Curso EIR 2019/2020

Sm Psi

SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA PSICOSOCIAL

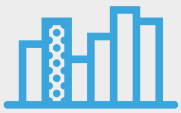
ESENCIALES A+

Esenciales Aulaplus
Curso EIR 2019/20

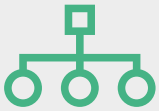
Aulaplus Formación, S. L.
www.aulaplusformacion.es
info@aulaplusformacion.es

Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplus Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Sumario



Estadísticas



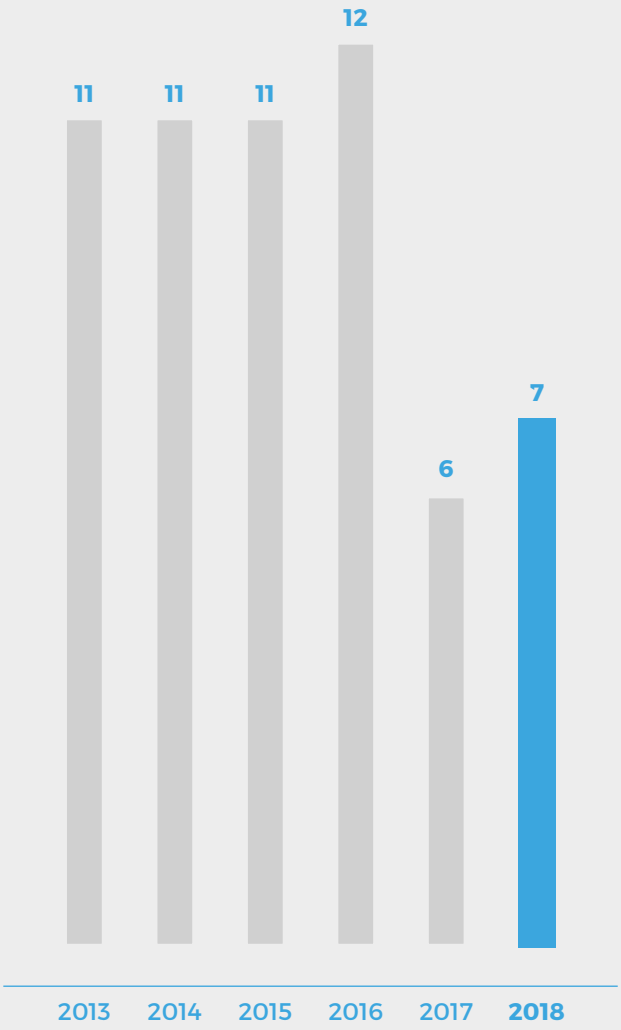
Mapas conceptuales

Líneas de tendencia

Actualizaciones

Estadística

Tendencia general (2013-2018)

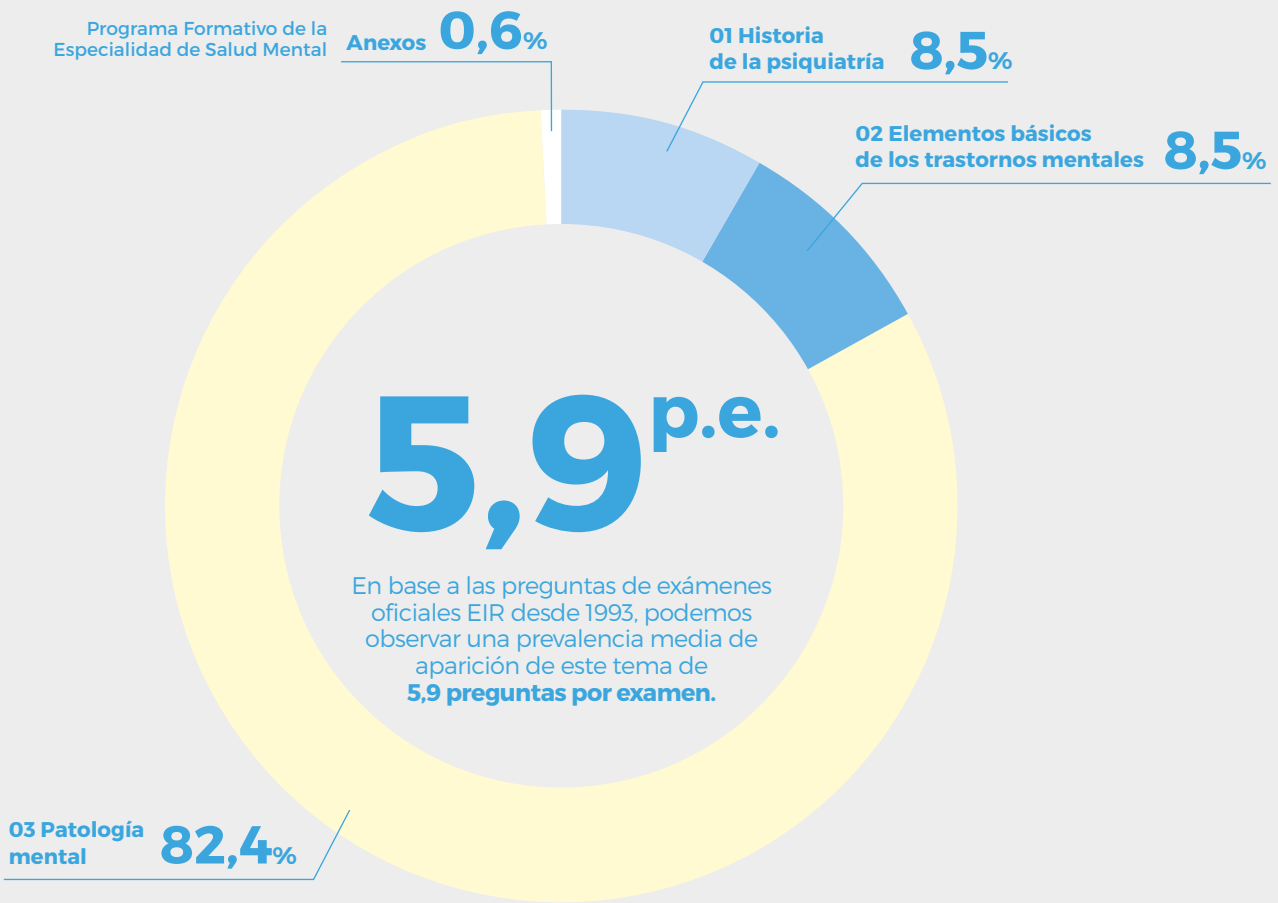


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

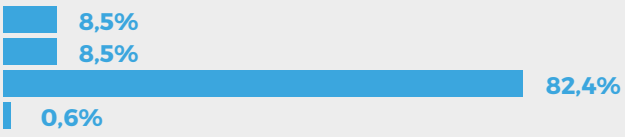
ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
SALUD MENTAL	**157**	**4,4 %**
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Salud mental

Distribución por temas en el histórico del EIR
Total: **157 preguntas**

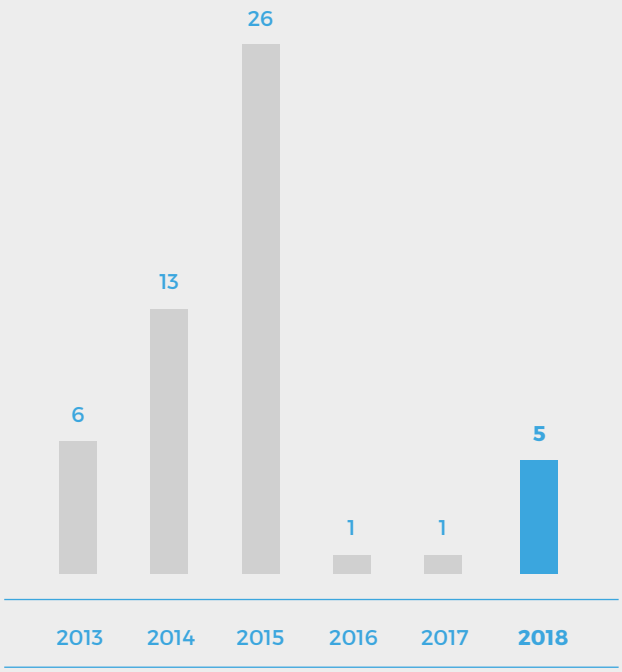


01 Historia de la psiquiatría
02 Elementos básicos de los trastornos mentales
03 Patología mental
Anexos



Estadística

Tendencia general 2013-2018

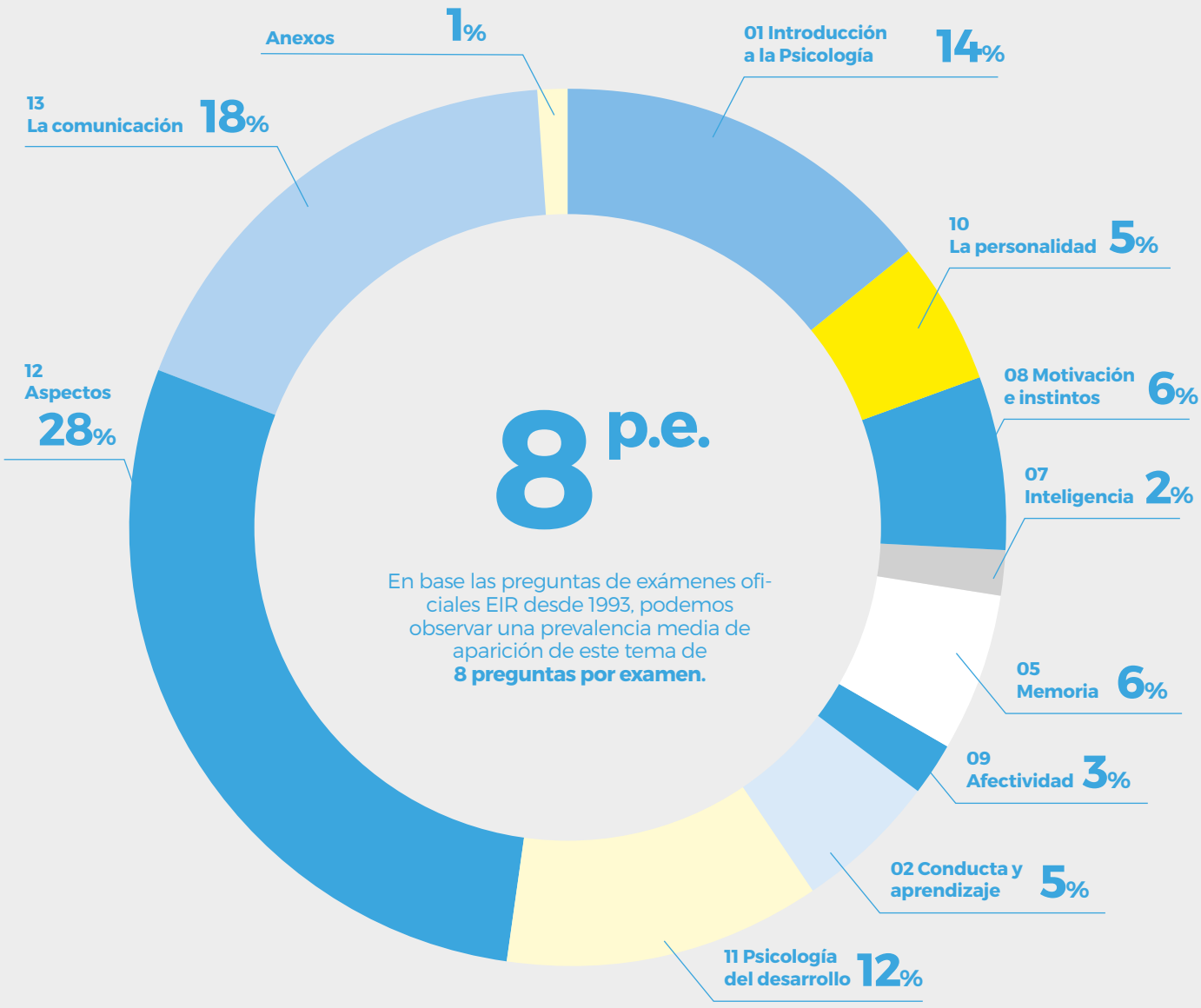


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
PSICOSOCIAL	**199**	**5,5 %**
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Enfermería psicosocial

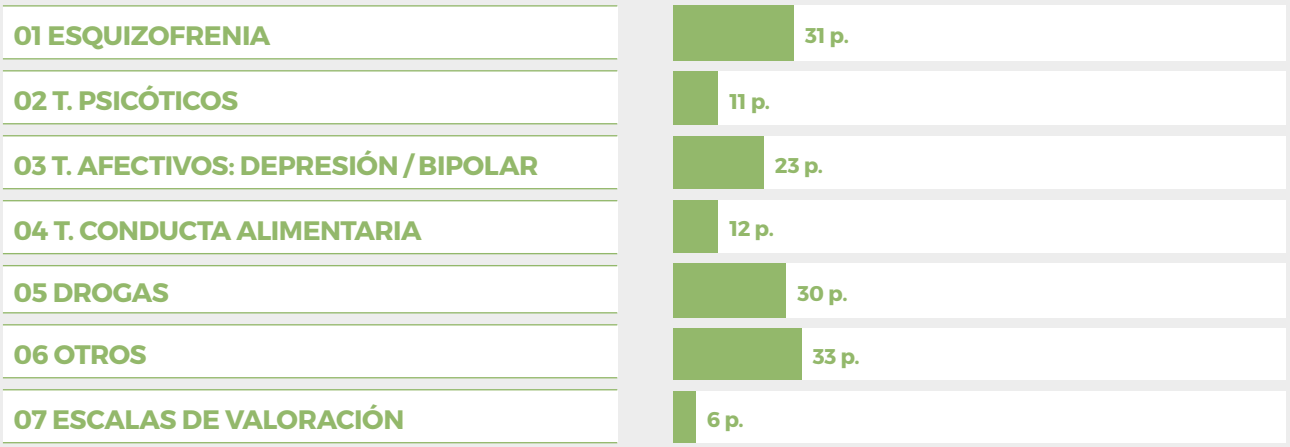
Distribución por temas en el histórico del EIR.
Total: **199 preguntas.**



Líneas de tendencia

Salud mental

Total: **157 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:



Enfermería en salud mental es una asignatura bastante asequible en la que si comprendes los conceptos básicos de cada patología, te será fácil concluir su estudio. Su peso dentro del EIR no es excesivamente grande pero su facilidad y brevedad la convierten en una asignatura bastante rentable.

La asignatura de Salud Mental tiene una **relevancia medio-alta**, con una presencia en la última prueba EIR de **8 preguntas**. La distribución de preguntas en todos los temas de la asignatura nos obliga a manejar conceptos básicos en todos ellos. Los tres pilares más importantes de esta asignatura son el saber diferenciar los trastornos afectivos, de los de ansiedad y de los psicóticos. Además de los tóxicos, es preciso conocer los conceptos importantes como tolerancia y dependencia.

En Salud Mental tenemos tres temas destacados como son: **Trastornos psicóticos**, **Trastornos afectivos** y **Trastornos relacionados con sustancias**. Estos tres temas son los que más preguntas agrupan, pero en el siguiente escalón hay temas que no se pueden dejar de lado ya que en los últimos años vienen preguntando con frecuencia historia y aspectos de introducción a la salud mental, por lo que trabajar esta parte se hace fundamental. Aunque quizá el "truco" de esta materia radica en tener un buen conocimiento de las definiciones y conceptos básicos de psicopatología, no sólo porque los pregunten como tal sino porque te ayudarán a comprender cada uno de los procesos patológicos de la salud mental; intenta saberlos y, fundamentalmente, comprenderlos bien.

Conviene conocer la epidemiología de las enfermedades mentales sobre todo ansiedad, trastornos psicóticos y del ánimo, remarcando aspectos como la edad, el sexo o los grupos de población donde hay mayor incidencia de cada enfermedad. Para ello os ayudarán las tablas a modo de esquema o resumen elaboradas en el manual.

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, la conducta alimentaria y la sexualidad han sido preguntados en los últimos años, por ello, no debemos olvidarnos de su estudio.

01 ESQUIZOFRENIA

N.º Preguntas: **31**

- Identificar síntomas +/-
- Diferenciar tipos o subtipos
- Planes de cuidados
- Prevalencia/ factores de riesgo o epidemiología de la enfermedad

Las preguntas han evolucionado desde preguntas realizadas en el EIR 1993 hasta el último examen EIR. En un principio las preguntas se centraban en identificar síntomatología positiva y diferenciarla de la negativa de forma somera. Con el tiempo comienzan a preguntar las características de los distintos subtipos de esquizofrenia y en los últimos años intentan que sepamos identificar delirios de alucinaciones, así como cuidados del paciente durante episodio agudo. No obstante, la tendencia en este tipo de preguntas es estable en cuanto a cómo preguntar sobre la enfermedad y suelen preguntarnos cada año por alguno de estos aspectos.

De este modo, el abordaje de este contenido me obliga a discriminar entre síntomas de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, depresión, trastornos por consumo de sustancias, en definitiva, patologías con alteración de la sensopercepción y del pensamiento.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Definiciones guía actualizada por el Ministerio de Sanidad sobre esquizofrenia, centrándonos en estos síntomas, clasificación...
2. Delirios/alucinaciones: tipos y diferencias.
3. Criterios diagnósticos diferenciales
4. Clasificación y criterios diagnósticos actualizados en DSM-V

02 TRASTORNOS PSICÓTICOS

N.º Preguntas: 11

- Fármacología antipsicótica
- Evolución desde pródromos...
- Tratamientos terapias psico...
- Fases de un episodio psicótico

Esta línea de tendencia se relaciona con la primera ya que engloba la forma de preguntar sobre uno de los trastornos psicóticos más preguntados, la esquizofrenia. No obstante, en lo que respecta a su evolución esta tendencia se centra en la evolución o fases de los trastornos psicóticos y nos obliga a diferenciar entre las primeras fases o brote psicótico obligándonos a conocer definiciones como la de "pródromos" hasta fases más residuales con sintomatología asociada a la funcionalidad del individuo. En esta línea se enlaza la necesidad de conocer los tratamientos psicoterapeúticos tanto en su forma farmacológica como terapias psicocognitivas.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Fases de los T. psicóticos, duración y diferenciarlos.
2. Líneas de tratamiento. Conocer las nuevas tendencias hacia fármacos y terapias centradas en primeros episodios para evitar recaídas y frenar progresión de la enfermedad.

03 TRASTORNOS AFECTIVOS: DEPRESIÓN / BIPOLAR

N.º Preguntas: 23

- Litio: niveles, intoxicación
- Síntomatología depresión/ manía
- Epidemiología
- Suicidio *
- Drepresión infancia/adolescencia (GPC 2018 actualizada)

Esta línea de tendencia permanece estable en cuanto a la forma de preguntar por el T.bipolar, centrándose tanto en diferenciar terminología del espectro del humor (depresión, manía) como en el tratamiento con sales de litio y su posible repercusión ante una intoxicación por ello, llevándonos entonces a conocer dosis de tratamiento ajustadas.

Por otro lado, la tendencia ha ido igualmente derivada hacia la enfermedad más prevalente, la depresión y conocer el peligro de autolisis en el paciente o suicidio, línea de tendencia en alza que nos obliga a consultar en anexos de nuestro manual la guía de práctica clínica del Ministerio sobre el suicidio.

Y por esta misma línea se prevé que la atención se centre en una mayor importancia de la enfermedad T. depresivos en poblaciones vulnerables como la infancia o adolescencia, los que nos lleva a consultar la actualización del Ministerio en la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Diferenciar terminología asociada a trastornos en el espectro del humor, diferenciando los polos depresión-manía.
2. Tratamientos relacionados con ambos polos, sus dosis en el caso de las sales de litio y síntomas de una posible intoxicación por ello, así como factores de riesgo que conlleven a esa situación.
3. Conocer la GPC sobre suicidio, factores de riesgo, epidemiología y estrategias de afrontamiento.
4. Epidemiología y caracterización de la depresión mayor en infancia y adolescencia, cribado e identificación de factores de riesgo, tratamiento y prevención de recaídas.

04 TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA

N.º Preguntas: 12

- Sintomas anorexia/ bulimia
- Epidemiología/ tendencia edad
- Criterios DSM

Las preguntas en esta línea de tendencia se ven centradas en torno a su clasificación y criterios del DSM. Han realizado preguntas sobre las características de ambas y sus diferencias, pasando por la tendencia o epidemiología que tiende cada vez más a darse en menor medida en personas adultas o varones hasta en alguna ocasión preguntarnos por el contrato terapéutico en unidades de hospitalización.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Criterios diagnósticos actuales en DSM-V
2. Diferenciar síntomas físicos y cognitivos entre anorexia y bulimia.
3. Epidemiología actual del problema con tendencia hacia aumentar la media de edad y sexo.
4. Cierto conocimiento sobre cuidados de enfermería en unidades especialmente dedicadas a estas patologías.

05 DROGAS

N.º Preguntas: 30

Alcohol

- Sintomas intoxicación / abstinencia alcohol
- Fármacos deshabituación/ crisis (tratamiento, fases)
- Cifras alcohol en sangre

En cuanto a la línea de tendencia en la forma de preguntar por la droga alcohol, siempre va en el sentido de diferenciar síntomas de intoxicación y abstinencia, complicaciones físicas y mentales, cifras de alcohol en sangre, fármacos y terapias para la deshabituación, desintoxicación y crisis hasta saber identificar a los bebedores de riesgo o alcohólicos mediante escalas de valoración.

Opiáceos

- Estimulantes/ depresores
- Tratamientos

La línea de tendencia en este sentido y que enlaza con la anterior y sucesivas pasa por identificar el tipo de drogas y su clasificación en depresoras/estimulantes, así como los signos a observar ante intoxicación. La evolución se ha basado en comenzar a conocer la terapia de deshabituación relacionada con fármacos y unidades de desintoxicación hospitalaria o especiales tipo Centro de adicciones y drogodependencias.

Metadona/ naloxona

- Reducción del riesgo/cuidados
- Dosis

La línea en este caso se relaciona con la anterior y su vertiente del tratamiento en unidades especiales de desintoxicación. Se analiza en otro apartado debido a que en los últimos dos años y en el último examen EIR nos han preguntado por la metadona ahondando en su dosis, riesgo de una sobreingesta o incluso la indicación de la misma en embarazo.
Esta línea se ve relacionada con los fármacos antagonistas en urgencias/emergencias de otros tratamientos y drogas.

Adicciones: juego, tecnología

Línea futura esperada debido al aumento en la incidencia de "otras conductas adictivas". Sería posible esperar preguntas relacionadas con el uso de las tecnologías, la ludopatía u otras conductas adictivas en alza.
Según los datos de ESTUDES (2014-2015), el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años usa de manera abusiva las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Si bien probablemente su uso se irá normalizando con la edad, dentro de este porcentaje de población suele incrementarse el fracaso escolar y es más frecuente el consumo de drogas.

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

Alcohol

1. Plan nacional sobre drogas: información sobre consumo, menores, efectos a corto y largo plazo. + anexo pg 72 manual.
2. Educación para la salud para prevención del consumo entre los menores.
3. Terminología asociada a la deshabituación/desintoxicación y fármacos asociados.

Opiáceos

1. Conocer bien la tabla de nuestro manual que describe e identificar los tipos de drogas en depresoras/ estimulantes.
2. Saber signos observables ante un caso de intoxicación por los diferentes tipos de drogas.
3. Identificar o diferenciar episodios de consumo con episodios agudos de trastornos psicóticos.
4. Tratamientos para crisis puntuales, algo que se relaciona con la asignatura de Urgencias y emergencias. Así como los tratamientos y terapias a corto/largo plazo en unidades especiales.

Metadona/ naloxona

1. Dosis de uso y de sobredosificación de metadona.
2. Fármacos antagonistas
3. Programa de mantenimiento con metadona en casos especialmente sensibles como los embarazos.

06 OTROS

N.º Total de preguntas: 33

TOC y fobias

N.º Preguntas: 14

- Características/ obsesión-compulsión
- Terapias: objetivos cuidado

La tendencia en estas patologías va en relación a diferenciar ideas obsesivas de pensamientos o conductas compulsivas. Dominando la diferenciación y entendiendo que una compulsión se puede dar tanto en conducta como en pensamiento. Por otro lado, el Ministerio tiende a preguntarnos por objetivos de cuidados de enfermería y lo complejo del tratamiento en estos casos. Prestar atención a terminología diversa y definiciones de trastornos en este sentido, así como al innumerable tipo de fobias.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Definir las obsesiones y diferenciarlo de las compulsiones
2. Clínica asociada en trastorno obsesivo/compulsivo
3. Fobias, diferenciar unas de otras y no confundirlas.
4. Terapias de exposición gradual.

Trastorno del sueño

N.º Preguntas: 10

- Fases sueño REM/ NO REM
- Cuidados higiene sueño
- Relación ansiedad/ insomnio/ NICS / planes cuidado

La línea de tendencia a preguntar el sueño comenzaba con preguntas del número de fases, sueño REM y no REM hasta 2011. Desde entonces no se ha vuelto a preguntar en este sentido, hasta 2015 con una pregunta sobre ondas cerebrales en relación a períodos de vigilia.
Lo que si ha ido aumentando ha sido preguntar sobre el T. del sueño y su relación con la higiene y recomendaciones para conciliarlo. Además, han podido preguntar por la relación entre afectación del sueño y diferentes patologías mentales.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Nics o intervenciones en T. del sueño.
2. Relación del sueño con diferentes patologías mentales.
3. Fases y ritmos del sueño con precaución de que tras varios años nos lo pregunten en relación al consumo de alcohol o trastornos psicóticos.

T. Personalidad

N.º Preguntas: 9

- Distinguir cluster A, B, C
-Lenguaje
-Despersonalización
- Autolisis

La línea de tendencia en este sentido siempre se ha dirigido a preguntar por los diferentes espectros de trastornos de la personalidad, tipos ABC y a sus diferencias en cuanto a comportamiento. Van en aumento las preguntas sobre el trastorno límite de personalidad ya que son tendentes a la impulsividad y esto se ve relacionado nuevamente con la línea del suicidio o crisis autolesivas.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Criterios diagnósticos DSM-V tipos de personalidad, ABC
2. Conductas asociadas a los distintos tipos de personalidad
3. T. límite de personalidad y su relación con mayor repunte de intentos de autolisis o actos suicidas.

07 ESCALAS DE VALORACIÓN

N.º Preguntas: 6

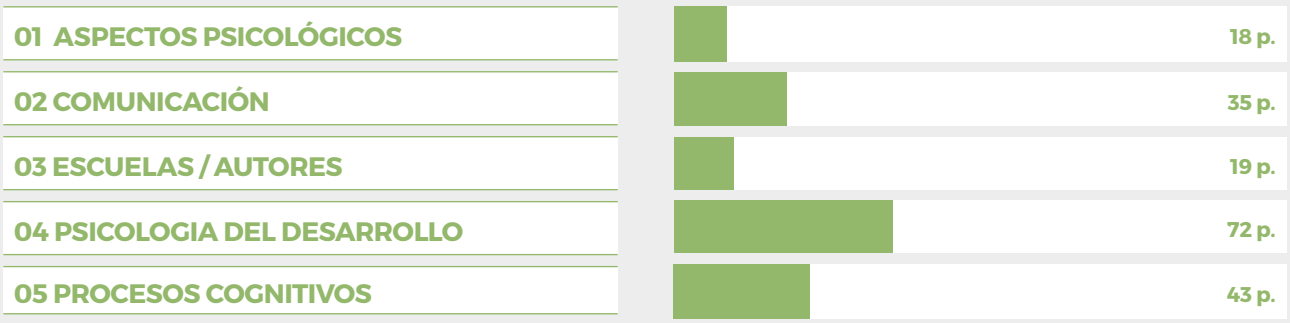
El elemento clave en esta línea nos lleva a un gran dominio de las escalas y a diferenciar bien unas de otras y su finalidad sobre todo en el trastorno por abuso de sustancias, incluso en puntos de corte para su cribado o intervención.
Otras escalas menos preguntadas son las relacionadas con los trastornos de alimentación.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Escalas de cribado ante sospecha o evidencia de consumo, las más utilizadas en el contexto hospitalario a diferencia de la atención primaria.

Enfermería psicosocial

Total: **199 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:



La asignatura de Enfermería psicosocial es una de las más amplias en cuanto a temario; además, su estudio no suele resultar fácil al alumno, ya que se emplean multitud de conceptos abstractos y poco frecuentes en la práctica profesional habitual. El número medio de preguntas por examen se sitúa en torno a las 7-9 cuestiones con una presencia en la **última prueba EIR de 5 preguntas**, aunque esto siempre es un dato aproximado, os sirve para valorar el peso parcial de la asignatura respecto al total de preguntas.

Así pues, el estudio puede ser muy rentable por el gran número de preguntas que suelen salir en cada convocatoria. Es sumamente importante para el estudio de Enfermería psicosocial realizar una buena optimización del tiempo y hacer hincapié en los temas más preguntados, como puede ser la comunicación. Suelen formular estas preguntas a través de casos clínicos de modo que el opositor identifique los recursos comunicativos.

La variabilidad entre los distintos años es marcada, pero se da una tendencia estable. El último año, antes de aumentar el examen EIR a 235 preguntas, la media de preguntas era de 10 por examen, algo que disminuyó de forma drástica desde entonces, por lo que se prevé que, con los nuevos cambios EIR esperados para este año 2019-2020, la tendencia sea al alza.

La distribución de preguntas en todos los temas de la asignatura nos obliga a manejar conceptos básicos en todos ellos. Si bien es cierto, los temas clave en orden de relevancia son: aspectos psicosociales relacionados con la salud, destacando el afrontamiento del estrés, hospitalización y duelo, así como la psicología del desarrollo. De los demás temas en orden de relevancia tenemos: los procesos cognitivos, la comunicación y la introducción a la psicología, siendo las escuelas psicodinámicas (cognitivista y conductista) las principales.

01 ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AFRONTAMIENTO)

N.º Preguntas: **18**

- Mecanismos de defensa: proyección, regresión, desplazamiento (más en 2015)
- Locus (2012)

Esta línea de tendencia se relaciona con la línea 4 y el estrés. Comúnmente se ha preguntado por los mecanismos de defensa en forma de caso clínico o pregunta teórico-práctica. En ocasiones se han referido a estos aspectos de un modo más teórico con definiciones o clasificación de los mecanismos y para diferenciar unos de otros.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Diferenciar los distintos mecanismos de defensa para no confundir aquellos con mayores similitudes.
2. Adaptar las definiciones de los mismos a casos más prácticos o concretos con ejemplos.

02 COMUNICACIÓN

N.º Preguntas: **35**

Esta línea de tendencia es la mayor en cuanto a preguntas relacionadas con la relación de cuidado enfermera-paciente. Como sabemos, la comunicación es inevitable y siempre nos comunicamos, es por ello que el mayor número de preguntas se dirigen a conocer cada fase, elemento, técnica o dato en este sentido. La línea de preguntas se ha mantenido estable y prácticamente cada año se dan una o dos preguntas sobre la comunicación. En OPEs es común o tendente a preguntar por las entrevistas enfermera-paciente, es por ello que es importante conocer estos elementos en el EIR.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Entrevista enfermera-paciente. Tipos de entrevista, encuestas...
2. Estilos de comunicación, tipos, elementos, distancia, lenguaje no verbal, diálogos y formas de comunicar enfermera/paciente.
3. Escucha activa relacionada con diálogos enfermera/paciente, ejemplos de diálogos: clarificación, señalamiento...
4. Empatía/ asertividad: diálogos

03 ESCUELAS / AUTORES

N.º Preguntas: **19**

La tendencia a preguntar por autores, corrientes de pensamiento o escuelas comienza en los años 1995-2000 y sigue una tendencia estable hasta 2004-2005 donde se deja de preguntar para volver en 2015 con una pregunta aislada del ello/súper yo de Freud. No está de más tener unas nociones básicas y conocer algunos de los autores más reconocidos/escuela de pensamientos o corrientes de cara a estar preparados por si la tendencia este año fuese la de volver a preguntar por ello.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Etapas Freud, años: ello/ super yo (2015)
2. Conductismo / Humanismo
3. Corrientes psicológicas: autores relacionados con otras asignaturas como Erikson en pediatría.

04 PSICOLOGIA DEL DESARROLLO

N.º Total de preguntas: **72**

La tendencia en esta línea engloba la línea de aspectos psicosociales o psicológicos y engloba bastantes aspectos importantes de la materia y por ello es necesario crear unas líneas diferenciadas dentro de ello.

Para comenzar, el apartado aprendizaje y conducta ha sido preguntado desde los años 1993-1995 de una manera razonablemente estable hasta los años 2004-2005 para volver en los años 2014, 2015 y hasta 2018 (última convocatoria), es por ello que conviene tener claros estos conceptos ya que tienen alta probabilidad de ser preguntados. Aunque no tenemos muchas preguntas de psicología del desarrollo, es fácil recordar, al menos, las etapas que proponen los 3 autores más relevantes: Piaget, Freud y Erikson. En especial, poner atención a autores como Kölb, no preguntados anteriormente y que lo fue en 2018. Destacar en este sentido la teoría del Apego con autores como Bowlby ya preguntado en Oposiciones.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Teorías del desarrollo, **12 preguntas**
2. Aprendizaje y conducta * interferencia **9 preguntas**
3. Autores reconocidos como Bandura, Tolman, Thorndike, Sullivan, Piaget...
4. Nuevo autor: Kölb

4.1. ESTRÉS

- Características/ obsesión-compulsión
- Terapias: objetivos cuidado

La tendencia en estas patologías va en relación a diferenciar ideas obsesivas de pensamientos o conductas compulsivas. Dominando la diferenciación y entendiendo que una compulsión se puede dar tanto en conducta como en pensamiento. Por otro lado, el Ministerio tiende a preguntarnos por objetivos de cuidados de enfermería y lo complejo del tratamiento en estos casos. Prestar atención a terminología diversa y definiciones de trastornos en este sentido, así como al innumerable tipo de fobias.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Autores como Meinchenbaum y Turk, teorías, síntomas, afrontamiento, medición, procesos, cuidados/ ansiedad (2013) **23 preguntas.**
2. Atribuciones/hospitalización (2014): autores y estilos **16 preguntas**. Mecanismos de defensa.
3. El dolor, aunque poco preguntado en esta materia es una pieza clave fundamental en otras muchas asignaturas por su relación con el cuidado en enfermería, por ello es conveniente controlar cada forma susceptible de pregunta.

4.2. DUELO

Duelo (2018): Kübler hasta 2015, tipos de duelo, Sanders, **12 preguntas**
De sobra conocido que es una línea tendente importante a tener en cuenta en esta asignatura, y que además de los autores comúnmente preguntados como Sanders o Kübler, conviene darse cuenta de lo relacionado con la cultura que se encuentra el modo de expresar el duelo.

Es conveniente consultar en nuestro temario el anexo que refleja la GPC sobre el duelo y la multiculturalidad al respecto.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Diferenciar etapas de duelo/ autores.
2. Tipos de duelo.
3. Escalas de evaluación del duelo, por ejemplo Texas
4. Valoración de enfermería, NANDA/ NOC/NIC

05 PROCESOS COGNITIVOS

N.º Preguntas: 43

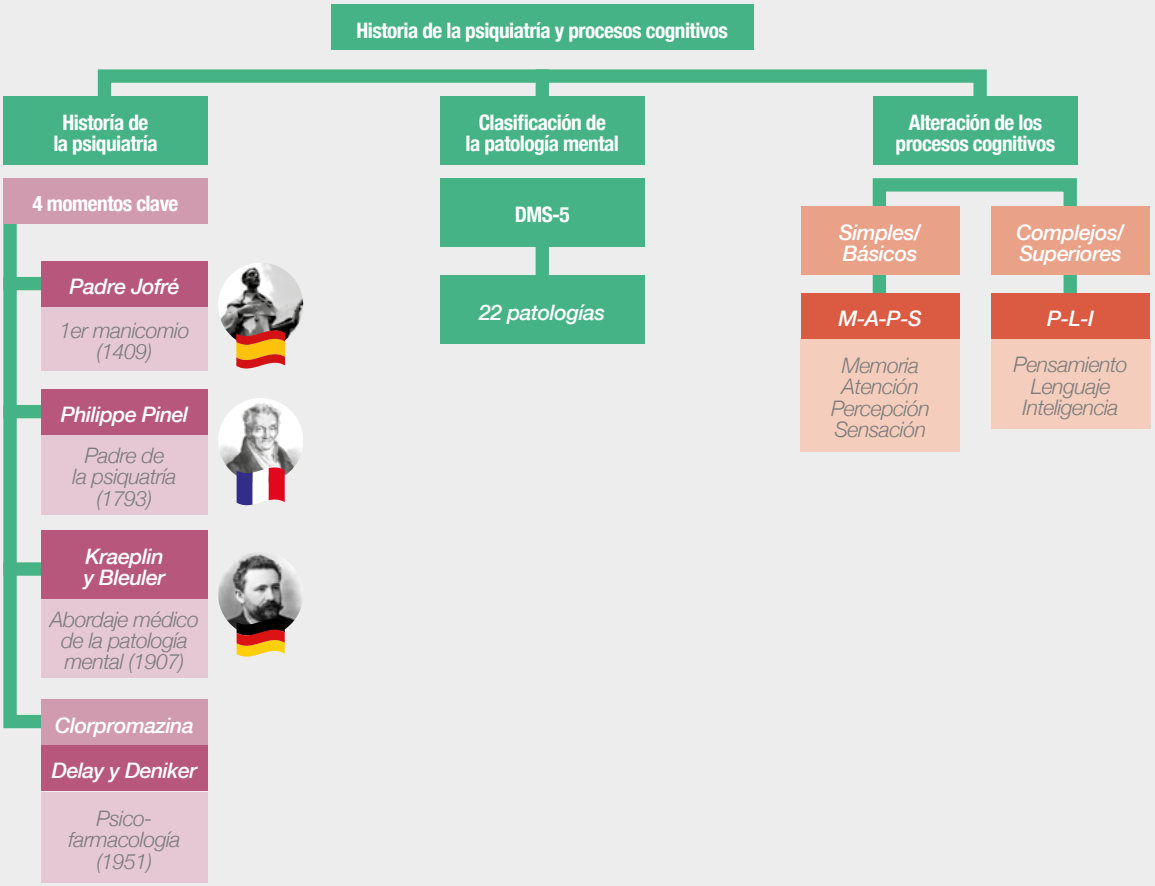
Línea de tendencia muy relacionada con la asignatura de Salud mental y muy preguntada. Todas las preguntas de esta línea se han mantenido como una constante en los exámenes EIR con una o dos preguntas a veces incluidas en una de tipo caso clínico o pregunta más desarrollada. Conviene relacionar varios de estos conceptos o definiciones con el modo en que han quedado reflejadas en el DSM-V o patologías asociadas.

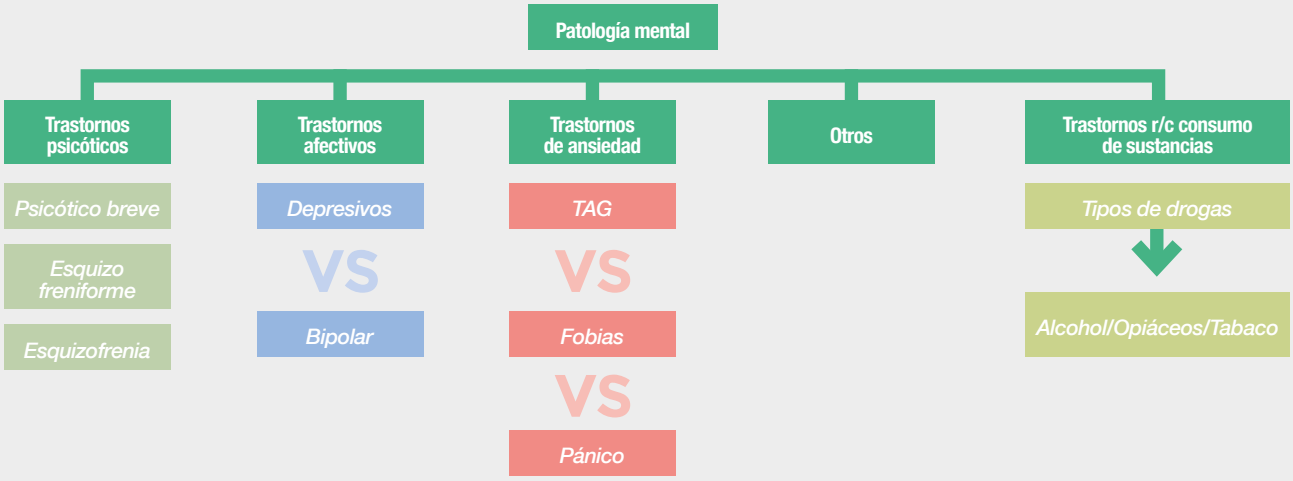
De entre todos los subapartados lo más reciente preguntado ha sido la motivación, la inteligencia y las emociones. Conviene por tanto abordar esta parte del estudio conociendo bien los tipos de inteligencia, el cálculo, algunos autores, las teorías de motivación y sus diferencias entre autores y por supuesto los rasgos de personalidad, somatotipos/fenotipos e instrumentos de medida.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:
1. Memoria: procesos, fases, tipos, largo/corto plazo.
2. Inteligencia (ultimo 2016): cálculo CI, tipos inteligencia, autores
3. Motivación/ instinto (2014): teorias, Maslow, componentes
4. Noticias negativas: emociones. Ekman.
5. Personalidad: rasgos. Tipos ABC (2015)

Mapas conceptuales





Psicología del desarrollo

Freud (5)
- Oral
- Anal (1-3)
- Fálica (3-6)
- Latencia (6-13)
- Genital

Piaget (4)
- Sensiomotor (0-2)
- Properacional (3-7)
- O. Concretas (7-11)
- O. Formales (> 11)

SPCF
SiemPre CaFé

Erikson (8)
- Confianza (1)
- Autonomía (2)
- Iniciativa (3-5)
- Competencia (6-13)
- Identidad (13-20)
- Intimidad (20-40)
- Generatividad (40-60)
- Integridad (> 60)

CAIn.Com

Afrontamiento del estrés

1 Estímulo
- Holmes y Rahe

2 Interacción
- Lazarus
- Afrontamiento
  - Defensivo — Emoción
  - Directo — Problema

3 Respuesta
- Selye

Factores relacionados

1. personalidad — ABC
2. Significado de enfermedad — (6 tipos)
3. Perfil del enfermo — (8 tipos)
4. Estilos atribución

Comunicación

Axiomas

- Todos comunicamos
- Contenido vs. comunicación
- Sistema de retroalimentación
- Digital vs. analógico
  - Comunicación verbal y no verbal
  - No verbal
- Intercambio comportamientos complementarios

Tactésica (grados)
- Funcional
- Social
- Amistad
- Íntima
- Sexual

Kinésica

Proxémica (distancias)
- Pública > 3,5 m
- Social 1,25-3,5 m
- Personal 45-125 cm
- Íntima 15-45 cm

Paralingüística

Apariencia

Artefactos

Factores ambientales

Clasificación de los actos no verbales

- Emblemas
- Ilustradores
- Reguladores
- Adaptadores
- Expresión emocional

Anexo I
Novedades en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024

La **misión** de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) se centra en ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia.

a. Todas las Administraciones Públicas, instancias que forman parte del PNSD y otras entidades concernidas, para que, con la necesaria flexibilidad, lleven a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones que son objeto de su competencia, y aprovechando las sinergias que pueden crearse mediante la coordinación y colaboración de todas ellas.
b. A las acciones que por parte del PNSD, se desarrollen en el contexto internacional (Estrategia Europea, declaración política de ONU, UNGASS, convenciones, etc.).

Los **objetivos generales** son 3:

1. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
2. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
3. Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Las **metas** de esta estrategia son:

Meta 1: hacia una sociedad más saludable e informada. Áreas de actuación:

1. Prevención y reducción del riesgo
2. Atención integral y multidisciplinar
3. Reducción de daños
4. Incorporación social

Meta 2: hacia una sociedad más segura. Áreas de actuación:

1. Reducción y control de la oferta
2. Revisión normativa
3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internación

Las áreas de actuación transversales comprenden: a) la coordinación; b) la gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación; c) la legislación; d) la cooperación internacional; e) la comunicación y difusión, y f) la evaluación y la calidad.

La Estrategia se llevará a cabo a través de dos Planes de Acción consecutivos, de periodicidad cuatrienal, de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024, respectivamente.

El **campo de actuación** de la ENA 2017-2024 abarca cuatro ejes fundamentales:

- Drogas legales (tabaco, alcohol).
- Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.
- Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.
- Adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

Principales consideraciones de la ENA

Aparece un cambio de nombre (adicciones por drogas), lo que implica que se va a dar un tratamiento, tanto desde el punto de vista de la prevención como de la asistencia, a todos aquellos desórdenes similares a los provocados por las sustancias, muy específicamente la ludopatía y los videojuegos (las llamadas "adicciones sin sustancia"). De hecho, la primera está incorporada a las clasificaciones internacionales de enfermedades desde una perspectiva clínica, mientras que la segunda es la que está más cerca de incorporarse. Es más, con este cambio, España se une al "top ten" de los países que incorporan todas las adicciones en una única Estrategia.

En este sentido, recordar que, en nuestro país, el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años usa de manera abusiva las tecnologías, y un 44,8% de las personas con problemas de juego ha jugado antes de los 18. Por lo que, ante estas nuevas adicciones, el éxito para superarlas no está en abandonar su uso, sino en aprender a utilizarlas de manera no perjudicial.

En general, esta estrategia prioriza sus actuaciones en los **menores, en las mujeres y las personas mayores de 64 años** con problemas de adicciones, y hace especial énfasis en el enfoque de género.

- Por primera vez se va a poner el foco en los mayores de 64 años, consumidores crónicos de la época de los 80 y 90 con el objetivo de conocer sus actuales necesidades y contribuir a su plena integración.
- Otra novedad es el tratamiento que se le da a la perspectiva de género dentro de la Estrategia. Es decir, además de considerarlo como un principio rector, es tratado también como un objetivo más en sí. Especialmente en mujeres con responsabilidades familiares en situación de consumo porque su acceso al tratamiento se suele retrasar al encontrarse con más barreras en la atención e incorporación social.
  - Asimismo, se profundiza en el consumo y la adicción a los hipnosedantes, las únicas sustancias que en España presentan una prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Según los últimos datos publicados por el Plan Nacional sobre Drogas, de las 3.732.000 personas que consumieron hipnosedantes en 2015, el 65% eran mujeres. Un 3% de estas mujeres tuvieron un consumo problemático. En muchas ocasiones, el consumo se considera "normalizado", en otras se oculta y en otras está ligado al desconocimiento.
  - Destacando, de igual modo, el énfasis en la formación de los profesionales en el enfoque de género.
- La Estrategia priorizará los efectos sobre la salud del consumo de alcohol en el conjunto de la población y especial-

mente de los menores. Disminuir el consumo de alcohol por parte de los menores y retrasar su edad de inicio, continúa siendo uno de los mayores retos; un 31,9% de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años realiza un consumo de riesgo de alcohol en fin de semana. De todas las sustancias que pueden provocar adicción, el alcohol es la sustancia que produce mayores efectos negativos sobre el que lo consume y sobre terceros.

Esta estrategia se ha elaborado con un alto grado de participación que ha implicado a más de 400 organizaciones y expertos y ha sido aprobada con el consenso de todas las Comunidades Autónomas y el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.

En el 2018 se han destinado 35 millones de euros a la Estrategia Nacional sobre Adicciones, procedentes del Fondo de Bienes Decomisados, lo que representa un 7% más que el año anterior.

Es una estrategia para las personas, las familias y para el conjunto de la sociedad en la que se va a priorizar a los menores, a los jóvenes y a las mujeres, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

Anexo II
Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales. Junto con la escuela, es el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. Además, los trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS.

El Grupo de Trabajo del PAPPS para la Promoción de la Salud 0ental y la Prevención de sus Trastornos, propone una estructura de subprogramas que se concreta en:

1. **Infancia-adolescencia.**
2. **Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio.**
   Embarazo en la adolescencia.
   Hijos de familias monoparentales.
   Retraso escolar.
   Trastorno en el desarrollo del lenguaje.
   Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres.
   Maltrato infantil.
   Trastornos del comportamiento alimentaria.
   Acoso escolar.
3. **Adultos-ancianos.**
   Pérdida de funciones psicofísicas importantes.
   Atención del paciente terminal y de su familia.
   Pérdida de un familiar o allegado.
   Jubilación (preparación de la red social para la jubilación)
   Cambios frecuentes de domicilio en el anciano.
   Violencia en la pareja.
   Malos tratos a los ancianos.
   Acoso laboral.
4. **Común a ambos grupos.**
   Diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad.
   Prevención del suicidio.

A continuación, detallamos algunas de las recomendaciones de algunos subprogramas más interesantes. Los conceptos más relevantes se desarrollan y profundiza en los mismos a lo largo del desarrollo del tema.

Atención a la mujer y el niño durante el embarazo

Recomendaciones

1. Explorar, siempre con prudencia, las circunstancias en que se ha producido el embarazo y detectar factores de riesgo para la salud mental.
2. Recabar información sobre las expectativas que la nueva situación despierta en los padres y sobre las características básicas de la dinámica familiar.
3. Ofrecer atención adecuada a las necesidades individuales.
4. Facilitar la expresión y ayudar a la "normalización" de los temores maternos.
5. Promocionar una lactancia satisfactoria.

Atención a la mujer y el niño durante el puerperio

Recomendaciones

1. Promoción del contacto físico de la madre con el hijo en las 3 primeras horas de vida.
2. Proponer una visita al menos a los 10 días y 30-50 días después del parto.
3. Entrevista dirigida a detectar la adaptación a la nueva situación de la mujer y el entorno familiar, haciendo hincapié en las alteraciones emocionales y las incapacidades manifiestas de la madre para cuidar al hijo
4. Valorar el estado emocional de la madre durante el puerperio:–¿hay criterios de depresión mayor diagnosticada"–¿hay momentos buenos durante el día"–¿Puede la mujer cuidar a su hijo con buen humor en algún momento del día"–¿Los trastornos del estado de ánimo (blues del puerperio) duran más de 4-6 semanas"–¿La madre puede cuidar al bebé o lo ha cedido a otras personas por sentirse incapacitada para su cuidado".
5. Favorecer la creación de grupos con un objetivo psicoprofiláctico.
6. Considerar la posibilidad de centros de acogida y de día, guarderías asistidas y otras posibilidades de la red social, para lactantes, niños y madres de riesgo.
7. Valorar la posibilidad de una visita domiciliaria cuando existen antecedentes previos de índole psicosocial.

Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia

Recomendaciones:

1. Prevención del embarazo en la adolescencia.
2. Colaborar en la "maternización" de la futura madre.
3. Constitución de una triangulación originaria.
4. Asegurar el apoyo familiar y social.
5. Atención al bebé y al niño como individuos de riesgo biopsicosocial.

Factores de riesgo de disfunción familiar. Divorcio

Recomendaciones:

1. Asegure a sus hijos que los 2 padres le quieren.
2. Asegúrese de que sus hijos entienden que ellos no son la causa de su divorcio, que ustedes no lamentan haber tenidos hijos.
3. Déjeles claro que el divorcio es definitivo.
4. Mantenga invariable el mayor número de aspectos de la vida de sus hijos.
5. Haga saber a sus hijos que podrán visitar al progenitor que no mantenga la custodia (excepciones).
6. Si el padre que no tiene la custodia no se preocupa de su hijo, búsquele un sustituto.
7. Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos.
8. Proteja los sentimientos positivos de sus hijos hacia los 2 padres.
9. Mantenga una disciplina normal en ambos hogares.
10. No discuta sobre sus hijos con su excónyuge en presencia de estos.

Retraso escolar

Recomendaciones:

1. Conceder importancia psicosocial al retraso escolar y, mayor aún, al fracaso escolar, que constituyen un factor de riesgo y una señal de alarma, respectivamente, para la salud mental y la integración laboral y social.
2. Evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, con apreciación de los aprendizajes (psicomotricidad, lenguaje, sociabilidad) dentro de los controles habituales del programa del "Niño sano".
3. Los trastornos específicos del aprendizaje, una vez detectados, si son leves, pueden abordarse mediante la utilización de "medidas no profesionalizadas" y de la red social, recomendando en primer lugar a la familia la estimulación de las funciones menos desarrolladas, si se trata de aspectos instrumentales. Si el profesional no se halla suficientemente capacitado en estas áreas del desarrollo, es más adecuado realizar la interconsulta con el equipo psicopedagógico, de salud mental infantil o de atención precoz.
4. Si los trastornos específicos del aprendizaje detectados son graves (o leves, pero no están resueltos en los límites temporales acordados) debería realizar la interconsulta y/o consulta conjunta con el equipo psicopedagógico o de atención precoz. Si coexisten trastornos psicopatológicos del niño o de su familia o bien señales de alerta, debería asegurarse el necesario concurso de un equipo de salud mental infantojuvenil.
5. Señalar la existencia de retraso o fracaso escolar de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.

Trastornos del comportamiento alimentario

Recomendaciones:

1. La anorexia nerviosa es menos frecuente que la bulimia nerviosa y ambas más infrecuentes que el recién incorporado al DSM-V: trastorno de atracones
2. Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida en casa con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen.
3. Identificar a las personas con factores de riesgo (v. más adelante "Factores de riesgo") y a los pacientes con síntomas o signos de alarma (v. más adelante "Síntomas y signos de alarma"), para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz.
4. Entrevistar al paciente solo, en un clima de confianza y respeto, aprovechando cualquier oportunidad. Pueden resultar útiles preguntas como: ¿te parece que tu peso es adecuado?, ¿comes todo tipo de alimentos?, ¿haces mucho ejercicio?, ¿te gusta cómo eres físicamente?, ¿cuándo tuviste la última regla?, ¿cómo van las cosas en casa?, ¿cómo estás de ánimo?
5. Realizar un examen físico (índice de masa corporal, inspección y exploración por aparatos) y solicitud de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, hierro, proteinograma, iones, hormonas tiroideas, electrocardiograma), para hacer un diagnóstico diferencial y descartar otras causas orgánicas de desnutrición (neoplasias, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía) o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, abuso de drogas).

Diagnóstico precoz de la depresión y los trastornos por ansiedad

Recomendaciones:

1. Una detección precoz y adecuada de los trastornos psicopatológicos, seguida de un adecuado tratamiento psicosocial, puede mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes, además de disminuir la iatrogenia y reducir el gasto sanitario.
2. La entrevista clínica constituye, sin duda, el mejor método diagnóstico y terapéutico para la detección de los trastornos psicopatológicos, si bien requiere una serie de habilidades por parte del entrevistador.
3. La integración de algunos cuestionarios en el seno de la entrevista puede facilitar y mejorar la detección de psicopatología. La propuesta desde PAPPS es la utilización de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). En esta escala solo se deben puntuar los síntomas que duren más de 2 semanas.
4. Es importante resaltar que la EADG no proporciona un diagnóstico de "caso" psiquiátrico, sino tan solo la probabilidad de serlo. En los pacientes en los que la EADG resulte positiva se recomienda realizar una entrevista diagnóstica semiabierta o dirigida más exhaustiva, teniendo en cuenta el componente biológico, la problemática y el apoyo social y los aspectos emocionales. El diagnóstico debería confirmarse ajustándose a los criterios diagnósticos de la CIE-10 o el DSM-V

Recomendaciones: *(tabla)*

Actitudes recomendables y factores de protección que hay que tener en cuenta por parte del profesional de atención primaria de salud		
Grupo clínico	**Actitud clínica**	**Actividades "fuera de la consulta"**
Suicidas	· Atención a los propios equipos clínicos: en cada equipo clínico debe haber un equivalente del "comité de la muerte" y el "comité o la sesión del suicidio"	· Infuenciar desde la atención primaria de salud a la comunidad, sus organizaciones, sus medios de comunicación, su cultura · Evitar los nichos de aislamiento y favorecer la equidad social
Familiares del suicida **Riesgo de suicidio**	· Atención como "procesos de duelo complicados" · Vinculación con el sujeto · Exploración de los factores de riesgo · Exploración de la inminencia ("los 3 temas o preguntas clave": ¿lo sigue pensando, cómo, tiene los medios básicos) · Aplicación de los "5 elementos secuenciales" expuestos en el protocolo	· Indispensable el apoyo comunitario · En caso de riesgo grave, derivación urgente a dispositivos de salud mental, incluso hospitalarios · Indispensable el apoyo familiar y comunitario: gestionarlo junto con salud mental y servicios sociales · "Pactos a tres bandas" para asegurar la colaboración del paciente y de la familia o allegados · En caso de riesgo grave, derivación (urgente o no) a salud mental
Intento de suicidio	· Vinculación con el sujeto · Exploración de la "organización de la relación" que ha llevado al intento de suicidio · Valoración del riesgo vital y del riesgo psicológico (personal y familiar) · Actitud clínica según la "organización de la relación" · Interconsulta con servicios de salud mental	· Pacientes suicidiarios o con intentos de suicidio graves y o reiterados (más de 1): derivación (urgente o no) a salud mental · Indispensable la atención a la familia o al medio íntimo del sujeto: 1) Para que colabore en su contención 2) Para la mejor adaptación posible al grave proceso de duelo que supone el intento de suicidio 3) Para establecer "pactos a tres bandas" · En casos no graves o urgentes: interconsulta o derivación a salud mental
Ideación suicida	· Vinculación con el sujeto · Exploración de la "organización de la relación" que lleva a tal ideación · Actitud clínica según dicha "organización de la relación" · Interconsulta con servicios de salud mental psicológicamente orientados	· Pacientes suicidiarios o con intentos de suicidio previos graves y/o reiterados (más de 1): interconsulta y/o derivación (urgentes) a salud mental · Indispensable decidir quién va a ser el clínico principal del paciente (salud mental o atención primaria de salud) · Indispensable decidir si se hace jugar un papel a los familiares y allegados · En casos no graves o urgentes: interconsulta con salud mental

Anexo III
Informe sobre adicciones comportamentales (Ministerio de Sanidad, 2019)

El análisis de los resultados de las encuestas EDADES y ESTUDES a partir de 2014 confirma que el juego con dinero y el uso de internet son actividades ampliamente extendidas en nuestra sociedad.

En 2017, un **60,2 % de la población de 15 a 64 años ha jugado juegos con dinero** (presencial, online o ambos) mientras que, en 2016, un 99,8% de los estudiantes de 14 a 18 años ha utilizado internet en el año previo.

Específicamente, en cuanto al juego online, en 2017 el 3,5% de la población de 15 a 64 años ha jugado dinero online durante el último año (2,7% en 2015), porcentaje que es **mayor en los hombres** (5,8%) que en las mujeres (1,2%). Además, este tipo de juego es más frecuente entre los más jóvenes, descendiendo su prevalencia a medida que aumenta la edad.

En la población que juega online, el juego que predomina entre los hombres son las **apuestas deportivas** (71,5%) mientras que, entre las mujeres, estas apuestas están igualadas con los juegos **tipo loterías** (incluidas primitivas, quinielas o bonoloto). La cantidad máxima jugada en un solo día entre la mayoría de la población se encuentra entre los 6 y los 30 euros.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años la prevalencia de jugar dinero online es mayor (6,4% en 2016) con una importante diferencia por sexo, siendo mayor en los hombres (10,2%) que en las mujeres (2,5%). Destaca que, en 2016, el 2% de los estudiantes han jugado con una frecuencia semanal o mayor y otro tanto le han dedicado más de dos horas de media en un día de juego. Entre los estudiantes, el juego preferido online son las apuestas deportivas. Además, según datos de 2014, el 11,2% de ellos gastó más de 300 euros en 12 meses.

El juego presencial (fuera de internet) está mucho más extendido, ya que más de la mitad de la población de 15 a 64 años (59,5% en 2017 y 37,4% en 2015) ha jugado dinero de esta manera en último año, haciéndolo mayoritariamente a

través de juegos de lotería convencional e instantánea. De la misma manera que en juego online, la mayor cantidad de dinero gastada en un solo día se sitúa en el rango de 6 a 30 euros. En el juego presencial, las diferencias por sexo son mucho menores y, al contrario de lo que ocurre con el juego online, su prevalencia aumenta notablemente con la edad.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años el juego presencial es más frecuente que a través de internet pero las cifras no alcanzan los niveles de la población general (13,6% en 2016). En esta población sí existe una diferencia significativa por sexo, siendo mayor en los hombres que en las mujeres, con una relación 4 :1 para el año 2016. La mayoría de los estudiantes de 14 a 18 años, tanto hombres como mujeres, que han jugado dinero de manera presencial lo han hecho en loterías y quinielas. La cantidad de dinero jugada en los últimos 12 meses, para la mayoría de los estudiantes de 14 a 18 años, es de menos de 50 euros.

Como se ha señalado, el uso de juego con dinero y de internet tiene una alta prevalencia en la población Española. Sin embargo, no todo este uso se puede catalogar de problemático. En la encuesta EDADES 2017 se introdujo una escala específica para poder obtener una aproximación a este fenómeno a nivel poblacional.

Así, aplicando los criterios DSM-V, en 2017 un 0,4% de la población de 15 a 64 años realizaría un posible juego problemático y un 0,3% presentaría un posible trastorno del juego. Cuando comparamos la manera de jugar de la población en general con los individuos que muestran un posible juego problemático, vemos que éstos presentan una mayor frecuencia de juego y un mayor gasto de dinero en un sólo día. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, se observa que las prevalencias de consumo de estas sustancias son mayores entre los individuos que realizan un juego problemático.

Finalmente, **respecto al uso de internet**, en 2017 existe un 2,9% de la población de 15 a 64 años que realizaría un posible uso compulsivo del internet, valor que permanece constante respecto a 2015 y sin apenas diferencias por sexo. En la población de estudiantes de 14 a 18 años la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet en 2016 es 7 veces mayor (21%), presentando una tendencia ascendente desde 2014 (cuando la prevalencia era de 16,4%), en todas las edades y mayor entre las mujeres, que será necesario observar. También las prevalencias de consumo de alcohol y cannabis son superiores entre los individuos que realizan un posible uso compulsivo de internet.

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales.pdf

Anexo IV
Prevención del suicidio: un imperativo global OMS 2014

El presente informe es la primera publicación de la OMS de esta índole y reúne de forma conveniente lo que se conoce para poder tomar medidas inmediatas.

Los suicidios son prevenibles. Aun así, cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse. Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades. Entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, en particular, el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial.
En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo.

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y los desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Y entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio.

El informe tiene por objeto servir como recurso que permita a las instancias normativas y a otros interesados directos hacer de la prevención del suicidio un imperativo. Solo entonces podrán los países dar una respuesta nacional oportuna y eficaz y aliviar así la carga de sufrimiento causada por el suicidio y los intentos de suicidio que sobrellevan individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Anexo V
Principales consecuencias para la salud derivadas del uso continuado de nuevos dispositivos electrónicos con pantallas de visualización de datos.

Trastornos psicosociales.
El avance de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) y de una nueva forma de trabajo más flexible, enmarcada en el anytime, anywhere, conduce a una serie de efectos que pueden tener dos caras. Por un lado, el uso de las TIC nos permite agilizar la comunicación, ser más eficaces y disponer de una mayor autonomía para la gestión del tiempo. Pero estas ventajas pueden volverse en desventajas cuando no se hace un uso adecuado de las TIC, en parte debido a la velocidad con que se están introduciendo estos cambios tecnológicos en el entorno laboral.

El informe de la Eurofound y la Organización Internacional de Trabajo, que analiza los principales efectos del uso de las TIC en el entorno laboral, centra su análisis principalmente en ciertas dimensiones del entorno laboral como el tiempo de trabajo, el rendimiento, el equilibrio trabajo-vida, la salud laboral y el bienestar.

Las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías han elevado las expectativas de compromiso de los trabajadores con sus organizaciones, pues se ha demostrado que los trabajadores móviles trabajan más horas y extienden su horario de trabajo, incluso a los fines de semana. Se establece una peligrosa relación entre el tiempo de conexión y el compromiso o rendimiento del trabajador, lo que puede derivar en la necesidad de mantener una hiperconectividad y disponibilidad permanentes. Esto puede transformar ventajas como la autonomía y la flexibilidad en desventajas como el aislamiento o generación de conflictos entre la vida laboral y personal.

Por otro lado, muchos de estos trabajadores, en particular los teletrabajadores a domicilio, tienen un menor contacto con el resto de compañeros. En ocasiones, indican sentirse solos. Existe, por tanto, una combinación entre el aislamiento y la pérdida de apoyo social, principal modulador y amortiguador del estrés.

El estrés, uno de los problemas tradicionalmente más estudiados, presenta ahora un crecimiento importante en las vertientes asociadas al uso exhaustivo de las nuevas tecnologías. Se le denomina "tecnoestrés". Se le puede definir como el estado psicológico negativo relacionado con el uso (o abuso) de la tecnología o con la amenaza de su uso en un futuro. Esta experiencia se relaciona con sentimientos de ansiedad, fatiga mental, escepticismo y creencias de ineficacia, pero también con un uso excesivo y compulsivo.

Las variables características del tecnoestrés son la elevada demanda de uso de las tecnologías y la falta de control (en ambos casos, tanto a nivel de tarea, como social, organizativa y extra-organizativamente), así como la falta de recursos personales para hacer frente a esa demanda en términos de autoeficacia, estrategias de afrontamiento y percepción personal, que actúan a modo de espiral para generar un problema cada vez más creciente. Puede manifestarse tanto en forma de inadaptación y rechazo de la tecnología (tecnoansiedad y tecnofatiga) como, al contrario, en una dependencia excesiva o adicción (tecnoadicción).

La incorporación de los smartphones al mundo laboral ha supuesto un gran incremento en la tecnoadicción, puesto que posibilitan la realización de múltiples tareas desde cualquier lugar y en cualquier momento, más allá del horario laboral y del entorno físico de trabajo. Una de las principales consecuencias es la invasión de la vida privada y la imposibilidad de desconexión del trabajo, pudiendo derivar en la pérdida de la capacidad para priorizar tareas al estar continuamente comprobando mensajes de texto, chats, avisos… Esto hace que la persona no se pueda centrar en una sola actividad. En ocasiones, puede llegar a desarrollarse nomofobia, que se relaciona con ansiedad y miedo excesivo e irracional a quedarse sin el smartphone y a no poder hacer frente a esa continua demanda de rendimiento laboral.

Las consecuencias para la salud más relevantes del tecnoestrés, en cualquiera de sus formas, giran en torno a dos dimensiones: los síntomas afectivos o la ansiedad relacionados con el alto nivel de activación psicofisiológica del organismo, y el desarrollo de actitudes negativas hacia las TIC.

De todo ello se derivan principalmente problemas musculares, dolores de cabeza, trastornos del sueño y gastrointestinales, aislamiento social, dificultad para concentrarse, irritabilidad e, incluso si el problema se cronifica, puede llegar a desarrollar un síndrome de burnout. Por otro lado, debe tenerse presente que en este tipo de escenarios de trabajo existe una clara confusión respecto al manejo de dispositivos electrónicos para uso personal dentro del uso profesional, lo que eleva la exposición al riesgo y dificulta en gran medida su análisis y su gestión.

Autores e ideas principales	
Paulov	Condicionamiento clasico
Skinner	Condicionamiento operante
Thorndike	Condicionamiento operante. Conceptos
Watson	Conductivismo. Albert
Tolman	Aprendizaje latente. Mapa cognitivo
Bandura	Aprendizaje social, vicario u observacional
Broadbent	Atencion. Memoria, almacenaje selectivo
Atkinson & Shiffrin	Memoria sensorial. MCP Y MLP
Neisser	En la m. sensorial describe: icoica y ecoica
Spearman	Inteligencia. 2 Factores: genetico y ambiental
Thurstone	Habilidades mentales primarias. 7. Lo que miden los test (fluidez y comprensión verbal, actitud espacial y numérica, razonamiento inductivo, rapidez perceptiva, y memoria)
Guilford	Estructura del intelecto. 150 Factores
Catell y Horn	Inteligencia fluida y cristalizada
Sternberg	Intelig. triarquica: analítica(test), creativa (originalidad) y practica (vida diaria)
Salovery y Mayer	Inteligencia emocional. Equiparable a la normal. Compuesta de emoción y cognición
Goleman	Modelo mixto: conocer y entender mis emociones y las otras
Stanford-Binet	Test de inteligencia. Ci edad mental/cronológica x 100
Weschsler	ADULTOS: WAIS. NIÑOS: WISC-R escala verbal y manipulativa
Sempa	Sistema de evaluación multicultural y pluralista JANE MERCER Entrevista padres+ Historia clínica personal+Test de Weschler
Cannon	Modelo de motivacion homeostatico
Zanjoic	Motivacion social x coacción y/o conformidad
Maslow	Motivacion por escala de necesidades
Herzberg	Enfoque de motivacion- higiene factores contextuales del puesto de trabajo (salario...) y motivadores (logros...)
McClelland	Motivacion con base en las necesidades (poder, afiliación y logros) relacionado con el W
McGregor	Teoria X (somos vagos) e Y (motivados amaremos el W)
Lewin	Teoria de los campos + - (acercamiento, evitación)
Festinger	Motivos: evitar la disonancia cognitiva
Ekman	Universalidad facial de las emociones. Matias
Eibl-Eibesfelt	Configuraciones faciales. Ciegos, sordos, focomielia
Kretschmer	Teoria somatopsiquica ico-ico
Sheldon	Teoria somatopsiquica morfo-tonico

Socrates	Autoanalisis. La virtud y el conocimiento en uno mismo
Platón	El conocimiento es real. La percepción es una imagen
Aristóteles	Lo real está en este mundo
Descartes	El conocimiento solo puede surgir de la duda
Bacon	El hombre es el intérprete de la naturaleza
Hobbes	Nominalismo. Pensamiento y lenguaje
Locke	Las ideas provienen de la experimentación y la observación. Copia
Kant	No todo conocimiento proviene de la experimentación. Juicios
Hume	Introspeccion. Gracias a las pasiones
Weber	Sentidos. Umbral
Fechner	Experiencia. Sensaciones
Wunt	Ciencia. Disciplina académica. Laboratorio de leipzig. Apercepcion
James	Funcionalismo
Tiechner	Estructuralismo
Galton	Estadística
Stern	Cociente intelectual
Binet	Edad mental. Test
Terman	Test de Stanfor-Binnet
Freud	Psicoanálisis. Histeria. Mec. De defensa, Elementos e instancias de la personalidad. Etapas del desarrollo sexual
Watson	Conductismo
Maslow	Humanismo. El hombre es bueno. Intuicion. Autorealizacion
Vygostky	Origen social de la inteligencia el pensamiento y el lenguaje
Chomsky	El lenguaje es innato. El laleo es común
Miller	Memoria como computadora. Chunks
Piaget	Conocimiento como adaptación. Esquemas por acomodación y asimilación Teoría general del desarrollo
Rotter	Locus de control interno y externo
Allport	Cardinales centrales y secundarios (teresa de Calcuta)
Catell	16 PF (personal factor)
Eysench	EPI (Eysench Personality Inventary) PEN (Psicoticismo, Extroversión y Neuroticismo)
Costa y Mc Grae	Modelo arena modelo

Pinel	Humanizar la psiquiatría
Durkheim	Socializar la psiquiatría. Grupos y terapias
Cooper	Término antipsiquiatría
Rockeach	Personalidad dogmatica y no dogmatica
Gessel	Maduración como crecimiento y desarrollo
Piaget	Maduración como adaptación al medio y sus demandas
Bowlby	Apego
Selye	Estrés. Mecanismo adaptativo del organismo
Holmes y Rahe	Modelo psicológico del estrés. Sucesos vitales
Freudenberger	Termino burn off. Etapas: entusiasmo, desilusión, frustración y apatía
Girame	Síntomas del burn-off
Maslach y Jackson	Dimensiones del burn-off. Inventary
Heinz Leymann	Mobbing. Conflicto, estigmatización, intervención, marginación
Eysench Grossarth-Matiek	Afrontamiento del estrés. Personalidad ABCD
Lipowsky	Enfermedad- suceso estresante. Significado: amenaza, desafío, enemigo, refugio, ganancia, castigo. Etapas: definición, legitimación, contacto con el equipo sanitario, rehabilitación/curación
Ibañez	Estilos de afrontamiento: introvertido, inhibido, cooperativo, respetuoso, sociable, confiado, enérgico, sensible
Lazarous y Folman	Estilos de afrontamiento (activo y pasivo)
Scholtz-Jacobson	Afrontamiento del estrés. Métodos de relajación
Kubbler Ross	Duelo. Etapas: NENDA. El Paciente
Sanders	Los familiares
Stedford	
Buckman	Inical , crónica, final
Engel	Etapas 6 fases
Worder	Duelo, trabajo, tareas
Knapp	Comunicación no verbal. Dimensiones: tactésica, proxémica, kinésica, paralingüística
Hall	Distancias sociales:
Lang	Dimensiones de las emociones: conductual, emocional, y fisiológica
Keng	
Kelly	Teoría de las atribuciones (internas y externas)
Seligman	Indefensión aprendida. Relación entre la atribución y el pesimismo. Estilo atribucional insidioso
Snyder	Estilo atribucional egótico o egoprotector
Ellis/Beck	Reestructuración cognitiva. Sesgos cognitivos.
Brokman	Grupos de autoayuda
Capplan	Crisis familiar
Heise	Violencia de género 4 ámbitos. Causas
Leonor Walker	Teoría del ciclo de la violencia

Medicamentos peligrosos (Salud mental)					
Medicamento Forma farmacéutica *(Especialidades)*	**Presentación**	**Recomendaciones de preparación**	**Recomendaciones de administración**	**FDA RE; Categoría IARC**	**Lista NIOSH/ Motivo**
Ácido Valproico polvo y disolvente para solución inyectable *(Ácido Valproico EFG, Depakine)*	Vial	No se precisa protección salvo que el manipulador esté en situación de riesgo reproductivo, en cuyo caso debe contactar con SPRL.	Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo: no preparar los viales. Administrar con doble guante y bata; utilizar protección ocular cuando exista riesgo de salpicadura y respiratoria si hay posibilidad de inhalación.	FDA RE D	3
Ácido Valproico comprimido *(Depakine, Depakine Crono)*	Comprimido gastrorresistente	No precisa preparación	Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple, no fraccionar ni triturar. Si es necesario fraccionar o triturar, utilizar la suspensión oral.	FDA RE D	3
Ácido Valproico solución oral *(Depakine)*	Frasco	No necesita preparación. No se precisa protección salvo que el manipulador esté en situación de riesgo reproductivo que, si tiene que preparar dosis unitarias, debe hacerlo en CSB I con doble guante, bata y mascarilla, y contactar con SPRL.	Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con doble guante y bata; utilizar protección ocular e inhalatoria si se administra por sonda o el paciente no colabora.	FDA RE D	3
Clonazepam concentrado y disolvente para solución inyectable *(Rivotril)*	Ampolla	No se precisa protección salvo que el manipulador esté en situación de riesgo reproductivo, en cuyo caso debe contactar con el SPRL.	Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo. No abrir las ampollas. Administrar con doble guante y bata; utilizar protección ocular cuando exista riesgo de salpicadura y respiratoria si hay posibilidad de inhalación. Contactar con SPRL.	FDA RE D	3
Paliperidona comprimido *(Invega)*	Comprimidos liberación retardada	No precisa preparación. So hay que fraccionar o triturar, hacerlo en CSB I con doble guante, bata y mascarilla.	Administrar con guante simple. Si hay que fraccionar o triturar ver preparación.	FDA RE C	3 Borrador 2016
Paliperidona suspensión inyectable liberación retardada *(Xeplión)*	Jeringa precargada	No precisa preparación.	Administrar con doble guante y bata; utilizar protección ocular cuando exista riesgo de salpicadura y respiratoria si hay posibilidad de inhalación.		3 Borrador 2016
Risperidona comprimido *(Arketin, Calmapride, Diaforin, Risperdal, Risperidona EFG)*	Comprimido recubierto	No precisa preparación.	Administrar con guante simple. Si es necesario fraccionar o triturar, utilizar comprimido bucodispensable o suspensión oral.	FDA RE C	2
Risperidona comprimido *(Ryspemylan Flas, Risperdal Flas)*	Comprimido bucodispersable	No precisa preparación.	Administrar con guante simple.	FDA RE C	2
Risperidona polvo y disolvente para suspensión inyectable *(Risperidal Consta)*	Vial + jeringa precargada disolvente	Preparar en CSB IIb o AE, con doble guante, bata y mascarilla. Utilizar SCTM. Dispensar con el quipo de administración purgado.	Administrar con guante doble y bata; utilizar protección ocular cuando exista riesgo de salpicadura y respiratoria si hay posibilidad de inhalación.	FDA RE C	2
Topiramato comprimido *(Acomicil, Fagodol, Topamax, Topibrain, Topiramato EFG)* **Topiramato cápsula** *(Topamax Dispersable)*	Comprimido recubierto Cápsula dispersable	No precisa preparación.	Sólo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple, no fraccionar ni triturar. Si es necesario fraccionar o triturar, utilizar la suspensión oral Fórmula Magistral.	FDA RE D	3