

AULA +

CLASE DE
**SALUD MENTAL
Y PSICOSOCIAL**
TEST
EIR 2019/20
ESENCIALES A⁺

Curso EIR 2019/2020 Sm Psi +
**SALUD MENTAL Y
ENFERMERÍA PSICOSOCIAL**

ESENCIALES A⁺



SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL

EIR 2019/2020

SALUD MENTAL: 7 LÍNEAS DE TENDENCIA, 35 elementos de caja invisible

LÍNEA 1: ESQUIZOFRENIA (4 tendencias)

1. La percepción de una imagen, un objeto o de un estímulo exterior inexistentes que son considerados como reales es:

- a. Una alucinación.
- b. Un delirio.
- c. Una depresión.
- d. Una ilusión.

2. El pensamiento erróneo, alteración de la realidad, inquebrantabilidad y certeza de lo que se piensa, es:

- a. Una alucinación.
- b. Un delirio.
- c. Una depresión.
- d. Una ilusión

3. ¿La esquizofrenia está considerada como...?

- a. Un trastorno mental grave.
- b. Un trastorno personal.
- c. Un trastorno de comportamiento.
- d. Todas son falsas.

4. Mujer de 35 años diagnosticada de trastorno esquizofrénico hace 12 años sin alteraciones recientes y con adaptación a la vida normal, que es acompañada a urgencias del hospital por su madre, con la que convive, tras sufrir violencia de género. La paciente presenta un aspecto desaliñado y descuidado, refiere que ha recibido una paliza de su pareja hace 12 horas aproximadamente, presenta lesiones en muñecas, brazos, espalda, abdomen y cara. Reconoce estar sometida a malos tratos, por lo que se inicia en urgencias el protocolo de violencia de género. Se realiza valoración del estado físico, psiquiátrico y de su comportamiento en la vida diaria. La conducta de la paciente durante la valoración es desordenada, a veces parece ausente, otras veces muestra hiperactividad, pero aparentemente su discurso es coherente. En relación a la exploración física se confirman contusiones generalizadas sin compromiso vital. Los resultados analíticos muestran una hemoglobina de 7 mg / dl, lo que hace sospechar una pérdida de sangre, en la entrevista la paciente niega que haya existido tal. Identifica algunas características de los trastornos esquizofrénicos:

a. Distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.

b. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.

c. Desarrollo de un delirio único o de un conjunto de delirios relacionados entre si, los cuales son habitualmente persistentes y a veces duran toda la vida.

d. Son ciertas A y B.

5. La enfermera, en el momento de hacer la valoración de enfermería a una persona, debe tener en cuenta que los síntomas negativos de la esquizofrenia son:

- a. Lenguaje y pensamientos desorganizados, alucinaciones y comportamientos desorganizados.
- b. Retraimiento social, ideas delirantes, alucinaciones, falta de energía y motivación.
- c. Trastornos emocionales, alogia, falta de energía y motivación, abulia y retraimiento social.
- d. Abulia, alogia, ideas delirantes, lenguaje y pensamientos desorganizados.

6. La esquizofrenia, presente el 1% de la población, no se caracteriza por:

- a. Deformación de la personalidad.
- b. Distorsión del pensamiento.
- c. Alucinaciones.
- d. Deterioro de la capacidad intelectual.

7. ¿Quién acuñó el término de esquizofrenia tal como hoy lo conocemos?

- a. Meyer.
- b. Descartes.
- c. Kraepelin.
- d. Bleuler.

8. El trastorno psicótico más frecuente es:

- a. La esquizofrenia.
- b. La paranoia.
- c. La psicosis reactiva.
- d. El trastorno psicótico inducido.

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

- a. Visuales.
- b. Gustativas.
- c. Auditivas.
- d. Cenestésicas.

LÍNEA 2: T. PSICÓTICOS (2 tendencias)

- 10. ¿De qué forma es recomendable la intervención familiar en los trastornos mentales graves?**
- a. En formato unifamiliar.
 - b. En talleres psicoeducativos grupales con varias familias.
 - c. En talleres con otros pacientes.
 - d. Son correctas B y C.

11. ¿Qué duración han de tener las intervenciones psicoeducativas en pacientes con trastorno mental grave?

- a. Mínimo 6 meses con 2 sesiones semanales.
- b. Mínimo 9 meses de duración del programa intensivo, con sesiones de recuerdo indefinidas.
- c. Mínimo 1 año con 1 sesión semanal.
- d. Mínimo 2 años con sesiones cada 15 días y posteriormente otros 2 años con sesiones mensuales.

12. ¿El trastorno mental grave afecta las relaciones familiares?

- a. Existe un consenso general en cuanto a que el TMG afecta de manera considerable las relaciones en las familias de las personas que lo sufren, y que las relaciones familiares también pueden afectar de algún modo el curso de la enfermedad.
- b. No existe evidencia de que el TMG afecte las relaciones familiares, solo favorece que la familia preste mayor atención al paciente y que esté más alerta.
- c. Son las malas relaciones familiares las que generan el TMG.
- d. Las personas con TMG generan en sus familias un clima de expresión de emociones y sentimientos que favorece a su vez una mejor la calidad de vida para toda la familia.

13. ¿Qué se recomienda a las personas con trastorno mental grave y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, y a sus familias?

- a. Ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento.
- b. Integrarlos en programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo, técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales.
- c. Integración solamente en programas psicoeducativos grupales, que permitan la discusión en un clima emocional distendido.
- d. Son correctas A y B.

14. El abordaje terapéutico de los trastornos psicóticos tiene varias líneas en las que se puede incidir, señale la incorrecta:

- a. La TEC es una técnica de primera elección en la esquizofrenia catatónica en la que se estimula eléctricamente la zona frontoparietal bajo relajación muscular sin necesidad de anestesia.
- b. Una de las intervenciones enfermeras es el manejo de las alucinaciones animando a la expresión de sentimientos y discutiendo sobre la realidad de las alucinaciones.
- c. El primer fármaco que se utilizó para el tratamiento fue la clorpromazina.
- d. Entre los antipsicóticos de segunda generación destaca la clozapina muy eficaz.

LÍNEA 3: T. AFECTIVOS: DEPRESIÓN / BIPOLAR (4 tendencias)

15. En relación con la posibilidad de que un paciente presente un intento de suicidio, ¿cuál de estas afirmaciones es VERDADERA?

- a. El riesgo de suicidio no se asocia a la depresión.
- b. Las personas casadas tienen más riesgo de suicidio que las divorciadas.
- c. El porcentaje de suicidio aumenta en personas con antecedentes de intento de suicidio previo.
- d. Las personas menores de 19 años o mayores de 45 presentan menos tasa de suicidio.

16. La OMS definió en 1986 el suicidio como:

- a. Conducta autolesiva que se acompaña por evidencia de que la persona intenta morir.
- b. Conducta autolesiva con un resultado no fatal, que se acompaña por evidencia de que la persona intenta morir.
- c. Acto con resultado letal o no, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.
- d. Acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.

17. Según la OMS, el suicidio:

- a. No es una prioridad de salud pública.
- b. Es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.
- c. Se produce sólo en países de altos ingresos.
- d. No es prevenible.

18. Ante un caso de riesgo de suicidio relacionado con ánimo deprimido, señala una intervención adecuada:

- a. Facilitar una inmediata hospitalización para su vigilancia permanente.
- b. Establecer una planificación con el paciente para su tiempo libre, que incluya actividades que en algún momento le han sido satisfactorias.
- c. Redirigir la entrevista hacia otros temas que puedan ser más alegres o esperanzadores para la persona.
- d. Preguntar al paciente de forma directa si ha hecho un plan o ha pensado sobre el método de suicidio.

19. A la capacidad que tiene una persona o grupo de recuperarse frente a circunstancias adversas para seguir desarrollándose en el futuro se denomina:

- a. Asertividad.
- b. Resiliencia.
- c. Empoderamiento.
- d. Empatía.

20. Señale la respuesta correcta en relación con la sintomatología de la depresión mayor:

- a. Un síntoma característico es el insomnio de primera hora.
- b. Estado anímico presenta un ritmo diario característico soliendo empeorar por la tarde.
- c. Un síntoma característico es el insomnio a segunda hora.
- d. El estado anímico presenta un ritmo diario característico soliendo empeorar por la noche.

21. Es falso en relación al paciente con ideas suicidas:

- a. Piensa a menudo en el suicidio.
- b. Todo intento de suicidio, no precisa ser valorado de manera urgente por el psiquiatra.
- c. Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo.
- d. Son factores de riesgo la depresión, el alcoholismo y la adicción a sustancias.

22. Señale la actitud incorrecta del profesional ante un paciente con diagnóstico de depresión:

- a. Estar atento a afirmaciones acerca del suicidio.
- b. No admitir silencios, es importante que hable.
- c. Prestar atención a la higiene del paciente.
- d. Tolerar sus lágrimas.

23. Sobre los factores determinantes del fenómeno depresivo, una enfermera debe saber que:

- a. Las depresiones siempre se producen tras una fase maníaca.

- b. La depresión es un resultado de diálogo altamente interactivo entre la biología, los factores personales y psicológicos y el medio ambiente.
- c. La depresión delirante siempre ocurre como respuesta a una situación estresante.
- d. La depresión se relaciona con enfermedades médicas o con el consumo de sustancias.

24. Respecto a la evaluación y entrevista de enfermería a un paciente con amenaza de suicidio, señale la respuesta incorrecta:

- a. Siempre debe tomarse en serio toda amenaza de suicidio aunque parezca manipulativa.
- b. Preguntar por la intencionalidad suicida es potenciar la misma.
- c. La intervención en crisis no tiene como finalidad convencer al paciente.
- d. Durante la entrevista debemos escuchar, para adoptar la aptitud más conveniente.

25. ¿En qué se parecen el trastorno bipolar y la depresión mayor?

- a. Ambas entidades son trastornos del pensamiento.
- b. Ambas tienen bases genéticas.
- c. Ambas son trastornos del humor.
- d. Ambas son igual de frecuentes en hombres que en mujeres.

26. J.A. varón de 35 años de edad que ingresa en la unidad de psiquiatría acompañado de su hermana. Ésta refiere que hace, aproximadamente, 1 año comenzó con una vida desordenada. Ganaba mucho dinero (ingeniero, junto con otro socio abrieron una empresa de consultoría) y, empezó a llevar a cabo muchos excesos tales como: juergas durante días, viajes constantes, cambio de domicilio de un piso a chalet, compra de coches: un turismo de gran lujo y un deportivo, pero sobre todo, cambios de pareja y de amigos. Todos estos cambios y el derroche (él pagaba casi siempre las juergas), le ocasionaron problemas económicos. Desde hace 7 meses presenta períodos prolongados, de hasta 5 días, sin salir de casa. En los cuales no contesta al teléfono, ni abre la puerta y mantiene las persianas bajadas. En el momento del ingreso, presenta un aspecto descuidado, pelo largo y desgreñado, barba de varios días, piel descamada. Según su hermana, ha perdido 11kg de peso y parece que tiene insomnio, estuvo en su casa 4 días hasta que logró convencerle para recibir ayuda profesional. La situación que padece J.A. es compatible con un diagnóstico psiquiátrico de:

- a. Trastorno bipolar.
- b. Trastorno de personalidad.
- c. Trastorno psicótico.
- d. Trastorno depresivo.

27. El tratamiento farmacológico con “carbonato de litio” se utiliza fundamentalmente en pacientes con:

- a. Trastorno bipolar.
- b. Esquizofrenia paranoide.
- c. Depresión mayor.
- d. Trastorno obsesivo-compulsivo.

LÍNEA 4: T. CONDUCTA ALIMENTARIA (4 tendencias)

28. Según la DSM-5, NO es un criterio diagnóstico de los trastornos por atracón:

- a. Se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- b. Se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento inapropiado.
- c. Se asocia a comer mucho más rápido de lo normal, mayor cantidad de comida sin tener hambre y sentirse desagradablemente lleno.
- d. Se siente un malestar intenso ante los atracones.

29. En la anorexia nerviosa restrictiva, el paciente:

- a. Provoca habitualmente el vómito.
- b. Realiza purgas con frecuencia.
- c. No recurre regularmente a atracones.
- d. Hace uso excesivo de laxantes.

30. ¿Cuál de los siguientes signos es más compatible con la anorexia nerviosa?:

- a. Peso del 85%-95% del ideal para la edad y/o talla.
- b. Hipermenorrea pertinaz.
- c. Miedo intenso a ganar peso.
- d. Hipertrofia de las parótidas.

31. Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracones en los que se ingiere una gran cantidad de alimentos en poco espacio de tiempo y, en general, en secreto.
- b. La anorexia nerviosa se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de procedimientos como dieta restrictiva o conductas purgativas.
- c. Una manifestación clínica específica de la bulimia nerviosa es el rechazo al aumento de peso ponderal y la distorsión de la imagen corporal.
- d. Una manifestación clínica específica de la bulimia nerviosa es la presencia de mecanismos compensadores destinados a impedir el aumento de peso.

32. María de 29 años es diagnosticada de un TCA (Trastorno de la conducta alimentaria) tipo AN (Anorexia nerviosa). Según la DSM-V uno de los siguientes criterios diagnósticos es FALSO, señale cuál es:

- a. Restricción de la ingesta que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, al sexo, el curso de desarrollo y la salud física.
- b. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con peso significativamente bajo.
- c. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución.
- d. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de al menos seis ciclos menstruales consecutivos.

33. Los factores más importantes que predisponen la aparición de la anorexia y la bulimia en los adolescentes son:

- a. La presión social, las características familiares y de personalidad.
- b. Los cambios hormonales en la pubertad.
- c. Las relaciones sociales exclusivamente.
- d. Las exigencias profesionales.

34. En la anorexia nerviosa, ¿qué hormona se ve aumentada cuando la pérdida ponderal de peso es > 25%?:

- a. Estradiol.
- b. LH, FSH (Gonadotropinas).
- c. IGF 1.
- d. GH (Hormona del crecimiento).

LÍNEA 5: DROGAS Y OTRAS ADICIONES (10 tendencias)

35. ¿A partir de qué cantidad diaria de alcohol se considera consumo de riesgo en España?

- a. 20 gr/día en adultos (18-65 años).
- b. 40 gr/día en hombres y 24 gr/día en mujeres.
- c. 20 gr/día en hombres y 10 gr/día en mujeres.
- d. Cualquier cantidad se considera consumo de riesgo.

36. De las siguientes afirmaciones sobre el alcohol, señala la respuesta incorrecta:

- a. El consumo de alcohol en la adolescencia aumenta las posibilidades de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo.
- b. El alcohol afecta de modo más grave a las personas con mayor masa corporal.
- c. El Síndrome Alcohólico Fetal se presenta con frecuencia elevada entre los hijos de mujeres alcohólicas.
- d. El consumo de alcohol en los jóvenes interfiere en el desarrollo del cerebro, limitando su futuro y su potencial individual.

37. La definición “Conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando de forma brusca se interrumpe el consumo de la sustancia a la cual tiene dependencia o la cantidad que ingieres es insuficiente”, se refiere a:

- a. Abuso de sustancias.
- b. Adicción.
- c. Síndrome de abstinencia.
- d. Desintoxicación física.

38. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una droga es:

- a. Sustancia que, introducida en el organismo por vía intravenosa, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia física.
- b. Sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso periférico del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia psicológica.
- c. Sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.
- d. Sustancia que, introducida en el organismo por vía oral o intavenosa, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso periférico del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

39. La alucinosis alcohólica es:

- a. Un trastorno psicótico en el que predominan las alucinaciones, normalmente visuales o auditivas, que se produce con la mente lúcida.

b. Un estado psicótico agudo que produce alteración del nivel de conciencia y que aparece durante la fase de abstinencia en las personas dependientes del alcohol.

c. Un trastorno psicótico que se caracteriza por alteración del nivel de conciencia, desorientación, ideas paranoides, alucinaciones (normalmente visuales o táctiles), inquietud, taquicardia, hipertensión, temblor y distracción.

d. Un trastorno psicótico que se manifiesta con alteración del estado de conciencia y suele aparecer 48 horas o más después de la interrupción o la reducción significativa del consumo de alcohol, aunque a veces tarda en aparecer una semana.

40. El Sr. Joan sabe que el consumo de tabaco es perjudicial para su patología y nos plantea que quiere dejar de fumar. Para iniciar el seguimiento y tratamiento de deshabituación tabáquica, es importante conocer en qué etapa del proceso de cambio se encuentra. En relación con el tratamiento farmacológico en el proceso de deshabituación del tabaco, ¿qué afirmación es CORRECTA?

- a. Uno de los efectos secundarios del tratamiento con los chicles de nicotina es la reacción dermatológica local.
- b. El tratamiento con bupropión puede producir náuseas, cefalea, estreñimiento, flatulencias y vómitos.
- c. Visión borrosa, retención urinaria e hiperdrosis en las manos son efectos secundarios del tratamiento con vareniclina.
- d. Los comprimidos de nicotina para chupar pueden producir hipo, úlceras y otras molestias bucales.

41. De los siguientes trastornos, ¿cuál está asociado intrínsecamente al consumo crónico de alcohol?:

- a. Psicosis de Korsakoff.
- b. Hemorragia digestiva alta.
- c. Anorexia y pérdida de peso.
- d. Bloqueo afectivo.

42. En la intoxicación etílica se producen distintas manifestaciones dependiendo de la cantidad de alcohol en sangre o alcoholemia. Señala la respuesta correcta:

- a. Fase de excitación (alcoholemia 2g./litro).
- b. Fase hipnótica (alcoholemia 4g./litro).
- c. Fase anestésica (alcoholemia 3g./litro).
- d. Fase bulbar (alcoholemia 7g./litro).

43. Cuando definimos el concepto de tolerancia a las drogas. ¿A qué nos estamos refiriendo?

- a. El nivel de droga que un organismo tolera sin causarle daño constatable.
- b. La necesidad de recibir una nueva dosis de droga.
- c. El aumento de dosis necesario para conseguir el efecto deseado.
- d. Ninguna de las anteriores.

LÍNEA 6: OTROS (TOC y FOBIAS, T. SUEÑO, T. PERSONALIDAD) (10 tendencias)

44. Los trastornos de la sexualidad se pueden dividir en:

- a. Disfunciones sexuales.
- b. Parafilia.
- c. Trastorno de la identidad sexual.
- d. Todas son correctas.

45. Una persona, diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo, se lava con excesiva frecuencia las manos. Indica la finalidad de esta conducta:

- a. Evitar contaminación por suciedad.
- b. Para aliviar su ansiedad.
- c. Para aumentar la sensación de control sobre su vida.
- d. Para aumentar su autoestima.

46. Los síntomas graves de ansiedad después de experimentar un evento traumático se denomina:

- a. Trastorno de estrés post traumático.
- b. Trastorno mental.
- c. Trastorno depresivo.
- d. Trastorno obsesivo-compulsivo.

47. Las crisis de angustia se caracterizan por:

- a. Aparición repentina, en ocasiones sin causa aparente, de disnea, sensación de ahogo, taquipnea, mareo o sensación de inestabilidad, palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, parestesias, escalofríos, dolor u opresión precordial, miedo a morirse o a volverse loco.
- b. Experimentación repetida de manifestaciones psicológicas intensas y desagradables después de vivenciar una situación traumática más allá de la experiencia habitual humana, de la cual se derivan dichas manifestaciones.
- c. Los síntomas se manifiestan en un episodio único.
- d. Ansiedad y preocupación durante un período de tiempo, que el DSM-IV establece en 6 meses.

48. Nos encontramos en la consulta con un paciente cuyo comportamiento está basado en la hostilidad, la agresión y la manipulación. Mentirosa, impulsivo y del cual no nos podemos fiar. Segundo el DSM-V sabemos que estamos ante un:

- a. Trastorno antisocial de la personalidad.
- b. Trastorno evitativo de la personalidad.
- c. Trastorno límite de la personalidad.
- d. Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

49. Señale la afirmación incorrecta respecto a las características de la personalidad histriónica:

- a. Pertenece al grupo B de trastornos de la personalidad.
- b. Carece de empatía por los demás.
- c. Se siente incómodo cuando no es el centro de atención.
- d. Actúa con un comportamiento sexualmente seductor.

50. ¿Qué tipo de ondas podemos encontrar en la fase de sueño REM?

- a. Ondas theta.
- b. Ondas delta.
- c. Ondas beta.
- d. Ondas alfa.

LÍNEA 7: ESCALAS DE VALORACIÓN (1 tendencia)

51. ¿Qué significa que un paciente presente una valoración de 25 en el cuestionario de Glover Nilson?

- a. Tiene una alta motivación para dejar de fumar.
- b. Tiene una dependencia física extrema hacia la nicotina.
- c. Padece alcoholismo.
- d. El grado de dependencia física y conductual del fumador es severa.

52. ¿Qué escala es la más adecuada para evaluar el comportamiento en la vida diaria de personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis?

- a. Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LIKE SKILL PROFILE "LSP").
- b. Escala LAWTON Y BRODY.
- c. Escala de valoración del equilibrio y la marcha - TINETTI.
- d. Escala de riesgo suicida de PLUTCHICK.

53. María es una señora de 61 años que vive con su hija, embarazada de 16 semanas y su nieta de 10 años. Está diagnosticada de diabetes desde hace 20 años, HTA, FA no valvular e incontinencia de esfuerzo. Fuma un paquete de cigarrillos al día y tiene un IMC de 38. Presenta úlcera en pie derecho. No tiene adherencia al tratamiento porque dice que está cansada de tomar tantas pastillas. La HbA1c hace 3 semanas era 7.9 y la TA en los últimos controles es 145/90 y 150/95 respectivamente. El tratamiento habitual es Metformina, Gliclazida, iDPP-4, Enalapril, Dabigatran, Omeprazol y Nolotil si dolor. Cuando acude a la consulta de enfermería le dice a su enfermera de familia que cada vez ve menos y que no se hace una retinografía desde hace 5 años, porque siempre que ha tenido una cita, le ha surgido algún imprevisto y no ha podido acudir. Tras el alta hospitalaria es visitada por la enfermera gestora de casos de su centro de salud para hacerle una valoración y se la encuentra fumando. Aprovecha para hacerle el test de dependencia de la nicotina (Test de Fagerström) y le da una puntuación de 8. Eso significa que tiene:

- a. Dependencia baja.
- b. Dependencia moderada.
- c. Dependencia alta.
- d. Dependencia muy alta.

54. El Sr. Felipe es dado de alta en la unidad de medicina interna, antes de ir a casa, la enfermera da unas pautas de educación sanitaria para el tratamiento inhalador y consejo antitabaco. Al cabo de una semana el Sr. Felipe es citado a su centro de salud para el control y refuerzo educacional de la técnica inhalatoria y explica que quiere dejar de fumar. Ha reducido el consumo de tabaco a 15 cigarrillos al día y pude a su enfermera información sobre los tratamientos de deshabituación. ¿Qué test mide el grado de dependencia de la nicotina?

- a. Test de Fagerstrom.
- b. Test de Richmond.
- c. Test de Barthel.
- d. Test de O'Sullivan.

55. Paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, la enfermera realiza la valoración del Patrón I- Percepción-Manejo de la Salud. Durante la entrevista realizada al enfermo, intuye que éste, pueda ser consumidor habitual de alcohol, ¿cuál de los siguientes cuestionarios debería realizarle para reforzar su sospecha?

- a. Cuestionario de GOLDBERG.
- b. Cuestionario de RICHMON.
- c. Cuestionario de CAGE.
- d. Cuestionario de OSWESTRY.

56. ¿Cuál de estos instrumentos, para la evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco, evalúa la motivación para abandonar el consumo de tabaco?:

- a. Test de Glover-Nilsson.
- b. Test de Fagerström.
- c. Test de Richmond.
- d. Todas las respuestas son correctas.

57. En cuanto a las escalas de valoración del trastorno de consumo de sustancias:

- a. El cuestionario "CAGE" es utilizado en atención primaria y el punto de corte para dependencia alcohólica es de 10 puntos.
- b. La escala "AUDIT" suele tener una interpretación diferente en cuanto a la puntuación en hombres y mujeres, sin embargo coinciden en que una puntuación de 40 en ambos representa probable dependencia y problemas físicos.
- c. La escala "MALT" es utilizada en atención especializada y sirve para clasificar la intensidad del síndrome de abstinencia.
- d. La escala "CIWA" se utiliza en atención primaria para detección del alcoholismo.

PSICOSOCIALES: 5 LÍNEAS DE TENDENCIA, CON 25 elementos de caja invisible

LÍNEA 1: ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AFRONTAMIENTO) (2 tendencias) R/C LÍNEA 4

1. Según los mecanismos de defensa de Freud, cuando hablamos de protegernos contra la realidad desagradable estamos utilizando el mecanismo de:

- a. Represión.
- b. Regresión.
- c. Negación.
- d. Compensación.

2. Señale cuál de las siguientes definiciones en relación a los diferentes mecanismos de defensa es incorrecta:

- a. Represión: se reprimen sentimientos y pensamientos inaceptables.
- b. Regresión: Retroceso a un estado anterior de la vida.
- c. Sublimación: Cambio de comportamiento por déficit.
- d. Racionalización: sobre-explicar sin tener en cuenta verdaderas emociones.

3. La transformación de un conflicto psíquico en síntomas somáticos, motores o sensitivos, se conoce con el nombre de:

- a. Desplazamiento.
- b. Proyección.
- c. Regresión
- d. Conversión.

4. La teoría, utilizada en educación para la salud, relacionada con la capacidad de cada persona para comprender las causas de acierto o fracaso en la vida, se denomina:

- a. Aprendizaje significativo.
- b. Modelo de Acción razonada.
- c. Locus de control.
- d. Comunicación persuasiva.
- e. Conductista.

5. El mecanismo de defensa por el que un individuo enfermo no reconoce su padecimiento se denomina:

- a. Supresión.
- b. Negación.
- c. Regresión.
- d. Ansiedad.

LÍNEA 2: COMUNICACIÓN (4 tendencias)

6. En la entrevista clínica es de vital importancia establecer una buena relación terapéutica, para ello es importante (señale la VERDADERA):

- a. Tener un estilo emocional reactivo.
- b. Tutear siempre al paciente a fin de crear confianza.
- c. Tener en cuenta la “Ley del eco emocional”.
- d. Es preferible que el paciente entre a la consulta sin acompañante para que no interfiera en la entrevista.

7. La parte exploratoria de la entrevista clínica semiestructurada consta de las siguientes fases:

- a. Saludo cordial, escucha activa, exploración física si procede y plan terapéutico pactado
- b. Saludo cordial, escucha activa, exploración física si procede, diagnóstico y plan terapéutico
- c. Saludo cordial, escucha activa, completar la Historia Clínica, exploración física si procede, diagnóstico y plan terapéutico
- d. Repasar lista de problemas del paciente, saludo cordial, delimitar motivo de consulta, escucha activa, averiguar para completar datos hacer un sumario de la información obtenida y exploración física, si procede.

8. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál define la entrevista motivacional?

- a. Utiliza la discusión y la autoridad para provocar el cambio de comportamiento.
- b. Su objetivo es proporcionar recomendaciones y consejos.
- c. Está centrada en la familia para facilitar un cambio de comportamiento.
- d. Está centrada en la persona para facilitar un cambio de comportamiento.

9. A fin de conseguir cambios en los hábitos de los pacientes y una mejor adherencia terapéutica, es importante que, durante la entrevista clínica, la enfermera realice las siguientes tareas, excepto (señale la FALSA):

- a. Pactar los objetivos con el paciente siendo realista y priorizando los objetivos terapéuticos ya que el éxito para una modificación de conducta estriba en que la persona comparta el proyecto.
- b. Utilizar técnicas informativas delimitando previamente los conocimientos previos del paciente, como poner ejemplos sencillos, utilizar ayudas visuales y dar información escrita.
- c. Aplicar técnicas de motivación intrínsecas como cambiar creencias y mejorar la autoestima.
- d. Aplicar técnicas de motivación extrínsecas como llamadas, incrementar la sensación de autocontrol, alabar pequeños logros y visitas de seguimiento.

10. Teniendo en cuenta la estrategia S-P-I-K-E-S (Situación- Percepción-Invitación-Conocimiento-Empatía) para la comunicación de malas noticias (Buckman RA, 2005), señale la INCORRECTA:

- a. Debe dedicarse tiempo suficiente a cada paso para que el enfermo y su familia tengan tiempo para procesar la información nueva, hacer preguntas y considerar sus opiniones.
- b. Es posible que la enfermera necesite planear varias reuniones para completar los pasos.
- c. Se trata de una estrategia estructurada para que la enfermera ayude al paciente y su familia a aclarar sus valores y preferencias respecto a la atención al final de la vida.
- d. El conocimiento (K) hace referencia a obtener la autorización sobre la extensión y profundidad de la información que va a compartirse.

11. La capacidad de discrepar honestamente siendo respetuoso y comunicarse de forma directa cuando es necesario dar malas noticias, se denomina:

- a. Empatía.
- b. Autenticidad.
- c. Autoconfianza.
- d. Asertividad.

12. Se considera un estilo útil de comunicación para los directores de enfermería a uno de los siguientes:

- a. Pasivo.
- b. Agresivo.
- c. Flexible.
- d. Asertivo.

13. Los tres pasos hacia la assertividad, son:

- a. Escuchar activamente, expresar lo que pensamos y decir lo que tiene que hacer la otra persona.
- b. Escuchar activamente, indicar lo que tiene que hacer la otra persona y expresar lo que pensamos.
- c. Escuchar activamente, expresar lo que pensamos y decir lo que nos gustaría que ocurriese.
- d. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

14. Para conseguir un buen cumplimiento terapéutico, es imprescindible que el Sr. Joan conozca todos los aspectos relacionados con la cura de su enfermedad; por este motivo, es necesario que durante la visita mantengamos una actitud de escucha activa. ¿Cuál de las siguientes habilidades NO facilita la escucha activa?

- a. Mantener el contacto ocular.
- b. Expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo.
- c. Saber estar en silencio.
- d. Manifestar comprensión.

15. Dentro de las destrezas básicas de la escucha, señale la afirmación INCORRECTA:

- a. Mostrar atención e interés, con especial énfasis en los sentimientos.
- b. Asegurar el mantenimiento de la adecuada privacidad.
- c. Es necesario procurar crear un clima de confianza.
- d. Completar las frases del paciente puede ser de gran ayuda.

16. En cuanto a los elementos de comunicación paciente/enfermera/familia, la enfermera NO debe:

- a. Estar atenta, saber callar para escuchar adoptando una actitud favorable de escucha, y demostrar interés por el paciente y su entorno inmediato.
- b. Evitar emitir juicios de valor u opinión sobre el proceso del enfermo.
- c. Hablar lo justo y necesario utilizando un lenguaje claro y evitar cualquier tipo de tertulia.
- d. Interrumpir al paciente cuando intenta expresar alguna dolencia, preocupación o sentimiento.

17. La distancia física en la que se desarrolla la interacción en el proceso de comunicación entre emisor y receptor, se conoce como:

- a. Kinesia.
- b. Paralingüística.
- c. Escucha activa.
- d. Proxémica.

18. ¿Qué estilo de comunicación tiene como objetivo evitar el conflicto con los demás a cualquier precio y en todas las situaciones?

- a. Pasivo.
- b. Asertivo.
- c. Agresivo.
- d. Manipulador.

19. Cuando nos decimos “estoy terminando esta visita, voy a ir después a ver al paciente de urgencias”. ¿En qué nivel de comunicación estamos?:

- a. Comunicación intrapersonal.
- b. Comunicación interpersonal.
- c. Comunicación pública.
- d. Todas son correctas.

LÍNEA 3: ESCUELAS/AUTORES (3 tendencias)

20. ¿Qué teoría del desarrollo humano enfatiza la importancia de la niñez como elemento crítico cuyo legado de lo sucedido en esta etapa se mantiene a lo largo de la vida?

- a. Teoría del aprendizaje (Conductismo).
- b. Teoría del psicoanálisis.
- c. Teoría de Paulov.
- d. Teoría de Maslow.

21. ¿Cuál es la teoría de desarrollo humano que tiene como rasgos principales que: es un proceso constructivo, hay una interacción continua entre hombre y medio, el sujeto elabora estructuras que va cambiando a lo largo del desarrollo?:

- a. Teoría de Piaget.
- b. Teoría de Vigotski.
- c. Teoría cognitiva.
- d. Teoría de la transformación.

22. Según Freud, cuando el niño reprime las preocupaciones sexuales de los años anteriores, permitiendo que el niño canalice las energías en el desarrollo de nuevas habilidades y adquisición de nuevos conocimientos, estaremos en la fase de:

- a. Fase Genital.
- b. Fase Oral.
- c. Fase Latencia.
- d. Fase Fálica.

23. La teoría de la Motivación de Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades, de básicas a complejas. Indica de las siguientes respuestas, la correcta:

- Fisiológicas, seguridad, amor-pertenencia, estima, autorrealización.
- Fisiológicas, seguridad, pertenencia, autorrealización, estima.
- Seguridad, fisiológicas, amor-pertenencia, estima, autorealización.
- Fisiológicas, pertenencia, autorrealización, seguridad, estima.

24. Según el enfoque conductista, la personalidad está formada por patrones de comportamiento aprendidos que se adquieren mediante:

- Mecanismos de defensa, condicionamiento clásico y condicionamiento inoperante.
- Condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje por observación y extinción.
- Aprendizaje por observación, reforzamiento y extinción.
- Experiencia, condicionamiento operante y reforzamiento.

LÍNEA 4: PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO (4 tendencias); ESTRÉS (3 tendencias); DUELO (4 tendencias)

25. En el desarrollo normal del niño nacido a término deben adquirirse habilidades antes de una edad determinada, señala la afirmación INCORRECTA:

- A los 10 meses se sienta sin apoyo.
- A los 5 meses intenta coger objetos.
- A los 3 meses hay un contacto visual adecuado.
- A los 18 meses habla con frases.

26. ¿Qué teoría del desarrollo humano considera que detrás del comportamiento humano existen impulsos y motivos irracionales que a menudo se originan en la niñez?

- Teoría psicoanalítica.
- El conductismo.
- Teoría cognitiva.
- Teoría epigenética.

27. La etapa preoperacional de desarrollo cognitivo de Piaget corresponde a la edad de:

- Desde los dos a los siete años.
- Desde cero a los dos años.
- Desde los siete a los once años.
- Comienza en la adolescencia.

28. ¿Cuál de los siguientes cambios físicos observables NO se produce en un proceso de estrés?

- Tensión muscular.
- Miosis.
- Agudización auditiva.
- Aumento de las frecuencias cardiaca y respiratoria.

29. Según Lipowsky (1981) a la enfermedad se le pueden otorgar distintos significados en función de las distintas formas de percibirla. De las siguientes, ¿cuál es la opción falsa?

- La enfermedad como un desafío, en el que la persona utiliza habilidades de afrontamiento directo (activas y adaptativas).
- La enfermedad como un enemigo: la persona considera la enfermedad como una invasión de fuerzas enemigas externas o internas.
- La enfermedad como un refugio: las personas cuya vida es difícil pueden encontrar en el hecho de enfermar un alivio y una forma más fácil de estar en el mundo.
- La enfermedad como una pérdida: algunas personas utilizan su enfermedad para conseguir más atención y tiempo de los otros.

30. Señale la respuesta incorrecta, según Selye:

- La respuesta al estrés se desarrolla en tres etapas: fase de alarma, de resistencia o adaptación y de desgaste.
- Denominó el Síndrome General de Adaptación a la respuesta adaptativa del organismo a los agentes estresantes.
- Se considera el padre del estudio de la adaptación.
- Divide el estrés en eutress y distress.

31. Se muestra en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo, parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento. Es potencialmente patogénico el duelo cuya expresión es inhibida, o negada, porque la persona simplemente no afronta la realidad de la pérdida. Esta definición se corresponde con:

- Duelo anticipado.
- Duelo retardado o negado.
- Duelo crónico.
- Duelo complicado.

32. ¿Cuál de las siguientes NO se considera fase del duelo descrita por Kübler-Ross?

- Negación
- Depresión.
- Percepción.
- Aceptación.

33. Según Kübler-Ross, en el enfermo terminal se identifican las siguientes fases:

- a. Negación, ira, pacto, depresión y aceptación
- b. Conmoción, regateo, ira, depresión y aceptación.
- c. Enfado, regateo, aceptación, acomodación y conmoción.
- d. Negación, ira, regateo y conmoción.

34. Una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase, se denomina duelo patológico:

- a. Ausente o retardado.
- b. Enmascarado.
- c. Inhibido.
- d. Crónico.

35. Señale la respuesta incorrecta en las siguientes afirmaciones sobre el duelo:

- a. La mayoría de las personas en duelo necesitarán algún tipo de ayuda profesional formal.
- b. Un duelo no es una enfermedad sino un proceso de elaboración de una pérdida.
- c. Es importante diferenciar el duelo normal del duelo patológico.
- d. La mayoría de las personas en duelo no necesitarán de ningún tipo de ayuda profesional formal.

LÍNEA 5: PROCESOS COGNITIVOS (2 tendencias)

36. Los rasgos de personalidad más influyentes en una persona se denominan:

- a. Cardinales.
- b. Centrales.
- c. Secundarios.
- d. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

37. En la psicopatología del lenguaje, la repetición incesante y progresivamente acelerada de una sílaba, palabra o bien de la última palabra de una frase, disminuyendo la intensidad y aumentando la velocidad se denomina:

- a. Palilalia.
- b. Logoclonía.
- c. Ecolalia.
- d. Logorrea.

38. La motivación es un factor que condiciona la capacidad de aprendizaje y cumplimiento de los cuidados, la motivación es mayor cuando:

- a. Responde a una necesidad manifestada por el paciente.
- b. Es un problema de salud reciente.
- c. Es un tratamiento nuevo.
- d. Se conocen los beneficios del tratamiento.
- e. Todas las respuestas anteriores son ciertas.

39. Los biotipos Endomorfo, Mesomorfo y Ectomorfo son tipos de constitución corporal que se correlacionan con un tipo de personalidad, estos fueron descritos por:

- a. Kretschmer.
- b. Rokeach.
- c. Sheldon.
- d. Maslow.

40. Según Kelman una de las motivaciones para hacer un cambio de conducta es la identificación. ¿En qué consiste?

- a. En identificar la necesidad del cambio por cumplir un control exterior.
- b. En realizar una conducta como consecuencia de un aliciente exterior o por intentar parecerse a una persona a la que se le atribuyen un valor significativo.
- c. Realizar una conducta como consecuencia de una decisión personal en función de los valores del individuo.
- d. El proceso por el cual una persona identifica y valora sus necesidades personales de cambio con respecto a sus conductas de salud.

41. Eysenck propone mediante el modelo descriptivo una estructura dimensional y jerárquica de la personalidad basada en rasgos que la configuran, exactamente habla de tres dimensiones independientes para describir la personalidad que son:

- a. Psicoticismo (P), Melancólico (M), Neuroticismo(N).
- b. Psicoticismo (P), Temperamento colérico (T) y Neuroticismo(N).
- c. Neuroticismo(N), impulsivo(I) y Melancólico (M)
- d. Psicoticismo (P), Extraversión (E) y Neuroticismo (N).