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1344638/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2011-095 (estilo de afrontamiento «autorreferente» frente a «autoeficaz»): sin fuente válida leída (no está en las NTP 318, 349 ni 355 ni en el libro del INSHT sobre el estrés). No se intercala. Buscar el origen de la clasificación (probablemente un manual de psicología del estrés en español).
- EIR2007-094 (valorar el rol familiar, las responsabilidades pendientes y los cambios en el estilo de vida = impacto de la enfermedad y la hospitalización): ninguna fuente válida leída agrupa esos datos bajo ese epígrafe. Open RN «Nursing Health Promotion» §4.6 (leída en la copia de la Wayback Machine de mayo de 2026) trata el efecto de la enfermedad sobre la familia, pero no da esa fórmula de valoración. No se intercala.
- EIR2007-091 (procesos adaptativos según Kendall: fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales): no se ha identificado al autor ni la clasificación en ninguna fuente válida. No se intercala.
- EIR2016-044: las fuentes leídas recogen la integridad corporal y la dependencia entre las amenazas del paciente hospitalizado (Enferm Glob 2018), pero ninguna las declara «los temores principales del adulto»

frente a otros. Buscar una fuente que lo formule así.

- EIR2013-035: ninguna fuente leída dice que la persona tipo A busque el reconocimiento social; la pregunta se responde por descarte con los rasgos que sí constan.
- Holmes y Rahe, umbral de más de 150 UCV como punto a partir del cual los acontecimientos afectan (EIR2005-110, intercalada en M24-T02): la fuente leída solo dice que unas 150 corresponden a quien sigue sano y más de 300 a quien enferma.
- Maslow (1967), metanecesidades o necesidades B frente a necesidades D (EIR2016-033): el artículo original no se ha podido leer en la web de la editorial (403); The Psychologist (BPS, 2014) recoge los valores B y las metanecesidades, pero no las expresiones «necesidades D/B». No se intercala aquí. En M01-T02 sí se intercala desde el 28/09/2026, con ese mismo artículo de The Psychologist (Guest 2014), y el verificador ciego la marca con apoyo débil.
- Relajación (EIR2014-043): ninguna fuente leída dice si dormirse durante la sesión es la mejor relajación ni qué indica el hormigueo; la pregunta se responde con lo que sí dice la guía del SAS (posición y práctica en cualquier situación, visualización).
- EIR2009-021: la etiqueta «afrontamiento conductual-evitativo» y el ejemplo de la medicación con dosis creciente no aparecen literalmente en ninguna fuente leída; la sección los explica con los estilos de Lipowski (1983) y la definición de estrategias pasivas de la Rev Soc Esp Dolor (2011). Buscar el origen exacto de la clasificación.
- EIR2015-050: ninguna fuente válida leída clasifica los ejes del estrés como neural, neuroendocrino y endocrino con efectos inmediatos, intermedios y prolongados (modelo de Everly); el libro del INSHT atribuye la movilización inmediata al simpático y dice que la médula adrenal la prolonga. La pregunta se responde con el papel rector del hipotálamo.
- EIR2005-075: las fuentes leídas hablan de emociones «básicas» o «universales» (Ekman), no de emociones «primarias»; buscar una fuente que use ese término.
- EIR2010-094: las fuentes leídas dan los factores de resolución de la crisis (percepción, apoyo, afrontamiento, madurez de la personalidad), pero no la fórmula «aspectos psicosociológicos de la persona».