



DOCUMENTO
PARA IMPUGNAR
PREGUNTAS



DOCUMENTO

IMPUGNAMIR

¿COMO IMPUGNAR?

En la web del Ministerio, en el apartado “**Convocatoria Actual**”, se publicará una opción de menú en la parte gris de la izquierda de la página, denominado “**Presentación de Impugnaciones**”. Te permitirá acceder con Certificado de Firma Digital, con el sistema Cl@ve o solicitando una contraseña que te enviarán a tu email. En este último caso te solicitarán el número de identificación que es el número del documento de identidad con el que presentaste la solicitud al examen.

Una vez hayas accedido podrás comenzar a impugnar completando los campos obligatorios marcados con asteriscos. Debes identificar la pregunta que con el número que le corresponde en la Versión “0” del examen que podrás descargar desde la web de AMIR Enfermería.

Debes incluir, al menos, una referencia bibliográfica, y antes de adjuntar documentos, es imprescindible hacer click en **ENVIAR FORMULARIO**.

Una vez enviado te mostrará el mensaje “La Impugnación a la Pregunta X ha sido enviada correctamente”. A partir de ese momento ya puedes enviar el archivo PDF que deseas adjuntar a la referencia bibliográfica de la impugnación seleccionando la referencia y haciendo click en “**Adjuntar/Ver Documento**”. Podrás insertar ficheros PDF hasta los 256KB. Hay programas que te permiten comprimir el tamaño del archivo como smallpdf.com o ilovepdf.com.

Una vez insertado en la columna “**Fichero Adjunto**” aparecerá la leyenda “**SI**”. No siendo necesario volver a hacer click en “**Enviar Formulario**” porque queda automáticamente vinculado a la impugnación. En cualquier momento podrás consultar, cambiar o eliminar el documento adjuntado.

Solo podrás hacer **4 impugnaciones a la hora**. Todas las impugnaciones quedan guardadas y podrás modificarlas o eliminarlas cada vez que accedas



PSICOPATOLOGÍA

“Se solicita la impugnación de la pregunta 159 por la existencia de dos respuestas correctas (2 y 3). Si bien en el manual de Vallejo “Introducción a la psicopatología y psiquiatría” se recoge la definición de temple o humor delirante, en el manual de Belloch, versión más reciente que el anterior, se conceptualizan como sinónimos la atmósfera delirante y el humor delirante. Además, hay que recalcar que la definición a la que hace referencia la pregunta se recoge en el manual de Belloch (Manual de psicopatología) por lo que se entiende que, dada la extracción de la pregunta de dicho manual, han de entenderse como sinónimos ambos términos”



Título: Manual de psicopatología, vol I

Autores: Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F.

Editorial: McGraw-Hill

Año: 2020

Página: 258



Título: Introducción a la psicopatología y psiquiatría

Autores: Vallejo, J.

Editorial: Elsevier Masson

Año: 2015

Página: 859

Editorial: Elsevier Año: 2018. Páginas: 525-527.

Según su origen. Se puede clasificar en idea delirante primaria y secundaria.

Idea delirante primaria. Se trata del delirio propiamente dicho, que cumple todas las características previamente descritas. Aparece en ausencia de un estímulo externo y no puede explicarse por la presencia de otros procesos patológicos. Estos juicios aparecen para el observador como algo nuevo, irreductible y primario. La personalidad del individuo está totalmente invadida por el delirio, que se constituye en el eje de su vida. Existe una ruptura biográfica en el paciente, existiendo un antes y un después desde la aparición de la idea delirante. Por otro lado, las vivencias que relata son extrañas para nosotros, aunque primarias para él.

Dentro del delirio se han descrito las siguientes formas:

Temple o humor delirante. Constituye el límite entre la vivencia normal y la vivencia delirante. El paciente nota, o más bien tiene la intuición, la sospecha o el presentimiento de que «algo está pasando», pero realmente no sabe qué. El ambiente es distinto. Aparecen nuevas significaciones ante hechos comunes y emocionalmente neutros para un observador externo. Esta sensación suele ser vivida con angustia. Corresponde a un estado afectivo difuso, durante el cual el paciente presenta un cambio profundo y se nota desazonado, inquieto y alarmado. El ambiente es distinto, existiendo una alteración sutil que lo envuelve todo con una luz incierta, amenazante y de mal aspecto. A partir de este estado de ánimo especial surgen las percepciones e intuiciones delirantes. Esta fase podría ser equivalente al tremor psicótico descrito por otros autores como Klaus Conrad. El delirio se puede estructurar a partir de esta fase en forma de percepción delirante o en forma de intuición delirante.

Percepción o interpretación delirante. El paciente da una significación anormal a hechos y percepciones normales, casi siempre en el sentido de la autorreferencia. Las cosas significan repentinamente algo muy distinto. El enfermo se da cuenta de que sabe algo y comienza a estructurar aquello que antes (temple delirante) sólo intuía, pero que no sabía, y que ahora, de repente, comienza a cobrar significado. Muchas veces éste es un significado especial, en forma de mensaje o aviso, siguiendo alguna «extraña clave», que el sujeto se ve obligado a descubrir. No se trata de una alteración de lo percibido, sino de su significado (por lo tanto no es una alteración de la percepción, sino del pensamiento).

Intuición, ocurrencia o inspiración delirante. El paciente, de forma relativamente brusca en muchas ocasiones, de repente descubre, a modo de corazonada u ocurrencia, el significado de todas aquellas intuiciones o significaciones mal definidas. En este momento todo «empieza a cuadrar», estructurándose el delirio. El paciente sabe de pronto, sin apoyo alguno en una realidad sensible (a diferencia de la percepción delirante, en la que se apoya en una percepción o hecho concreto) que ha cambiado radicalmente el significado de algo. A partir de este momento el delirio se polariza, predominando un tema delirante sobre los demás, que disminuyen en número o bien se vertebran en torno a una idea delirante central.

Representación o recuerdo delirante. En ella, hechos sucedidos años atrás son interpretados actualmente de forma errónea o delirante; una imagen o un recuerdo toman un significado totalmente nuevo. Se da, pues, una significación nueva a un recuerdo, de manera que el paciente interpreta el pasado mediante una configuración delirante.

Idea delirante secundaria o idea deliroide. Se trata de delirios que surgen en relación con, o secundariamente a, otros trastornos, tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. Su contenido es parcialmente comprensible en el conjunto de las vivencias del paciente. Así, cumpliría la mayoría pero no todas las características de una idea delirante primaria (creencia falsa, irreductible, fija), pero en cambio sería secundaria a algunos acontecimientos de la vida del paciente o a algún otro de sus síntomas (a diferencia de la idea delirante primaria, que aparece sin estímulo externo y se establece por vía patológica).

Los más importantes dentro de este grupo son los delirios relacionados con trastornos afectivos, entre los que destacan los delirios de culpa, ruina e hipocondría en los episodios depresivos, y los delirios de grandeza o megalomaniacos en los episodios maníacos. Estas ideas pueden mejorar al hacerlo las circunstancias o el fenómeno psicopatológico del que derivan.

Por otra parte, una idea delirante secundaria puede ser más comprensible psicológicamente, y tener una cierta lógica interna. Las ideas serán patológicas al partir de premisas falsas, pero si en cambio éstas fueran ciertas, las ideas podrían estar justificadas. Este hecho se da especialmente en algunos pacientes con trastorno delirante.

Sin embargo, esta clásica distinción desde tiempos de Jaspers (1913) entre idea delirante primaria e idea delirante secundaria es objeto de controversia; hay autores (Cutting, 2001) que critican esta división, y se plantean la necesidad de reconsiderar la homogeneidad del delirio como síntoma.

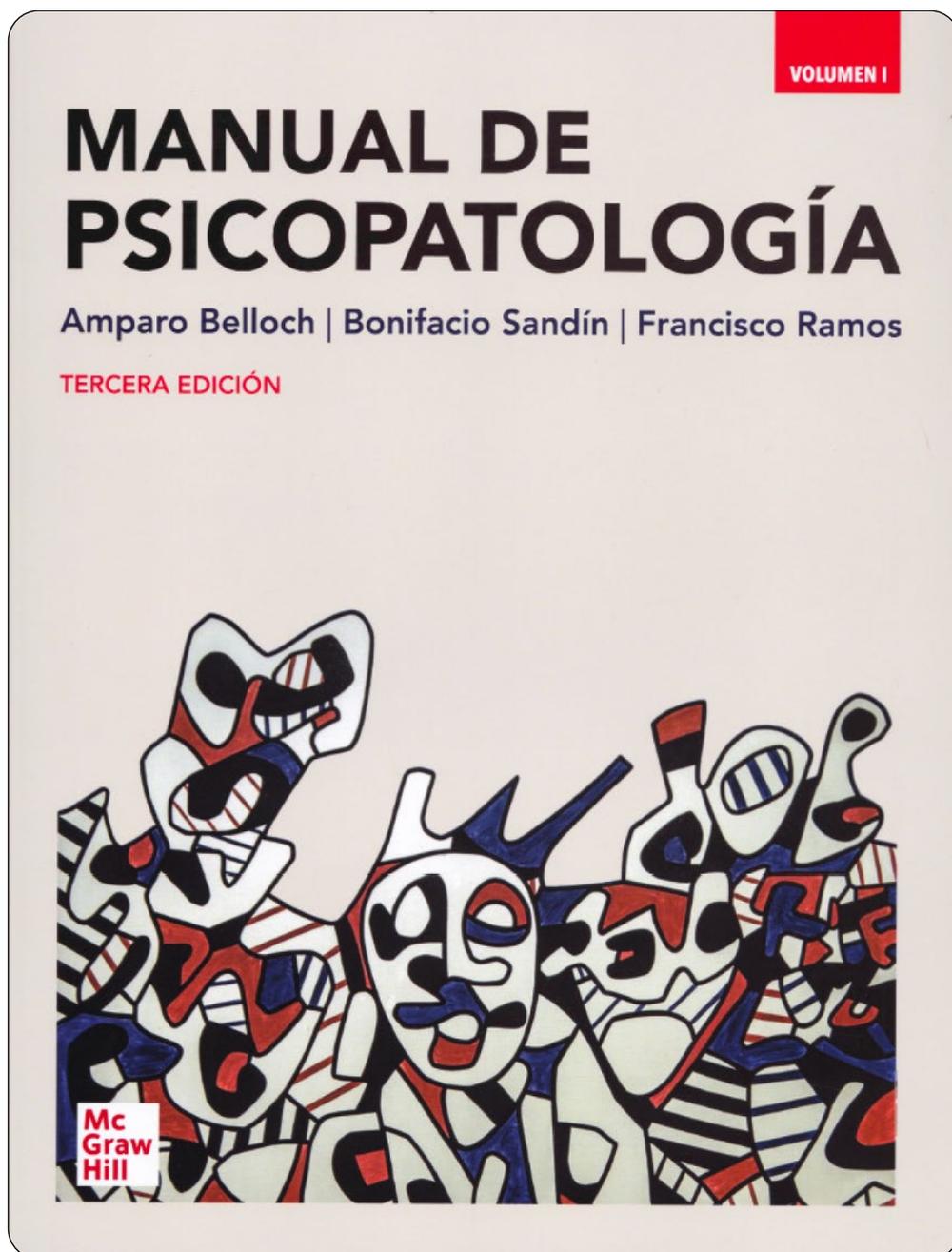
Según su contenido. Existen diferentes temas delirantes, no siendo excluyentes entre ellos. Estos temas delirantes varían de una cultura a otra, y dentro de la misma cultura, según acontecimientos externos. A continuación, se describen los más frecuentes:

Delirios de referencia o de autorreferencia. Se trata de la sensación de que la conducta de los demás se está refiriendo a uno mismo; por lo tanto, pueden existir significados ocultos relacionados con el sujeto en cualquier suceso cotidiano. Así, las acciones de los demás, que en condiciones normales tendrían un significado neutro, tienen un nuevo significado, referido hacia el paciente, y muchas veces con significados amenazadores.

Delirios de persecución. Quizá sea el tipo más frecuente o, como mínimo, el más representativo. El paciente cree firmemente que existe una conspiración contra él o que está siendo perseguido de alguna manera. Alguien, o alguna fuerza externa, está intentado dañarle, causarle lesiones físicas, pretendiendo matarle, etc. Puede existir todo un complot contra él. El paciente se siente acosado, perseguido,

DOCUMENTO

IMPUGNAPIR



Manual de psicopatología. Volumen 1

ñar de un estado de ánimo muy alterado, ya que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo. Con el tiempo, que puede llegar a durar incluso años, va «comprendiendo» qué está sucediendo a su alrededor y a él mismo, lo que da lugar a una elaboración compleja del delirio a través de la cual consigue comprender esos cambios que, hasta ese momento, no acababa de entender.

4. Los **recuerdos delirantes** o **retrospectivos** pueden adoptar dos formas, la explicación (reconstrucción) delirante de un recuerdo real, o bien el «recuerdo» de algo que es claramente imposible.

A diferencia de lo que hemos dicho que sucede en los delirios secundarios, esto es, que surgen como intentos (psicológicamente comprensibles) por dar explicación a una experiencia extraña, en el caso de los delirios primarios sucede lo contrario: una vez que irrumpen en la consciencia del individuo, este va a explicar buena parte de todo lo que le sucede desde el delirio. Por ejemplo, de pronto «sintiéndose» por qué su vecina le deja entrar siempre antes en el ascensor (intuición delirante), o «recuerda» de repente que hace un año vomitó después de una copiosa comida, lo que significa que alguien estaba intentando envenenarle (recuerdo delirante). O, como le sucedió a Manuel, el paciente al que antes nos referimos, «comprendió» que sus problemas gástricos (reales) se debían a que la gente quería envenenarle.

➤ **Atmósfera delirante:** idea delirante primaria que consiste en la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir. Se suele acompañar de un estado de humor alterado, ya que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo.

➤ **Intuición delirante.** Idea delirante primaria, que es fenomenológicamente indistinguible de cualquier idea que nos asalte repentinamente, que nos «venga a la cabeza». El contenido de estas ideas delirantes suele ser autorreferencial y, por lo general, de gran importancia para el paciente.

➤ **Percepción delirante.** Idea delirante primaria que consiste en la interpretación delirante de una percepción normal.

➤ **Recuerdo delirante.** Idea delirante primaria que consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o bien en que, de pronto, el paciente «recuerda» algo que es claramente delirante.

Estas distinciones formales no han estado libres de crítica (p. ej., Garety y Hemsley, 1994) porque carecen de base empírica y porque, además, no es fácil realizarlos en la clínica: ¿cuándo podemos afirmar realmente que un delirio explica una alteración previa y cuándo podemos decir que es autóctono? ¿en qué consiste la alteración, cómo de extraña o inusual debe ser? Muchos autores han afirmado que todos los delirios podrían llegar a ser comprensibles si conociéramos lo suficiente al paciente. Como veremos más adelante, algunos de las propuestas actuales, de algún modo recogen esta idea: los delirios surgen para explicar una experiencia anómala,

por tanto, serían secundarios. Además, tales distinciones tampoco se han mostrado muy útiles en el diagnóstico clínico, a pesar de que para algunos autores el delirio primario sería específico de la esquizofrenia, mientras que los secundarios pueden aparecer en otras muchas condiciones. En todo caso, lo cierto es que, a pesar de su larga tradición en la historia de la psicopatología, no está ya presente en los actuales sistemas de diagnóstico psiquiátrico (i. e., DSM-5 y CIE-11).

b. Clasificación de los delirios atendiendo a su contenido o temática

La clasificación más popular de los delirios es la que se centra en los temas o contenidos sobre los que pueden versar, aspecto que además se ha utilizado en muchas ocasiones para definir síndromes psicopatológicos, como el de Capgras, el de Clerambault o el de Fregoli, por poner tres ejemplos ilustrativos. El contenido de los delirios (que se suele denominar «tema») puede ser bastante variado y, en muchas ocasiones, guarda relación con el contexto inmediato social y cultural del paciente, mientras que en otros puede aludir a los miedos, inseguridades, o conflictos de la persona. No obstante, autores como Berrios y Fuentenebro (1996) califican a los delirios como «actos de habla vacíos», porque sus contenidos proporcionan muy poca (o ninguna) información acerca del yo o del mundo de la persona que los emite. Para estos autores, la evidencia de que los contenidos de los delirios pueden tener relación con códigos biográficos personales, aunque pudiera ser muy deseable, no está suficientemente fundada empíricamente. En realidad, argumentan, los contenidos son estereotipados y carecen de interés porque no tienen relación con la biografía del sujeto y es posible que en su origen intervenga un código cultural general (p. ej., algo que esté «de moda» en ese momento, como los dinosaurios porque hay películas o relatos sobre ello), o simplemente, se trate de un proceso aleatorio.

A pesar de estas críticas, lo cierto es que existe una amplia variedad de clasificaciones sobre la temática delirante (Baños y Belloch, 2008) y, algunos de ellos poseen una relevancia especial de cara al diagnóstico (i. e., algunos temas delirantes son más característicos de un trastorno mental que otros) y el tratamiento de los pacientes. En la **Tabla 8.8** se presenta un resumen de los principales temas sobre los que versan los delirios en los distintos trastornos mentales en que aparecen. Esos temas o contenidos se explican a continuación. No obstante, hay que tener en cuenta que, en muchos casos, se da más de una temática delirante al mismo tiempo: por ejemplo, los delirios de persecución pueden acompañarse también de delirios de grandeza, o de amor.

1. **Delirios de tipo persecutorio o de persecución.** Se describen como ideas delirantes cuyo tema central es la convicción de la persona de que los demás (alguna organización, alguna fuerza o poder) le están haciendo o quieren hacerle daño de forma intencional. Aunque tradicionalmente no se había considerado que fuera necesaria la intencionalidad por parte del «supuesto agresor», Freeman et al. (2001) señalan que es necesario porque diferencia las ideas delirantes de persecución de pensamientos de tipo ansioso. En este sentido, la creencia de que la Tierra va a ser destruida por un meteorito no entraría dentro de esta categoría (Bentall et al., 2001). De acuerdo con Freeman y Garety, el tipo de daño puede ser cualquier acción que cause malestar a la persona y, además, debe estar dirigido hacia ella misma. Bentall et al. (2001) propone añadir

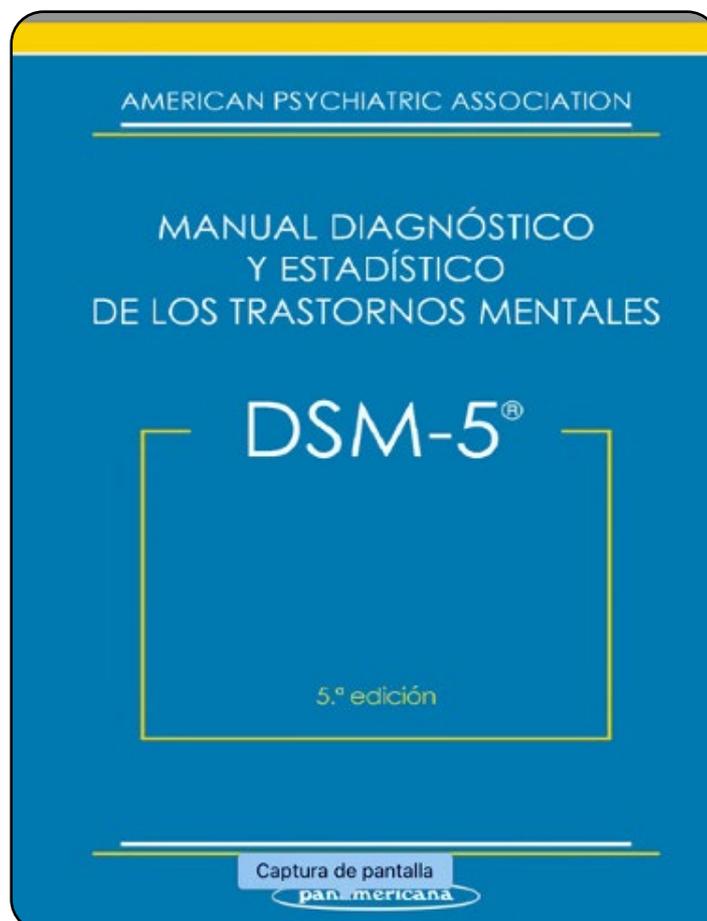


CLÍNICA INFANTIL

171. Señale la CORRECTA sobre la enuresis nocturna en población infantil según el DSM-5:

1. Es un trastorno genéticamente homogéneo.
2. Continúa durante la edad adulta en un 7% de los casos.
3. La incontinencia diurna es más frecuente en niñas.
4. La enuresis diurna es infrecuente en mayores de 9 años.

En esta pregunta existen dos alternativas correctas, la 3 y la 4. Adjunto foto de DSM-5, página 356 y 357.





establecer un diagnóstico de enuresis, la emisión de orina debe producirse al menos 2 veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). La persona debe haber alcanzado una edad en la que esté previsto que es capaz de controlar la orina (una edad cronológica de al menos 5 años o, en los niños con retraso del desarrollo, una edad mental de al menos 5 años) (Criterio C). La incontinencia urinaria no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes mellitus, espina bífida, epilepsia) (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En el transcurso de la enuresis nocturna, en ocasiones, la emisión se produce durante el sueño REM y en estas circunstancias, el niño puede recordar el sueño en el que se ha producido la micción. Durante la enuresis diurna, el niño demora la emisión hasta que aparece incontinencia, en ocasiones debido a la reticencia a usar el baño por ansiedad social o por alguna inquietud relacionada con las actividades escolares o lúdicas. El episodio de enuresis se produce principalmente a primera hora de la tarde en los días de colegio y puede estar asociado a síntomas de conducta disruptiva. La enuresis suele persistir después del tratamiento de las infecciones asociadas.

Prevalencia

La prevalencia de la enuresis es del 5-10 % en los niños de 5 años, del 3-5 % en los niños de 10 años y de alrededor del 1 % en las personas de 15 o más años.

Desarrollo y curso

Se han descrito dos tipos de curso de la enuresis: un tipo "primario", cuando la persona nunca ha desarrollado continencia urinaria, y un tipo "secundario", cuando el trastorno se produce después de haber alcanzado un periodo de continencia urinaria. No hay diferencias en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales comórbidos entre los dos tipos. Por definición, la enuresis primaria empieza a la edad de 5 años. La edad más probable para el inicio de la enuresis secundaria es entre los 5 y los 8 años, aunque puede producirse a cualquier edad. Después de los 5 años, el porcentaje de remisión espontánea es del 5-10 % por año. Aunque la mayoría de los niños con dicho trastorno desarrollan continencia urinaria en la adolescencia, en un 1 % de los casos el trastorno continúa en la edad adulta. **La enuresis diurna es infrecuente después de los 9 años.** Mientras que la incontinencia diurna ocasional no es rara en la infancia media, es significativamente más frecuente en aquellos que también presentan enuresis nocturna persistente. Cuando la enuresis persiste hasta alcanzar la infancia tardía o la adolescencia, se puede producir un aumento en la frecuencia de la incontinencia, mientras que la continencia en la infancia temprana se asocia habitualmente a una disminución en la frecuencia de las noches húmedas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Se han señalado varios factores predisponentes a la enuresis entre los que están el retraso o la laxitud del aprendizaje para ir al baño y el estrés psicosocial.

Genéticos y fisiológicos. La enuresis se ha asociado a retrasos del desarrollo normal de los ritmos circadianos de la producción de orina, lo que origina poliuria nocturna o anomalías de la sensibilidad del receptor central de vasopresina y deterioro funcional de la capacidad de la vejiga con hiperreactividad de la misma (síndrome de la vejiga inestable). La enuresis nocturna es un trastorno genéticamente heterogéneo. La heredabilidad se ha demostrado en estudios de familias, de gemelos y de segregación. El riesgo de enuresis nocturna en la infancia es aproximadamente 3,6 veces mayor en los hijos de madres enuréticas y 10,1 veces mayor en caso de incontinencia urinaria paterna. La magnitud del riesgo de presentar enuresis nocturna y enuresis diurna son similares.

Captura de pantalla

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La enuresis se ha observado en diferentes países europeos, africanos y asiáticos, así como en Estados Unidos. A nivel nacional, las tasas de prevalencia son notablemente similares y hay una gran similitud entre las trayectorias de desarrollo encontradas en los diferentes países. Hay tasas muy altas de enuresis en los orfanatos y en otro tipo de internados, lo cual está probablemente relacionado con el modo y el ambiente en que se produce el aprendizaje de ir al baño.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La enuresis nocturna es más común entre los niños. **La incontinencia diurna es más frecuente entre las niñas.** El riesgo relativo de tener un hijo que desarrolle enuresis es mayor cuando el padre ha sido enurético que cuando la madre ha sido enurética.

Consecuencias funcionales de la enuresis

El grado de deterioro asociado a la enuresis está condicionado por las limitaciones de las actividades sociales del niño (p. ej., no poder ir de campamentos) o por los efectos sobre su autoestima, el grado de estancamiento social al que lo someten sus compañeros y el enfado, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores.

Diagnóstico diferencial

Vejiga neurogénica u otra afección médica. El diagnóstico de enuresis no se realiza cuando existe una vejiga neurogénica u otra afección médica capaz de causar poluria o urgencia (p. ej., una diabetes mellitus no tratada o la diabetes insípida), ni durante una infección aguda de la vía urinaria. Sin embargo, el diagnóstico es compatible con dichas afecciones si la incontinencia urinaria ya era habitual antes de la aparición de las otras afecciones médicas o si persiste después de haber instaurado un tratamiento correcto de las mismas.

Efectos secundarios de la medicación. La enuresis puede aparecer durante el tratamiento con medicación antipsicótica, diuréticos y otros fármacos capaces de producir incontinencia. En ese caso, el diagnóstico no se debe hacer aisladamente, sino que puede constatar como efecto secundario de la medicación. Sin embargo, se puede realizar un diagnóstico de enuresis si la incontinencia urinaria ya era habitual antes del tratamiento con la medicación.

Comorbilidad

Aunque la mayoría de los niños no presenta un trastorno mental comórbido, la prevalencia de síntomas conductuales comórbidos es mayor en los niños con enuresis que en los niños sin enuresis. En una parte de los niños con enuresis también se producen retrasos del desarrollo del habla, del lenguaje, del aprendizaje y de las habilidades motoras. Puede haber encopresis, sonambulismo y trastorno de terrores nocturnos. Las infecciones de las vías urinarias son más frecuentes en los niños con enuresis, especialmente en el subtipo diurno, que en los niños que contienen la orina.

Encopresis

Criterios diagnósticos

307.7 (F98.1)

- A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.
- B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no está mejor explicado por los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección (p. ej., estreñimiento).

Captura de pantalla



CLÍNICA ADULTOS

PREGUNTA 83. Ninguna de las alternativas de respuesta que se plantean para esta pregunta es adecuada. La opción dada como correcta (opción 1) se corresponde con la teoría de la desesperanza de Abramson et al. (1989) y no con la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman et al. (1978), que es a la que hacen alusión en el enunciado. Por lo tanto, solicito la anulación de esta pregunta por no haber ninguna opción correcta.



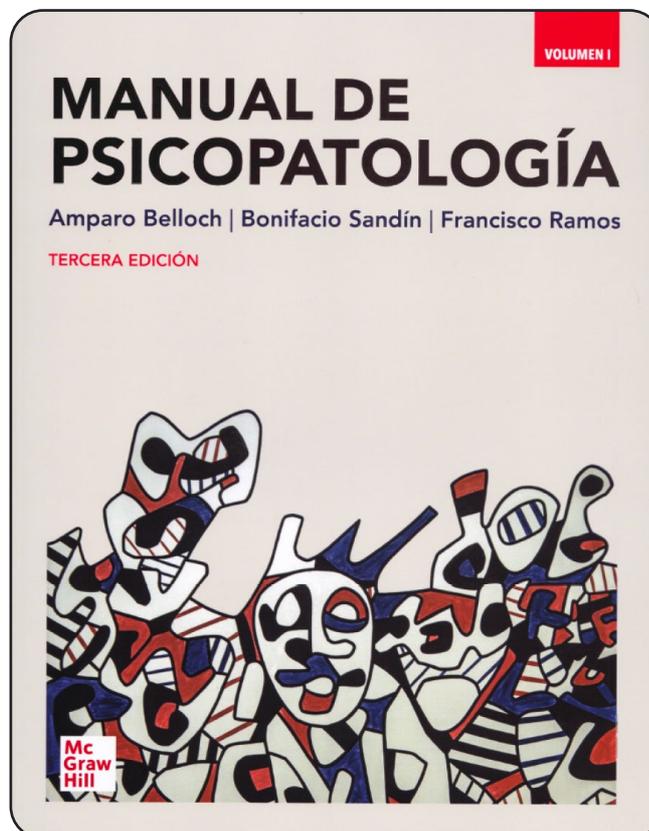
Título: Manual de psicopatología, vol II

Autores: Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F.

Editorial: McGraw-Hill

Año: 2020

Página: 217



los dos tipos de pensamientos que forman parte de la teoría cognitiva negativa, los automáticos y los autovalorativos, muestran algunas similitudes entre sí, pero sus efectos experimentales difieren y por las dificultades que entraña su modificación, ya que son ideas o imágenes autovalorativas de aparatos cognitivos a largo plazo que no son fácilmente controlables y que permanecen vividas a lo largo de un momento en que ocurren.

En resumen, la detección o activación de los esquemas depresivos, con sus actividades disfuncionales, sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en las personas que sufren trastornos depresivos. Para que la activación tenga lugar, es necesaria la aparición de un suceso estresante (p. ej., un fracaso laboral, una discusión con la pareja, un desarrollo personal similar a aquellos sucesos que propiciarían durante el proceso de socialización la base para la formación de los esquemas, es decir, para la formación de las actividades disfuncionales asociadas en ellos (p. ej., un fracaso académico en los años escolares). La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresivos, con sus actividades disfuncionales, son la defensa cognitiva la forma de vulnerabilidad cognitiva para la depresión.

Igualmente, y siguiendo la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson et al. (1978), la tendencia de algunas personas a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren está en ellas mismas, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará (p. ej., «Me han despedido por mi culpa, porque soy un torpe y todo me va mal y nunca podré mantener un trabajo»), esto es, la presencia de un estilo atribucional depresivo, facilita que, cuando tales acontecimientos suceden, provoquen desesperanza e indefensión y, por ende, depresión. Las investigaciones también sustentan una relación entre la depresión y un estilo atribucional depresivo para los acontecimientos positivos que les ocurren es ajeno a ellos, afecta solo a algunas parcelas poco importantes de su vida y cambiará de un momento a otro (p. ej., «Al final me han subido el sueldo porque al jefe le di pena, pero eso no ocurrirá siempre y voy a tú a saber si al final no cambio de opinión y me baja el sueldo»).

Es más, en el marco de la teoría de la desesperanza de Abramson et al. (1989), el estilo atribucional propio de las personas vulnerables a la depresión se caracteriza no solo por esa tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, sino también por una tendencia a predecir un mayor número de consecuencias negativas para sí mismos ahora y en el futuro y a concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo importante falla en uno mismo. A este estilo atribucional depresivo fatalista y autodespreciativo se le denomina estilo atribucional de la desesperanza. Las personas con este estilo atribucional de desesperanza hacen una interpretación «fatalista» de los problemas que les ocurren, pensando que «no tienen solución», que «no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación» y que las consecuencias «son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida». Además, se «echan la culpa» de lo que les sucede y piensan que les «seguirá pasando en el futuro».

Otros factores psicológicos de vulnerabilidad a la depresión, no compatibles con los anteriores, son los propuestos en el contexto de la teoría cognitivo-conductual de la depresión de Lewinsohn (1974; Lewinsohn et al., 1985). Siguiendo esta teoría, un déficit en

el repertorio de conductas que las personas necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas que deficiencia en las habilidades sociales, en las habilidades de solución de problemas o en las habilidades de afrontamiento del estrés o para conseguir un comportamiento más activo en las conductas de autocontrol, conductas de autovaloración, autovaloración de autovaloraciones basadas en las personas no son capaces de afrontar, resolver y mitigar o los sucesos negativos que implican las consecuencias estresantes y que, por tanto, el estrés percibido se intensifica, y que se desarrollará una depresión incluso ante un estrés relativamente muy leve. Por ejemplo, la falta de habilidades sociales podría conducir a una persona que se hubiera interesado en un trabajo o situación de relación social o un desarrollo de las experiencias negativas (p. ej., burlas, críticas) y a un desarrollo o aumento de inferencias positivas (p. ej., falta de consideración y fustigación) a la depresión.

Por otro lado, es mucho más probable que una persona sufrirá una depresión si muestra una tendencia a:

1. Prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos y a las consecuencias negativas de la conducta que a las consecuencias o logros globales (tanto en las conductas de autovaloración).
2. Tener criterios muy rigurosos y muy altos de autovaloración así como un estilo atribucional depresivo (tanto en las conductas de autovaloración).
3. Administrarse, como consecuencia de los dos déficits anteriores, recompensas insuficientes o castigos excesivos (tanto en las conductas de autovaloración).

Finalmente, algunos modelos psicológicos de los trastornos depresivos se han centrado no tanto en los factores de vulnerabilidad que explican el origen de dichos trastornos, sino en los factores que explican su curso. Este es el caso de la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991) que propone que la manera en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad. En concreto, las personas que presentan respuestas ruminativas sufren durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos que aquellas que se centran en distraerse de los mismos. Las respuestas ruminativas a la depresión pueden definirse como «acordarse y pensar en los sucesos que focalizan la atención de una persona en sus síntomas depresivos y en las implicaciones de estos síntomas» (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 549), incluyendo conductas como «pensar para pensar sobre los síntomas depresivos que se experimentan, hablar todo el tiempo sobre ellos o pensar de forma recurrente y contemporánea sobre posibles causas y consecuencias de los mismos (p. ej., «¿Qué he hecho yo para merecer esto?», «¿No voy a ser capaz de trabajar en este estado?»). Las respuestas ruminativas que, como se ha mencionado anteriormente, parecen producto de la llamada subapreciación emocional, difieren de otras conductas y pensamientos de alivio de la depresión como las estrategias de solución de problemas, en que las personas no solo piensan o hablan sobre los síntomas, sino que las personas no solo piensan o hablan sobre los síntomas, o simplemente piensan de forma no sobre los síntomas, o simplemente piensan de forma no sobre los síntomas.

La teoría postula, además, que las personas tienen un repertorio de conductas que les permiten afrontar la depresión, es decir, patrones de conductas



PREGUNTA 115

Según la CIE-11 el diagnóstico de hipocondriasis aparece en el capítulo de Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (opción 3) y en el capítulo de Trastornos obsesivo-compulsivo y otros trastornos (opción 4). Por lo tanto, hay dos opciones de respuesta posibles y dado que no hacen referencia a la entidad padre solicito la anulación de esta pregunta.



Título: Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)

Autor: Organización Mundial de la Salud

Editorial: Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/L-m/es>

Año: 2023

ICD-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión : 01/2023)

Foundation URI : <http://dx.doi.org/10.1186/1321270667>

Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

Entidad padre
06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Descripción
Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida. Una característica clave de diferenciación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo son los focos de aprehensión específicos del trastorno, es decir, el estímulo o la situación que desencadena el miedo o la ansiedad. La presentación clínica de la ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo generalmente incluye cogniciones asociadas específicas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al aclarar el enfoque de la aprehensión.

Codificado en otra parte

- Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias ()
- Hipocondriasis (6B23)
- Síndrome de ansiedad secundario (1E63)

Notas de la versión

ICD-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión : 01/2023)

Foundation URI : <http://dx.doi.org/10.1186/1321270667>

Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados

Entidad padre
06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Descripción
Los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados constituyen un grupo de trastornos caracterizados por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree que comparten similitudes en la etiología y los validadores clave de diagnóstico. Algunos fenómenos cognitivos como obsesiones, pensamientos y preocupaciones intrusivas son fundamentales en un subconjunto de estas afecciones (es decir, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondriasis y el trastorno de referencia olfativa) y se acompañan de comportamientos repetitivos relacionados. El trastorno de acumulación no está asociado con pensamientos intrusivos no deseados, sino que más bien se caracteriza por una necesidad compulsiva de acumular posesiones y malestar relacionado con tirarlos a la basura. También están incluidos en esta agrupación los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, que se caracterizan principalmente por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, anrarse el cabello, pellizcarse la piel) y carecen de un aspecto cognitivo prominente. Los síntomas provocan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Codificado en otra parte

- Trastornos obsesivo-compulsivos u otros trastornos relacionados inducidos por sustancias ()
- Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado (6E64)
- Síndrome de Tourette (8A05.00)

Notas de la versión



APIR

www.academiapir.com

Dossier - ImpugnaPIR

AMIR

ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR, S.L.

www.academiamir.com

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.