Osakidetza



ENFERMERO/A SALUD MENTAL

PREGUNTAS

1.- ¿Cuál fue el primer antipsicótico que se comercializó?

a) Haloperidol.
b) Clorpromazina.
c) Lamotrigina.
d) Flufenazina.

2.- En el paradigma teológico de los cuidados de salud mental el elemento funcional sería, todos son correctos EXCEPTO uno:

a) Hechicero.
b) Sacerdote.
c) Enfermero/a de salud mental.
d) Chamán.

3.- El autor que afirmó que la enfermedad mental tenía su origen en los cuatro humores fue:

a) Hipócrates.
b) Ackerknecht.
c) Paracelso.
d) Tomás de Aquino.

4.- El primer manicomio del mundo fue creado por:

a) AJ. Weyer.
b) Fernel.
c) Agrippa.
d) P. Jofré.

5.- La primera escuela de enfermeras psiquiátricas documentada se fundó en:

a) 1836
b) 1850.
c) 1930.
d) 1870.

6.- La teórica de enfermería más influyente en la profesión de enfermería de salud mental es:

a) M. Leininger.

b) C. Roy.
c) H. Peplau.
d) V. Henderson.

7.- Si ante las necesidades o problemas que pueda presentar una persona el personal de enfermería utiliza un enfoque orientado a la interacción, significa que:

a) El personal de enfermería se considera una herramienta terapéutica y valora las acciones de enfermería según la respuesta de la persona.
b) El personal de enfermería actúa y funciona de forma activa. De forma transitoria puede convertirse en agente de cuidado para quienes presentan deficiencias de este tipo.
c) El personal de enfermería utiliza el modelo teórico más adecuado, comprende que no hay una manera única de afrontar las tensiones o problemas y se mantiene abierto a enfoques nuevos si fuera necesario.
d) El personal de enfermería establece objetivos, se centra en promover y mantener la armonía con el entorno.

8.- Desde un paradigma sociocrítico, los cuidados de salud mental se desarrollan en espacios como:

a) Templos.
b) Hospitales religiosos.
c) Cuevas.
d) Centros de atención primaria.

9.- Durante la Edad Media los cuidados a las personas con enfermedad mental se basaban en, señale la INCORRECTA:

a) Encerrarles para evitar el contacto con otras personas.
b) Realizar exorcismos.
c) Proporcionarles una adecuada alimentación e higiene personal.
d) Azotarles y privarles de alimentos.

10.- El sistema no restraint propuesto por Conolly insta a que el tratamiento de las personas con enfermedad mental:

a) Se debe basar en la alimentación, la salud corporal y la educación, ya que cuando estos aspectos se descuidan, aparece la locura.
b) Debe servir como ejemplo moral a la población para controlar su naturaleza salvaje.
c) Tiene que conseguir educar la irracionalidad de cada persona.
d) Tiene que limitar la naturaleza de las personas y su expresión.

11.- Al hablar de psiquiatría contemporánea nos referimos a:

a) El desarrollo de la antipsiquiatría.

b) Cambios importantes tras la segunda guerra mundial como la aparición de la psicofarmacología.
c) La "liberación de los locos".
d) El cambio de concepción de la enfermedad mental hacia considerarla una enfermedad somática atribuida al uso deficiente de la razón.

12.- Kraepelin desarrolló el modelo positivista de la psiquiatría y delimitó dos enfermedades fundamentales:

a) Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva.
b) Psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz.
c) Demencia precoz y esquizofrenia.
d) Esquizofrenia y pseudodemencia.

13.- ¿A qué personaje histórico se le atribuye "la liberación de los locos de las cadenas"?

a) Bleuler.
b) Morel.
c) Jaspers.
d) Pinel.

14.- En las culturas preliterarias las enfermedades mentales se atribuían a:

a) Aspectos orgánicos.
b) Aspectos sociales y culturales.
c) Aspectos mágicos y sobrenaturales.
d) Al uso deficiente de la razón.

15.- Desde una comprensión del mundo basada en aspectos mágicos y sobrenaturales el diagnóstico y pronósticos de las enfermedades mentales se basaban en, señale la INCORRECTA:

a) Interacción de la persona con su entorno.
b) La astrología.
c) La adivinación.
d) La interpretación de los sueños.

16.- Dentro de los criterios establecidos que pretenden delimitar la normalidad psíquica uno NO es correcto:

a) Normalidad como promedio.
b) Normalidad objetiva.
c) Normalidad subjetiva.
d) Normalidad utópica.



17.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones es CORRECTA?

a) Modelo conductista y condicionamiento.
b) Modelo psicodinámico y teoría del aprendizaje.
c) Modelo sociológico y teoría psicosexual.
d) Modelo médico y factores socioambientales.

18.- Dentro de los factores individuales que influyen en la salud mental encontramos todos EXCEPTO uno:

a) Capacidad de adaptación.
b) Problemas pre y perinatales.
c) Estabilidad política.
d) Genética.

19.- Cuando mencionamos la perspectiva holística de salud decimos que una persona está sana cuando:

a) Carece de síntomas y enfermedades.
b) La vida tiene sentido para ella.
c) Desarrolla creativamente sus potenciales humanos.
d) a), b) y c) correctas.

20.- ¿Cuál de estas afirmaciones pertenece al modelo sistémico familiar?

a) Este modelo considera la familia un conjunto de elementos en relación dinámica entre sí, y que generan propiedades más allá de las propiedades de sus elementos por separado.
b) Según este modelo, en la aparición de los trastornos mentales influyen factores predisponentes y precipitantes que son de tipo biológico, psicológico y social.
c) Este modelo sustenta que el origen del problema se encuentra en los pensamientos irracionales y la influencia de estos en las emociones y la conducta.
d) Este modelo toma como premisa el marco social en el que la persona desarrolla su autoconciencia y autoconcepto a través de las relaciones. El origen de los trastornos estaría en las condiciones sociales.

21.- ¿Cuál sería una definición completa de un ser bio-psico- social?

a) Que es un ser global integrado por componentes biológicos, psicológicos y familiares.
b) Que es un ser global integrado por componentes tanto biológicos como psicológicos.
c) Que es un ser global integrado por aspectos biológicos, psicológicos y políticos.
d) Que es un ser global integrado por componentes biológicos y psicológicos en interacción constante con su entorno, entendiendo entorno como aquello que rodea a la persona.

22.- Según Callista Roy el concepto de adaptación se define, elija la respuesta CORRECTA:

a) Proceso de cambio según el cual la persona conserva su integridad dentro de las realidades de su entorno.
b) Respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.
c) La adaptación se produce cuando la persona responde a los agentes estresante internos y externos de forma dirigida hacia la salud y el crecimiento. La adaptación implica movilización de recursos internos y externos.
d) Dirección hacia la que se deben dirigir los esfuerzos de la persona en respuesta a los estímulos percibidos.

23.- ¿Qué son las actitudes?

a) Organización de los sentimientos, las creencias y los valores, así como, la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada.
b) Conocimiento de uno mismo o una misma. Implica tomar conciencia del yo consciente y trabajar con las partes desconocidas.
c) Valor o estimación que cada persona tiene por y hacia sí misma.
d) Percepción del propio cuerpo, las reacciones de otras personas a su apariencia y el resultado de las reacciones de otras personas al yo.

24.- La reestructuración cognitiva consta de los siguientes pasos:

a) Identificación, abstracción y resolución de pensamientos.
b) Abstracción, análisis y cambio de pensamientos.
c) Identificación, análisis y modificación de pensamientos.
d) Análisis, abstracción y resolución de pensamientos.

25.- Dentro de los factores socioculturales que influyen en las respuestas de una persona a la enfermedad, encontramos:

a) La edad.
b) El significado de la enfermedad.
c) La confianza en el equipo terapéutico.
d) El pronóstico de la enfermedad.

26.- ¿Cuál de las siguientes reacciones se puede considerar NO apropiada en una persona que está en duelo?

a) Dificultad para centrar el interés en otra cosa que no sea la pérdida.
b) Sintomatología similar a la depresiva (tristeza, pérdida de interés, dificultad para concentrarse).
c) Síntomas somáticos (pérdida de apetito, cambio en el patrón del sueño).
d) Actividad excesiva sin aparente sentimiento de pérdida.

27.- Dentro del modelo planteado por Dorothy E. Johnson, elija la respuesta CORRECTA:

a) Es un modelo basado en la teoría general de sistemas donde la salud es considerada un movimiento continuo del bienestar y la enfermedad y viceversa. Es dinámica y sujeta al cambio constante.
b) Es un modelo basado en la teoría general de sistemas donde la persona es considerada un sistema conductual, cuyo funcionamiento conjunto se ve reflejado en la conducta observada.
c) Es un modelo basado en la teoría del autocuidado donde el personal de enfermería ayuda a las personas en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.
d) Es un modelo basado en la teoría del autocuidado donde el entorno son todos los estímulos internos y externos que pueden alterar la estabilidad de la persona.

28.- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno bipolar tipo I?

a) 0,6 %.
b) 1 %.
c) 1,5 %.
d) 0,8 %.

29.- ¿Cuál de las siguientes causas sociales puede ser un factor de vulnerabilidad para padecer un trastorno mental?

a) Disponer de un empleo.
b) Ser hombre.
c) Vivir en una zona sin conflictos.
d) Vivir en un entorno urbano.

30.- Una de las dimensiones de la cognición social es el estilo de atribución, ¿cómo se define este término?

a) Capacidad de atribuir estados mentales de otras personas, como sus intenciones, disposiciones o creencias, y de predecir la conducta de las demás personas basándose en esos estados mentales.
b) Forma en que las personas se explican las causas de experimentar un determinado acontecimiento de manera negativa o positiva.
c) Describe la capacidad de predecir emociones y gestionarlas de manera adecuada en diferentes situaciones.
d) Capacidad para entender y sentir las emociones que otra persona experimenta en un momento determinado.

31.- ¿Cuál de los siguientes se considera un postulado del modelo médico de enfermedad?

a) La etiología de la enfermedad es orgánica.
b) Las exploraciones no son necesarias.
c) No se contempla el pronóstico.

d) a), b) y c) son correctas.

32.- ¿Cuál de las siguientes es una crítica que se le ha hecho al modelo psicodinámico?

a) Escasa resistencia a la crítica.
b) Incorporación de aspectos de la antropología cultural, enfoques sociogenéticos y de la psiquiatría biológica.
c) Consistencia y acuerdo entre diferentes observadores o escuelas.
d) Escasa confirmación empírica.

33.- De acuerdo con el Artículo 7 del Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿en qué momento debe obtenerse el consentimiento de la persona paciente en el ejercicio libre de la profesión?

a) Solo cuando el tratamiento suponga un riesgo vital inminente.
b) Siempre con carácter previo a cualquier intervención de enfermería.
c) Es opcional si el personal de enfermería considera que el tratamiento es beneficioso.
d) En cualquier caso, posteriormente a la intervención.

34.- Según el Artículo 8 del Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿qué debe hacer el personal de enfermería si la persona enferma no está en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento?

a) Buscar el consentimiento a través de familiares o personas allegadas a la persona paciente.
b) Proceder sin consentimiento bajo el principio de beneficencia.
c) Esperar a que la persona paciente recupere sus facultades para intervenir.
d) Delegar la decisión exclusivamente al personal facultativo médico responsable.

35.- En relación con la información a la persona paciente, según el Artículo 11 del Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿cómo debe actuar el personal de enfermería si el contenido excede su nivel de competencia?

a) Debe responder según su leal saber y entender para no dejar dudas.
b) Debe guardar silencio para evitar conflictos interprofesionales.
c) Debe remitir a la persona paciente a la persona integrante del equipo de salud más adecuada.
d) Debe consultar manuales técnicos delante de la persona paciente para responder.

36.- ¿Qué principio debe guiar al personal de enfermería en el reparto de recursos disponibles según el Artículo 34 del Código Deontológico de la Enfermería Española?

a) Principio de rentabilidad económica: priorizar tratamientos más económicos.
b) Principio de justicia social: dar más a quienes más lo necesiten.
c) Principio de mérito: atender primero a quienes más contribuyen a la sociedad.



d) Principio de justicia: todas las personas deben recibir exactamente lo mismo.

37.- De acuerdo con el Artículo 199.2 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal, ¿qué sanción específica se añade a las penas de prisión y multa en caso de incumplimiento de la obligación de sigilo y divulgación de secretos ajenos?

a) Inhabilitación absoluta por un periodo de diez a veinte años.
b) Inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.
c) Pérdida del derecho a obtener subvenciones públicas durante cinco años.
d) Suspensión de empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años.

38.- Según el Artículo 201.1 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal, ¿cuál es la condición general necesaria para proceder por los delitos de descubrimiento y revelación de secretos?

a) Publicación de los hechos en el Boletín Oficial del Estado.
b) Autorización previa del/de la Juez de Instrucción mediante auto motivado.
c) Querella obligatoria interpuesta por el Ministerio Fiscal de oficio.
d) Denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

39.- ¿En qué circunstancia, según el Artículo 201.2 Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal, no es necesaria la denuncia exigida para perseguir un delito de descubrimiento de secretos?

a) Cuando la persona autora del delito sea familia directa de la persona agraviada.
b) Cuando la víctima es una persona menor de edad o con discapacidad necesitada de especial protección.
c) Cuando el beneficio económico obtenido por la persona autora sea inferior a 400 euros.
d) Siempre que el delito se cometa a través de medios informáticos o telemáticos.

40.- De acuerdo con el Artículo 197.5 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal, ¿qué sucede con las penas si los hechos afectan a datos de carácter personal que revelan la salud de la persona?

a) Se impondrán las penas previstas en su mitad superior.
b) Se reducirá la pena en un grado por considerarse una infracción administrativa.
c) No tiene ninguna incidencia en la determinación de la pena.
d) La pena se sustituirá obligatoriamente por una multa de doce a veinticuatro meses.

41.- El Artículo 199.1 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal, castiga a quien revela secretos ajenos conocidos por razón de su oficio o relaciones laborales. ¿Cuál es la pena de prisión para este supuesto?

a) De dos a cinco años.
b) De seis meses a dos años.



c) De tres meses a un año.
d) De uno a tres años.

42.- ¿Qué diferencia fundamental existe entre la conducta del artículo 199.1 y la del 199.2 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal?

a) El 199.1 protege secretos de empresas y el 199.2 secretos de particulares.
b) El 199.1 requiere fines lucrativos, el 199.2 secretos de particulares.
c) El 199.1 se refiere al conocimiento por oficio o relaciones laborales, mientras que el 1992.2 se refiere al personal profesional con obligación de sigilo o reserva.
d) El 199.1 es un delito público y el 199.2 es un delito privado.

43.- De acuerdo con la Instrucción 1/2022 sobre uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental, ¿cuál es la definición de contención mecánica o física adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

a) La restricción de movimientos mediante cualquier método manual o dispositivo físico o mecánico, que la persona paciente no pueda retirar fácilmente.
b) Aquellas medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento.
c) La limitación intencionada de la expresión espontánea o comportamiento mediante fármacos piscotrópicos.
d) El aislamiento preventivo para personas con alteraciones graves conductuales.

44.- ¿Quién tiene la competencia exclusiva para la prescripción de una contención, ya sea física o farmacológica, según la Instrucción 1/2022 sobre uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental?

a) La dirección del centro residencial o sociosanitario.
b) El Ministerio Fiscal tras la inspección de la unidad.
c) El personal de enfermería de la unidad psiquiátrica de forma autónoma.
d) En el momento actual es competencia exclusiva de los y las profesionales de medicina.

45.- En situaciones de urgencia, si el personal de enfermería inicia una contención mecánica ante la imposibilidad de contactar con el personal facultativo médico, ¿cuál es el procedimiento correcto según se establece en la Instrucción 1/2022 sobre uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental?

a) Solo se requiere la firma del consentimiento informado por parte de quien ostente la tutoría legal en ese momento.
b) En ningún caso el personal de enfermería debe iniciar una contención mecánica hasta obtener la prescripción del personal facultativo médico.
c) Debe comunicar la medida al personal facultativo médico con la menor demora posible para su ratificación.
d) No es necesaria la notificación si la contención dura menos de sesenta minutos.

46.- En virtud de la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia, ¿qué tipo de contención está expresamente prohibida en centros de protección de menores?

a) La contención farmacológica aguda.
b) Las técnicas verbales de gestión emocional.
c) El aislamiento en habitaciones individuales de seguridad.
d) La contención mecánica, consistente en la sujeción a camas articuladas u objetos fijos o anclados a las instalaciones o muebles.

47.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el consentimiento informado para contenciones es correcta a tenor de la Instrucción 1/2022 sobre uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental?

a) Solo es necesario en el caso de contenciones farmacológicas crónicas.
b) El consentimiento debe ser explícito para la situación y el momento concreto de la decisión.
c) Son válidos los consentimientos genéricos firmados al ingreso en el centro.
d) En personas con discapacidad, el consentimiento solo puede ser prestado por su representante legal.

48.- ¿En qué Comunidades Autónomas se deben comunicar las sujeciones físicas o farmacológicas al Ministerio Fiscal según se menciona en la Instrucción 1/2022 sobre uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental?

a) En la Comunidad Foral Navarra se prevé la comunicación de las sujeciones aplicadas sin prescripción facultativa.
b) Madrid y Castilla-La Mancha.
c) Solo en la Comunidad de Madrid.
d) País Vasco y La Rioja.

49.- Sobre la conciencia, señale la respuesta CORRECTA:

a) En un estado de coma la persona puede responder mínimamente a estímulos de gran intensidad.
b) El delirium es una alteración cualitativa de la conciencia.
c) En los estados crepusculares no existe amnesia lacunar posterior.
d) La anosognosia es la vivencia de desaparición del propio cuerpo.

50.- Cuando una persona se siente como si fuese irreal, extraña a sí misma hasta el punto de necesitar comprobar su propia identidad, estamos hablando de:

a) Despersonalización.
b) Desrealización.
c) Prosopagnosia.
d) Desorientación.



51.- En relación con las alteraciones sensoperceptivas, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La alucinosis consiste en la percepción sin objeto, con pérdida de juicio de realidad del que la persona hace crítica y es consciente de que aquello que está percibiendo no es real.
b) Las alucinaciones son percepciones sin objeto que la persona percibe como reales.
c) Las ilusiones son percepciones erróneas de un estímulo externo real. El juicio de realidad está conservado.
d) Las alucinaciones visuales consisten en ver personas, animales u objetos no presentes en la realidad.

52.- ¿Qué es una sinestesia?

a) Una experiencia voluntaria de asociación sensorial cruzada.
b) Percepción de tener pequeños animales circulando por debajo de la piel.
c) Una experiencia involuntaria de asociación sensorial cruzada.
d) Experiencia visual caracterizada por la visión de uno o una misma o alguna parte de su cuerpo en el espacio exterior.

53.- La capacidad de la persona que le permite incluirse en el marco espacio-temporal de referencia, así como situarse respecto a la propia persona u otros, es la definición de:

a) Atención.
b) Orientación.
c) Conciencia.
d) Percepción.

54.- A la capacidad para separar estímulos relevantes de los irrelevantes se le denomina:

a) Concentración.
b) Aprosexia.
c) Atención selectiva.
d) Fatigabilidad.

55.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones corresponde a la vivencia del pensamiento?

a) Delirio celotípico.
b) Ideas sobrevaloradas.
c) Bradipsiquia.
d) Robo de pensamiento.



56.- En relación con las ideas delirantes, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Una idea delirante es una creencia falsa basada en una inferencia correcta relativa a la realidad interna que es firmemente sostenida a pesar de la evidencia objetiva y manifiesta.
b) Una idea delirante secundaria es aquella que surge como consecuencia de otros fenómenos más primarios y su contenido es parcialmente comprensible en el conjunto de las vivencias de la persona.
c) Un delirio autorreferencial es la idea de que la conducta de los demás se está refiriendo a uno o una misma.
d) Un delirio no sistematizado es aquel en el que las ideas no tienen relación unas con otras y su argumentación es poco consistente.

57.- Cuando hablamos de la afasia de Broca nos estamos refiriendo a:

a) Alteración orgánica del lenguaje en la que la persona es incapaz de entender el contenido del lenguaje, pese a una producción normal o aumentada del mismo.
b) Alteración funcional del lenguaje en la que la persona comprende, pero es incapaz de hablar.
c) Alteración funcional del lenguaje en la que la persona es incapaz de entender el contenido del lenguaje, pese a una producción normal o aumentada del mismo.
d) Alteración orgánica del lenguaje en la que la persona comprende, pero es incapaz de hablar.

58.- ¿En cuál de las siguientes patologías es más probable que esté presente la coprolalia?

a) Enfermedad de Alzheimer.
b) Síndrome de Giles de la Tourette.
c) Esquizofrenia.
d) Trastorno de estrés postraumático.

59.- Uno de los siguientes procesos NO interviene en el funcionamiento de la memoria:

a) Proceso de percepción.
b) Proceso de almacenamiento o retención.
c) Proceso de persistencia.
d) Proceso de evocación.

60.- ¿Cuáles de los siguientes factores favorecen la retención y el aprendizaje?

a) La atención, las interrupciones, la forma de aprendizaje y los estímulos.
b) El nivel de conciencia adecuado, la motivación, la atención y la organización.
c) La memoria a corto plazo, la motivación, las interrupciones y la atención.
d) Los estímulos, la atención, el nivel de conciencia adecuado y la desorganización.



61.- Cuando hablamos de confabulación nos referimos a:

a) Un tipo de paramnesia en la que la persona utiliza o inventa recuerdos para llenar lagunas de memoria.
b) Un tipo de paramnesia en la que la persona tiene la impresión de haber visto, oído o vivido una situación con anterioridad.
c) Un tipo de paramnesia en la que la persona no reconoce experiencias previas y las reconoce como nuevas.
d) Un tipo de amnesia en la que la persona tiene la impresión de haber visto, oído o vivido una situación con anterioridad.

62.- ¿De qué alteración hablamos cuando una persona presenta un estado de ánimo de insatisfacción e intranquilidad general?

a) Hipotimia.
b) Paratimia.
c) Irritabilidad.
d) Disforia.

63.- El humor se define como:

a) Estado emocional basal de la persona.
b) Sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o una representación mental.
c) Vida emocional total del individuo.
d) Afecto brusco y agudo desencadenado por una percepción y que tiene abundante correlación somática.

64.- El enlentecimiento psicomotor se da sobre todo en:

a) En la manía.
b) En las crisis de angustia.
c) La enfermedad de Parkinson.
d) En los trastornos de personalidad.

65.- De los siguientes, ¿cuáles son los principales indicadores del estilo de vida?

a) Actividad física, consumo de tóxicos, calidad de vida, morbilidad y patrones de comportamiento.
b) Hábitos alimentarios, actividad física, patrones de sueño/reposo, consumo de tóxicos y nivel de estrés.
c) Actividad física, consumo de tóxicos, patrones de comportamiento, nivel de estrés y hábitos alimentarios.
d) Hábitos alimentarios, calidad de vida, morbilidad, nivel de estrés y patrones de sueño/reposo.

66.- ¿Cuál de las siguientes es una funcionalidad de los valores?

a) Actúan como medio de control social.
b) Influyen en el modo de pensar y de comportarse.
c) Funcionan como medio de solidaridad.
d) a), b) y c) son funcionalidades de los valores.

67.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las actitudes es CORRECTA?

a) Para que exista una actitud en relación con un objeto determinado no es necesario disponer de una representación cognoscitiva.
b) El componente afectivo de las actitudes habla de la tendencia a comportarse de una forma determinada hacia los objetos.
c) El componente conductual de las actitudes no siempre tiene que ser congruente con los componentes cognoscitivo o afectivo.
d) El componente conductual de las actitudes es el sentimiento o carga afectiva que depositamos sobre un objeto.

68.- A la hora de modificar una conducta, se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) Cuantas más necesidades satisface, más difícil es modificar una conducta.
b) Es más probable lograr una modificación de conducta cuanto más apoyada está en valores significativos para la persona.
c) Una actitud simple es menos susceptible al cambio que una compleja.
d) Las actitudes más extremas presentan una mayor susceptibilidad para el cambio.

69.- Cuando una persona en una interacción con otra aparenta escuchar, pero, interrumpiendo constantemente, expresa opiniones de forma poco clara, demuestra adulación y halago cuando en realidad pretende humillar e intenta confundir a su interlocutor o interlocutora para lograr dirigir la interacción hacia objetivos personales, decimos que muestra un estilo de comunicación:

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

70.- Si hablamos de la familia como, una pequeña reproducción de las relaciones sociales y formas habituales de interacción social, la vemos desde la perspectiva:

a) Familia como sistema abierto.
b) Familia como agente socializador.
c) Familia como microcosmos social.
d) Familia como grupo primario.



71.- ¿Cuál de las siguientes hace referencia a una crisis evolutiva?

a) Las catástrofes naturales.
b) Pérdida de una función corporal.
c) La hospitalización.
d) La adolescencia.

72.- Si en la relación que se establece entre una persona y su trabajo existe una desproporción entre el esfuerzo y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas de la persona profesional (Freudenberger, 1975), estamos hablando de:

a) Síndrome de burn-out.
b) Ansiedad.
c) Desesperanza.
d) Miedo.

73.- ¿Cuál de las siguientes es una respuesta de afrontamiento individual ante el estrés profesional?

a) Facilitar un espacio para la expresión de emociones y dificultades.
b) Asegurar un autocuidado integral.
c) Estimular un clima de confianza en el equipo.
d) Abrir el acceso a una formación continuada.

74.- El dolor sin base orgánica y que supone una reacción exagerada a mínimos estímulos se denomina:

a) Dolor psicógeno.
b) Dolor agudo.
c) Dolor crónico.
d) a), b) y c) no son tipos de dolor que correspondan a la definición dada.

75.- Antes de realizar una intervención de relajación tendremos en cuenta diferentes factores, señale el INCORRECTO:

a) La relajación es una habilidad y por lo tanto requiere práctica.
b) La persona que está dirigiendo el entrenamiento debe utilizar un tono de voz bajo, suave, cálido, melódico, tranquilo y seguro.
c) No importa quedarse dormido, esto indica una situación de relajación máxima.
d) Es importante concentrarse en el proceso, no hay que preocuparse si no se consigue la relajación.

76.- ¿Cuál de las siguientes NO es una actitud básica que se requiere a la hora de realizar una correcta observación?

a) Naturalidad.

b) Neutralidad.
c) Receptividad.
d) Subjetividad.

77.- La falta de asertividad se puede deber a:

a) Una actitud negativa por parte las demás personas.
b) Un déficit de cogniciones erróneas.
c) Una actitud pasiva por parte de las demás personas.
d) Un déficit de habilidades sociales.

78.- En relación con el liderazgo en enfermería, señale la opción INCORRECTA:

a) En la práctica asistencial, a la hora de proporcionar cuidados, el personal de enfermería usa habilidades de liderazgo.
b) El liderazgo no puede ser aprendido. La persona líder nace, no se hace.
c) La enfermera o enfermero debe participar en órganos de gobierno del sistema sanitario.
d) El liderazgo debe entenderse como una función más en el proceso de enfermería.

79.- La persona líder como fenómeno social se define como:

a) La persona que más atracción ejerce en el grupo.
b) La persona con mayor capacidad de generar controversia.
c) La persona que menos tiempo pasa en el grupo.
d) La persona más influyente del grupo.

80.- En relación con los estilos de liderazgo, señale la CORRECTA:

a) Un liderazgo laissez faire es aquel que da libertad al grupo en la toma de decisiones; la participación de quien ostenta el liderazgo es prácticamente nula.
b) El liderazgo democrático es aquel en el que quien ostenta el liderazgo facilita la información y los recursos que necesita el grupo sin participar o implicarse.
c) El liderazgo autoritario es aquel en el que las responsabilidades son compartidas y trata de reforzar las relaciones interpersonales.
d) El liderazgo democrático es aquel en el que quien ostenta el liderazgo goza del máximo poder y es el único que determina la política que ha de seguir el grupo.

81.- La siguiente definición de relación de ayuda, "La persona profesional ayuda a la persona paciente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración y el desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas.", pertenece a:

a) H. Peplau (1962).
b) J. Melow (1968).
c) F. Orlando (1979).
d) Gask y Goldberg (1991).



82.- ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo de la relación de ayuda?

a) Una entrevista en la que la persona paciente busca hacer hablar a la persona profesional sobre sí misma.
b) Una entrevista en la que se busca ayudar a la persona atendida a captar sus problemas.
c) Una entrevista en la que se buscar ayudar a la persona atendida a considerar varias posibilidades de ver la realidad con el fin de poder reestructurarse.
d) Una entrevista en la que se busca ayudar a la persona atendida a hacer frente a sus problemas con realismo en la medida en que estos aparecen.

83.- De las siguientes opciones señale cuáles son las fases de la relación de ayuda y su orden:

a) Identificación, orientación, resolución, reestructuración, separación.
b) Orientación, identificación, resolución, separación.
c) Identificación, explotación, resolución, separación.
d) Orientación, identificación, reestructuración, resolución, separación.

84.- El guion DEEC es un marco para el desarrollo de respuestas asertivas, ¿cuál es el significado de estas siglas?

a) Decisión, empatía, emoción, comunicación.
b) Describir, expresar, especificar, consecuencias.
c) Decisión, expresar, emoción, consecuencias.
d) Describir, empatía, especificar, comunicación.

85.- Ante una persona que presenta una actitud de desconfianza y demandas irracionales la persona profesional debe, señale la CORRECTA:

a) Adaptarse a la situación y utilizar el humor y la ironía si fuera necesario.
b) Mantener la distancia y mostrarse dubitativa en los mensajes que emite.
c) Mostrarse firme en los mensajes, pero transmitiendo confianza y empatía.
d) Concederle aquello que solicite para evitar una escalada.

86.- Una de las siguientes características NO corresponde a un estilo de comunicación asertivo:

a) Dificultad para comunicar aquello que quiere o desea.
b) Transmisión de mensajes fiables y congruentes.
c) Postura relajada y gestos en los momentos adecuados.
d) Esfuerzos por conseguir soluciones yo gano - tú ganas.



87.- Señale la respuesta INCORRECTA sobre lo que una persona profesional de enfermería debe hacer en la relación de ayuda:

a) Ser paciente y comprensiva con las reacciones de las personas ante una situación sanitaria concreta.
b) Posponer el cumplimiento de las peticiones razonables de la persona paciente.
c) Animar y elogiar a las personas por sus esfuerzos en cuidar mejor de sí mismas.
d) Ser puntual y amable en los acercamientos, poniendo sus necesidades y preocupaciones en primer lugar.

88.- ¿Cuál de las siguientes es una técnica de comunicación terapéutica?

a) Tranquilizar.
b) Reflexionar.
c) Aconsejar.
d) Defender.

89.- ¿A qué término hace referencia la siguiente definición? Acción mediante la cual consideramos, con una atención sostenida e incondicional, a las personas o a las cosas con el fin de conocerlas mejor, y teniendo siempre presente un objetivo muy concreto:

a) Proyección.
b) Interpretación.
c) Percepción.
d) Observación.

90.- ¿A qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de la capacidad de poner de manifiesto las discordancias o incongruencias, las diferencias, las contradicciones entre lo que la persona paciente dice y lo que hace; entre su comportamiento verbal y el que no lo es?

a) Especificidad.
b) Autenticidad.
c) Confrontación.
d) Inmediatez.

91.- ¿Cuál de los siguientes aspectos es un obstáculo de la comunicación?

a) Juzgar.
b) Moralizar.
c) Amenazar.
d) a), b) y c) son obstáculos de la comunicación.

92.- ¿Qué se tendrá en cuenta a la hora de dar una mala noticia?

a) Planificar lo que se va a decir y ordenar los pensamientos.

b) Dar toda la información disponible sin tener en cuenta qué sabe la persona y/o la familia sobre ello.
c) No es necesario tener en cuenta el entorno en el que se va a realizar la comunicación de la mala noticia.
d) Hacerlo de forma rápida para que el encuentro sea lo más breve posible.

93.- ¿Cómo se define la transferencia?

a) Solicitud a la persona profesional de soluciones precisas para evitar la autoexploración.
b) Resistencia sutil que se produce dentro de la relación de ayuda.
c) Respuesta inadecuada de la persona profesional a la conducta de la persona manifestando desproporción en sus reacciones.
d) Cuando una persona reacciona ante otra como si esta última fuera una tercera persona.

94.- ¿Cuál de las siguientes es una directriz para dar malas noticias?

a) ASSIST.
b) MALT-S-O.
c) SPIKES.
d) BER.

95.- ¿Cuál de los siguientes diría que es un axioma de la comunicación según Watzlawick?

a) La comunicación hace referencia al único hecho de transmitir información.
b) No podemos no comunicarnos.
c) Todo intercambio de comunicación es complementario, fundamentado en la diferencia.
d) Ninguna de las opciones a), b) y c) son correctas.

96.- ¿Cuál de los siguientes elementos de la comunicación NO corresponde a la comunicación no verbal?

a) La observación.
b) La fluidez verbal.
c) El tono verbal.
d) Los silencios.

97.- Según las aportaciones de Sacock (1996) en relación a los factores terapéuticos que influyen en el trabajo grupal, ¿qué término hace referencia al proceso por el que las experiencias o conflictos dolorosos reprimidos vuelven a la consciencia?

a) Abreacción.
b) Catarsis.

c) Interpretación.
d) Inspiración.

98.- En el contexto de la dinámica de grupos, ¿qué factores favorecen la cohesión de grupo según Tschome (2005)? Señale la FALSA:

a) La evaluación de los objetivos del grupo cada cierto tiempo para ver el grado de satisfacción.
b) Que el ambiente físico favorezca la atmósfera grupal.
c) Que se establezca un clima psicológico que favorezca necesidades afectivas como la expresión de sentimientos y pensamientos.
d) La colaboración entre las personas integrantes del grupo.

99.- En la clasificación de roles desempeñados en los grupos, ¿cuál es la función principal de la persona identificada como "facilitador/a"?

a) Estimular a las demás personas a participar y proponer la regulación del curso de las comunicaciones para asegurar que todas las personas participen.
b) Reunir ideas, sugerencias y comentarios del resto de integrantes del grupo para ayudar a determinar en qué momento se encuentra el grupo en un momento determinado.
c) Ceder en su propio punto de vista para mantener la armonía del grupo.
d) Registrar las sugerencias y decisiones del grupo por escrito.

100.- ¿Cuál de los siguientes se considera un "rol negativo" que perturba el funcionamiento de los grupos al mostrarse retraído, apartado y murmurar con otros?

a) El dominador.
b) El desertor.
c) El agresor.
d) El "señor sabelotodo".

101.- La evaluación de aspectos como el "clima de trabajo, comunicación e intervención de la persona coordinadora", ¿a qué tipo de evaluación corresponde de las siguientes?

a) Evaluación del proceso y la estructura.
b) Evaluación de resultados.
c) Evaluación de conductas o habilidades.
d) Evaluación de actitudes.

102.- Al analizar las barreras en la comunicación grupal, ¿qué caracteriza específicamente a los obstáculos de tipo "cognitivo"?

a) Sentimientos de superioridad o inferioridad entre las personas integrantes del grupo.
b) Diferencias en los niveles de experiencia y marcos de referencia.



c) La actitud de rechazo al cambio por miedo a lo desconocido.
d) Las diferentes perspectivas culturales de las personas del grupo.

103.- De acuerdo con Megías-Lizancos y Serrano (2021), ¿cuál es uno de los objetivos primordiales de la persona terapeuta grupal para facilitar la dinámica de grupo? Señale la FALSA:

a) Planificar la acción y las tareas del grupo para la consecución de sus objetivos.
b) Facilitar la madurez de las personas del grupo.
c) Evitar la identificación de roles para que todas las personas integrantes se sientan iguales.
d) Promover la participación de cada integrante en la vida del grupo.

104.- De acuerdo con los elementos comunes a todos los tipos de terapia de grupo identificados por Yalom (1985), ¿cuál se define como el descubrimiento de que nadie está solo o sola por completo en ninguna situación?

a) La conducta imitativa.
b) Universalidad.
c) Inculcación de la esperanza.
d) Cohesión de grupo.

105.- ¿Cómo se denominan a los grupos de terapia que no establecen fronteras y permiten que las personas integrantes se unan o abandonen el grupo en cualquier momento?

a) Grupos flexibles.
b) Grupos adaptables.
c) Grupos abiertos.
d) Grupos cerrados.

106.- ¿Cuál es la recomendación general, según Shives (2007), respecto al tamaño ideal de un grupo de terapia?

a) Entre 2 y 4 integrantes.
b) Exactamente 15 integrantes.
c) Mínimo 20 integrantes.
d) No más de 10 integrantes.

107.- En el desarrollo grupal, ¿en qué fase es común que aparezcan periodos de incomodidad, silencios molestos y revelaciones mínimas por parte de las personas integrantes?

a) Fase de comienzo u orientación.
b) Fase de resistencia.
c) Fase final o de terminación.
d) Fase de inactividad.



108.- ¿Qué estilo de liderazgo suele estimular la participación activa y valora las contribuciones y la retroacción de las personas integrantes del grupo según Shives (2007)?

a) Líderes laissez-faire.
b) Líderes autocráticos/as.
c) Líderes democráticos/as.
d) Líderes que se orientan a la tarea.

109.- ¿Qué consideración recibe la familia como grupo según Noriega (2017)?

a) Una estructura opcional para el desarrollo humano.
b) Un grupo de personas con intereses dependientes.
c) Una institución puramente jurídica y económica.
d) Constituye la unidad básica de la sociedad.

110.- Según Noriega (2017), ¿cuáles son los dos objetivos principales que como institución cumple el grupo familiar para sus integrantes?

a) La independencia total y la ruptura de vínculos tradicionales.
b) La protección psicosocial y la acomodación a la cultura.
c) El sustento económico y la reproducción biológica.
d) La educación formal y el control de la conducta externa.

111.- ¿Cómo se denomina la técnica de investigación en grupo que consiste en dividir un grupo grande en subgrupos de seis personas para discutir un tema durante seis minutos y posteriormente se realiza una puesta en común?

a) Braingstorming.
b) Rejilla 6/6.
c) Phillips 6/6.
d) Diagrama de Ishikawa.

112.- ¿Qué aprendizaje vital se desarrolla fundamentalmente dentro del "subsistema fraternal"?

a) Que la autoridad parental es indispensable para el cuidado de los hijos e hijas hasta que puedan valerse por sí mismos.
b) A cooperar, compartir, negociar, competir y lograr alianzas.
c) A ejercer el control económico y la autoridad legal del hogar.
d) Aprender a negociar en situaciones de poder desigual.

113.- ¿Cuál es la finalidad principal de la "valoración focalizada" en el proceso de enfermería?

a) Es la valoración inicial que se realiza al ingreso de la persona paciente e incluye una historia biopsicosocial completa y exploración física general.



b) Es una evaluación rápida realizada exclusivamente en situaciones de urgencia.
c) Recoger datos sobre un problema específico ya identificado que necesita mayor aclaración.
d) Realizar un examen físico completo para descartar patología orgánica.

114.- En el contexto de la salud mental, ¿qué elementos son necesarios valorar respecto a la familia según Fornés (2022)? Señale la FALSA:

a) El impacto de la enfermedad mental en la dinámica familiar.
b) El impacto de la presencia de una persona con enfermedad mental en la salud familiar.
c) Recursos personales y sociales de las personas cuidadores para afrontar la situación.
d) Valoración del entorno.

115.- Respecto a los métodos de recogida de información en la valoración enfermera de salud mental, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La observación, o inspección, es especialmente útil en salud mental y se refiere al examen del cuerpo y de los comportamientos de las personas.
b) La entrevista es el encuentro cara a cara con el objetivo de intercambiar información, y puede ser formal e informal.
c) Las escalas e instrumentos de calificación son herramientas diseñadas para destacar determinadas áreas de información, como características de personalidad, percepción de dolor o habilidades concretas.
d) Los métodos de recogida de información en enfermería no se pueden utilizar de manera indistinta, siendo unos mejores que otros, dependiendo del momento o de la situación concreta.

116.- En el contexto de la valoración enfermera desde una perspectiva intercultural en salud mental, identifique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) Mostrar actitud comprensiva y de respeto por las distintas percepciones culturales del tiempo. Tenerlas en cuenta para favorecer la relación terapéutica con la persona.
b) Comprensión por cómo las personas, según su cultura, expresan sus preocupaciones y sentimientos.
c) Priorizar siempre la información obtenida de los y las familiares sobre la expresión verbal de la persona paciente en contextos culturalmente diversos.
d) Transmitir sensibilidad, interés e incluso conocimientos básicos sobre prácticas e curación tradicional en la cultura de la persona.

117.- ¿Cuál de las siguientes NO se considera una fuente primaria de datos en el proceso de recogida de información durante la valoración?

a) La expresión verbal directa de la persona.
b) La observación directa de la conducta de la persona paciente.
c) Los informes y documentos aportados por especialistas que han tratado previamente a la persona paciente.

d) Las respuestas no verbales que emite la propia persona durante la entrevista.

118.- En relación a la valoración de la familia, las reacciones afectivas que puede presentar ante la presencia del trastorno mental en el seno de la misma, ¿cuál de las siguientes se considera una reacción a medio o largo plazo?

a) Sentimientos de tristeza.
b) Sentimientos de miedo, especialmente en aquellos casos en los que existe violencia familiar.
c) Sentimientos de culpabilidad, que se manifiesta con pensamientos sobre posibles errores que han podido contribuir al desarrollo del trastorno.
d) Irritabilidad como respuesta a ciertos comportamientos de la persona de la familia con trastorno mental.

119.- En relación al entorno físico en el marco de un entorno terapéutico como recurso en la valoración en salud mental, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) El color en las estancias es un factor secundario que no influye significativamente en el estado emocional de la persona paciente durante la valoración.
b) La luz ambiental tiene que tener una intensidad adecuada, ya que si es demasiado brillante puede producir sobrestimulación y conductas agresivas.
c) El entorno acústico o sonoro si es elevado puede llevar a percepciones distorsionadas, alteraciones del pensamiento y sobrecarga sensorial.
d) La temperatura, la circulación del aire y la humedad son factores que pueden afectar a ciertas personas pacientes en su estado emocional durante la valoración.

120.- Dentro de los puntos básicos para una valoración en salud mental se encuentra la descripción general, ¿cuál de los siguientes aspectos se incluyen en este apartado?

a) La descripción general únicamente recoge datos objetivos observables, ºexcluyendo el lenguaje verbal y no verbal de la propia persona paciente.
b) El nivel de higiene y el aspecto físico no se consideran datos relevantes en la descripción general, ya que pueden estar condicionados por factores socioeconómicos.
c) Incluye todo lo que se puede observar a primera vista en la persona, como características físicas, forma de hablar, actividad motora, comportamiento, colaboración en la entrevista, etc.
d) La descripción general se limita a registrar los diagnósticos previos de la persona paciente y los tratamientos farmacológicos instaurados anteriormente.

121.- ¿Qué afirmaciones de las siguientes NO pertenecen a la Teoría de la respuesta profesional disciplinada de Orlando (1990)?

a) La teoría pone el énfasis en la importancia de la conducta humana, así como sus expresiones tanto verbales como no verbales.

b) Orlando presupone que las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda, sin embargo, se angustian en cuanto se perciben incapaces de lograrlo.
c) Las personas siempre son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda, por lo que el personal de enfermería actúa únicamente como supervisor del proceso.
d) El personal de enfermería debe ocuparse solo de aquellas personas que son incapaces de establecer con claridad su propia necesidad de ayuda.

122.- Según King (1984), ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente su concepto de salud?

a) La salud es un estado de ausencia de desasosiego físico y mental y las sensaciones de suficiencia y bienestar contribuyen a su mantenimiento.
b) La salud equivale a independencia, definida como la capacidad de la persona paciente para satisfacer sin ayuda las catorce necesidades básicas humanas.
c) La salud es un estado dinámico en el ciclo de la vida, siendo la enfermedad una interferencia en dicho ciclo vital, e implica una continua adaptación al estrés para alcanzar el máximo potencial para la vida diaria.
d) La salud es un tránsito por el continuum salud-enfermedad.

123.- La teoría de Peplau se centra en las relaciones interpersonales que se establecen entre el personal de enfermería y la persona paciente. ¿En cuántas fases se desarrolla dicha relación y cuáles son las bases teóricas en las que se fundamenta?

a) Cinco fases, basándose en la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud y en los estudios de conducta de John Watson.
b) Cuatro fases, tomando como base la teoría de las relaciones interpersonales del psiquiatra Harry S. Sullivan y del psicólogo Abraham Maslow.
c) Cinco fases, fundamentadas exclusivamente en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y en los modelos cognitivos de Aaron Beck.
d) Cuatro fases, basadas en la teoría sistémica de Ludwig von Bertalanffy y en el modelo de adaptación de Roy.

124.- Respecto a la fase de identificación de la Teoría de las relaciones interpersonales de Peplau, ¿cuál de las siguientes afirmaciones corresponde a dicha fase?

a) La persona muestra mayor habilidad en la resolución de problemas y camina hacia la independencia, acordando con el personal de enfermería la finalización de la relación.
b) Es la fase en la que la persona y el personal de enfermería se sienten en una situación de ajenidad y deben aclarar el rol de cada cual en la relación.
c) El personal de enfermería ayuda a la persona a expresar sus sentimientos y a corregir conceptos erróneos sobre su proceso de salud-enfermedad.
d) El personal de enfermería ayuda a la persona a ensayar nuevas formas de afrontamiento de su proceso de salud-enfermedad.



125.- ¿Qué establece la propiedad "flexible" del Proceso de Atención de Enfermería?

a) Implica cambio continuo, centrado en las respuestas cambiantes de la persona, identificadas durante la relación personal de enfermería-paciente.
b) Se puede adaptar a cualquier situación o área de especialización, pudiendo usar sus fases sucesivamente o concurrentemente.
c) Tiene un objetivo claro: proporcionar cuidados de calidad centrados en la persona.
d) Está construido a partir de una amplia base de conocimientos y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería.

126.- Según la propuesta de M.ª Teresa Lluch (2004), respecto a la relación entre los dominios de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA y la salud mental, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Todos los dominios de la taxonomía NANDA contemplan aspectos psicológicos en su definición, por lo que todos son igualmente aplicables a personas con problemas de salud mental.
b) De los 13 dominios, 10 contemplan aspectos relacionados con la esfera psicológica en su definición, y los 3 restantes también contienen diagnósticos que pueden desencadenarse por problemas psicológicos.
c) De los 13 dominios en los que se organiza la taxonomía NANDA, únicamente 3 contemplan aspectos relacionados con la esfera psicológica en su definición.
d) La taxonomía NANDA no es aplicable a personas con problemas de salud mental, ya que fue diseñada exclusivamente para problemas de salud física y orgánica.

127.- Según la propuesta desarrollada por M.ª Teresa Lluch (2008), respecto a la adecuación entre los dominios de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA y la salud mental, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Propone abandonar la taxonomía NANDA y crear una clasificación diagnóstica específica para salud mental, completamente independiente de las clasificaciones existentes.
b) Propone, tomando como marco la clasificación NANDA, una serie de apartados en cada diagnóstico que orienten sobre la adecuación del diagnóstico para nombrar la situación.
c) Propone limitar el uso de la NANDA en salud mental exclusivamente a los diagnósticos de los dominios que contemplan aspectos psicológicos en su definición.
d) Propone fusionar las clasificaciones NANDA, NOC y NIC en una única taxonomía específica para enfermería de salud mental.

128.- ¿Cuál es la etapa más importante del proceso de atención de enfermería (PAE)?

a) La valoración de enfermería, ya que es el pilar básico y el punto de partida del proceso.
b) El diagnóstico de enfermería, porque permite identificar los problemas.
c) La planificación, porque establece los objetivos terapéuticos.

d) La evaluación, porque permite medir la eficacia de las intervenciones.

129.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA con respecto a los trastornos del neurodesarrollo (TND)?

a) En la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los TND forman parte integral del título del capítulo denominado trastornos mentales, conductuales o del neurodesarrollo.
b) En el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) se definen como un grupo de condiciones con inicio en el período de desarrollo, que producen deficiencias en el funcionamiento.
c) Dentro de los TND, en el DSM-5, no se incluyen ni el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ni los trastornos específicos del aprendizaje.
d) Todos los TND pueden incluir en el DSM-5, el especificador "asociado con una condición médica o genética conocida o un factor ambiental".

130.- Respecto a la prevalencia y epidemiología de los trastornos del neurodesarrollo (TND), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los TND afectan al 5-10% de la población infantil, diagnosticándose más en hombres que en mujeres, con proporciones hombre: mujer de 4:1.
b) Los TND afectan al 15-20% de la población infantil, diagnosticándose más en hombres que en mujeres, con proporciones hombre: mujer de 4:1.
c) Los TND afectan al 25-30% de la población infantil, diagnosticándose más en hombres que en mujeres, con proporciones hombre: mujer de 4:1.
d) Los TND afectan al 35-40% de la población infantil, diagnosticándose más en hombres que en mujeres, con proporciones hombre: mujer de 4:1.

131.- En relación a las intervenciones en el tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo (TND), los programas con mayor éxito son los que incluyen los siguientes componentes (señale la INCORRECTA):

a) Se requiere una combinación de estrategias orientadas al comportamiento, y que estén adaptadas al perfil individual de habilidades y déficits de la persona menor.
b) Resulta fundamental implementar entornos de aprendizaje estructurados que se apoyen en soportes visuales. De esta forma, se proporciona un entorno predecible y fácilmente comprensible, lo que ayuda a limitar la confusión y la angustia.
c) Enfoque en la potenciación de aquellas actividades de comunicación social y juego, especialmente con las y los compañeros, siendo muy recomendable integrar a las personas cuidadoras en programas de capacitación específicos.
d) Los programas de intervención en el ámbito escolar, resultan mucho más eficaces que los abordajes exclusivamente en el entorno familiar.



132.- En relación al diagnóstico de la discapacidad intelectual (DI) según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El diagnóstico de DI se basa exclusivamente en la puntuación obtenida en las pruebas de cociente intelectual, estableciéndose el umbral diagnóstico en una puntuación de coeficiente intelectual (CI) igual o inferior a 85.
b) El DSM-5 enfatiza la necesidad de utilizar tanto la evaluación clínica como las pruebas estandarizadas de inteligencia al diagnosticar la DI, considerándose DI una puntuación de aproximadamente 2 desviaciones estándar o más por debajo de la población, equivalente a un CI de alrededor de 70 o menos.
c) La DI puede diagnosticarse en cualquier momento del ciclo vital, incluyendo la edad adulta, siempre que se demuestre un deterioro significativo respecto al nivel de funcionamiento previo del individuo.
d) El DSM-5 elimina completamente las pruebas de CI del proceso diagnóstico de la DI, sustituyéndolas íntegramente por evaluaciones del funcionamiento adaptativo en las áreas de comunicación, socialización e independencia personal.

133.- Según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), para recibir un diagnóstico de TEA (Trastorno del Espectro Autista), una persona debe presentar déficits en cada una de las tres áreas de comunicación e interacción social. Señale cuál NO es una de ellas:

a) Habla estereotipada o repetitiva.
b) Comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social.
c) Desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
d) Reciprocidad socioemocional.

134.- Respecto a los comportamientos restringidos y repetitivos en el TEA (Trastorno del Espectro Autista), el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) exige la presencia de al menos dos de ellos para el diagnóstico. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente cuatro de los tipos establecidos?

a) Movimientos estereotipados, insistencia en la invarianza, intereses muy restringidos e hiper o hiporreactividad a la información sensorial.
b) Movimientos estereotipados, déficits en la reciprocidad socioemocional, intereses restringidos y alteraciones del sueño.
c) Insistencia en la invarianza, disfunción ejecutiva, hiper o hiporreactividad sensorial y conductas autolesivas.
d) Intereses restringidos, alteraciones del lenguaje, movimientos estereotipados y déficits en la comunicación no verbal.

135.- En relación a los niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista, según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El grado 1 implica que la persona "necesita ayuda muy notable", con mínima comunicación social y marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad.

b) El grado 2 implica que la persona "necesita ayuda", presentando alteraciones significativas en el área de la comunicación social únicamente sin soporte in situ.

c) El grado 3 implica que la persona "necesita ayuda muy notable", con mínima comunicación social y marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades para cambiar el foco de atención.

d) Los niveles de gravedad del TEA se establecen exclusivamente en función de las alteraciones en la comunicación social, sin contemplar los comportamientos restringidos y repetitivos.

136.- El DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) define el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente su evolución a lo largo del ciclo vital?

a) El TDAH es un trastorno limitado exclusivamente a la infancia y adolescencia, remitiendo completamente en la edad adulta en la práctica totalidad de los casos diagnosticados.

b) El TDAH no se limita a la edad infantil, hasta un 60% de las personas adultas que han tenido este diagnóstico presentan síntomas con repercusión clara en su vida.

c) En la adolescencia los síntomas de inatención tienden a desaparecer completamente, persistiendo únicamente la hiperactividad e impulsividad como manifestaciones clínicas predominantes.

d) El TDAH afecta exclusivamente a la capacidad del niño o la niña para prestar atención en el contexto escolar, sin generar impacto en las relaciones familiares ni sociales de la persona.

137.- Respecto al tratamiento farmacológico del Trastorno de déficit de atención con hiperactividad TDAH, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los fármacos estimulantes son el tratamiento de elección para el TDAH, siendo efectivos entre el 70 y el 80% de los niños y niñas, mientras que los no estimulantes actúan más lentamente pero su efecto puede durar hasta 24 horas.

b) Los fármacos no estimulantes son el tratamiento de elección para el TDAH, ya que actúan más rápidamente que los estimulantes y tienen menos efectos secundarios en niños y niñas.

c) Los fármacos estimulantes están contraindicados en menores de 12 años, siendo los no estimulantes la única opción farmacológica aprobada por la FDA para esta franja de edad.

d) El tratamiento farmacológico del TDAH está aprobado por la FDA para niños y niñas a partir de los 3 años, siendo los estimulantes y no estimulantes igualmente eficaces en todas las franjas de edad pediátrica.

138.- En relación al diagnóstico diferencial entre el trastorno de movimientos estereotipados y el Trastorno del Espectro Autista (TEA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según el documento?

a) En el trastorno de movimientos estereotipados, los déficits de comunicación social y reciprocidad generalmente están ausentes mientras que en el TEA están presentes, siendo este el elemento clave del diagnóstico diferencial.

b) El diagnóstico diferencial entre ambos trastornos es imposible en menores de 5 años, ya que los movimientos estereotipados son indistinguibles en esta franja de edad.

c) Cuando coexisten TEA y movimientos estereotipados, el trastorno de movimientos estereotipados tiene siempre prioridad diagnóstica sobre el TEA, independientemente de la gravedad de los síntomas.

d) Los movimientos estereotipados en el TEA y en el trastorno de movimientos estereotipados son clínicamente idénticos, por lo que el diagnóstico diferencial se basa exclusivamente en pruebas neurológicas y genéticas.

139.- La presentación clínica de la esquizofrenia en adolescentes se diferencia con respecto a la etapa adulta en que presenta con mayor frecuencia los siguientes síntomas:

a) La manifestación de alucinaciones auditivas en el 20% de los casos diagnosticados, con una presencia constante de delirios y trastornos del pensamiento formal desde el inicio del trastorno.

b) La ausencia de alucinaciones auditivas en la mayoría de los casos, presentando los adolescentes delirios y trastornos del pensamiento formal desde las primeras etapas de la infancia.

c) La aparición temprana de delirios y trastornos del pensamiento formal en el 80% de los casos, siendo las alucinaciones auditivas síntomas que solo se manifiestan en la etapa adulta.

d) La presencia de alucinaciones auditivas en el 80% de los casos diagnosticados, mientras que los delirios y trastornos del pensamiento formal suelen aparecer a partir de la mitad de la adolescencia.

140.- ¿A partir de qué edad se estima que se manifiestan los síntomas de ansiedad?

a) Los síntomas de ansiedad se manifiestan desde los 4-5 años o incluso antes.

b) Los síntomas de ansiedad se manifiestan desde los 9-10 años o incluso antes.

c) Los síntomas de ansiedad no se suelen manifestar antes de los 14 años.

d) En la edad infantil no se suelen manifestar síntomas de ansiedad.

141.- Dentro de los tratamientos para abordar la ansiedad en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, ¿cuál NO es correcto?

a) Los tratamientos cognitivo-conductuales para la ansiedad incluyen programas orientados a la adquisición de habilidades instrumentales, tales como la resolución de problemas, la asertividad y el desarrollo de habilidades sociales.

b) Los tratamientos cognitivo-conductuales para la ansiedad incluyen programas de enfrentamiento a las conductas ansiógenas, sobretodo de carácter fóbico o los trastornos obsesivo-compulsivos.

c) Los tratamientos para la ansiedad incluyen el uso de psicofármacos para la disminución de la sintomatología ansiosa y apoyo al abordaje de trastornos específicos.

d) Los tratamientos cognitivo-conductuales para la ansiedad incluyen programas basados en la terapia racional emotiva de Ellis y programas específicos similares.



142.- Con respecto a los trastornos disociales en la infancia y la adolescencia, ¿qué afirmación es INCORRECTA?

a) El diagnóstico de trastorno disocial se basa en la presencia de comportamientos como la crueldad hacia personas o animales, la destrucción grave de pertenencias ajenas, el robo, las mentiras reiteradas y la desobediencia persistente.
b) Para establecer el diagnóstico de trastorno disocial, la duración del comportamiento descrito tiene que ser de un año aproximadamente.
c) Los tipos de trastornos disociales incluyen el trastorno disocial limitado al contexto familiar y el trastorno disocial desafiante y oposicionista.
d) Resulta fundamental tener en cuenta la existencia de ciertos factores de predisposición a su aparición como factores familiares, escolares, del grupo de iguales y el entorno.

143.- Dentro de los tratamientos para abordar los trastornos disociales en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, ¿cuál NO es correcto?

a) Los tratamientos para los trastornos disociales incluyen la terapia familiar dirigida a reducir la conflictividad familiar y el apoyo a la familia en la comprensión del problema y manejo de las situaciones.
b) Los tratamientos para los trastornos disociales incluyen la psicoterapia interpersonal dirigida a la mejora de las relaciones interpersonales que se ven afectadas en estos casos.
c) Los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos disociales incluyen técnicas como la modificación del sistema de creencias, trabajando los prejuicios.
d) Los tratamientos para los trastornos disociales incluyen el uso de psicofármacos para la sintomatología relacionada con problemas en el control de impulsos y la estabilización.

144.- El clorhidrato de guanfacina es un fármaco no estimulante para el tratamiento del TDAH con indicación exclusiva en la infancia. La recomendación que daremos a la familia será la siguiente:

a) Las primeras semanas de tratamiento se recomienda administrarse por la noche. Posteriormente puede administrarse por la mañana o por la noche.
b) Las primeras semanas de tratamiento se recomienda administrarse por la mañana. Posteriormente puede administrarse por la mañana o por la noche.
c) Es un fármaco que se recomienda administrar siempre por la noche, debido a que puede producir hipotensión y somnolencia como efectos adversos.
d) Es un fármaco que se recomienda administrar siempre por las mañanas, para asegurar su máxima acción durante las horas diurnas.

145.- Con respecto a la ansiedad NO es cierto que:

a) Existe un tipo de ansiedad destructiva que provoca en el sujeto desde un estado continuo de incomodidad y desasosiego hasta ataques intensos de terror que lo paralizan y estremecen.
b) La ansiedad se manifiesta a través de síntomas físicos como hormigueos en el estómago, aumento del latido cardíaco y sensación de opresión en el pecho.



c) La ansiedad es una emoción que se caracteriza por impedir el enfrentamiento a las situaciones, provocando reacciones de escape o huida.
d) Es una emoción que aporta energía constructiva que incita a la persona a actuar, impulsándola a enfrentarse a una situación amenazante.

146.- Según la clasificación DSM-IV, ¿cuál de los siguientes NO es un subtipo contemplado dentro del término "neurosis de angustia"?

a) Crisis de angustia con agorafobia.
b) Fobia específica.
c) Trastorno por estrés agudo.
d) Trastorno disociativo de identidad.

147.- Con respecto al Dominio 1 (Promoción de la salud) de la valoración enfermera en trastornos de ansiedad, ¿qué expectativa sobre la evolución presentan habitualmente estas personas pacientes?

a) Expectativas muy optimistas, subestimando la gravedad del trastorno.
b) Expectativas neutras sin implicación emocional.
c) Expectativas bastante negativas con preocupaciones excesivas.
d) Expectativas realistas con adecuada conciencia de enfermedad.

148.- En el Dominio 2 (Nutrición) de la valoración enfermera en trastornos de ansiedad, ¿qué conducta específica puede aparecer en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo en relación con la alimentación?

a) Polifagia compulsiva siempre asociada a rituales religiosos.
b) Dedicar tiempo excesivo a la higiene y preparación de alimentos sin conseguir finalizar su cocinado o incapacidad para usar cubiertos por las obsesiones.
c) Ayuno terapéutico como estrategia de afrontamiento habitual.
d) Atragantamiento psicógeno únicamente durante las crisis de pánico.

149.- Respecto a la valoración del Dominio 3 (Eliminación e intercambio) en trastornos de ansiedad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La sudoración excesiva durante las crisis es exclusiva del trastorno de ansiedad generalizada.
b) El estreñimiento, los dolores abdominales y las dificultades en la micción son características del trastorno obsesivo-compulsivo.
c) La necesidad imperiosa de eliminación urinaria y fecal solo aparece durante la exposición al estímulo fóbico.
d) En el trastorno de angustia nunca se producen alteraciones en el dominio de eliminación.

150.- En la valoración del Dominio 4 (Actividad/Reposo), ¿qué problema de sueño es especialmente habitual en los trastornos de ansiedad?

a) Sonambulismo con episodios amnésicos.
b) Hipersomnia porque disminuye la actividad y retrasa las obligaciones, y sensación de no haber descansado al levantarse.
c) Insomnio de conciliación únicamente en el trastorno de angustia.
d) Narcolepsia como efecto adverso de los ansiolíticos.

151.- En la valoración del Dominio 5 (Percepción/Cognición), ¿qué diferencia clave distingue las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los pensamientos en la patología psicótica?

a) En el TOC los pensamientos son egosintónicos y no generan malestar.
b) En la psicosis la persona paciente siempre reconoce que los pensamientos son productos de su mente.
c) En el TOC la persona paciente reconoce que las obsesiones son producto de su propia mente y no vienen impuestas desde el exterior, a diferencia de la psicosis.
d) En el TOC los pensamientos obsesivos son placenteros y buscados voluntariamente.

152.- ¿Qué diagnóstico NANDA es el principal asociado a los trastornos obsesivos-compulsivos?

a) [00400] Ansiedad excesiva relacionada con alteración de los procesos de pensamiento, negación, pensamientos recurrentes.
b) [00400] Ansiedad excesiva relacionada con estrés excesivo/cambios situacionales/crisis/ /conflicto inconsciente.
c) [00141] Síndrome postraumático.
d) [00405] Afrontamiento desadaptativo.

153.- Dentro de la NIC (5820) Disminución de la ansiedad se puede establecer un programa de manejo de crisis en tres fases. ¿Cuál es el objetivo de la fase de entrenamiento?

a) Enseñar conductas de evitación.
b) Administrar ansiolíticos de forma preventiva antes de la exposición al estímulo.
c) Dar la consigna de eliminar las conductas de evitación cuando aparezca la crisis, manteniéndose en completa quietud y atención a las sensaciones, para que la persona experimente que la crisis se desprende del miedo.
d) Reforzar las conductas de seguridad de la persona paciente mediante técnicas de biofeedback.

154.- ¿Cuál es la definición de la NIC (5820) Disminución de la ansiedad utilizada en los planes de cuidados en los trastornos fóbicos?

a) Estimular a la persona paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

b) Acciones personales para eliminar o reducir sentimiento de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificable.
c) Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
d) Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables.

155.- ¿Cuál de los siguientes datos es atípico en relación con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)?

a) La lentitud.
b) El inicio a partir de los 40 años.
c) Los antecedentes familiares de TOC.
d) Los pensamientos y los rituales.

156.- ¿Qué factores se han señalado como índices de mal pronóstico en el pánico/agorafobia? Señala la respuesta INCORRECTA:

a) Inicio del trastorno en la edad adulta.
b) Inhibición conductual.
c) Síntomas al suspender el tratamiento.
d) Trastorno de la personalidad subyacente.

157.- ¿Cuál de las siguientes características diferencia a las personas pacientes con trastornos de angustia de aquellas que presentan estados depresivos?

a) Un inicio más tardío y progresivo del cuadro clínico en los trastornos de angustia, asociado a una menor madurez de personalidad.
b) Una relación predominante con situaciones de pérdida y un curso clínico de tipo fásico característico de los trastornos de angustia.
c) Una mayor incidencia de trastornos neuróticos familiares en los trastornos de angustia y un curso continuo de la enfermedad.
d) Una mejor integración escolar y social, junto con un pronóstico general más favorable respecto a los estados depresivos.

158.- Según el DSM-5 deben presentarse, como mínimo, cuatro de los siguientes síntomas para el diagnóstico de trastorno por crisis de angustia o trastorno de pánico. (señale la INCORRECTA):

a) Cefaleas o migrañas.
b) Miedo a perder el control o “volverse loco”.
c) Escalofríos o sensación de calor.
d) Desrealización.



159.- La prevalencia de la neurosis de angustia en la población general, en muestras de pacientes de consultas médicas generales, es la siguiente:

a) Se sitúa alrededor del 2%.
b) Se sitúa alrededor del 10%.
c) Se sitúa alrededor del 25%.
d) Se estima una prevalencia mayor al 50%.

160.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA con respecto al diagnóstico de ansiedad generalizada?

a) Se caracteriza por un estado persistente de ansiedad, aunque su intensidad varía en el tiempo.
b) Los síntomas pueden reagruparse en tres categorías: Tensión motora, ansiedad anticipatoria o expectación aprensiva, vigilancia y alerta.
c) El tiempo mínimo de persistencia de los síntomas que exige el DSM-5 para realizar el diagnóstico es de 6 meses.
d) Con la cronificación en el tiempo se sobreañaden otros elementos, como la tristeza, la apatía, la astenia intensa, el desinterés, la pérdida del impulso vital, etc.

161.- ¿Cuál es la diferencia entre el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno somatomorfo?

a) Los síntomas físicos que se refieren en el trastorno de síntomas somáticos pueden estar asociados o no a una afección médica diagnosticada.
b) En el trastorno somatomorfo no hay búsqueda de atención médica.
c) El trastorno somatomorfo es la denominación actual del trastorno de síntomas somáticos.
d) El trastorno por somatización siempre requiere tratamiento farmacológico.

162.- La característica fundamental del trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondría es:

a) La angustia por los síntomas físicos.
b) La búsqueda de tratamiento eficaz.
c) La persona paciente presenta múltiples síntomas somáticos intensos e inexplicables.
d) La preocupación por las implicaciones que puede tener la presunta enfermedad.

163.- ¿Por qué el término "psicosomático" para designar los trastornos de somatización está actualmente en desuso?

a) Porque ha sido sustituido por el término trastorno conversivo en el DSM-5.
b) Porque implica un dualismo entre la psique y el cuerpo, otorgando un estatus privilegiado a la etiología orgánica frente a la no orgánica.
c) Porque los estudios han demostrado que todos los síntomas tienen una base orgánica identificable.
d) Porque la OMS lo eliminó de la CIE-11 por considerarlo estigmatizante para las personas pacientes.



164.- ¿Qué porcentaje de la población general desarrolla un trastorno de síntomas somáticos a lo largo de su vida según las estimaciones?

a) Aproximadamente entre el 1 y el 3%.
b) Aproximadamente entre el 3 y el 10%.
c) Aproximadamente entre el 10 y el 20%.
d) Más del 20%.

165.- En cuanto al pronóstico del trastorno de síntomas somáticos, ¿qué porcentaje de pacientes experimenta mejoría según los estudios?

a) Entre el 10 y el 35% de los pacientes**.**
b) Entre el 30 y el 50% de los pacientes.
c) Entre el 50 y el 75% de los pacientes.
d) Más del 90% de los pacientes.

166.- Respecto a la distribución por sexo, ¿cuál es la proporción de riesgo diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos en mujeres frente a hombres?

a) 2:1.
b) 5:1.
c) 10:1.
d) 20:1.

167.- El concepto de "amplificación somatosensorial" postula que las personas con trastorno de síntomas somáticos:

a) Generan deliberadamente síntomas físicos para obtener atención médica.
b) Muestran alteraciones en la interpretación de sensaciones interoceptivas, experimentando sensaciones fisiológicas normales como intensas y perturbadoras.
c) Presentan un umbral de dolor elevado que les impide percibir adecuadamente los estímulos nocivos.
d) Tienen una reducción de la actividad del eje hipotalámico-hipofisiario-suprarenal que amplifica la percepción de malestar.

168.- ¿Cuál es el tratamiento psicológico con mayor evidencia científica para el trastorno de síntomas somáticos?

a) La terapia psicodinámica breve.
b) La terapia de aceptación y compromiso (ACT).
c) El tratamiento psicológico cognitivo-conductual.
d) La terapia sistémica familiar.



169.- El trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia) se caracteriza principalmente por:

a) Una preocupación excesiva y persistente por padecer una enfermedad grave no diagnosticada.
b) La fabricación deliberada de síntomas físicos para obtener atención médica sin recompensa externa.
c) Una preocupación excesiva y persistente por un defecto del aspecto físico real o imaginario, que genera angustia y deterioro significativo.
d) La presencia de múltiples síntomas somáticos sin explicación médica acompañados de pensamientos catastróficos sobre la salud.

170.- Respecto a la ideación suicida en el trastorno dismórfico corporal, ¿qué afirmación es correcta?

a) Es un fenómeno poco frecuente, presente en menos del 10% de las personas pacientes.
b) Hasta el 80% de las personas pacientes ha presentado ideas de muerte en algún momento y entre el 3 y el 63% han intentado suicidarse.
c) Sólo aparece en los casos con comorbilidad depresiva grave, pero no es inherente al trastorno.
d) La ideación suicida es exclusiva de la forma grave del síndrome de Münchausen y no del trastorno dismórfico.

171.- ¿Por qué se considera la enfermedad cardiovascular una enfermedad psicosomática?

a) El estrés crónico reduce la actividad inflamatoria, lo que protege al endotelio de daños vasculares.
b) El estrés crónico activa el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal y la rama simpática, favoreciendo cambios que contribuyen a daño endotelial, formación de placa de ateroma y síndromes coronarios agudos.
c) El estrés agudo es el principal factor de riesgo cardiovascular, mientras que el estrés crónico tiene efectos protectores por habituación.
d) No existe una relación entre la enfermedad cardiovascular y las enfermedades psicosomáticas.

172.- ¿Cuál es la afirmación correcta respecto a la tendencia actual respecto a las enfermedades con base puramente psicosomática?

a) La lista de enfermedades con base puramente psicosomática se amplía progresivamente a medida que se identifican nuevos mecanismos psicológicos en enfermedades crónicas.
b) La lista de enfermedades con base puramente psicosomática disminuye a medida que avanza el conocimiento médico y se descubre la etiopatogenia orgánica de dichas enfermedades.
c) Se mantiene estable, dado que los criterios diagnósticos psicosomáticos están consolidados en la CIE-11.

d) Aumenta exclusivamente en enfermedades autoinmunes, donde el componente psicológico es más relevante.

173.- ¿Qué define al trastorno facticio en contraposición a la simulación?

a) En el trastorno facticio la persona se presenta como enferma sin recompensa externa obvia, mientras que en la simulación busca un beneficio personal.
b) En el trastorno facticio la persona paciente no controla voluntariamente los síntomas, mientras que en la simulación la persona simula los síntomas.
c) El trastorno facticio cursa siempre con síntomas psicológicos, mientras que la simulación se limita a síntomas físicos.
d) El trastorno facticio es exclusivo de pacientes con trastorno de la personalidad antisocial, mientras que la simulación no tiene perfil de personalidad definido.

174.- ¿Cuál de los siguientes elementos clínicos NO corresponde a una señal de alerta para sospechar un trastorno facticio?

a) Síntomas aparatosos o exagerados e inconsistentes con los antecedentes.
b) Información biográfica confusa, vacía, incongruente e inconsistente.
c) Resistencia de la persona paciente a que se entreviste a la familia o a recabar información de profesionales previos.
d) Presencia de ganancia secundaria económica evidente y reconocida por el propio paciente.

175.- Según el modelo psicológico de la disociación BASK propuesto por Braun (1998), ¿qué elemento NO forma parte de los factores de la experiencia que pueden verse disociados en un trastorno disociativo?

a) Conducta (*Behavior*).
b) Afecto (*Affect)*.
c) Pensamiento automático (*Automatic Thought*).
d) Conocimiento (*Knowledge*).

176.- En el plan de cuidados de enfermería para trastornos disociativos ¿cuál de las siguientes intervenciones se asocia con el objetivo "el paciente/la paciente evaluará las consecuencias positivas y negativas de sus respuestas ante el autoconcepto"?

a) Identificar los factores estresantes significativos y cómo los evalúa la persona paciente.
b) Aclarar las creencias erróneas y las distorsiones cognitivas.
c) Evaluar las ventajas e inconvenientes de las respuestas de afrontamiento actuales.
d) Reforzar las virtudes, habilidades y respuestas de afrontamiento adaptativas.

177.- ¿Cuál de los siguientes es un síntoma schneideiriano de PRIMER rango (Schneider, 1946)?

a) Pensamiento sonoro.
b) Ideas súbitas delirantes.
c) Cambios depresivos o eufóricos.
d) Perplejidad.

178.- En el Dominio 4 (Seguridad) de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), en relación con la esquizofrenia, ¿cuál es la Intervención NIC indicada para manejar las ideas delirantes?

a) [06440] Manejo del delirium.
b) [06450] Manejo de las ideas delirantes.
c) [06480] Manejo ambiental.
d) [06486] Manejo ambiental: seguridad.

179.- ¿Cuál es la principal diferencia entre los antipsicóticos de primera y segunda generación en relación con sus efectos secundarios?

a) Los de segunda generación producen más efectos extrapiramidales, pero menos síndrome metabólico.
b) Los de primera generación tienen tasas menores de efectos secundarios extrapiramidales que los de segunda generación.
c) Los de segunda generación tienen tasas menores de efectos extrapiramidales, pero contribuyen a aumentar la obesidad y el síndrome metabólico.
d) Los de primera generación son los únicos que producen discinesia tardía, los de segunda no producen ningún efecto secundario significativo.

180.- En el Dominio 4 (Actividad/Reposo) de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA, ¿cuál es el diagnóstico de enfermería principal relacionado con los patrones de sueño alterados en la esquizofrenia?

a) [00407] Riesgo de patrón de sueño ineficaz.
b) [00337] Patrón de sueño ineficaz.
c) [00323] Conductas ineficaces de higiene del sueño.
d) [00417] Disposición para mejorar el patrón de sueño.

181.- ¿Cuál de los siguientes factores predice una PEOR evolución de la esquizofrenia?

a) Sexo femenino y edad de inicio tardía.
b) Sexo masculino y edad de inicio temprana.
c) Sexo femenino y conflictos familiares.
d) Sexo masculino e inicio en la adolescencia tardía.



182.- La NIC [4420] "Acuerdo sobre la conducta", incluida en el Dominio: 3 Conductual de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), se define como:

a) Negociación con una persona de un acuerdo que refuerce un cambio de una conducta específica.
b) Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridades a las estrategias de disminución de riesgos para una persona o un grupo de personas.
c) Ayudar a la persona a manejar una conducta negativa.
d) Promoción de un cambio de conducta.

183.- ¿Cuál es la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida y cuál es la incidencia anual aproximada?

a) Incidencia de 20-40/100.000/año, alrededor del 0,7% de la población general.
b) Incidencia de 20-40/100.000/año, alrededor del 2-3% de la población general.
c) Incidencia de 40-50/100.000/año, alrededor del 5% de la población general.
d) Incidencia de 40-50/100.000/año, alrededor del 10% de la población general.

184.- ¿Cuál NO corresponde a un trastorno neuropsicológico de la esquizofrenia?:

a) Déficit en la atención.
b) Alteraciones en las funciones ejecutivas (capacidad de planificación, abstracción, anticipación y resolución de problemas).
c) Alteraciones en la cognición social (capacidad de entender e interactuar con el mundo que nos rodea).
d) Pasividad e irritabilidad.

185.- Dentro de los síntomas negativos de la esquizofrenia se encuentra:

a) Trastornos formales del pensamiento.
b) Conducta extravagante o desorganizada.
c) Escaso autocuidado.
d) Catatonia.

186.- En la actualidad, a nivel mundial se está trabajando en una nueva terminología que recoja mejor el complejo trastorno que constituye la esquizofrenia. ¿Cuál NO es uno de los nuevos constructos que están surgiendo?

a) Síndrome de disregulación de la homeostasis cognitiva.
b) Síndrome de disregulación de la saliencia.
c) Trastorno por disregulación dopaminérgica.
d) Togo shitcho sho (término japonés que se refiere al síndrome de disregulación de la integración).



187.- ¿Qué síntomas nos sugieren un síndrome neuroléptico maligno, junto con la alteración del nivel de conciencia?

a) Movimientos coreicos, atetósicos o estereotipados, alteraciones autonómicas (taquicardia, hipertensión) e hipertermia.
b) Rigidez, alteraciones autonómicas (taquicardia, hipertensión) e hipertermia.
c) Contracción muscular sostenida en cuello, ojos o lengua, alteraciones autonómicas (taquicardia, hipertensión) e hipertermia.
d) Rigidez, bradicinesia y temblor, junto a alteraciones autonómicas (taquicardia, hipertensión).

188.- ¿Cuál de las siguientes características es propia del delirio paranoide y lo diferencia del delirio esquizofrénico?

a) Presenta contenidos extraños y alucinaciones frecuentes.
b) Tiene inicio agudo con importante desestructuración de la personalidad.
c) Está más sistematizado, es coherente y de aparente credibilidad, sin ruptura biográfica.
d) Incluye un componente megalomaníaco florido y fantástico no sistematizado.

189.- Respecto a las alucinaciones auditivas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Son el tipo de alucinación más frecuente en las demencias y el síndrome confusional.
b) Son un síntoma frecuente en la epilepsia del lóbulo temporal.
c) En la esquizofrenia se caracterizan por voces en tercera persona que hablan sobre la persona paciente.
d) En la esquizofrenia son menos frecuentes que las alucinaciones visuales.

190.- Una persona paciente dice sentir que los insectos se arrastran por su piel. ¿Cómo se denomina este tipo de alucinación y con qué cuadro se asocia más frecuentemente?

a) Alucinación somática; frecuente en depresión mayor.
b) Alucinación táctil (fornicación); típica del consumo de cocaína o anfetaminas.
c) Alucinación olfativa; característica del lóbulo temporal.
d) Alucinación cenestésica; frecuente en la esquizofrenia.

191.- En relación al diagnóstico enfermero "Trastorno de los Procesos de Pensamiento" de la taxonomía NANDA-I, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

a) Fue incluido en la primera edición (1973) y se retiró en la edición 2012-2014 por falta de evidencia.
b) Se reincorporó en la edición 2021-2023 tras una exhaustiva investigación y validación por un panel de personas expertas.
c) Actualmente se denomina "Procesos de pensamiento alterados".

d) Permanece vigente sin modificaciones desde la primera edición de 1973 hasta la actualidad.

192.- ¿Cuál de las siguientes NO se incluye dentro de las actividades de enfermería para fomentar la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de una persona paciente que experimenta delirios?

a) Evitar discutir sobre las creencias falsas.
b) Centrar la conversación en los sentimientos subyacentes, en vez del contenido de la idea delirante.
c) Responder a los delirios con declaraciones tranquilas, claras y realistas.
d) Involucrar a la persona paciente en actividades concretas "aquí y ahora" (actividades de la vida diaria), centradas en algo externo a sí misma, concretas y orientadas a la realidad.

193.- Al hablar de un estado de ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, con tendencia a la desinhibición, nos estamos refiriendo a:

a) Estado de ánimo elevado.
b) Estado de ánimo irritable.
c) Estado de ánimo expansivo.
d) Estado de ánimo disfórico.

194.- El afecto restringido es aquel que se refiere a:

a) La reducción de la gama e intensidad de la expresión emocional.
b) La ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.
c) La reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.
d) La discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o las ideas de la persona.

195.- ¿Cuál de los siguientes términos se refiere a los cambios rápidos del estado emocional, en general independientes de estímulos causales externos?

a) Paratimia.
b) Labilidad emocional.
c) Ansiedad.
d) Tristeza patológica.

196.- ¿Por término medio, en qué porcentaje afecta el trastorno depresivo mayor a la población mundial?

a) 2 %.
b) 6 %.
c) 1,5 %.
d) 3,5 %.



197.- Sobre los factores etiopatogénicos de la depresión, señale la INCORRECTA:

a) Dentro de los factores neuroendocrinos la depresión con rasgos melancólicos es causada por elevados niveles plasmáticos de cortisol.
b) El tratamiento con glucocorticoides sintéticos se correlaciona con un mayor riesgo de depresión.
c) Las personas con familiares de primer grado con trastorno depresivo enfrentan un riesgo de desarrollar este mismo trastorno tres veces mayor.
d) La hipótesis monoaminérgica afirma que la depresión es causada por la elevación de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina.

198.- Según las teorías cognitivas, más concretamente, Beck (1964) definió la triada cognitiva que consiste en:

a) Situaciones vitales estresantes, indefensión aprendida por exposición a estímulos aversivos e inevitables y frustración permanente.
b) Pérdida del objeto amado, posición deprimida por ideas de haber destruido a otra persona querida y vínculo ansioso ante la pérdida del objeto amado.
c) Visión negativa de la persona hacia sí misma, visión del entorno como hostil y exigente, y visión de futuro con expectativas de fracaso y sufrimiento.
d) Situaciones vitales estresantes, cambios en la biología cerebral y pérdida de autoestima y pasividad.

199.- ¿Qué tipo de alucinaciones son más predominantes en una persona con depresión?

a) Alucinaciones auditivas.
b) Alucinaciones visuales.
c) Alucinaciones olfatorias.
d) Alucinaciones táctiles.

200.- ¿Cuál de los siguientes síntomas es característicos de la depresión melancólica?

a) Empeoramiento vespertino.
b) Alteración psicomotora observable.
c) Aumento marcado de peso.
d) Reactividad al humor.

201.- Respecto a la epidemiología del trastorno bipolar señale la CORRECTA:

a) La ciclotimia podría afectar al 1, 6 % de la población.
b) Los trastornos bipolares son ligeramente más frecuentes en el sexo masculino.
c) El trastorno bipolar tipo I podría afectar al 1,6 % de la población.
d) La aparición de los trastornos bipolares suele darse habitualmente en la adolescencia temprana.



202.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA sobre la etiopatogenia de los trastornos bipolares?

a) Se ha descrito un patrón estacional en el trastorno bipolar en el cual se observa un pico de fases maníacas en verano.
b) La heredabilidad del trastorno bipolar se sitúa en torno al 85 %.
c) El trastorno bipolar I correlaciona genéticamente más con depresión unipolar y el bipolar II con la esquizofrenia.
d) En la manía existe una concentración aumentada de noradrenalina en el LCR.

203.- ¿Cuál de los siguientes síntomas se da en la depresión bipolar a diferencia de la unipolar?

a) Predominio de ansiedad sobre la inhibición psicomotriz.
b) Predominio del insomnio sobre la hipersomnia.
c) Mayor incidencia de anorexia y pérdida de peso.
d) Predominio de la apatía sobre la tristeza.

204.- ¿Cuándo diríamos que el trastorno bipolar es de ciclos rápidos?

a) Cuando se dan al menos cuatro episodios en los doce meses anteriores.
b) Cuando se dan al menos tres episodios en los doce meses anteriores.
c) Cuando se dan al menos seis episodios en los doce meses anteriores.
d) Cuando se dan al menos dos episodios en los doce meses anteriores.

205.- ¿De qué estamos hablando cuando hacemos referencia al trastorno que se caracteriza por la alteración crónica del estado de ánimo (al menos 2 años) con numerosos períodos de sintomatología hipomaníaca y depresiva?

a) Trastorno esquizoafectivo.
b) Ciclotimia.
c) Trastorno bipolar tipo I.
d) Trastorno bipolar tipo II.

206.- ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de mal pronóstico del trastorno bipolar?

a) Presencia de ciclos rápidos.
b) Abuso de sustancia psicótropas.
c) Presencia de sintomatología depresiva.
d) Inicio tardío de la enfermedad.

207.- ¿En qué consiste la inferencia arbitraria?

a) En llegar a una conclusión negativa a partir de un detalle, ignorando otras características.
b) En elaborar una regla a partir de datos insuficientes.

c) En adelantar una conclusión negativa aún en ausencia de datos.
d) En atribuir lo negativo a la propia persona, a si misma, en vez de a circunstancias externas.

208.- ¿Cuándo existe mayor riesgo de suicidio en la depresión?

a) Los meses posteriores a un alta hospitalaria.
b) En las fases iniciales de la enfermedad.
c) Cuando la depresión se asocia a ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol.
d) a), b) y c) son correctas.

209.- En relación con los trastornos de personalidad, señale la CORRECTA:

a) Aquellos trastornos agrupados en el clúster A están relacionados con la ansiedad.
b) Para el diagnóstico de un trastorno de personalidad se utilizan criterios de áreas como la afectividad, el control de impulsos, el funcionamiento interpersonal y la cognición.
c) En los trastornos del clúster C es característica su inflexibilidad y capacidad de adaptación a diferentes contextos y situaciones.
d) El clúster B está formado por trastornos como el evitativo, el histriónico o límite.

210.- Una persona diagnosticada de trastorno paranoide de la personalidad presentará estas características EXCEPTO una:

a) Desconfianza en los demás.
b) Interpretación de conductas o gestos como dañinas u ofensivas hacia su persona.
c) Tendencia a reaccionar con agresividad.
d) Indiferencia hacia las relaciones sociales.

211.- ¿Cuáles son las principales características del trastorno límite de la personalidad?

a) Patrón general de inestabilidad en la regulación emocional, las relaciones interpersonales, la autoimagen y el control de impulsos.
b) Conductas impulsivas con predisposición a actuar sin tener en cuenta las consecuencias y sin posterior arrepentimiento o autorreproche.
c) Son personas egoístas, presumidas y carentes de empatía.
d) Destacan por su frialdad, insensibilidad y falta de miedo.

212.- Las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, señala la CORRECTA:

a) Son capaces de delegar tareas en otras personas con facilidad.
b) Tienen facilidad para adaptarse a los cambios de última hora y la incertidumbre.
c) Son autoexigentes y exigentes con los demás.

d) Pueden recurrir a comprobaciones y repeticiones, pero, al final consiguen una adecuada sensación de seguridad.

213.- Sobre la etiología de los trastornos de personalidad, señale la INCORRECTA:

a) La conducta anormal se forma y se desarrolla de acuerdo a los mismos mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal, pero, las diferencias individuales como la biología o el ambiente pueden resultar determinantes.
b) Todas las formas de lesión neurológica aumentan la incidencia y gravedad de los trastornos de personalidad.
c) En el caso del trastorno antisocial de la personalidad, la descendencia biológica de progenitores con este trastorno tienen menor riesgo de desarrollarlo en la edad adulta si no han sido criados por ellos.
d) La prevalencia de los trastornos de personalidad es mayor en entornos marginales.

214.- La personalidad histriónica destaca por, señale la CORRECTA:

a) La teatralidad.
b) La introversión.
c) Su escasa manipulación.
d) La tasa elevada de suicidio.

215.- En el tratamiento de los trastornos de personalidad del grupo B, señale la CORRECTA:

a) La psicoterapia no ha demostrado efectividad en los trastornos límites de la personalidad.
b) Se pueden utilizar psicofármacos como antidepresivos, anticonvulsivantes y psicoestimulantes en pequeñas dosis si se prevé que las personas con trastorno límite no se beneficiarán de psicoterapia.
c) La adherencia al tratamiento farmacológico suele ser elevada en personas con trastorno de personalidad histriónico.
d) Las personas con trastorno esquizotípico responden bien a pequeñas dosis de medicación neuroléptica.

216.- ¿Qué factor biológico de los que se presentan a continuación puede estar relacionado con el desarrollo de trastornos de personalidad?

a) Una educación rígida.
b) El ego deficiente o inmaduro.
c) Conductas de recompensa ante una rabieta.
d) Elevada concentración de hormonas como la testosterona, 17-estradiol y estrona.

217.- ¿Cuál de los siguientes trastornos de personalidad NO corresponde al grupo o clúster B?

a) Trastorno narcisista de la personalidad.
b) Trastorno esquizoide de la personalidad.



c) Trastorno límite de la personalidad.
d) Trastorno antisocial de la personalidad.

218.- De todos los tipos de trastornos de personalidad, ¿cuál es el más prevalente?

a) Trastorno límite de la personalidad.
b) Trastorno histriónico de la personalidad.
c) Trastorno dependiente de la personalidad.
d) Trastorno paranoide de la personalidad.

219.- ¿Con cuál de las siguientes situaciones pueden presentar comorbilidad los trastornos de personalidad?

a) Abuso de sustancias.
b) Abusos sexuales.
c) Trastornos de alimentación.
d) a), b) y c) son situaciones que pueden presentar comorbilidad con los trastornos de personalidad.

220.- ¿Cuál de los siguientes trastornos de personalidad es más prevalente entre el género masculino?

a) Trastorno por evitación.
b) Trastorno obsesivo-compulsivo.
c) Trastorno límite.
d) Trastorno por dependencia.

221.- Si nos encontramos ante una persona diagnosticada de un trastorno de personalidad que no tiene adherencia al tratamiento, ¿cuál sería la actividad de enfermería más adecuada?

a) Que el equipo de salud establezca los objetivos para la persona independientemente de sus recursos o habilidades.
b) Imponer aquellas conductas que debe cambiar.
c) Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.
d) Formar parte de un grupo de educación para la salud no sería adecuado.

222.- Ante una persona con trastorno límite de la personalidad que manifiesta un alto grado de impulsividad, ¿qué diagnóstico de enfermería sería más adecuado?

a) Patrón de sueño ineficaz.
b) Riesgo de conducta autolesiva suicida.
c) Deterioro del confort físico.
d) Alfabetización en salud inadecuada.



223.- Para los trastornos de personalidad en el dominio rol/relaciones, ¿qué diagnóstico sería más adecuado?

a) Deterioro de la interacción social.
b) Deterioro en la toma de decisiones.
c) Control de impulsos ineficaz.
d) Proceso de pensamiento alterados.

224.- ¿Con qué característica identificaría a una persona con trastorno de personalidad esquizoide?

a) Desapego por las relaciones sociales.
b) Intentos por agradar a las demás personas.
c) Mantener relaciones estrechas con sus familiares.
d) Malestar por la soledad.

225.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el diagnóstico de trastorno por atracón es CORRECTA?

a) Episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana durante 2 meses.
b) Episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios recurrentes.
c) Episodios recurrentes de atracones y alteración en la forma que la persona percibe su peso.
d) Episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

226.- La anorexia nerviosa se caracteriza por:

a) La anorexia nerviosa de tipo restrictivo leve se caracteriza por presentar de 1 a 3 episodios de atracones o purgas semanales.
b) En la anorexia nerviosa existe un claro reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.
c) En la anorexia nerviosa grave el IMC está entre 15-15,99 kg/m2.
d) La severidad de la anorexia nerviosa se basa en el número de comportamientos compensatorios semanales.

227.- De las siguientes afirmaciones señales la INCORRECTA:

a) En el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica el peso presenta valores normales o superiores al estándar.
b) En el diagnóstico de síndrome de ingestión nocturna de alimentos la persona presenta episodios recurrentes de ingestión de alimentos nocturna a causa de un trastorno cognitivo o médico.
c) En el diagnóstico de trastorno por atracón de frecuencia baja se dan todos los criterios de trastorno de atracón, pero los episodios ocurren menos de una vez a la semana.
d) En el diagnóstico de trastorno por purgas no existen atracones.

228.- Al trastorno en el cual la persona regurgita los alimentos para volver a masticarlo, tragarlo o escupirlo se le denomina:

a) Pica.
b) Trastorno de rumiación.
c) Trastorno de regurgitación.
d) Purga.

229.- Una de las siguientes características NO forma parte del trastorno de evitación o restricción de la ingestión de alimentos:

a) Interés por comer.
b) Evitación de alimentos por sus características.
c) Preocupación por las consecuencias repulsivas de comer.
d) Puede asociarse a pérdida de peso significativa.

230.- ¿Cuál es el continente con tasas más altas de trastornos de la conducta alimentaria?

a) América.
b) Asia.
c) Europa.
d) África.

231.- En relación a la prevalencia a nivel global y a lo largo de la vida de los trastornos de alimentación, señale la CORRECTA:

a) La prevalencia de la bulimia nerviosa se sitúa entre el 0,1 % y el 1,3 % en mujeres.
b) La prevalencia de la bulimia nerviosa se sitúa entre el 0,3 % y el 4,6 % en hombres.
c) La prevalencia de la anorexia nerviosa se sitúa entre el 0,1 % y el 3,6 % en mujeres.
d) La prevalencia del trastorno por atracón se sitúa entre el 0,3 % y el 2 % en mujeres.

232.- El cuanto al nivel del neurodesarrollo, sobre las personas con bulimia nerviosa diremos lo siguiente:

a) Presentan una disminución de la actividad de la amígdala, lo que indica que la recompensa relacionada con la comida estaría disminuida.
b) Presentan una elevada actividad en sistemas asociados al control cognitivo.
c) Presentan una potencial incapacidad de respuesta ante estímulos alimentarios y la sensación de hambre.
d) Presentan hiperactividad de las áreas emocionales con mayor capacidad de respuesta interoceptiva.

233.- ¿Qué característica de la personalidad se asocia con el trastorno por atracón?

a) Baja dependencia a la recompensa.
b) Bajos niveles de impulsividad.



c) Buena tolerancia a la frustración.
d) Búsqueda de sensaciones.

234.- ¿Cuál de los siguientes es un cuestionario para el cribado de los trastornos de conducta alimentaria?

a) SCOFF.
b) EAT-40.
c) IPAQ.
d) BSA.

235.- ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria es INCORRECTO?

a) Factores genéticos.
b) Factores neurobiológicos como el control inhibitorio.
c) Factores sociales como la regulación emocional.
d) Factores psicológicos como las características de la personalidad.

236.- ¿Qué modalidad de tratamiento estaría indicada en los trastornos de conducta alimentaria?

a) A mayor intensidad y duración de los síntomas, tratamientos menos invasivos que permitan centrarse también en la sintomatología nuclear no alimentaria.
b) A menor intensidad y duración de los síntomas, tratamientos que se centren más en la sintomatología alimentaria nuclear.
c) A mayor intensidad y duración de los síntomas, mayor necesidad de abordajes terapéuticos controlados como hospital de día o ingreso.
d) A mayor intensidad y duración de los síntomas, mayor necesidad de abordajes unidireccionales centrados en las decisiones de las personas especialistas.

237.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos está indicado en anorexia nerviosa?

a) Terapia cognitivo-conductual mejorada.
b) Terapia familiar.
c) Terapia focal psicodinámica.
d) a), b) y c) son correctas.

238.- La siguiente definición; episodios recurrentes de ingestión en un periodo determinado de tiempo de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo de tiempo y circunstancias parecidas, se refiere a:

a) Purgas.
b) Atracones.
c) Pica.
d) Control de impulsos.

239.- En una persona con anorexia nerviosa, ¿qué diagnóstico de enfermería sería más adecuado en el dominio de autopercepción?

a) Identidad personal.
b) Imagen corporal alterada.
c) Autocontrol del pensamiento distorsionado.
d) Mejora de autoestima.

240.- Una de las actividades o procedimientos en los trastornos de conducta alimentaria dentro del plan de cuidados puede ser la exposición alimentaria; a la hora de aplicarla se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) Fomentar la normalización alimentaria, promover conductas de tolerancia y manejo de la ansiedad efectivas.
b) La exposición a alimentos ansiógenos (aquellos con alto valor calórico) debe evitarse en la recuperación de los trastornos alimentarios.
c) Las funciones del personal de enfermería en este tipo de procedimiento consisten en dejar a la persona ante los alimentos ansiógenos sin interaccionar con ella durante ese tiempo.
d) La exposición a los alimentos se hará sin establecer límite de tiempo, se valorará cuando interrumpirla en función de la respuesta de la persona paciente.

241.- Cuando nuestro objetivo sólo es determinar si existe un consumo de riesgo de alcohol en una persona, el instrumento a utilizar será:

a) DAST-10.
b) CAST.
c) AUDIT-C.
d) FAGESTRÖM.

242.- Cuando en adicciones hablamos sobre la acción reforzante negativa, nos estamos refiriendo a:

a) La necesidad de consumir una sustancia para evitar la sintomatología que produce la abstinencia.
b) Los efectos inmediatos agradables y placenteros producidos por una determinada experiencia con una sustancia psicoactiva.
c) Estado de intoxicación periódica o crónica originado por el consumo repetido de una sustancia psicoactiva.
d) Efectos nocivos para la persona y la sociedad.

243.- De los siguientes, uno NO es un trastorno inducido por el alcohol:

a) Encefalopatía de Wernicke.
b) Delirium tremens.
c) La tolerancia.
d) Síndrome de Korsakoff.

244.- El síndrome de Korsakoff se debe a:

a) Acumulación de proteínas TAU.
b) Un déficit de tiamina.
c) Formación de ovillos neurofibrilares.
d) Disminución del flujo sanguíneo al cerebro.

245.- El cannabis se considera una sustancia:

a) Depresora del sistema nervioso central.
b) Estimulante del sistema nervioso central.
c) Alucinógena.
d) Cumple criterios de más de una.

246.- ¿Cuál de las siguientes sustancias NO es un opiáceo?

a) La codeína.
b) La metadona.
c) La buprenorfina.
d) La fenciclidina.

247.- ¿Qué aspectos pueden asegurar el éxito en el mantenimiento de la abstinencia?

a) Planificar objetivos realistas a corto y medio plazo.
b) Evitar lugares y personas relacionadas con el consumo.
c) Trabajar la prevención de recaídas.
d) a), b) y c) son ciertas.

248.- En relación con la definición de craving una NO es correcta:

a) La vuelta al consumo de la sustancia que era previamente objeto de dependencia, después de un periodo de meses o años, en el que no había existido consumo.
b) Pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia, que debido a su intensidad y naturaleza pueden provocar que la persona reincida en el consumo, incluso después de varios años de abstinencia.
c) Deseo intenso de consumo de sustancias para experimentar sus efectos e implica una anticipación de consecuencias gratificantes y una tendencia conductual de aproximación y búsqueda de esa gratificación.
d) Es un estado motivacional subjetivo, que subyace debajo de la conducta de búsqueda, adquisición y consumo de sustancias.

249.- En una intoxicación aguda por opiáceos encontraremos los siguientes síntomas, señale la INCORRECTA:

a) Somnolencia.
b) Midriasis.
c) Frecuencia cardíaca elevada.

d) Pulso débil.

250.- En la valoración de una persona con una adicción es importante conocer en qué fase de cambio se encuentra y cuál es la intervención de enfermería adecuada. Señale qué intervención es CORRECTA en función de la situación de la persona:

a) La persona se encuentra en fase de contemplación. El personal de enfermería enfocará su intervención hacia el refuerzo de los logros conseguidos.
b) La persona se encuentra en fase de precontemplación. El personal de enfermería enfocará su intervención hacia posibles soluciones al problema.
c) La persona se encuentra en fase contemplación. El personal de enfermería enfocará su intervención a explorar ventajas e inconvenientes del cambio.
d) La persona se encuentra en fase de determinación. El personal de enfermería enfocará su intervención hacia la exploración de lo que la persona consideraría un consumo problemático.

251.- La siguiente definición "Cuadro caracterizado por astenia, apatía, falta de interés por prácticamente todo lo que no sea conseguir el tóxico, reducción generalizada de cualquier actividad y déficit en las funciones psíquicas básicas" pertenece a uno de los siguientes términos, elija el CORRECTO:

a) Síndrome de abstinencia.
b) Dependencia psíquica.
c) Síndrome amotivacional.
d) Craving.

252.- ¿Cuál de las siguientes definiciones hace referencia al nivel de prevención indicada?

a) Nivel de prevención cuyo objetivo es reducir los riesgos en personas altamente vulnerables evitando los consumos problemáticos.
b) Nivel de prevención cuyo objetivo es reducir los riesgos fomentando actitudes responsables ante los consumos de sustancias de abuso en colectivos y grupos vulnerables.
c) Nivel de prevención cuyo objetivo es reducir los riesgos mitigando los daños en personas con drogodependencias.
d) Nivel de prevención cuyo objetivo es potenciar los factores de protección ante los consumos de sustancias de abuso fomentando actividades y hábitos saludables.

253.- El proceso con el que se pretende que la persona con una adicción logre que desaparezcan el síndrome de abstinencia tardío y el de abstinencia condicionado, mientras aprende estrategias terapéuticas para enfrentarse, con posibilidad de éxito, a factores adversos internos y externos y que normalmente tenderían a abocarle a un nuevo consumo de tóxicos, se denomina:

a) Desintoxicación.
b) Rehabilitación.



c) Reinserción.
d) Deshabituación.

254.- Las intervenciones de enfermería en materia de prevención secundaria en adicciones pretenden:

a) Impedir la aparición de problemas derivados del consumo o uso de sustancias, reducir las incidencias y disminuir la cantidad y calidad de los factores de riesgo.
b) Identificar a personas que tienen un consumo de riesgo y generar un clima apropiado de relación.
c) Implementar medidas encaminadas al tratamiento de la persona enferma.
d) Promover acciones que escapan a lo estrictamente sanitario.

255.- En el contexto de una persona con dependencia al alcohol que acaba de ingresar y presenta niveles moderados de ansiedad, ¿qué diagnóstico es más apropiado para el dominio afrontamiento/tolerancia al estrés?

a) Ansiedad excesiva.
b) Sufrimiento moral.
c) Riesgo de conducta autolesiva no suicida.
d) Riesgo de intento de fuga.

256.- En una persona con dependencia a una sustancia psicoactiva y que no sigue las indicaciones de tratamiento que le hacen recaer, ¿qué diagnóstico es más adecuado en el dominio promoción de la salud?

a) Riesgo de autogestión ineficaz de la salud.
b) Control de impulsos ineficaz.
c) Duelo desadaptativo.
d) Autogestión ineficaz de la salud.

257.- Según el DSM-5, ¿cuál es la diferencia funcional clave entre el trastorno neurocognitivo menor y el mayor (demencia)?

a) En el mayor se afectan al menos dos dominios cognitivos, mientras que en el menor solo uno.
b) En el menor los déficits cognitivos no interfieren en la autonomía para las actividades cotidianas, mientras que en el mayor sí lo hacen.
c) El mayor se diagnostica exclusivamente por pruebas neuropsicológicas, el menor solo por anamnesis.
d) En el mayor siempre se afecta la memoria, en el menor nunca.

258.- En la evaluación neuropsicológica del trastorno neurocognitivo menor (DSM-5), ¿a cuántas desviaciones estándar por debajo de la media normativa debe caer el rendimiento para cumplir el criterio objetivo?

a) 1 desviación estándar (percentil 16).



b) Entre 1 y 2 desviaciones estándar (percentiles 3-16).
c) Más de 2 desviaciones estándar (percentil 3).
d) 3 o más desviaciones estándar (percentil 0,1).

259.- En la enfermedad de Alzheimer (EA), ¿cuál es la etapa caracterizada por la acumulación de placas amiloides al menos 20 años antes del inicio de los síntomas?

a) Etapa prodrómica.
b) Etapa preclínica.
c) Deterioro cognitivo leve.
d) Trastorno neurocognitivo menor.

260.- ¿Cuál de las siguientes herramientas de cribado cognitivo es MÁS sensible para detectar deterioro cognitivo leve con disfunción ejecutiva?

a) Miniexamen Cognoscitivo (MEC).
b) Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).
c) Clinical Dementia Rating Scale (CDR).
d) Global Deterioration Scale (GDS).

261.- La demencia frontotemporal variante conductual (DFTvc) se caracteriza principalmente por:

a) Pérdida precoz de memoria episódica y desorientación temporo-espacial.
b) Cambios en la personalidad, desinhibición y disfunción ejecutiva con relativa preservación de la memoria.
c) Alucinaciones visuales vívidas fluctuantes y parkinsonismo.
d) Inicio brusco con déficits neurológicos focales y patrón escalonado.

262.- Respecto a la apatía en la demencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Es el síntoma neuropsiquiátrico más frecuente, con prevalencia estimada del 17-84%.
b) Se asocia a peor calidad de vida y curso más acelerado.
c) Suele aparecer desde las fases iniciales de cualquier tipo de demencia.
d) Es más frecuente en las formas de demencia con afectación ejecutiva prominente.

263.- La demencia frontotemporal (DFT) constituye la segunda causa de demencia degenerativa en menores de 65 años. ¿Cuál es su supervivencia media tras el inicio de los síntomas?

a) 2-4 años.
b) 7-9 años.
c) 10-12 años.
d) Más de 15 años.



264.- Según los datos epidemiológicos, ¿cuál es la causa más frecuente de demencia?

a) Demencia vascular.
b) Demencia con cuerpos de Lewy.
c) Enfermedad de Alzheimer.
d) Demencia frontotemporal.

265.- En la demencia tipo Alzheimer, según el DSM-IV, ¿cuál de los siguientes síntomas se define como el deterioro de la capacidad de ejercer actividades motoras a pesar de que la función motora y sensorial están intactas?

a) Afasia.
b) Agnosia.
c) Apraxia.
d) Amnesia.

266.- Durante la valoración del Dominio 1 (Promoción de la salud), ¿cuál de las siguientes manifestaciones NO es característica de la fase 1 de la enfermedad de Alzheimer?

a) Existencia de egocentrismo creciente.
b) Labilidad emocional con reacciones catastróficas.
c) Conducta incongruente y antisocial.
d) No tiene conciencia de enfermedad.

267.- En el contexto de la valoración de paciente con Alzheimer, ¿a partir de qué fase podríamos encontrar en el Dominio 3 (Eliminación e intercambio) una incontinencia urinaria y/o fecal?

a) Desde la fase inicial.
b) A partir de la fase 2.
c) Solo en la fase 3.
d) Puede aparecer en cualquier fase.

268.- Con respecto al Dominio 9 (Afrontamiento/tolerancia al estrés), ¿cuál NO sería una alteración en este dominio en el contexto de los trastornos neurocognitivos?

a) La persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
b) Recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar sus problemas.
c) Ante cambios difíciles de la vida la persona no es capaz de afrontarlos de manera efectiva.
d) Conductas inefectivas de duelo.



269.- ¿En qué fase de la demencia tipo Alzhéimer aparece por primera vez el diagnóstico de enfermería 00401 "Riesgo de excesiva carga de cuidados"?

a) Desde la fase 1.
b) A partir de la fase 2.
c) Sólo en la fase 3.
d) En ninguna de las fases.

270.- Con respecto al Dominio 7 (Rol/relaciones), ¿cuál de los siguientes diagnósticos NO pertenece a ese dominio en el contexto de los trastornos neurocognitivos?

a) [00401] "Riesgo de excesiva carga de cuidados".
b) [00388] "Deterioro de los procesos familiares".
c) [00387] Conflicto excesivo del rol parental.
d) [00389] Patrones de interacción familiar alterados.

271.- ¿Cuál de las siguientes características define mejor el estado de delirium frente a otros estados alterados de conciencia?

a) Es un estado de falta de respuesta profunda y prolongada del que solo se puede salir mediante estimulación vigorosa.
b) Consiste en una alteración de la conciencia y la función cognoscitiva de aparición brusca, carácter fluctuante y generalmente reversible.
c) Se caracteriza por pensamiento enlentecido, cansancio y escasa respuesta a los estímulos verbales de la persona entrevistadora.
d) Cursa con desorientación permanente e irreversible en tiempo y espacio, sin variaciones a lo largo del día.

272.- Según los síntomas generales precoces de los estados de confusión, estupor y delirium, ¿cuál de los siguientes hallazgos es ESPECÍFICO del estado de confusión?

a) Desorientación parcial o completa en tiempo y espacio.
b) Lenguaje inapropiado o incomprensible.
c) Reflejo oculocefálico preservado.
d) Parpadeo parcial ante la amenaza.

273.- Según los criterios diagnósticos del DSM-5 y la ICSD-3 (Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño), para que el insomnio sea diagnosticado como crónico, el problema de sueño debe persistir con una frecuencia de:

a) Más de 2 semanas al menos cinco veces a la semana.
b) Más de 1 mes al menos dos veces a la semana.
c) Más de 3 meses al menos tres veces a la semana.
d) Más de 6 meses al menos una vez a la semana.

274.- En el modelo heurístico explicativo del insomnio conocido como "las 3 P", los factores perpetuantes hacen referencia a:

a) Antecedentes familiares y predisposición genética al insomnio.
b) Factores médicos, ambientales o psicosociales que desencadenan el problema.
c) Conductas y creencias que generan un círculo vicioso de alteración del sueño.
d) Características temperamentales como la emocionalidad y la internalización de emociones.

275.- Respecto al tratamiento del insomnio crónico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA con respecto a la psicoterapia cognitivo-conductual dirigida al insomnio (TCC-I)?

a) La TCC-I sola ha demostrado eficacia solo en personas pacientes adultas jóvenes sin comorbilidad.
b) La TCC-I sola no ha demostrado ser eficaz en el insomnio asociado a enfermedades psiquiátricas.
c) La respuesta a la TCC-I se sitúa entre el 50-60% de los casos.
d) Los efectos de la TCC-I durante 6-10 semanas son comparables a los hipnóticos y se mantienen hasta los 3 años de seguimiento.

276.- La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) incluye varias técnicas. ¿Cuál de las siguientes NO forma parte de sus componentes específicos?

a) Técnicas de control de estímulos.
b) Terapia de extensión del tiempo en cama (Bed time extension therapy).
c) Técnicas de relajación.
d) Terapia cognitiva para identificar y reemplazar creencias disfuncionales con respecto al sueño.

277.- Sobre las benzodiazepinas (BZD) en el tratamiento del insomnio, ¿qué afirmación es INCORRECTA?

a) Están especialmente indicadas en el insomnio agudo o situacional.
b) La interrupción del tratamiento debe hacerse de manera progresiva para evitar el insomnio de rebote y los síntomas de abstinencia.
c) Están contraindicadas en la apnea de sueño y la insuficiencia respiratoria.
d) Su uso prolongado está recomendado como tratamiento de mantenimiento en el insomnio crónico.

278.- El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se considera patológico cuando el Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) es:

a) Mayor de 2 eventos respiratorios por hora de sueño.
b) Mayor de 5 eventos respiratorios por hora de sueño.
c) Mayor de 10 eventos respiratorios por hora de sueño.
d) Mayor de 15 eventos respiratorios por hora de sueño.



279.- En el trastorno de la conducta durante el sueño REM (TCSR), ¿con cuál de las siguientes entidades se ha demostrado una fuerte asociación?

a) Condiciones neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy y la atrofia sistémica múltiple.
b) Trastorno bipolar y la depresión mayor.
c) Exclusivamente con el consumo crónico de benzodiacepinas.
d) Trastorno de ansiedad generalizada y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

280.- En la evaluación del insomnio, el diagnóstico se basa principalmente en:

a) Los síntomas referidos por la persona paciente.
b) La escala de somnolencia de Epworth con puntuaciones superiores a 10.
c) Los hallazgos de la polisomnografía.
d) La actigrafía de al menos 4 semanas de duración.

281.- El tratamiento con antidepresivos se asocia tanto con insomnio como con somnolencia. ¿Cuál de los siguientes antidepresivos ha sido el único que ha demostrado menor probabilidad de inducir insomnio que el placebo?

a) Agomelatina.
b) Venlafaxina.
c) Bupropión.
d) Mirtazapina.

282.- En el trastorno bipolar (TB), ¿cuál es la alteración del sueño que con mayor especificidad anticipa el inicio de un episodio maníaco?

a) Hipersomnia de más de 10 horas diarias.
b) Reducción de la necesidad de dormir, presente entre 1 y 8 meses antes del episodio.
c) Pesadillas de contenido violento de aparición brusca.
d) Insomnio de mantenimiento con múltiples despertares nocturnos.

283.- En los trastornos de ansiedad, ¿qué hallazgo del estudio de polisomnografía (PSG) diferencia específicamente a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) del resto de trastornos de ansiedad?

a) Tiempo total de sueño más corto, mayor tiempo de conciliación y no alteración de la continuidad del sueño.
b) Tiempo total de sueño más largo, menor tiempo de conciliación y no alteración de la continuidad del sueño.
c) Tiempo total de sueño más corto, mayor tiempo de conciliación y alteración de la continuidad del sueño.
d) Tiempo total de sueño más largo, menor tiempo de conciliación y alteración de la continuidad del sueño.

284.- Respecto al uso de antipsicóticos y su efecto sobre el sueño, ¿qué afirmación es CORRECTA?

a) Los antipsicóticos, en general, disminuyen la latencia de sueño, aumentan el tiempo total de sueño y el sueño de ondas lentas.
b) Los antipsicóticos, en general, aumentan la latencia de sueño y disminuyen el tiempo total.
c) Los antipsicóticos típicos aumentan la latencia de sueño y disminuyen el tiempo total.
d) Los antipsicóticos atípicos disminuyen la latencia de sueño y aumentan el tiempo total.

285.- ¿Con qué se ha asociado la presencia de problemas de sueño en el contexto de la esquizofrenia?

a) La presencia de problemas de sueño se asocia con una probabilidad dos veces mayor de presentar síntomas negativos.
b) La presencia de problemas de sueño se asocia solamente con los síntomas positivos de la esquizofrenia.
c) Los problemas de sueño en la esquizofrenia solo aparecen durante las fases de reagudización y no en períodos de estabilidad.
d) No se ha demostrado relación entre la esquizofrenia y la presencia de problemas de sueño.

286.- ¿Cuál de las siguientes NO es una intervención de enfermería (NIC) relacionada con el diagnóstico NANDA [00337] Patrón de sueño ineficaz?

a) [1850] Mejora del sueño.
b) [5230] Mejora del afrontamiento.
c) [5820] Disminución de la ansiedad.
d) [1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado.

287.- Al administrar fármacos ansiolíticos o hipnóticos para los trastornos del sueño hay que tener en cuenta una serie de precauciones en situaciones clínicas específicas, ¿cuál de los siguientes enunciados es INCORRECTO?

a) La cimetidina aumenta la eliminación de diazepam y alprazolam.
b) Se evitará el uso de alprazolam en pacientes con enfermedades pulmonares graves.
c) Los betabloqueantes pueden reducir los efectos de la insulina y de los fármacos antidiabéticos orales.
d) En pacientes con tratamiento anticoagulante, los tiempos de protrombina pueden variar.

288.- La terapia de control de estímulos es una intervención para el tratamiento no farmacológico del insomnio. Dentro de las recomendaciones que daremos si la persona lleva más de 20 minutos en cama sin dormir, se incluirá:

a) Tomar el fármaco ansiolítico prescrito para facilitar el sueño.

b) Permanecer en cama en posición de relajación hasta quedarse dormido.
c) Salir de la habitación y realizar actividades relajantes en otra estancia hasta sentir somnolencia.
d) Para evitar que ocurra, se recomienda fijar una hora para ir a dormir, con independencia de que la persona esté somnolienta o no.

289.- Respecto a la tricotilomanía, señale la respuesta CORRECTA:

a) Afecta a hombres y mujeres en una proporción de 10:1 respectivamente.
b) Es un trastorno que no afecta al malestar o funcionalidad de las personas que lo padecen.
c) Todas las zonas pilosas pueden verse afectadas, aunque afecta con especial frecuencia cuero cabelludo, seguido por las cejas o pestañas.
d) Una vez realizada la acción de arrancamiento del pelo no existe sensación de bienestar o gratificación.

290.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los impulsos es INCORRECTA?

a) Es una reacción provocada por un estímulo que motiva a comportarse de una manera determinada con muy poco o ningún control consciente.
b) En el trastorno del control de impulsos la persona experimenta una sensación de tensión y malestar para resistir un impulso que se alivia con el acto. Tras este nunca existe arrepentimiento.
c) Cuando no existe un control sobre el impulso, la persona se ve incapaz de no realizar lo que desea independientemente de las consecuencias.
d) En el trastorno del control de impulsos existe un fracaso en el intento de resistirse a conseguir un deseo o realizar una determinada acción.

291.- ¿Cómo interviene la dopamina en el control de impulsos?

a) Induce a una disminución de la impulsividad motora.
b) Aumenta las elecciones impulsivas.
c) Induce a un aumento de la impulsividad motora.
d) No interviene en el mecanismo de la impulsividad.

292.- ¿Cuál de los siguientes trastornos NO es un trastorno del control de impulsos?

a) Trastorno explosivo intermitente.
b) Piromanía.
c) Juego patológico.
d) Narcolepsia.

293.- ¿Qué síntomas físicos pueden acompañar a los episodios de agresividad en el trastorno explosivo intermitente?

a) Temblores, hormigueo, palpitaciones y opresión en el pecho.
b) Palpitaciones, hormigueo, pensamiento acelerado y rabia.



c) Pensamiento acelerado, temblores, rabia y palpitaciones.
d) Opresión en el pecho, rabia, pensamiento acelerado y temblores.

294.- Entre los factores de riesgo para desarrollar la cleptomanía se encuentra:

a) El abuso de sustancias.
b) Los conflictos en las relaciones.
c) La aparición de estresores abruptos.
d) a), b) y c) son factores de riesgo para desarrollar la cleptomanía.

295.- La piromanía se caracteriza por:

a) El miedo hacia el fuego que siente la persona que provoca el incendio.
b) La tensión y el malestar que sufre la persona tras el acto de provocar el incendio.
c) El incendio no se provoca como consecuencia de una alteración del juicio.
d) La búsqueda del beneficio económico de la persona que provoca el incendio.

296.- ¿Cuál de los siguientes instrumentos NO se utiliza para medir la impulsividad?

a) Escala de Barrat.
b) Cuestionario tridimensional de Cloninger.
c) Test de Gambling.
d) Test de Binet-Simon.

297.- Entre los tratamientos que se pueden utilizar para los trastornos del control de impulsos está:

a) No se utilizan tratamientos farmacológicos.
b) La terapia cognitivo-conductual.
c) La terapia de relajación en algunos casos.
d) b) y c) son tratamientos que se utilizan para los trastornos del control de impulsos.

298.- Respecto al juego patológico, elija la respuesta CORRECTA:

a) En la edad adulta es más frecuente en varones.
b) En la adolescencia se da sobre todo en varones.
c) En la adolescencia se da con más frecuencia en mujeres.
d) En la edad adulta se da con la misma frecuencia en varones que en mujeres.

299.- ¿Qué diagnóstico de enfermería sería más apropiado para una persona con cleptomanía en el dominio percepción/cognición?

a) Control de impulsos ineficaz.
b) Temor excesivo.
c) Deterioro de los procesos familiares.
d) Deterioro de la interacción social.



300.- Puede ser habitual que en una persona con trastorno por juego patológico existan alteraciones en las relaciones familiares, ¿qué NOC escogería para el diagnóstico de deterioro de los procesos familiares?

a) Afrontamiento familiar.
b) Desempeño del rol.
c) Habilidades de interacción social.
d) Soporte social.

301.- Dentro del plan de cuidados de una persona con trastorno de control de impulsos, ¿qué actividad sería más adecuada para la intervención de enfermería Entrenamiento para controlar los impulsos?

a) Enseñar a la persona paciente a detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.
b) Disponer oportunidades para que la persona paciente practique la solución de problemas dentro del ambiente terapéutico.
c) Animar a la persona paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.
d) a), b) y c) son actividades adecuadas para el entrenamiento para controlar los impulsos.

302.- La dificultad severa y persistente para desprenderse de los objetos, con independencia de su valor, que conduce a la ocupación indiscriminada y desorganizada de los espacios domésticos impidiendo su uso normal, es la definición de:

a) Trastorno obsesivo-compulsivo.
b) Trastorno de apego.
c) Trastorno por acumulación.
d) Trastorno de adaptación.

303.- ¿Qué es el trastorno por excoriación?

a) Lavado repetido de la piel por temores de contaminación, que conduce a lesiones.
b) Rascado repetitivo de la piel, que conduce a lesiones cutáneas por un impulso irresistible e incapacidad para detenerse a pesar de realizar esfuerzos.
c) Presencia de lesiones en la piel por rascado excesivo con el objetivo de paliar o reducir un defecto físico.
d) Rascado compulsivo por el consumo de sustancias como la cocaína.

304.- ¿Cuál sería el mejor enfoque para tratar los trastornos del espectro obsesivo?

a) Técnicas cognitivo-conductuales y medicación.
b) Sólo tratamiento farmacológico.
c) Enfoque psicoanalítico.
d) Terapia de relajación únicamente.



305.- Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, señale la opción FALSA:

a) El trastorno obsesivo-compulsivo se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-5.
b) Las personas diagnosticadas de trastorno obsesivo-compulsivo tienen mayor comorbilidad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y tics.
c) La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo a lo largo de la vida se sitúa en un 2-3 %.
d) La prevalencia de síntomas obsesivos en la población general se sitúa en cifras de un 21-25 %.

306.- ¿Cuál de las siguientes patologías psiquiátricas puede ser la etiología de conductas violentas?

a) Traumatismos craneales.
b) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
c) Corea de Huntington.
d) Intoxicaciones.

307.- La siguiente definición, "ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que la persona considera intrusas o inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativo", ¿a qué concepto corresponde?

a) Ideas delirantes.
b) Ansiedad.
c) Compulsiones.
d) Obsesiones.

308.- ¿Qué es un impulso obsesivo?

a) Necesidad de realizar un acto de consecuencias vergonzantes, generalmente de carácter violento, que, aunque no se realice ocasiona una intensa tensión interna a la persona.
b) Acciones repetidas, carentes de sentido, que se definen como comportamientos de carácter recurrente, cuyo propósito es aliviar o prevenir la ansiedad, pero no proporcionan placer o gratificación.
c) Palabras, creencias o ideas intrusivas en la mente de la persona de contenido habitualmente desagradable.
d) Escenas muy vívidas e intrusas que aluden con frecuencia a situaciones de violencia o prácticas sexuales anormales u otros temas que desagradan a la persona.

309.- ¿Cuándo hablamos de acrofobia a qué nos estamos refiriendo?

a) Temor al mar.
b) Temor a los lugares altos.
c) Temor a los objetos puntiagudos.
d) Temor a la noche.

310.- Respecto a la fobia simple, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La exposición al estímulo provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, son personas con importantes comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos.
b) Son temores acusados y persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por la presencial o anticipación de un objeto o situación específicos.
c) El tipo concreto de fobia a la sangre, inyecciones y heridas constituye un grupo especial, ya que, tras una primera fase de excitación simpática, se produce una segunda de predominio parasimpático.
d) La fobia a los animales, que se inicia en la infancia, evoluciona crónicamente y es mucho más frecuente en el sexo femenino.

311.- La agresividad se define como:

a) Estado de ánimo de resentimiento y enfado que aparece en respuesta al aumento de la ansiedad cuando la persona percibe una amenaza.
b) Conducta observable o encubierta que persigue causar daño a la propia persona o a otras personas, como resultado de actitudes hostiles y emociones de tipo colérico.
c) Acción violenta, verbal o física, dirigida a un objetivo, siendo la violencia el resultado de la ruptura del equilibrio entre los impulsos y el control interno.
d) a), b) y c) son definiciones de agresividad.

312.- Cuando hablamos de agresividad reactiva nos estamos refiriendo a:

a) La muestra de una conducta más pausada, premeditada e instrumental.
b) Respuesta a la menor provocación de manera hostil.
c) La manera de obtener algo más a través de la fuerza.
d) Manifestación de poder de la persona ejecutora de la fuerza.

313.- Según la teoría del aprendizaje social de Bandura, la respuesta de agresividad responde a:

a) Un instinto del ser humano que tiene deseos destructivos.
b) La observación de otras personas que presentan conductas agresivas que aumenta la posibilidad de presentar estas mismas respuestas.
c) Aumento de los estímulos ambientales desagradables que conducirán a la agresión en un intento de anular la fuente estimulante.
d) La alteración de la amígdala, si esta está alterada se percibirán estímulos inocuos como amenazantes.

314.- ¿Cómo afecta el alcohol a la respuesta de agresividad?

a) Disminuye la sensibilidad al miedo.
b) Aumenta las habilidades individuales para procesar la información sobre las consecuencias del propio comportamiento.
c) Es un depresor de la corteza prefrontal, por lo que las capacidades de autocontrol suelen verse alteradas.



d) Produce mayor flexibilidad conductual y es ansiolítico.

315.- ¿Cuál de los siguientes factores puede ser el origen de la agresividad?

a) Rasgos de personalidad.
b) Influencia interpersonal.
c) Influencia ambiental.
d) a), b) y c) son factores que pueden originar agresividad.

316.- ¿Cuál es el dominio NANDA que recoge el diagnóstico de enfermería Riesgo de violencia dirigida a otros?

a) Cognición/percepción.
b) Afrontamiento/tolerancia al estrés.
c) Seguridad/protección.
d) Principios vitales.

317.- En un contexto de hospitalización en una unidad de psiquiatría, ¿qué signo podría indicar agresividad en una persona?

a) Hipervigilancia y mirada fija.
b) Capacidad para permanecer sentada realizando una misma actividad.
c) Espontaneidad y reactividad al humor.
d) Facies relajada.

318.- En una persona que puede presentar conductas violentas el objetivo del plan cuidados de enfermería será, señale la INCORRECTA:

a) Identificar signos de enfado o frustración o situaciones que desencadenan hostilidad.
b) Que la persona pueda expresar sus necesidades de manera no destructiva.
c) Esperar a que aparezcan las conductas violentas para aislar a la persona.
d) Que la persona se abstenga de realizar conductas agresivas.

319.- El plan de cuidados de una persona con conductas potencialmente agresivas debe incluir:

a) Control del ambiente por si hubiera armas potenciales y eliminación de estas en la medida de lo posible.
b) Animar a la persona paciente a encontrar formas de expresión del enfado de forma autónoma y sin ayuda.
c) Explicarle qué conductas no son adecuadas sin ofrecerle conductas alternativas.
d) Posponer el establecimiento del vínculo terapéutico hasta que cesen las conductas violentas.



320.- ¿Cuál de las siguientes directrices de comportamiento está vinculada a la prevención de la violencia?

a) Mantener una actitud de preocupación y cuidado coherentes.
b) Mostrar actitud de autoritarismo.
c) Establecer límites difusos que faciliten la adaptación de la persona.
d) La conducta profesional no tiene que responder a un propósito de buena intención o utilidad.

321.- ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el maltrato infantil relacionado con las características de la persona perpetradora?

a) Se asocia con menor educación de la persona perpetradora.
b) Se asocia con enfermedad mental de la persona maltratadora.
c) Se asocia con conducta de abuso de sustancias de las personas progenitoras.
d) Se asocia con los estilos de crianza.

322.- Según el síndrome de adaptación al abuso sexual infantil (Summit, 1983), ¿cuál es la secuencia correcta de sus etapas?:

a) Secrecía, 2. Impotencia, 3. Atrapamiento/adaptación, 4. Declaración tardía/conflictuada y poco convincente, 5. Retractación.
b) Involucramiento, 2. Interacción sexual, 3. Secrecía, 4. Descubrimiento, 5. Supresión.
c) Negación, 2. Ira, 3. Negociación, 4. Depresión, 5. Aceptación.
d) Secrecía, 2. Atrapamiento/adaptación, 3. Declaración, 4. Retractación, 5. Resolución.

323.- ¿Cuál de las siguientes conductas sexuales en una niña o un niño en edad escolar es considerada una señal de alarma sugestiva de abuso sexual, a diferencia del juego sexual normal?

a) Curiosidad por las diferencias anatómicas entre niños y niñas.
b) Imitación del coito o masturbación con objetos.
c) Interés por ver escenas de amor en televisión.
d) Participar en juegos de roles (ej.: “yo soy la mamá y tú el papá”).

324.- Un niño de 7 años víctima de abuso sexual muestra negación masiva, entumecimiento psíquico y disociación. ¿Con qué tipo de trauma se corresponden estas manifestaciones según Terr, 1991?

a) Trauma agudo.
b) Trauma grave crónico (abuso sexual reiterado).
c) Trauma de evento único.
d) Trastorno facticio.



325.- La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) para niñas/os con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) derivado de maltrato incluye cuatro componentes. ¿Cuál de las siguientes NO es uno de ellos?

a) Psicoeducación.
b) Relajación y control de la ansiedad.
c) Exposición.
d) Recordar y compartir las experiencias dolorosas de manera repetida.

326.- En la evaluación de una persona menor que alega haber sufrido abuso, ¿cuál de los siguientes elementos apunta a que sus declaraciones son POCO confiables o ficticias?

a) Utiliza su propio vocabulario infantil en lugar de términos adultos.
b) Su estado afectivo coincide con las acusaciones que realiza.
c) Sus afirmaciones evolucionan progresivamente hacia actividades más intrusivas y agresivas con el tiempo.
d) Su comportamiento es seductor, precoz o regresivo.

327.- El Inventario de Conducta Sexual Infantil (CSBI) es cumplimentado habitualmente por:

a) La propia persona menor mediante autoadministración adaptada a su edad.
b) Psiquiatra o profesional de la psicología.
c) Una de las personas progenitoras, casi siempre la madre de la persona menor.
d) Un equipo multidisciplinar.

328.- La LO 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, prohíbe expresamente que ciertos planteamientos teóricos sean tomados en consideración en procedimientos judiciales. ¿A cuál se refiere concretamente?

a) El trastorno de estrés postraumático complejo como diagnóstico en víctimas de violencia familiar.
b) El llamado síndrome de alienación parental u otros criterios sin aval científico que presuman interferencia adulta.
c) Los informes periciales realizados por profesionales de psicología sin titulación forense específica.
d) Los testimonios de menores de 7 años por considerarse no fiables.

329.- Respecto al deber de comunicación cualificado en situaciones de violencia familiar, ¿qué colectivos están especialmente obligados, según la LO 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia, frente a la violencia?

a) Solo el personal profesional de la salud y el personal docente de centros públicos.
b) Únicamente las personas trabajadoras sociales y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.



c) El personal de centros sanitarios, educativos, deportivos y de ocio, centros de protección, acogida, asilo y establecimientos residenciales para menores.
d) Cualquier persona funcionaria pública, pero no las personas trabajadoras de entidades privadas.

330.- En la atención sanitaria a menores víctimas de violencia, ¿qué exige la LO 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, respecto a la historia clínica?

a) Se omitirá cualquier mención a la violencia para proteger la confidencialidad de la persona menor.
b) Sólo se registrará si la persona menor o su representante legal dan su consentimiento expreso.
c) El registro se hará de forma anonimizada y separada de la historia clínica habitual.
d) Se especificará en la historia clínica que la atención se debe a violencia ejercida contra la persona menor.

331.- Respecto a los indicadores de riesgo en el ámbito familiar según la LO 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, ¿cuál de los siguientes NO está expresamente contemplado como indicador de situación de riesgo?

a) La no aceptación por parte de las personas responsables parentales de la orientación sexual o identidad de género de la persona menor.
b) La negligencia en el cuidado de las personas menores de edad y la falta de seguimiento médico por parte de las personas progenitoras.
c) El riesgo de sufrir ablación, mutilación genital femenina o los acuerdos de matrimonio forzado.
d) La situación de precariedad económica o pobreza extrema de las personas responsables parentales, siempre que esta sea persistente en el tiempo.

332.- ¿Qué precaución especial debe tomarse respecto a la historia clínica de una persona menor víctima de violencia de género (VG) en el sistema Osabide Global?

a) Activar la "alerta por malos tratos" para que todo el personal profesional que atienda a la persona menor esté informado.
b) No activar la alerta por malos tratos ya que se traslada a todos los informes y pone en riesgo a la mujer y a los niños y niñas.
c) Registrar los diagnósticos de VG en el apartado de antecedentes personales de la persona menor.
d) Informar siempre al padre sobre los códigos diagnósticos registrados en la historia de la persona menor.

333.- Según la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en España en 1995, ¿cuál es la definición de maltrato a la persona anciana?

a) Cualquier acto que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas mayores de 65 años, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, dentro del ámbito familiar.
b) Cualquier acto que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas mayores de 70 años, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, dentro del ámbito familiar.
c) Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas mayores de 65 años, que vulnere o ponga en peligro su integridad física, psíquica, así como su autonomía.
d) Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas mayores de 70 años, que vulnere o ponga en peligro su integridad física, psíquica, así como su autonomía.

334.- El maltrato por negligencia o abandono se define como "la deficiencia del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios para evitar un daño físico, angustia o daño mental". ¿Cuáles son las dos formas de presentación que se distinguen en este tipo de maltrato?

a) Abandono activo y abandono pasivo.
b) Abandono físico y abandono psicológico.
c) Abandono institucional y abandono familiar.
d) Abandono social y abandono económico.

335.- El término patología dual hace referencia a:

a) La coexistencia de un trastorno mental y una enfermedad física.
b) La coexistencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancia tóxicas.
c) La coexistencia de dos o más trastornos mentales.
d) La adicción a dos o más sustancias tóxicas.

336.- Sobre las hipótesis etiopatogénicas del diagnóstico dual, el modelo de socialización lo explica como:

a) El uso de tóxicos es un fenómeno socializador que proporciona un rol social, un grupo y una identidad más aceptable.
b) Existen factores comunes de vulnerabilidad en la patogénesis del trastorno mental y del trastorno por abuso de sustancias con componentes genéticos, ambientales, neurobiológicos o de otro tipo.
c) Ambos trastornos podrían coexistir como fenómenos independientes.
d) Los cambios neuroadaptativos que se producen en la persona por la administración continuada de sustancias tóxicas inducen el trastorno mental.



337.- En una persona con diagnóstico principal de esquizofrenia, ¿cuál sería un factor de riesgo para desarrollar patología dual?

a) Sexo femenino.
b) Nivel socioeconómico alto.
c) Trastorno de personalidad asociado.
d) Dificultad para adquirir drogas.

338.- ¿Con qué grupo de trastornos de personalidad está más asociado el uso de sustancias?

a) Grupo o Clúster B.
b) Grupo o Clúster C.
c) Grupo o Clúster A.
d) Se asocia a todos los grupos por igual.

339.- A la hora de realizar el abordaje de las personas con patología dual, tendremos en cuenta:

a) Tienen una buena adherencia y cumplimiento del tratamiento.
b) Disponen de un buen apoyo social lo que permite que cada vez necesiten menos cuidados.
c) Presentan baja incidencia de problemas legales.
d) Frecuente incumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

340.- Sobre los modelos de tratamiento de la patología dual, señale la CORRECTA:

a) El modelo secuencial se basa en iniciar el tratamiento de un trastorno y posteriormente del otro.
b) El modelo paralelo se basa en abordar ambos trastornos al mismo tiempo por el mismo equipo de salud.
c) El modelo integrado de basa en abordar ambos trastornos al mismo tiempo por distintos equipos de salud.
d) El modelo farmacológico se basa en utilizar tratamientos con los menos fármacos posibles.

341.- Sobre el uso de antipsicóticos en patología dual, ¿qué se debe tener en cuenta?

a) La clozapina aumenta el uso de drogas, ya que, provoca mayor craving.
b) El consumo de cannabis y cocaína disminuye el riesgo de aparición de síntomas extrapiramidales.
c) El tabaco incrementa el metabolito de los antipsicóticos, por lo que las personas pueden necesitar mayor dosis de antipsicótico.
d) Es preferible el uso de antipsicóticos típicos.

342.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el cumplimiento y adherencia al tratamiento:

a) El cumplimiento del tratamiento se refiere a la observación del tratamiento prescrito, implica una actitud pasiva de la persona paciente que acepta el tratamiento que se le indica.
b) La adherencia al tratamiento se refiere a la observación del tratamiento prescrito, implica una actitud pasiva de la persona paciente que acepta el tratamiento que se le indica.
c) La adherencia al tratamiento puede hacer referencia a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida o a la participación activa en un tratamiento psicológico. Otorga un papel activo a la persona paciente.
d) La adherencia al tratamiento es la aceptación por parte de la persona paciente del consejo terapéutico ofrecido, lo que implica una negociación del plan de tratamiento entre la persona profesional y la persona paciente.

343.- ¿Cuál de los siguientes es un mecanismo de interrelación entre la patología dual y las conductas agresivas o violentas?

a) La desinhibición de la conducta agresiva por parte de las sustancias de abuso.
b) Exacerbación de los síntomas psicóticos y de agitación por parte de las sustancias de abuso.
c) Conflictos propios del entorno social de las sustancias ilegales.
d) a), b) y c) son mecanismos de interrelación entre patología dual y conductas de agresividad o violencia.

344.- Para una persona con patología dual e incumplimiento del régimen terapéutico, ¿qué diagnóstico de enfermería escogería en el dominio promoción de la salud?

a) Riesgo de intento de fuga.
b) Conducta autolesiva no suicida.
c) Autogestión de la salud ineficaz.
d) Red de apoyo social inadecuada.

345.- Si en una persona con patología dual tenemos un diagnóstico de enfermería de deterioro de los procesos familiares, ¿con cuál de los siguientes factores estaría relacionado?

a) Dificultad para resolver problemas.
b) Rechazar a un miembro de la familia.
c) No hay comunicación entre las personas integrantes de la familia.
d) Faltas de respeto entre las personas integrantes de la familia.



346.- En una persona que ingresa en una unidad de agudos de psiquiatría en la fase de estabilización aguda, los cuidados irán dirigidos a:

a) Explorar las razones por las que se ha producido la crisis y analizar las habilidades necesarias para su control.
b) Reincorporación a su domicilio y actividades habituales.
c) Proporcionar un ambiente seguro si la persona presenta ideación suicida, desorganización psicótica u otros síntomas.
d) Realizar el seguimiento y la continuidad de cuidados.

347.- ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería se realizaría durante la prevención de recaídas en una persona con patología dual?

a) Creación de una relación terapéutica.
b) Cubrir necesidades de desintoxicación.
c) Ayudar a la persona a identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar el consumo.
d) a), b) y c) no son intervenciones de enfermería para la prevención de recaídas.

348.- Respecto al tratamiento en patología dual señale la INCORRECTA:

a) La terapia cognitivo-conductual está indicada para estos casos.
b) Los grupos de autoayuda no son una modalidad de tratamiento que se utiliza.
c) La psicoterapia familiar se aplica en combinación con otros tratamientos.
d) La psicoeducación permite trabajar aspectos como el tratamiento médico y el entrenamiento en habilidades sociales entre otros.

349.- A la hora de utilizar aversivos del alcohol como tratamiento en patología dual se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) El disulfiram se utiliza porque no presenta interacciones farmacológicas importantes.
b) El disulfiram no se utiliza porque aumenta los riesgos de complicaciones psiquiátricas.
c) El disulfiram disminuye la sedación de las benzodiazepinas.
d) El disulfiram dificulta el seguimiento de los programas de naltrexona.

350.- En relación con el trastorno mental grave y persistente señale la INCORRECTA:

a) Los síntomas persisten a lo largo de toda la vida y pueden afectar a todos los aspectos de esta (relaciones, estado de salud física, esfera laboral y vivienda y actividades diarias).
b) Las personas con trastorno mental grave y persistente tienden a estar en la puerta giratoria de la asistencia psiquiátrica aguda.
c) A menudo las personas son capaces de llevar una vida independiente, aunque se las puede derivar a hogares comunitarios.

d) Suelen sufrir aislamiento social y su conducta puede resultar extraña, con un aspecto desaliñado debido al abandono de las actividades de autocuidado.

351.- La desinstitucionalización de las personas con trastorno mental grave y persistente:

a) Favorece la adaptación de estas personas mediante los tratamientos ambulatorios.
b) Es un riesgo de que las personas puedan acabar como indigentes.
c) Facilita el acceso de las personas a tratamientos y a dispositivos de salud mental.
d) No influye en el proceso del trastorno mental.

352.- ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para que una persona con trastorno mental grave y persistente se convierta en una persona sin hogar?

a) El no consumo de alcohol u otras sustancias.
b) Funcionamiento familiar organizado.
c) La presencia de síntomas positivos de esquizofrenia.
d) Apoyo social y familiar.

353.- Un diagnóstico de enfermería posible en una persona con trastorno mental grave y persisten en el dominio actividad/reposo sería:

a) Ingesta nutricional inadecuada.
b) Alfabetización en salud inadecuada.
c) Desempeño del rol ineficaz.
d) Síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado.

354.- Respecto al tratamiento asertivo comunitario, señale la CORRECTA:

a) El desarrollo del tratamiento se lleva a cabo por el personal de enfermería de salud mental.
b) Los objetivos de tratamiento los marca el equipo de salud.
c) Los servicios se prestan en lugares como el domicilio de la persona o lugares de reunión de las personas.
d) Se potencia que la persona participe en la vida familiar pero no social de la comunidad.

355.- Uno de los siguientes NO es un criterio para establecer prioridades en una persona con trastorno mental grave y persistente a la hora de elaborar el plan de cuidados:

a) Estado de salud física.
b) La posibilidad de que la persona sea peligrosa para sí misma o para los demás.
c) Las capacidades de autocuidado.
d) El protocolo de estándar de cuidados.



356.- ¿Qué dato de la valoración sería el más importante en una persona paciente con una enfermedad grave y persistente que está encarcelada?

a) Pensamientos suicidas.
b) Una enfermedad física.
c) Tendencias agresivas.
d) Alucinaciones e ilusiones.

357.- ¿Cuál de los siguientes principios NO forma parte de las estrategias para la mejora de la salud mental?

a) La lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social, y la defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales.
b) La garantía de que las políticas y las intervenciones se basen en intuiciones e ideas personales de buenas prácticas.
c) El empoderamiento de los y las pacientes y sus familias.
d) Un enfoque de salud pública para la salud mental dirigido a la promoción, prevención y tratamiento, enfatizando la intervención precoz antes de la etapa adulta.

358.- La siguiente definición, "equipos multidisciplinarios situados en entornos comunitarios o integrados en los servicios de atención primaria con el objetivo de realizar promoción de la salud mental, diagnóstico y tratamiento ambulatoriamente", se refiere a:

a) Hospitales de día.
b) Centros de salud mental.
c) Servicios de rehabilitación comunitaria.
d) Unidades de psiquiatría de agudos.

359.- El modelo de atención comunitaria en salud mental se caracteriza por:

a) Proponer la búsqueda de factores biológicos que causan el trastorno mental por encima de los socioculturales.
b) Conferir mayor prioridad al tratamiento del trastorno mental que a la promoción y mantenimiento del bienestar.
c) Ofrecer cuidados y atención a las personas en instituciones alejadas de la comunidad para favorecer su posterior reinserción.
d) Conceder la misma prioridad a la promoción y mantenimiento del bienestar mental que al trastorno mental.

360.- ¿En un contexto de trabajo con grupos, qué concepto se define como "comprensión consciente de la propia psicodinámica y de los síntomas de conducta mal adaptada"?

a) Insight.
b) Aprendizaje.
c) Aceptación.

d) Empatía.

361.- ¿Cuál de los siguientes tiene que ser un objetivo del personal de de salud mental a la hora de trabajar con grupos?

a) Favorecer formas de dominación que se dan en el funcionamiento de los grupos por las formas de participación.
b) Lograr una dinámica de participación, aunque sólo participen unas personas concretas.
c) Organizar y planificar la acción y tareas del grupo de cara al logro de los objetivos.
d) No intervenir en la maduración de las personas participantes en el grupo.

362.- ¿Cuál de las siguientes es una barrera comunicativa afectiva en la comunicación dentro de los grupos?

a) La motivación de las personas.
b) Los diferentes niveles de instrucción o los marcos de referencia distintos.
c) Las diferentes perspectivas vitales.
d) Las actitudes refractarias al cambio.

363.- ¿Cuál es la repercusión jurídica según la relevancia médico-legal en los distintos ámbitos del derecho y el riesgo criminológico o delictivo de cada entidad sindrómica? Señale la respuesta INCORRECTA:

a) La psicosis tiene elevada relevancia médico-legal civil, penal y laboral; en su conjunto escaso riesgo delictivo.
b) Los trastornos exógenos confusionales tienen elevada relevancia médico-legal y escaso riesgo delictivo si aparecen asociados a enfermedad orgánica y con control terapéutico.
c) El deterioro cognitivo y discapacidad intelectiva tiene elevada relevancia médico-legal penal, civil y laboral según la gravedad, y escaso riesgo delictivo.
d) Los trastornos de personalidad tienen elevada relevancia médico-legal y elevado riesgo delictivo.

364.- ¿Qué impacto tienen los grupos de ayuda mutua en las personas con trastorno mental?

a) En el área intelectual surge el aprendizaje.
b) En el área emocional surge el sentimiento de pertenencia al grupo.
c) En el área del comportamiento se adquieren habilidades sociales.
d) a), b) y c) forman parte del impacto de los grupos de ayuda mutua.

365.- Una de las siguientes NO es una característica de la comunicación desviada:

a) Las interacciones suelen ser ajenas al tema del momento.
b) Las interacciones son claras y la comunicación directa.
c) Se suele utilizar un lenguaje pobre.



d) Suele ser ambigua y en ocasiones contradictoria.

366.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera con respecto a la depresión en la persona de edad avanzada?

a) La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en esta etapa vital con una morbilidad del 2-5%, siendo más frecuente en hombres.
b) La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en esta etapa vital con una morbilidad del 2-5%, en la misma proporción entre hombres y mujeres.
c) La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en esta etapa vital con una morbilidad del 10-15%, siendo más frecuente en hombres.
d) La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en esta etapa vital con una morbilidad del 10-15%, siendo más frecuente en mujeres.

367.- ¿Qué porcentaje de los suicidios consumados en España corresponde a mayores de 65 años?

a) 15%, alcanzando el punto más alto en la franja de los 75 años.
b) 22%, alcanzando el punto más alto en la franja de los 85 años.
c) 32%, alcanzando el punto más alto en la franja de los 85 años.
d) 45%, alcanzando el punto más alto en la franja de los 75 años.

368.- ¿Cuál de las siguientes NO es una característica diferencial de la presentación clínica de la ansiedad en personas mayores respecto a personas adultas jóvenes?

a) Mayor frecuencia de cuadros clínicos subsindrómicos.
b) Mayor preocupación por la salud, la discapacidad o la soledad.
c) Mayor sentimiento de culpa o vergüenza.
d) Menor expresividad emocional y más tendencia a la somatización.

369.- ¿Cuál es el trastorno de ansiedad más común observado en la clínica en personas mayores?

a) Trastorno de ansiedad generalizada.
b) Trastorno de pánico.
c) Fobias específicas.
d) Trastorno obsesivo-compulsivo.

370.- En la evaluación psicopatológica de la persona de avanzada edad, ¿cuál es la diferencia fundamental respecto a la exploración en personas más jóvenes?

a) La necesidad de realizar siempre una entrevista con la persona cuidadora para obtener información sobre la persona paciente.
b) La importancia de la valoración del funcionamiento cognitivo.
c) La necesidad de incluir la valoración del estado general y nutricional.
d) La exclusión de pruebas de lenguaje por ser poco sensibles.



371.- Respecto al Mini-Mental State Examination (MMSE), ¿cuál es el punto de corte para mayores de 65 años en la adaptación española (Miniexamen Cognoscitivo)?

a) 20-22.
b) 23-24.
c) 24-26.
d) 27-28.

372.- ¿Cuál de los siguientes factores estresantes psicosociales NO está asociado con mayor probabilidad de tener un trastorno de ansiedad en la vejez?

a) Sexo masculino.
b) Ser persona soltera, divorciada o separada.
c) Percepción subjetiva de mala salud.
d) Eventos traumáticos en la niñez.

373.- En el diagnóstico diferencial entre la psicosis de la demencia y la esquizofrenia, ¿cuál de los siguientes rasgos es MÁS frecuente en la esquizofrenia?

a) Alucinaciones visuales.
b) Delirios de identificación.
c) Síntomas de primer rango de Schneider.
d) Alteraciones en la neuroimagen.

374.- En el tratamiento farmacológico en la depresión de la persona de edad avanzada, ¿cuál de los siguientes ISRS tiene una recomendación preferente por su mejor perfil farmacocinético, menor interacción con otros fármacos y la mejora cognitiva observada?

a) Citalopram.
b) Fluoxetina.
c) Paroxetina.
d) Fluvoxamina.

375.- Respecto a la relación entre ansiedad crónica y deterioro cognitivo en la persona de edad avanzada, señale la afirmación CORRECTA:

a) La relación es exclusivamente unidireccional, la ansiedad causa deterioro cognitivo.
b) La relación es bidireccional, la ansiedad puede contribuir al deterioro cognitivo y el empeoramiento cognitivo puede desencadenar ansiedad.
c) El deterioro cognitivo protege frente a la ansiedad al reducir la conciencia del problema.
d) Disminución de la producción de ácido clorhídrico gástrico.



376.- Respecto al Dominio 2 (Nutrición) en psicogeriatría, ¿cuál de los siguientes factores NO se considera un factor de riesgo de desarrollar síndrome metabólico en la persona de edad avanzada?

a) El tratamiento con psicofármacos.
b) El deterioro de la movilidad.
c) La presencia de hábitos dietéticos inadecuados.
d) La disminución de la capacidad cognitiva.

377.- Dentro del contexto de psicogeriatría, en el Dominio 4 (Actividad/reposo), ¿qué fenómeno puede observarse en la capacidad de vestirse en pacientes con alteraciones del pensamiento o de la percepción?

a) La persona paciente desarrolla una mayor preocupación por la imagen corporal.
b) La utilización de un atuendo poco acorde con el contexto ambiental.
c) La persona paciente presenta ecopraxia que afecta a la capacidad de vestirse y desvestirse.
d) El deterioro cognitivo no afecta a la capacidad para vestirse.

378.- ¿Cuál de los siguientes diagnósticos NANDA NO se asocia correctamente a la necesidad 9 "Evitar peligros/Seguridad" en el plan de cuidados de una persona de edad avanzada?

a) [00255] Síndrome de dolor crónico.
b) [00493] Procesos de pensamiento alterados.
c) [00129] Confusión crónica.
d) [00303] Riesgo de caídas de la persona adulta.

379.- ¿Cuál NO es una actuación de enfermería prioritaria en la persona de avanzada edad con ansiedad?

a) Favorecer que la persona paciente verbalice sus preocupaciones.
b) Orientar a la persona paciente en la realidad y potenciar su autoestima con refuerzos positivos.
c) Favorecer que la persona paciente identifique verbalmente los factores que asocia a su ansiedad.
d) Facilitar los recursos adecuados, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

380.- En el contexto de la atención paliativa y asistencia a pacientes terminales, las respuestas al sufrimiento al final de la vida se manifiestan en múltiples dimensiones. ¿Cuál de las siguientes opciones NO corresponde a las manifestaciones típicamente descritas en esta situación?

a) Físicas: fatiga, trastornos del sueño, trastorno de los procesos mentales.
b) A nivel conductual: evitación, control, distanciamiento.
c) A nivel emocional: ira, frustración, culpa, sarcasmo, hipervinculación afectiva con la familia y seres queridos.
d) Espirituales: expresión de sentimientos de vacío, desesperanza o insignificancia.



381.- Dentro de los objetivos generales del cuidado de la persona paciente en una emergencia psiquiátrica NO se encuentra:

a) Estabilizar la sintomatología aguda.
b) Evaluar un entorno seguro y utilizar siempre métodos coercitivos.
c) Descartar una etiología médica.
d) Establecer una buena alianza terapéutica.

382.- ¿Cuál de los siguientes factores indicaría una potencialidad de suicidio elevada?

a) La persona no tiene un plan detallado ni dispone de medios para llevar a cabo el acto suicida.
b) La persona presenta apoyo social y mantiene la confianza en el entorno.
c) La persona presenta niveles bajos de ansiedad y verbaliza deseos de buscar una salida a su situación.
d) La persona ha presentado intentos de suicidio previos.

383.- ¿Cuál de los siguientes factores sería un factor crónico para el riesgo de suicidio?

a) Enfermedad física degenerativa.
b) Insomnio.
c) Uso de sustancias.
d) Desesperanza.

384.- A la hora de elaborar un plan de seguridad en una persona con ideación suicida tendremos en cuenta que:

a) Las personas con ideación suicida no aceptan elaborar un plan de seguridad.
b) Descartaremos abordar la reducción de los medios letales de los que disponga la persona.
c) No será necesario poner la situación en conocimiento de familiares y amigos.
d) Tiene que incluir estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo.

385.- ¿Cuál de las siguientes definiciones se corresponde con el término ideación suicida?

a) Pensamientos cuyo contenido implica terminar con la propia existencia.
b) Sentimientos vagos de muerte que pueden verbalizarse o no por parte de la persona.
c) Verbalizaciones de una persona que expresa sus intenciones suicidas.
d) Acto en el cual la persona intenta la autoeliminación sin resultado de muerte.

386.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el suicidio es INCORRECTA?

a) Las personas antes de suicidarse pueden poner en marcha acciones preventivas que pueden ser detectadas a tiempo.

b) No hay que padecer necesariamente un trastorno mental para suicidarse.
c) La persona suicida desea morir.
d) Hablar con una persona sobre suicido no aumenta el riesgo.

387.- Acude a urgencias una persona que tras la valoración determinamos que presenta un riesgo alto de suicidio, la intervención de enfermería para asegurar su seguridad irá dirigida a:

a) Dejar a la persona en una habitación aislada independientemente de si está acompañada por personal sanitario o no.
b) Asegurarnos de retirar los objetos potencialmente peligrosos de la habitación.
c) Dejar a la persona sin supervisión y aislada en una habitación.
d) No realizar inspección de los objetos potencialmente peligrosos que pueda llevar encima para que no se sienta agredida.

388.- Una medida de prevención selectiva del suicidio sería:

a) Programas de prevención del suicidio para personas altamente vulnerables que ya presentan síntomas sugerentes de riesgo suicida.
b) Acciones dirigidas al público en general y que buscan promover el acceso a la atención en salud, prevención del trastorno mental y promoción de la salud mental.
c) Programas de prevención del suicidio para colectivos que han sufrido traumas, abusos o han estado afectadas por desastres.
d) a), b) y c) son incorrectas.

389.- En una situación de agitación psicomotriz, una de las siguientes intervenciones NO sería adecuada:

a) Medidas ambientales.
b) Restricción física/mecánica.
c) Intervenciones farmacológicas.
d) Técnicas de escalda verbal.

390.- ¿Cuál de las siguientes NO se consideraría una urgencia psiquiátrica?

a) Agitación psicomotriz.
b) Crisis de angustia.
c) Reacción a una catástrofe o desastre.
d) a), b) y c) son consideradas urgencias psiquiátricas.

391.- ¿Cuál de las siguientes intervenciones sería adecuada en una situación de desastre o catástrofe?

a) Medicalizar a la persona que realiza la consulta.
b) Permanecer en el lugar del desastre o la catástrofe para ayudar en el afrontamiento de la situación.

c) Mostrarse empática/empático o compasiva/compasivo con la persona evitando hacer juicios de valor.
d) No validar las reacciones y síntomas que presenta la persona en esta situación.

392.- ¿Cuál sería la primera intervención que debería realizar a una persona que, estando en la sala de espera de urgencias, pasa de un estado de inquietud a uno de agitación, amenaza al resto de personas y verbaliza que el personal sanitario está en su contra y le quieren envenenar?

a) La intervención menos invasiva posible como la desescalada verbal.
b) Proceder a la contención mecánica.
c) Administración de medicación intramuscular.
d) Contención y administración de medicación antipsicótica oral.

393.- En el caso de una persona que presente abstinencia alcohólica y clínica confusional (delirium) tendremos en cuenta lo siguiente:

a) Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
b) Controlar la temperatura de la persona.
c) Realizar reposición vitamínica.
d) a), b) y c) son aspectos que habrá que tener en cuenta.

394.- Una de las siguientes afirmaciones sobre suicidio es INCORRECTA:

a) En los hombres las tasas más altas de suicidio se encuentran entre los 15-24 años de edad.
b) La enfermedad física está presente en el 25 % de los casos de suicidio, y en el 80 % cuando se presenta en personas de edad avanzada.
c) La desesperanza es expresada por el 91 % de las personas con conducta suicida.
d) Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio 30-40 veces mayor que la población general.

395.- En relación con la postvención en el suicidio, señale la CORRECTA:

a) Es importante en situaciones de suicidios consumados no en intentos de suicidio.
b) Se ha relacionado con menor probabilidad de riesgo de suicidio, menores niveles de depresión y ansiedad.
c) Esta estrategia no tiene impacto en el estigma que rodea al suicidio.
d) Sólo es útil para las personas que quieren recibir apoyo inmediatamente después del suicidio.

396.- ¿A qué termino se refiere la definición "acción humana deliberada para mantener la vida, acrecentar la salud e impulsar el bienestar", y por quién fue acuñado por primera vez?

a) Hace referencia al concepto de "necesidad" y fue utilizado por primera vez en el contexto de enfermería por Virginia Henderson, en 1960.

b) Hace referencia al concepto de “autocuidado” y fue utilizado por primera vez en el contexto de enfermería por Dorothea E. Orem, en 1956.
c) Hace referencia al concepto de “factor estresante” y fue utilizado por primera vez en el contexto de enfermería por Betty Neuman, en 1972.
d) Hace referencia al concepto de “cultura” y fue utilizado por primera vez en el contexto de enfermería por Madeleine Leininger, en 1978.

397.- ¿A qué nos referimos cuando decimos que “se concibe como un componente de la promoción de la salud, cuyo fin último es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social, proporcionando a las poblaciones los medios para mejorar su salud y ejercer control sobre ella”?

a) Promoción de la Salud en salud mental.
b) Educación para la salud.
c) Programa de educación para la salud.
d) Salud Mental Comunitaria.

398.- El concepto de "aumentar la capacitación" de las personas y comunidades como signo determinante de una intervención de promoción de salud se denomina:

a) Self-efficacy.
b) Adherence.
c) Empowerment.
d) Health literacy.

399.- ¿Cómo se denomina al modelo de Educación para la Salud en el que se analizan los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento, distinguiéndose los factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia?

a) Modelo de creencias sobre la salud.
b) Modelo de educación popular.
c) Modelo KAP.
d) Modelo Precede.

400.- El modelo salutogénico de Antonovsky se centra en dos conceptos básicos que son:

a) La autoeficacia y el locus de control interno.
b) La resiliencia y el afrontamiento activo.
c) El empowerment o empoderamiento de personas y comunidades.
d) El sentido de coherencia y el recurso general de resistencia.



401.- Las actuaciones a nivel supracomunitario que promueven medidas en el ámbito administrativo, legislativo y económico para grandes grupos de población se denominan:

a) Medidas de abogacía en la promoción de la salud.
b) Acción y dinamización social.
c) Información y comunicación.
d) Educación para la salud colectiva.

402.- La técnica que se utiliza en la fase de identificación de necesidades de la planificación de un programa de Educación para la Salud, en la que se priorizan categorías de necesidades ordenándolas en forma de rombo por subgrupos, se denomina:

a) Técnica del diamante.
b) Técnica del rombo.
c) Técnica de la cometa.
d) Técnica de Ishikawa.

403.- ¿Cuál de los siguientes NO es un requisito para desarrollar un programa de salud mental preventivo eficaz?

a) Elegir un problema serio y frecuente en una comunidad específica.
b) Determinar si la comunidad está receptiva a la idea de un programa preventivo, y dispuesta y capacitada para colaborar.
c) Identificar los recursos y el personal necesarios para poner en marcha el programa.
d) Diseñar las intervenciones que se llevarán a cabo, preferentemente intervenciones universales, pues son más eficaces que las dirigidas a un subgrupo.

404.- ¿Qué aspecto ético fundamental debe respetarse al proponer un programa de prevención en salud mental?

a) Garantizar siempre la total confidencialidad de los datos.
b) No prometer más beneficios de los que se puedan ofrecer.
c) Obtener el consentimiento firmado de todas las personas participantes.
d) Anonimizar todos los datos obtenidos.

405.- ¿Cuál NO es una característica definitoria de los programas preventivos en salud mental que demuestran mejor funcionamiento?

a) Definen metas y objetivos claros.
b) Poseen un modelo teórico basado en evidencia empírica.
c) Se basan en intervenciones estandarizadas.
d) Tienen una duración breve en el tiempo.



406.- La Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, 1996), definió la rehabilitación psicosocial (RPS). Señala la respuesta INCORRECTA:

a) La RPS es un proceso que facilita el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad.
b) La RPS implica la mejora de la competencia individual.
c) La RPS se centra únicamente en la persona, que es la que tiene un papel esencial en su propio proceso de integración en la comunidad.
d) La RPS potencia las elecciones individuales.

407.- ¿Cuál NO es una de las funciones del personal profesional de enfermería en el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)?

a) La persona paciente exclusivamente es la destinataria de las intervenciones de enfermería.
b) Aplicar los tratamientos farmacológicos prescritos.
c) Mantener el vínculo de la persona paciente con los dispositivos de salud mental.
d) Detectar recaídas.

408.- En la planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial, ¿cuál es el primer paso tras la llegada de la persona usuaria al servicio?

a) La elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).
b) La evaluación de la persona usuaria.
c) La asignación a grupos de psicoeducación para la familia.
d) La asignación a grupos terapéuticos según diagnóstico.

409.- ¿Cuál NO constituye un motivo para la necesidad de abordar la psicomotricidad y el cuidado físico en personas con Trastorno Mental Grave (TMG)?

a) Los TMG pueden conllevar problemas de coordinación psicomotriz.
b) La actividad física es importante para prevenir o paliar los efectos del síndrome metabólico.
c) Mejorar la actitud corporal para reducir el estigma y favorecer la integración en la comunidad.
d) Influir de manera positiva en la conducta de la persona usuaria y su funcionamiento social.

410.- Respecto a la psicoeducación en personas con Trastorno Mental Grave (TMG), ¿en qué circunstancias concretas se puede desaconsejar la psicoeducación en un momento dado?

a) El bajo nivel educativo y la ausencia de conciencia de enfermedad.
b) La existencia de sintomatología positiva muy abrupta o determinados rasgos de personalidad.
c) La edad avanzada y la institucionalización previa prolongada.

d) La negativa de la persona paciente a participar en grupos y la escasa red de apoyo social.

411.- Mejorar la competencia en la conducta interpersonal de las personas usuarias en su entorno social es el objetivo de:

a) Entrenamiento en habilidades sociales.
b) Rehabilitación cognitiva.
c) Entrenamiento en autonomía personal.
d) Psicoeducación.

412.- Dentro de los efectos secundarios extrapiramidales que pueden producir los antipsicóticos, NO se encuentra:

a) Hipotensión ortostática.
b) Distonías agudas.
c) Acatisia.
d) Discinesias tardías.

413.- Sobre los usos de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud mental encontramos:

a) El uso de la realidad virtual no es útil para los trastornos de ansiedad, ya que expone a las personas ante el estímulo causante de la ansiedad y reduce la adherencia al tratamiento.
b) El uso de la realidad virtual se ha utilizado en problemas relacionados con la imagen corporal, las personas participantes en estos programas valoran los escenarios como seguros y conceptualizan al ordenador como juez parcial, esto permite una aceptación de su alteración de la imagen corporal.
c) El uso de la realidad virtual todavía no se ha utilizado para trastornos relacionados con el uso de sustancias y adicciones comportamentales.
d) La realidad aumentada tiene gran utilidad en el tratamiento de las fobias a insectos, permite al terapeuta controlar el número, tamaño y movimiento.

414.- Entre las pautas de educación que hay que dar a la persona en tratamiento con antipsicóticos y a su familia, encontramos:

a) No se debe suspender el tratamiento bruscamente, se debe contactar con una persona profesional sanitaria, ya que la suspensión brusca puede provocar convulsiones.
b) Evitar la exposición solar directa, ya que se pueden producir quemaduras o alteraciones en la pigmentación de la piel.
c) Durante la toma de tratamiento pueden producirse mareos (con los cambios de postura, por ejemplo), aplique medidas para la prevención de accidentes.
d) a), b) y c) son pautas de educación que hay que dar a la persona y su familia.

415.- Una contraindicación absoluta para el uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) sería:

a) El embarazo.
b) No existe una contraindicación absoluta.
c) La depresión mayor.
d) Seudodemencia depresiva.

416.- En la intoxicación por litio estaría indicado:

a) En intoxicaciones leves (litemia por encima de 2 mmol/l) está indicada la diuresis forzada.
b) En intoxicaciones graves (litemia por encima de 2 mmol/l) está indicada la diuresis forzada.
c) En intoxicaciones graves (litemia por encima de 2 mmol/l) está indicada la hemodiálisis.
d) En intoxicaciones leves (litemia por debajo de 2 mmol/l) está indicada la hemodiálisis.

417.- ¿Cuál de las siguientes benzodiazepinas se considera de vida corta (5-24h)?

a) Alprazolam.
b) Clonazepan.
c) Bromazepam.
d) Diazepam.

418.- Respecto a los grupos de psicoeducación como intervención de enfermería, señale la INCORRECTA:

a) Estos pueden ir dirigidos tanto a pacientes como a familiares.
b) Su finalidad es dar información sobre patologías, enseñar hábitos de vida saludables y cuidados.
c) Son unidireccionales, la interacción con las personas participantes es escasa.
d) Tienen objetivos didácticos.

419.- ¿Cómo se denomina la técnica que pretende reducir la tensión fisiológica mediante una relajación muscular profunda?

a) Respiración esencial consciente.
b) Entrenamiento autógeno.
c) Meditación.
d) Relajación progresiva.



420.- Dentro de las terapias destinadas a adquirir habilidades sociales encontramos el modelado, ¿Cuáles son los efectos de esta técnica?

a) Efecto desinhibitorio y facilitador, a partir del cual se reducen o eliminan conductas adquiridas observando las consecuencias en un modelo.
b) Efecto de adquisición; se adquieren nuevas conductas por observación del modelo que antes no se sabían.
c) Efecto inhibitorio; a través de modelos las personas obtienen normas para juzgar de forma realista el propio comportamiento y generalizarlo en otras situaciones similares.
d) Efecto normativo o socializador; se fortalecen conductas inhibidas en la persona a través de la observación de las consecuencias sin resultados adversos.

421.- Sobre el modelo A-B-C de Ellis, señale la CORRECTA:

a) Es parte de las terapias destinadas al control de la activación donde A significa activación, B habla del desencadenante de la activación y C de las creencias asociadas al desencadenante.
b) Es parte de las terapias cognitivo-conductuales donde A es el acontecimiento activador, B se refiere a las creencias, pensamientos o suposiciones del acontecimiento y C es la consecuencia emocional.
c) Es parte de las terapias cognitivo-conductuales donde A es la activación, B es el desencadenante de la activación y C es la creencia asociada al desencadenante.
d) Es parte de las terapias destinadas al control de la activación donde A es el acontecimiento activador, B se refiere a las creencias, pensamientos o suposiciones del acontecimiento y C es la consecuencia emocional.

422.- Entre las intervenciones que son competencia de la persona enfermera de salud mental en el ámbito comunitario, encontramos:

a) Intervenciones grupales.
b) Apoyo emocional.
c) Intervención familiar.
d) a), b) y c) son correctas.

423.- Si tenemos una persona en tratamiento con IMAO, señale la INCORRECTA:

a) La hipernatremia no es una contraindicación para la administración de IMAO.
b) Debe evitar los alimentos ricos en tiramina como, por ejemplo, el chocolate.
c) Los IMAO no son adictivos y se consideran seguros y eficaces cuando se emplean siguiendo la prescripción.
d) Inhiben la enzima que degrada la tiramina liberando noradrenalina y pudiendo desencadenar crisis hipertensivas.

424.- Dentro de la educación a la persona paciente en tratamiento con litio, ¿qué debemos incluir?

a) No es necesario dar ninguna indicación concreta, ya que el litio no tiene implicaciones importantes.
b) Tendrá que realizar restricción hídrica mientras dure el tratamiento.
c) Indicaciones sobre que no se reduzca la ingesta dietética de sal, a menos que así lo indique el personal facultativo médico.
d) Indicarle que si tiene una analítica programada en ayunas que incluya la concentración de litio, deberá tomarse el litio antes de realizársela.

425.- Sobre los efectos secundarios de los antidepresivos, señale la afirmación CORRECTA:

a) Un aumento de la noradrenalina en la ventana sináptica dará lugar a bradicardia, temblor y ansiedad.
b) Un bloqueo de la serotonina dará lugar a la aparición de náuseas.
c) Un bloqueo de la histamina producirá sedación y somnolencia.
d) Un bloqueo de la acetilcolina producirá efectos anticolinérgicos como sialorrea.

426.- Uno de los siguiente antipsicóticos se considera atípico o nuevo:

a) Amisulprida.
b) Haloperidol.
c) Sulpirida.
d) Levomepromazina.

427.- Al hablar de estudios que se realizan a personas expuestas a un factor, pero que todavía no han desarrollado la enfermedad, y a las que se realiza un seguimiento para evaluar si la desarrollan o no, nos estamos refiriendo a:

a) Estudios de casos-controles.
b) Estudios de cohortes.
c) Estudios clínicos aleatorizados.
d) Estudios ecológicos.

428.- La hipótesis nula se refiere a, señale la opción CORRECTA:

a) Aquello que se desea indagar o conocer para responder a un problema planteado.
b) La suposición que se aspira verificar o comprobar en una investigación.
c) Ofrece opciones distintas a la de la investigación.
d) No existe ningún tipo de relación entre las variables que son objeto de la investigación.



429.- A la hora de realizar un estudio de investigación experimental que utilice técnicas de enmascaramiento, cuando hablamos de simple ciego nos referimos a:

a) Las personas participantes no han recibido ninguna indicación respecto al grupo al que han sido asignadas.
b) Las personas participantes y la persona investigadora desconocen el grupo al que pertenecen y el tratamiento utilizado.
c) Las personas participantes, la persona investigadora y las personas que analizan los resultados desconocen a qué grupo pertenecen.
d) a), b) y c) son incorrectas.

430.- Los estudios con diseño ecológico tienen como característica el estudio de:

a) El número de casos que se producen en una población en un periodo de tiempo dado.
b) Quienes participan en el estudio son una agregación de personas de poblaciones o áreas geográficas bien delimitadas.
c) Describen características de una persona paciente individual o sobre un grupo de personas que comparten características poco conocidas de un proceso o tratamiento.
d) El número de personas de una población que presenta la enfermedad en un momento dado.

431.- Un tipo de estudio secundario sería:

a) Transversal.
b) Longitudinal.
c) Cualitativo.
d) Meta-análisis.

432.- Los estudios descriptivos exploratorios:

a) Si son de corte prospectivo describen el fenómeno según va sucediendo.
b) No pueden ser de corte retrospectivo.
c) Si son de corte longitudinal determinan una situación en un momento dado.
d) Si son de corte transversal investigan la exposición en el pasado.

433.- A la hora de plantear un estudio de investigación, ¿qué proceso se ha de seguir en la fase conceptual?

a) Formulación de la hipótesis, búsqueda bibliográfica y planteamiento de los objetivos.
b) Elaboración del marco de referencia, formulación de la pregunta y planteamiento de la hipótesis.
c) Formulación de la pregunta, elaboración del marco de referencia, búsqueda bibliográfica, planteamiento de objetivos e hipótesis.
d) Formulación de la pregunta, elaboración del marco de referencia, búsqueda bibliográfica, planteamiento de objetivos y elección de diseño.



434.- La difusión de los resultados de una investigación ¿a qué fase del proceso de investigación pertenece?

a) Fase intelectual.
b) Fase conceptual.
c) Fase metodológica.
d) Fase empírica.

435.- Según el paradigma naturalista, en una investigación que responda a interrogantes relacionados con lo axiológico, señale la CORRECTA:

a) Utiliza procesos deductivos.
b) La realidad es única y objetiva.
c) La persona investigadora es independiente de lo que investiga.
d) Se busca conocer lo subjetivo.

436.- ¿En qué año se estableció el código Nüremberg?

a) 1947.
b) 1899.
c) 1909.
d) 1935.

437.- ¿Cuál de las siguientes NO es una iniciativa que pretende regular la ética de la investigación?

a) Declaración de Helsinki.
b) Informe Belmont.
c) Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.
d) Código Tuskegee.

438.- Antes de llevar a cabo un proyecto de investigación es necesario obtener la aprobación por el comité de ética correspondiente, este velará por:

a) La idoneidad del proyecto y el equipo de investigación.
b) El tipo de consentimiento que va a obtenerse de las personas participantes.
c) La previsión de compensación y tratamiento que se ofrecerá a las personas participantes en caso de lesión o muerte.
d) a), b) y c) son aspectos por los que velará el comité de ética de la investigación.

439.- Los requisitos que ha de tener una pregunta de investigación responden a las siglas FINER, que significan:

a) Fiable, innovadora, normativa, equilibrada y relevante.
b) Factible, interesante, novedosa, ética y relevante.
c) Fiable, interesante, novedosa, ética y relevante.



d) Factible, innovadora, novedosa, eficaz y relevante.

440.- En el resumen de un artículo científico la información mínima que hemos de incluir es:

a) Introducción, objetivos, metodología y resultados principales.
b) Introducción, hipótesis (si la hubiera), metodología y conclusiones más relevantes.
c) Objetivo e hipótesis (si la hubiera), metodología, principales resultados y conclusiones más relevantes.
d) Marco conceptual, objetivos, metodología, resultado y conclusiones relevantes.

441.- Un trabajo de investigación que realiza un estudio pormenorizado, estructurado, selectivo y crítico que analiza e integra la información esencial de documentos primarios de investigación sobre un tema es:

a) Una revisión sistemática de la literatura.
b) Una revisión narrativa de la literatura.
c) Una revisión por pares.
d) Una lectura crítica.

442.- Cuando en investigación hablamos de un diseño de investigación mixto, ¿a qué nos estamos refiriendo?

a) A estudios que combinan métodos cuantitativos descriptivos y cuantitativos inferenciales.
b) A estudios que combinan métodos cuantitativos y métodos cualitativos.
c) A estudios que combinan métodos de recogida de datos a través de entrevistas y grupos focales.
d) No existe este tipo de investigaciones.

443.- ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde a la metodología cuantitativa de investigación?

a) Utiliza instrumentos estandarizados.
b) Está orientada a probar hipótesis y teorías.
c) Está orientada a múltiples realidades subjetivas.
d) Está sujeta a procesos deductivos.

444.- ¿Qué tipos de estudios existen si atendemos al momento de medición?

a) Transversales.
b) Cuasiexperimentales.
c) Observacionales.
d) Descriptivos.



445.- ¿Qué son los tesauros?

a) Listado de palabras normalizadas que representan campos semánticos concretos y que permiten convertir el lenguaje natural en lenguaje controlado, tanto para la indización como para la recuperación de los documentos.
b) La recopilación de toda la información generada sobre un tema o pregunta determinados, y que proporciona una síntesis completa e imparcial de varios estudios primarios relevantes.
c) Son archivos digitales que reúnen, preservan y difunden la producción científica de una institución o de un área temática de forma organizada.
d) Son directrices elaboradas sistemáticamente para asistir en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria en problemas clínicos específicos.

446.- ¿Bajo qué paradigma se realizan las investigaciones cuantitativas?

a) Paradigma positivista.
b) Paradigma realista.
c) Paradigma constructivista.
d) Paradigma fenomenológico.

447.- ¿Cuál de las siguientes características NO pertenece a un enfoque cualitativo de investigación?

a) En la ruta cualitativa el proceso de indagación resulta más flexible y se desplaza entre experiencia, acción y resultados.
b) La investigación cualitativa resulta interpretativa, pretende encontrar sentido a los fenómenos y hechos.
c) En la ruta cualitativa predomina el razonamiento inductivo, es decir, de lo general a lo particular.
d) En la ruta cualitativa, la realidad se define mediante las percepciones, interpretaciones e interacciones de los participantes y del investigador.

448.- Dentro de las técnicas de muestreo probabilístico encontramos la siguiente:

a) Muestreo intencional.
b) Muestreo aleatorio simple.
c) Muestreo por conveniencia.
d) Muestreo por voluntarios.

449.- ¿Qué significan las siglas PICO?

a) Población, intención, comparación, objetivo.
b) Profesional, intervención, campo, resultado (outcome).
c) Profesional, intención, comparación, objetivo.
d) Población, intervención, comparación, resultado (outcome).



450.- A la hora de realizar el cálculo del tamaño muestral para nuestro estudio de investigación, tendremos en cuenta:

a) Que la fórmula de cálculo será distinta si nuestra población es finita o infinita.
b) Que cuanto mayor sea la muestra, mejores resultados obtendremos.
c) Que el nivel de confianza no influirá a la hora del cálculo.
d) Que el tamaño de la muestra calculado para un objetivo puede utilizarse para objetivos similares.

451.- ¿Qué métodos de recolección de datos utiliza la metodología cualitativa de investigación?

a) Entrevistas y cuestionarios.
b) Cuestionarios y observación participante.
c) Entrevistas y observación participante.
d) Escalas y grupos focales.

452.- A la hora de realizar una investigación con metodología cualitativa a través de entrevistas tendremos en cuenta lo siguiente, señale la INCORRECTA:

a) Evitar que la persona participante se sienta en un interrogatorio.
b) Preguntar de manera que se pueda inducir la respuesta.
c) Generar un clima de confianza y empatía.
d) Escuchar activamente y hacer una sola pregunta a la vez.

453.- A la hora de elegir un instrumento de medida en nuestra investigación cuantitativa habrá que tener en cuenta la validez de contenido, definimos esta como:

a) Validez que se establece al correlacionar las puntuaciones resultantes de aplicar el instrumento con las puntuaciones obtenidas de otro criterio externo que pretende medir lo mismo o los hechos reales del futuro.
b) Las mediciones del concepto o variable reflejan la teoría, miden lo que les corresponde y se vinculan de manera congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teóricamente.
c) Grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de la variable que se mide.
d) Grado en que un instrumento realmente mide la variable de interés de acuerdo con personal experto en el tema.

454.- ¿Qué características debe tener las hipótesis en una investigación de metodología cuantitativa?, señale la CORRECTA:

a) Tienen que hacer referencia a una situación real.
b) Las variables que contienen deben ser lo más concretas, entendibles y precisas posibles.
c) Se formulan como proposiciones o afirmaciones y pretenden ser explicaciones tentativas a un problema o fenómeno.



d) a), b) y c) son características de una hipótesis de investigación cuantitativa.

455.- Según la pirámide de Haynes, los estudios que mejor responden a una pregunta PICO de tipo intervención son:

a) Ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
b) Estudios transversales y de cohortes.
c) Estudios de cohortes y rama control del ECA.
d) Estudios de casos control y estudios de cohortes.

456.- Los estudios analíticos tienen como objetivo:

a) Describir un hecho en un momento concreto del tiempo.
b) Generar hipótesis que posteriormente se puedan contrastar.
c) Evaluar una presunta relación causa-efecto.
d) Determinar si dos variables pueden estar relacionadas y varían conjuntamente.

457.- La variable independiente en un estudio de investigación es aquella que:

a) Es la variable que se identifica con el posible efecto.
b) Es la variable que se identifica con la causa supuesta.
c) Es la variable que se mide para ver los efectos de una variable predictora.
d) a), b) y c) son incorrectas.

458.- Si en un estudio de investigación tengo que recoger datos sobre el peso de una persona, diré que esta variable es:

a) Una variable cualitativa de tipo politómica.
b) Una variable cuantitativa de tipo discreta.
c) Una variable cualitativa de tipo dicotómica.
d) Una variable cuantitativa de tipo continua.

459.- ¿A qué nos referimos cuando hablamos del fenómeno por el cual una persona participante de una investigación orienta sus respuestas para dar una buena imagen de sí misma al entrevistador o entrevistadora y, por lo tanto, puede modificar las respuestas que realmente reflejan sus sentimientos u opiniones a favor de la que se considera más positivamente valorada?

a) Sesgo del entrevistador.
b) Sesgo de deseabilidad social.
c) Sesgo de medición.
d) Efecto Hawthorne.

460.- ¿Cómo se denomina a la capacidad de un instrumento de medida para obtener mediciones sucesivas similares entre sí?

a) Fiabilidad.
b) Validez.
c) Variabilidad.
d) Exactitud.

461.- Dentro de la estadística descriptiva encontramos los siguientes procedimientos de análisis estadísticos excepto uno, señale el INCORRECTO:

a) Estimación de parámetros poblacionales.
b) Medidas de tendencial central.
c) Medidas de posición.
d) Medidas de dispersión.

462.- ¿Cómo calcularía la frecuencia relativa o proporción en un estudio de investigación?

a) Frecuencia absoluta entre el número total de observaciones.
b) Frecuencia relativa multiplicado por cien.
c) Frecuencia relativa acumulada multiplicado por cien.
d) Frecuencia absoluta acumulada de cada valor de la variable entre el total de las observaciones.

463.- La mediana se define como, elija la opción CORRECTA:

a) Medida de tendencia central que resulta de multiplicar el número de observaciones por mil.
b) Medida de tendencia central que refleja el valor que más se repite en una muestra.
c) Medida de tendencia central que deja por encima y por debajo de sí al mismo número de observaciones de la muestra.
d) Medida de tendencia central sensible a los valores extremos de la muestra.

464.- Cuando decimos que una variable sigue una distribución normal, estamos afirmando que:

a) La media, la mediana y la moda coinciden.
b) Es simétrica alrededor de la media.
c) La mayoría parte de los valores se encuentran en torno a la media.
d) a), b) y c) son características de una distribución normal.

465.- La siguiente definición, "elementos o sujetos que son objeto de investigación sobre los que se quieren generalizar los resultados", hace referencia a:

a) Población a estudio.
b) Población diana.

c) Muestra.
d) Persona o unidad muestral.

466.- El intervalo de confianza que se utiliza en ciencias de la salud por las personas investigadoras oscila entre:

a) 5 % y 1 %.
b) 95 % y 99 %.
c) 100 % y 0 %.
d) 2 % y 0 %.

467.- El estadístico de contraste a utilizar en caso de tener dos variables cualitativas será:

a) Correlación de Pearson.
b) ANOVA.
c) T de Student.
d) Chi cuadrado.

468.- La triangulación de los datos consiste en:

a) Usar diferentes fuentes de datos a fin de tener diferentes puntos de vista para validar las conclusiones.
b) Usar diferentes técnicas de recogida de datos en un mismo estudio, como por ejemplo, grupos de discusión, entrevistas en profundidad y anotaciones mediante cuaderno de campo.
c) Usar múltiples perspectivas para interpretar un mismo fenómeno.
d) Recurrir a dos o más personas investigadoras con experiencia para analizar e interpretar la información recogida.

469.- La proporción de personas de una población que padece una enfermedad se conoce como:

a) Incidencia.
b) Tasa.
c) Prevalencia.
d) Razón.

470.- A la capacidad de una prueba diagnóstica para clasificar correctamente a las personas sanas se le denomina:

a) Sensibilidad.
b) Especificidad.
c) Valor predictivo positivo.
d) Valor predictivo negativo.



471.- Sobre el método de recogida de datos a través de entrevistas en profundidad, señale la INCORRECTA:

a) La persona investigadora se integra en la realidad que estudia a través de actividades que realiza la persona paciente para profundizar en la comprensión del problema que estudia.
b) La persona investigadora puede utilizar diferentes tipos de entrevistas en función de la estructura: no estructurada, semiestructurada o estructurada.
c) Es un tipo de técnica conversacional que recoge el discurso de las personas entrevistadas para su posterior análisis.
d) Ha de ser grabada para su posterior transcripción literal y análisis.

472.- En el contexto de los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, ¿cómo se denomina el suceso que podría haber tenido consecuencias no deseadas, pero no las tuvo porque no alcanzó a la persona paciente, ya fuera por azar o por una intervención oportuna?

a) Cuasiincidente.
b) Cuasiincidente sin daño.
c) Incidente.
d) Incidente sin daño.

473.- En el contexto de los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, de acuerdo con la clasificación del grado de daño, ¿qué característica define un daño de grado "moderado"?

a) Los síntomas son leves, la pérdida funcional es mínima y de corta duración, sin necesidad de intervención.
b) El resultado es sintomático y exige intervenir o prolongar la estancia, o causa un daño o pérdida funcional permanente o de larga duración.
c) Requiere una intervención que salve la vida o una intervención quirúrgica mayor, acortando la esperanza de vida.
d) El incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

474.- En el marco del procedimiento de actuación ante un Evento Adverso de la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la comunicación a paciente y/o familia es CORRECTA?

a) Debe posponerse hasta completar el Análisis Causa Raíz para disponer de toda la información.
b) La primera información debe darse en presencia de personal profesional que no haya tenido contacto con la persona paciente previamente, para facilitar la transparencia.
c) Deben realizarla al menos dos profesionales (1 personal de medicina y 1 personal de enfermería, referentes de la persona paciente), para facilitar la transparencia.
d) La primera información debe transmitirla exclusivamente quien ostente la gerencia del centro, para facilitar la transparencia.



475.- En el marco del procedimiento de actuación ante un Evento Adverso de la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, ¿qué función tiene el Equipo de Gestión del Evento Adverso?

a) Se encargarán directamente de garantizar que las necesidades asistenciales de la persona paciente están cubiertas en todo momento.
b) Determinar quiénes serán las personas responsables de realizar el Análisis Causa Raíz.
c) Determinar qué persona del Equipo de Gestión del Evento Adverso ejercerá de contacto permanente para la familia.
d) Determinar qué persona del Equipo de Gestión del Evento Adverso ejercerá la portavocía única.

476.- Según la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, para el Análisis Causa Raíz (ACR) de un Evento Centinela o Evento Adverso grave, ¿en qué plazo se recomienda iniciarlo y quién debe liderarlo?

a) En las primeras 24-48 horas y debe ser liderado por una persona con formación en la metodología.
b) En las primeras 48-72 horas, liderado por el Equipo de Gestión del Evento Adverso.
c) En las primeras 72 horas, liderado por la persona que ejerza la jefatura del servicio implicado.
d) En el plazo de una semana, liderado por la Comisión de Seguridad del Centro.

477.- En el contexto de la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, ¿qué se entiende por "factor contribuyente" en el análisis de un incidente de seguridad?

a) La causa directa e inmediata que produjo el daño a la persona paciente.
b) El o la profesional que se vio implicada en el evento adverso.
c) Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.
d) El grado de daño resultante del incidente clasificado según la severidad.

478.- Según la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, ¿qué debe incluir la comunicación a la persona paciente y/o familia en la primera información transmitida tras un Evento Adverso? Señale la INCORRECTA:

a) La notificación de que ha sucedido un Evento Adverso.
b) El diagnóstico definitivo de las causas del incidente basado en el Análisis Causa Raíz completo.
c) Que se pondrán medidas para mitigar sus efectos y se investigarán las causas.
d) El nombre de la persona que será su contacto permanente para ofrecerles información constante.



479.- Según la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza, ¿cuál NO es uno de los cuatro aspectos fundamentales en torno a los que se desarrolla el procedimiento de actuación ante un Evento Adverso?

a) Comunicación y soporte a la persona paciente/familia.
b) Comunicación y soporte a las y los profesionales.
c) Comunicación interna (Mandos intermedios, referente de seguridad del Servicio/Centro, Dirección).
d) Seguimiento y difusión de resultados de la investigación.

480.- En el contexto de los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, ¿cómo se denomina a la organización sanitaria en la que sucede el evento adverso, que ve amenazado su prestigio y el de sus profesionales?

a) Primera víctima.
b) Segunda víctima.
c) Tercera víctima.
d) Cuarta víctima.

481.- ¿Qué proporción de profesionales con implicación en un evento adverso y que presentan afectación emocional y profesional, se ve incapaz de continuar trabajando y precisa baja laboral?

a) Más de la mitad.
b) Casi un tercio.
c) Aproximadamente una décima parte.
d) Menos del 5%.

482.- De acuerdo con el Protocolo de Segundas y Terceras Víctimas de Osakidetza, ¿cuál es el primer nivel de atención emocional a la segunda víctima?

a) El círculo natural de apoyo: las personas profesionales de confianza que la segunda víctima elige para contar lo sucedido.
b) El mando intermedio más directo del personal profesional que se han visto afectado por el evento adverso.
c) La Unidad Básica de Prevención (UBP) o Servicio de Salud Laboral.
d) El equipo directivo de la organización.

483.- Según el Protocolo de Osakidetza para Segundas y Terceras Víctimas, ¿cuál de las siguientes acciones figura como recomendación "NO HACER" durante la atención a la segunda víctima?

a) Ofrecer la posibilidad de participar en el Análisis Causa Raíz.
b) Mantener la confidencialidad del caso.
c) Informar al equipo directivo de lo sucedido.
d) Restar importancia a lo ocurrido.



484.- Según el Protocolo de Osakidetza para Segundas y Terceras Víctimas, ¿cómo debe considerarse la afectación de salud de la segunda víctima desde el punto de vista laboral?

a) Como una enfermedad común gestionada a través de la mutua habitual.
b) Como una contingencia profesional, comunicada a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
c) Como un permiso retribuido.
d) Como un permiso no retribuido.

485.- La Instrucción 2/2018 de 21 de febrero, para la adecuada notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros eventos adversos y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza, tiene como objeto garantizar la correcta notificación y análisis de varios tipos de incidentes. ¿Cuál de las siguientes categorías NO está incluida como objeto de notificación obligatoria en dicha instrucción?

a) Los eventos centinela.
b) Los incidentes de seguridad sin daño notificados voluntariamente en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente.
c) Otros incidentes de seguridad con daño (eventos adversos).
d) Casos aislados de patologías con potenciales repercusiones susceptibles de crear alarma social.

486.- En la Instrucción 2/2018 de 21 de febrero, para la adecuada notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros eventos adversos y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza, ¿qué sistema de notificación posibilita que los trabajadores de Osakidetza notifiquen los incidentes de seguridad SIN daño para los pacientes?

a) SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente).
b) SNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente).
c) SENSAR (Sistema Estatal de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).
d) SISNOT (Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente).

487.- En el contexto de violencia de género en el ámbito familiar, ¿qué establece la LO 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia respecto a la separación de los hijos e hijas de la madre?

a) Se separará siempre a la persona menor de la madre para garantizar su seguridad.
b) La separación será automática si existe orden de alejamiento.
c) Se garantizará que las personas menores permanezcan con la madre salvo que ello sea contrario a su interés superior.
d) La decisión de separación corresponde exclusivamente al Ministerio Fiscal.



488.- ¿Qué afirmación es FALSA con respecto a la violencia por parte de la pareja o expareja en mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG)?

a) La prevalencia estimada de violencia por parte de la pareja o expareja en los 12 meses previos a la entrevista es del 40,3%.
b) La prevalencia estimada de violencia por parte de la pareja o expareja a lo largo de su vida es del 60,3%.
c) Las mujeres diagnosticadas de un TMG sufren 4 veces más violencia por parte de la pareja o expareja que las que no están diagnosticadas.
d) Las mujeres diagnosticadas de un TMG sufren un tipo de violencia más grave que las que no están diagnosticadas.

489.- Señale cuál de las siguientes NO es un factor de riesgo específico de las mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG) en situación de violencia de género:

a) Mayor credibilidad que se le otorga a su relato por ser paciente psiquiátrica.
b) Doble victimización: Enfermedad mental y ser mujer.
c) Tendencia a la psicopatologización.
d) Mayor dificultad de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y al estigma.

490.- ¿Qué porcentaje de mujeres con problemas de adicciones se estima que sufren violencia de género?

a) Alrededor del 40%.
b) Alrededor del 60%.
c) Alrededor del 80%.
d) Alrededor del 95%.

491.- En el contexto de actuación en Servicios de Salud Mental con mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental Grave TMG, la entrevista para valorar posible violencia de género debe realizarse:

a) Con la pareja presente para contrastar versiones.
b) A solas con la mujer, incluyendo preguntas directas y abiertas.
c) En grupo terapéutico.
d) Solo cuando la mujer lo solicite espontáneamente.

492.- ¿Cuál de los siguientes valores y acepciones que contiene el principio bioético de justicia adquiere especial relevancia en la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género, al estar más presente que en la atención a otros colectivos?

a) Justicia como valor jurídico y legal (derecho positivo).
b) Justicia como virtud (la actitud de ser justos).
c) Justicia distributiva (valor socio-político).



d) Equidad (a cada uno según sus necesidades).

493.- El parte de lesiones debe enviarse al juzgado SIN consentimiento de la mujer cuando:

a) La mujer presente lesiones físicas evidentes.
b) Se valore un alto riesgo cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia.
c) Existan hijos o hijas menores en el domicilio.
d) La mujer se encuentre en situación de embarazo.

494.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define más correctamente la "agresión sexual"?

a) Acto de violencia física y sexual en circunstancias coercitivas que vulnera la integridad personal y autonomía sexual, pudiendo incluir actos sin penetración.
b) Acto de violencia sexual en circunstancias coercitivas que vulnera la integridad personal y autonomía sexual, teniendo que incluir actos de penetración para que se considere como tal.
c) Comportamiento no deseado de índole sexual, verbal o físico, dirigido contra una persona con el propósito de atentar contra su dignidad.
d) Comportamiento verbal, no verbal o físico con connotaciones sexuales hacia una persona que se basa en el abuso de poder y confianza.

495.- ¿Qué cambio sustancial introdujo La Ley Orgánica 8/2015 respecto a los menores en situación de violencia de género?

a) Derogó la obligación de comunicación judicial por parte del personal sanitario.
b) Las personas menores pasaron de estar invisibilizadas a ser víctimas indirectas de la violencia de género.
c) Las personas menores pasaron de ser víctimas indirectas a ser consideradas víctimas directas de la violencia de género.
d) La ley no incluye suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia o tutela.

496.- ¿Cuál de las siguientes actitudes NO forma parte del listado 'NOT TO DO' (qué NO hacer) ante una mujer en situación de violencia de género?

a) Considerar que no es responsabilidad mía (de cualquier profesional sea cual sea su especialidad).
b) Infravalorar el riesgo.
c) Mantener una actitud "paternalista" y decidir por la mujer.
d) Asignar los síntomas a la situación de maltrato.



497.- ¿Qué síntoma de la siguiente lista NO es un síntoma asociado a la sospecha de sumisión química?

a) Amnesia completa (“en bloque”).
b) Habla pastosa.
c) Bradicardia.
d) Alteraciones visuales.

498.- ¿Cuál es el código de diagnóstico CIE para una agresión sexual confirmada en el marco de pareja o expareja?

a) T7421XAVG.
b) T7421XA.
c) T7621XA.
d) 09A419VG.

499.- ¿Cómo define la Ley Orgánica 8/2021 la violencia vicaria?

a) La violencia ejercida directamente contra los hijos e hijas con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres.
b) La violencia psicológica que sufre la mujer al presenciar el maltrato a sus hijos e hijas.
c) La violencia indirecta que perciben las y los menores cuando conviven con un agresor.
d) El daño psicológico que experimenta el personal de enfermería que atiende a víctimas de violencia de género.

500.- Según el ciclo de la violencia de Leonore Walker (1979), ¿qué experimentan habitualmente los hijos e hijas durante la fase de tensión?

a) Confusión emocional, ilusión de cambio y cercanía afectiva con el padre agresor.
b) Manipulación de lo sucedido: justificación y normalización de la violencia.
c) Terror e hipervigilancia ante nuevas agresiones inminentes.
d) Suelen tratar de atraerse la atención tanto del padre como de la madre.