PROCESO SELECTIVO PARA LA PROVISIÓN EN TURNO LIBRE, Y RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN LABORAL POR TIEMPO INDEFINIDO, DE NUEVE PLAZAS DE ATS/DUE (SALUD MENTAL), GRUPO B, CONVOCADO POR RESOLUCIÓN DE 1 DE SEPTIEMBRE DE 2008 (BOPA DE 25 DE SEPTIEMBRE DE 2008), RECTIFICACIÓN DE ERRORES BOPA 24 DE OCTUBRE DE 2008, BOPA 24 DE OCTUBRE DE 2016

TERCERA PRUEBA

ADVERTENCIAS

1. No abra este cuestionario hasta que se le indique.
2. Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.
3. Sólo se calificarán las respuestas marcadas en la "hoja de examen".
4. Deberá señalar la respuesta correcta marcando la opción elegida tal y como se indica en el reverso de la hoja de examen.
5. La "hoja de examen" debe ser cubierta necesariamente con bolígrafo azul o negro (nunca lápiz, rotulador o cualquier otro medio de escritura). Y no podrá ser escrita, firmada o señalada fuera de los espacios de contestación, a efectos de preservar el anonimato.
6. Sólo dispondrá de una "hoja de examen". Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "hoja de examen" es el que corresponde al número de pregunta del cuestionario. No podrá emplearse ningún tipo de corrector en caso de error a la hora de contestar la pregunta, debiendo cubrirse exclusivamente en la forma en la que se indique.
7. En cada pregunta sólo puede aparecer marcada como correcta una de las cuatro respuestas posibles identificadas bajo las letras A, B, C o D. Cualquier pregunta que tenga más de una respuesta señalada como correcta será considerada nula.
8. Este cuestionario puede utilizarlo en su totalidad como borrador y llevarlo al finalizar el ejercicio.
9. Este cuestionario consta de 50 preguntas más 4 preguntas adicionales de reserva. Las preguntas deben ser contestadas en la "hoja de examen" entre los números 1 y 54.
10. El tiempo de que se dispone para la realización de esta prueba es de **90 minutos**, contados a partir del momento en que expresamente se indique el comienzo. Transcurrido éste todas las personas dejarán inmediatamente de escribir.
11. Una vez iniciado el ejercicio no se podrá abandonar el aula hasta la finalización de la prueba. Si lo hace se le anulará el examen y se le recogerá tanto la "hoja de examen", como el cuestionario de preguntas.
12. De acuerdo con la base sexta de la convocatoria, y por Acuerdo del Tribunal calificador, cada pregunta contestada correctamente se valorará en positivo, la pregunta no contestada o en su caso anulada, no tendrá valoración alguna y la pregunta con contestación errónea se penalizará con la tercera parte del valor asignado a la contestación correcta.
13. Esta prueba, de carácter obligatorio y eliminatorio se calificará de 0 a 40 puntos, siendo necesario para superar el ejercicio obtener un mínimo de 20 puntos. El Tribunal determinará el número de respuestas correctas netas necesarias para alcanzar la calificación mínima de 20 puntos con anterioridad a la identificación de los aspirantes.
14. Este cuestionario consta de 20 páginas incluida esta carátula. Cuando se le indique, deberá comprobar que el mismo está completo levantando <u>únicamente</u> la esquina inferior derecha de su cuadernillo.
15. Información en la página Web del IAAP (www.asturias.es/iaap) y en los tablones de anuncios del IAAP, C/ Julián Clavería, Nº 11, Oviedo y del Servicio de Atención Ciudadana. Edifico EASMU, C/ Coronel Aranda, S/N Planta Plaza.
16. Teléfono del Servicio de Atención Ciudadana: 012 y 985 27 91 00 para llamadas realizadas desde fuera del Principado de Asturias.
17. No se permite el uso de calculadora, libro ni documentación alguna, móvil o ningún otro dispositivo electrónico. Tampoco está permitido copiar, hablar o fumar.

SUPUESTO PRÁCTICO NÚMERO 1

JBL es una mujer de 28 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos -en adelante UHP- del Hospital Cabecera de su Área Sanitaria. Lo hace tras una estancia de 4 horas en el Servicio de Urgencias de dicho hospital, al que fue llevada por el SAMU con acompañamiento policial dado su estado de agitación psicomotora heteroagresiva, manifestada también a nivel verbal, profiriendo gritos e insultos tanto a la fuerza de orden público, como a todo el personal sanitario que la fue atendiendo durante esta crisis.

Durante su traslado y atención en urgencias precisó medicación sedativa inyectable, inmovilización mecánica y curas en numerosos cortes, unos superficiales, y otros que precisaron sutura, que tenía en sus cuatro extremidades y tórax.

En la anamnesis, el psiquiatra de guardia que la atendió en urgencias expresa en su informe de ingreso que se trata de una paciente muy conocida de las urgencias psiquiátricas, la propia UHP, la red de salud mental de su zona, y los servicios de urgencias de atención primaria de la ciudad. Primer contacto con los servicios de salud mental hace unos 14 años en el Centro de Salud Mental infantil por agresividad con sus padres y fracaso escolar.

Diagnosticada de un trastorno de personalidad grave, presentando como comorbilidad una adicción a opiáceos a tratamiento con metasedín cps VO que recoge quincenalmente en su Centro de Salud Mental (en adelante CSM).

La paciente se ha caracterizado por impulsividad e inestabilidad afectiva y relacional muy importantes. Las explosiones de ira, y su tendencia a relaciones fusionales e idealizadas, que al poco tiempo viraban al rechazo total y odio, han deteriorado sus interacciones sociales.

Sus padres, divorciados cuando era una preadolescente, se han visto incapaces de ponerle límites y han oscilado entre el consentimiento total y el rechazo. Sus amistades son poco fundamentadas y sus problemas de conducta la han ido aislando cada vez más. Múltiples relaciones de pareja de corta duración fracasadas. Alteración de la identidad y del sentido de sí misma. Sentimientos de vacío vital.

En esta anamnesis, el psiquiatra incluye una historia previa caracterizada por un elevado descontrol de impulsos, manifestado por consumos de tóxicos, sobre todo alcohol y heroína, así como promiscuidad sexual.

Su contacto con los servicios sanitarios ha sido muy discontinuo. Su historia se caracteriza por fases donde los servicios de salud mental perdían su rastro durante meses, acudiendo de forma puntual a los servicios de urgencias de atención primaria para demandar pruebas de embarazo o píldoras del día después, ansiolíticos y curarse de heridas aparentemente

autoinducidas, o de peleas callejeras. Ha ignorado en todas las ocasiones la recomendación de los informes de acudir lo antes posible a consulta con su psiquiatra en el CSM, o tomar su tratamiento psiquiátrico de forma regular. En estos periodos, el contacto con los servicios de salud mental de la paciente se ceñía a la consulta de la enfermera de adicciones quincenal en el CSM para recoger su tratamiento de metasedín, del que tomaba una dosis mínima de 10 mg diarios. Tanto su psiquiatra del CSM como el médico de apoyo a toxicomanías descartaban iniciar una desintoxicación, ya que a través del programa de mantenimiento con metadona se conseguía mantener un vínculo mínimo con la paciente. De esta forma la enfermera trabajaba, aunque de forma precaria, algunos aspectos como la prevención de riesgos infecciosos por vía parenteral y por vía sexual, le proporcionaba educación para la salud sexual y anticonceptivos (preservativos) y realizaba un seguimiento de mínimos de su cuadro psiquiátrico (control del cumplimiento terapéutico de su tratamiento farmacológico, entrevista de contención en crisis, etc).

En otras fases de su historia de salud, la paciente demandaba de forma intensa y desorganizada la atención de los servicios de salud mental. Acudía al CSM sin cita, solicitando, cuando no exigiendo, atención urgente y protagonizando en ocasiones discusiones y altercados con el personal de recepción administrativo si no se atendían sus requerimientos de una forma inmediata.

Había sospechas fundadas de que en ocasiones la paciente conseguía dinero ejerciendo la prostitución. Múltiples trabajos de escasa cualificación en su historia formativo-laboral, que o bien abandonaba a los pocos meses o bien perdía por incumplimiento o bajo rendimiento. La paciente abandonó los estudios en segundo de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO).

Sus padres, divorciados como hemos mencionado anteriormente hace años, ya no tenían apenas contacto con ella. Con su padre, alto responsable comercial de una empresa que viajaba constantemente, tenía contactos puntuales, basados casi exclusivamente en las demandas de dinero. Su madre la acogía en cortos espacios de tiempo en su casa, pero la paciente abandonaba la vivienda por discusiones, incluso por pequeños conflictos domésticos de escasa trascendencia. No soportaba que su madre le dijera siempre "que todo iba a ir bien, solo tenía que esforzarse más en trabajar y ser de provecho".

El psiquiatra de guardia, adjunto también de la UHP, decide un ingreso involuntario a 24 h en este dispositivo, como mínimo de dos semanas para estabilización del cuadro, y replanteamiento del proyecto terapéutico de la paciente.

El ingreso dura finalmente mes y medio, y la psiquiatra de la UHP que finalmente tomó a cargo el caso, consigue que sus padres, aunque sea por separado, acudan a las citas en la unidad. Visitan a la paciente una vez por semana sin conflictos desde hace tres.

La paciente ha mejorado sintomalógicamente, pero la psiquiatra ve necesario una cobertura mucho más intensa desde los servicios de salud mental y un replanteamiento del plan terapéutico de la paciente, donde observa áreas sin atender, por ello propone al psiquiatra del CSM de la paciente, al médico de adicciones y a la propia paciente un ingreso en el Centro de Rehabilitación Psicosocial **(CRPS)** del Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos **(PATMS)** de los servicios de salud mental de la zona. Consigue el consentimiento de la paciente, el apoyo paterno y del equipo del CSM de referencia. El terapeuta del mismo cumplimenta la documentación necesaria, conjuntamente con el de la UHP, para la derivación a dicho programa con los siguientes objetivos:

- Proseguir la estabilización clínica de la paciente.
- Mejorar sus habilidades sociales y su reactividad emocional a través de psicoterapia intensa e inclusión en el grupo de trastornos de personalidad del CRPS.
- Participar en actividades ocupacionales del CPRS, así como estructuración del espacio de ocio y tiempo libre.
- Inclusión en el Programa formativo-laboral que lleva el equipo correspondiente del PATMG.

El alta se comunica al Juzgado correspondiente de internamientos.

1.- La paciente es ingresada en el CRPS. En relación a las entidades nosológicas que se describen en el enunciado, ¿cuál de las siguientes es considerada criterio diagnóstico de inclusión en el PATMS del Servicio de Salud del Principado de Asturias?:

A) Trastorno por descontrol de impulsos.

B) Trastorno por consumo de sustancias psicotropas.

C) Trastorno esquizoide de la personalidad.

D) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

2.- Los Trastornos de la personalidad han sido agrupados por algunos autores (Hyler y cols.) y nosologías psiquiátricas de inspiración norteamericana (DSM), en tres grandes grupos: A, B y C. Establecidos sobre la base de similitudes clínicas entre los trastornos del mismo grupo, los individuos de los trastornos del grupo o clúster B estarían catalogados como:

A) Ansiosos y temerosos.

B) Obsesivos, rígidos y calculadores.

C) Dramáticos, inmaduros e inestables.

D) Extraños, extravagantes y excéntricos.

3.- ¿Cuál es la definición de la etiqueta Riesgo de Trastorno de la Identidad Personal según la taxonomía NANDA 2015-2017?:

A) Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

B) Riesgo de una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.

C) Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.

D) No existe esa etiqueta diagnóstica. .

4.- La paciente refiere la idea de cortarse un dedo de una mano y así liberar su tensión. La etiqueta diagnóstica de enfermería más adecuada ante ésta situación sería:

A) Riesgo de traumatismo.

B) Riesgo de automutilación.

C) Riesgo de suicidio.

D) Riesgo de shock.

5.- En una de las entrevistas refiere que la última recaída fue a raíz del abandono de su pareja, sintiéndose "una persona incapaz de sobreponerse a este problema". Presenta una etiqueta diagnóstica de enfermería:

A) Baja autoestima situacional.

B) Baja autoestima crónica.

C) Fatiga.

D) Cansancio de rol.

6.- ¿Que etiqueta diagnóstica de enfermería usaría si la paciente presenta un IMC = 26 debido que come frecuentemente fritos sin ningún tipo de control y abusa del consumo del alcohol?:

A) Obesidad.
B) Desequilibrio nutricional por exceso.
C) Exceso en el volumen de líquidos.
D) Sobrepeso.

7.- La paciente presenta una situación de aislamiento social, detectada en la etapa de valoración. ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría?:

A) Riesgo de soledad.
B) Riesgo de abandono.
C) Aislamiento afectivo.
D) Disconfort crónico.

8.- La paciente presenta un patrón de falta de conducta de búsqueda de salud y desinterés, y conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de salud ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría?

A) Gestión inadecuada de la salud.
B) Protección ineficaz.
C) Mantenimiento ineficaz de la salud.
D) Riesgo de protección ineficaz.

9.- En la valoración de enfermería al ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos se recogen datos sobre la relación actual de la paciente con sus padres. ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría?:

A) Desempeño ineficaz del rol parental.
B) Conflicto parental.
C) Procesos familiares disfuncionales.
D) Relación ineficaz.

10.- ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría en relación al consumo de tóxicos de la paciente?:

A) Riesgo de intoxicación.
B) Riesgo de dependencia.
C) Contaminación.
D) Riesgo de respuesta alérgica en general.

11.- ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría en el momento del ingreso de la paciente cuando fue llevada a urgencias por el SAMU?:

A) Violencia dirigida a otros.
B) Riesgo de lesión dirigida a otros.
C) Riesgo de agresión.
D) Riesgo de violencia autodirigida.

12.- Cuando en la anamnesis se describen las relaciones sociales de la paciente, y utilizando esos datos para su valoración, ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería utilizaría?:

A) Deterioro de la interacción social.
B) Desempeño ineficaz de rol.
C) Aislamiento social.
D) Síndrome de soledad.

13.- A la vista de los datos relativos a la sexualidad de la paciente ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería utilizaría?:

A) Patrón sexual ineficaz.
B) Disfunción sexual.
C) Patrón sexual de riesgo.
D) Promiscuidad.

14.- Al incluir a la paciente en el PATMS del Servicio de Salud del Principado de Asturias se realiza una evaluación de ésta de cara a la elaboración de su plan individualizado de tratamiento. De las siguientes señale la respuesta incorrecta:

A) La evaluación de la actividad global se realiza por el equipo terapéutico mediante la "Escala de evaluación de la actividad global" (EEAG).
B) La "Impresión clínica global" mide la percepción de la paciente de la gravedad de su enfermedad al ingreso y el clínico valora el cambio en relación a la primera medición.
C) La "Escala de discapacidad de la OMS" evalúa el funcionamiento ocupacional, familiar, social y de cuidado personal.
D) El "Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell" puntúa cada una de las preguntas, en opinión del usuario y en opinión del profesional, centrándose en el último mes.

15.- La familia de la paciente acepta participar en el grupo de psicoeducación de familiares. De las siguientes afirmaciones relacionadas con la psicoeducación familiar, señale la incorrecta:

A) Se distingue por su sistematización.
B) Asume que los individuos afectados conservan habilidades que podrán utilizar en su cuidado.
C) Proporciona información sobre el modelo de vulnerabilidad, el estrés y el control de la emoción expresada.
D) Evita hacer partícipe al usuario y a sus familiares de lo que se sabe científicamente sobre su problema.

16.- Tras el ingreso en el CPRS la evaluación funcional de la paciente:

A) Es evitable ya que se realiza de forma automática o no explícita.
B) Es el método que permite programar los objetivos de rehabilitación, diseñar las intervenciones y controlar los resultados.
C) Es la última fase del proceso rehabilitador.
D) No esclarece el nivel de desempeño alcanzado por una persona en su vida cotidiana

17.- NO es un objetivo de la rehabilitación psicosocial de la paciente:

A) Asegurar la atención farmacológica que garantice el control de los síntomas de la enfermedad y asegure un incremento en la calidad de vida del paciente y familia.
B) Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
C) Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que la paciente necesita para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible.
D) Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial y marginalidad.

18.- Uno de los objetivos a trabajar con la paciente es el de la rehabilitación laboral y el apoyo a la integración en el mundo del trabajo. Señala la respuesta incorrecta:

A) La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de la paciente.

B) El programa de rehabilitación laboral ha de estar dirigido a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo dados los antecedentes de la paciente.

C) Las dificultades y problemas que ha presentado la paciente condiciona muchos aspectos que tienen que ver con su funcionamiento psicosocial e impiden la inserción laboral.

D) Será necesario un programa adaptado de formación ocupacional para la mejorar su cualificación profesional.

19.- Según el Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos del SESPA, desempeñará la función de tutor de la paciente:

A) Cualquier profesional sanitario del dispositivo.

B) Profesional DUE o de Trabajo Social.

C) Preferentemente el clínico.

D) Profesional DUE en colaboración con personal técnico auxiliar.

20.- El modelo de *case management* de Kanter distribuye la realización de actividades por el tutor en: fase inicial, actividades centradas en el paciente, actividades centradas en el entorno y actividades centradas en el entorno y paciente simultáneamente. Señale la respuesta correcta:

A) Dentro de las intervenciones centradas en el entorno está la psicoeducación de la paciente.

B) En la fase inicial se comienzan a trabajar algunas intervenciones como la prevención de recaída en el consumo de tóxicos.

C) Las actividades centradas únicamente en el entorno incluyen el adiestramiento en actividades de la vida diaria.

D) Dentro de las intervenciones centradas en el entorno, el tutor ha de determinar los recursos comunitarios necesarios en función de las necesidades detectadas.

21.- La paciente padece durante su ingreso en la UHP de crisis de ansiedad intensas. Entre las actividades de enfermería que usted puede establecer para abordarlas, indique la incorrecta:

A) Permanecer junto al paciente.
B) Proporcionar estímulos ambientales que distraigan al paciente del motivo de la crisis.
C) Ayudarle a realizar una descripción realista del suceso que se avecina o la motiva.
D) Fomentarle que exprese pensamientos y sentimientos de ansiedad.

22.- La paciente ha consumido durante años alcohol. Entre las alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol, NO está incluída:

A) Hipolipemia.
B) Hipoglucemia e hiperglucemia.
C) Enfermedades cardiovasculares.
D) Trastornos hematológicos.

23.- Si la paciente padeciera tras su ingreso en la UHP un síndrome de abstinencia alcohólica, señale cuál del los siguientes síntomas NO corresponde al mismo:

A) Temblor distal en las manos.
B) Hipersomnia.
C) Crisis comiciales de gran mal.
D) Hiperactividad autonómica.

24.- En el CPRS, le avisa el personal Auxiliar de Enfermería de que la paciente se encuentra en mal estado en su habitación al regresar de un permiso de fin de semana. Al acudir, observa en ella inyección conjuntival, sequedad de boca, taquicardia, se ríe aparentemente sin motivo, dice tener mucha hambre y ver intensificados el brillo de los colores, presentando además un deterioro en la habilidad motórica. Se encuentra usted ante una:

A) Intoxicación por heroína.
B) Intoxicación por anfetaminas.
C) Intoxicación por benzodiazepinas.
D) Intoxicación por cannabis.

25.- En el CPRS, el psicólogo del centro decide iniciar un tratamiento psicoterapéutico desarrollado por la Dra. Marsha Linehan para este tipo de trastornos graves de personalidad. Dicha terapia se denomina:

A) Psicoterapia focal breve.
B) Terapia dialéctica conductual.
C) Terapia expresiva de índole psicoanalítico.
D) Psicoterapia a corto plazo generadora de ansiedad.

SUPUESTO PRÁCTICO NÚMERO 2

SJO, de 32 años de edad, es trasladado a urgencias por el SAMU y las FOP tras alteración de la conducta en su domicilio precisando la intervención y reducción de la policía. Se realiza un ingreso urgente de carácter involuntario en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (en adelante UHP).

Paciente conocido de los servicios de servicios de salud mental del área, a seguimiento con el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (en adelante ETAC), muy reticente siempre a la toma de tratamiento oral, logrando, únicamente, que acepte un tratamiento a dosis bajas. Durante los últimos 5 meses abandona totalmente el mismo. Como consecuencia se produce un empeoramiento de su trastorno mental.

El paciente vive con su familia de origen (padres, una abuela y dos hermanos) siendo el mayor de los tres. Cuando tomaba correctamente el tratamiento el paciente se encontraba eutímico, llegando a estudiar un curso del INEM, con buen cumplimiento. En el momento actual se niega a realizar ningún curso, ni buscar trabajo. Desde el empeoramiento, los amigos han dejado de salir con él desbordados por sus problemas de conducta y su ritmo de salidas nocturnas.

La familia ante esta situación, se pone en contacto con el ETAC, y les comenta que a raíz de una ruptura sentimental, dejó de tomar el tratamiento, se ha puesto peor, encontrándose muy alterado, no duerme prácticamente nada, esta muy irritable, apenas come y ha bajando de forma importante de peso.

El ETAC realiza visita de urgencia en el domicilio. Observan al paciente, expansivo, verborreico, vociferante, mostrándose retador y desafiante con los profesionales. Pese a las negociaciones el paciente se niega a ingresar y a que se le administre tratamiento inyectable. Dada la situación, el ETAC habla con la familia y les comunica la necesidad de un ingreso en la UHP.

A su llegada al servicio de urgencias, el paciente exige sus derechos diciendo que tiene inmunidad diplomática y que nunca se encontró mejor. Seguidamente, comienza a llorar y vocifera que se trata de un secuestro. Se agita y es preciso reducirle, aplicar contención mecánica y administrar medicación antipsicótica sedativa inyectable. Una vez inmovilizado pasa del llanto incontrolado a reírse a grandes carcajadas sin motivo aparente.

La familia, en el servicio de urgencias, desbordada, comenta al psiquiatra de guardia que en el último mes ha gastado grandes cantidades de dinero, ha adquirido un coche y hecho compras por internet con las tarjetas de los padres; ha salido hasta altas horas de la noche llegando bebido en varias ocasiones.

Se realiza el ingreso en UHP.

26.- El objetivo de la contención mecánica NO es:

A) Controlar los movimientos físicos del paciente.
B) Protegerse de lesiones que puede hacerse a sí mismo o a los demás.
C) Evitar la fuga del paciente del servicio de urgencias.
D) Evitar la interrupción grave del programa terapéutico del paciente.

27.- La sujeción mecánica indicada para este caso es:

A) Sujeción de tórax.
B) Sujeción de tórax, una muñeca y tobillo contrario.
C) Sujeción total.
D) Sujeción de muñecas y tobillos.

28.- En la UHP el paciente se dirige a usted verbalizando que sufre alucinaciones auditivas intensas. Una de las actividades de enfermería que puede realizar para que el paciente tienda a una percepción realista de su entorno y de sí mismo, y reduzca su ansiedad por tales fenómenos, sería:

A) Aumentar otros estímulos para así distraerle de sus alucinaciones.
B) Fomentar las rutinas estructuradas y coherentes, que disminuyan elementos distorsionantes.
C) Evitar el contacto ocular en la relación, reduciendo el espacio interpersonal para darle apoyo emocional.
D) Evitar que el paciente hable o comente sus alucinaciones.

29.- El paciente es tratado con fármacos antipsicóticos. Entre los efectos adversos de tipo neurológico extrapiramidal de este tipo de fármacos psicotropos, NO se encuentra:

A) Parkinsonismo iatrógeno.
B) Distonía aguda.
C) Temblor perioral.
D) Retención urinaria.

30.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la acogida de este paciente al ingresar en la unidad de hospitalización es incorrecta?

A) Cuando sea posible, la enfermera se presentará y realizará la presentación del resto de los pacientes.
B) Uno de los objetivos en la acogida es facilitar información útil al paciente y familiares.
C) La situación del paciente en el momento del ingreso no interfiere en la comprensión de la información que se le dé.
D) Animará al paciente a expresar sus dudas y facilitará las aclaraciones necesarias.

31.- En la historia clínica destaca un ingreso anterior donde se refiere "caminar errabundo, repetitivo o sin propósito que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones"; ¿a qué etiqueta diagnóstica de enfermería hace referencia?

A) Riesgo de disreflexia autónoma.
B) Vagabundeo.
C) Deterioro de la movilidad física.
D) Fatiga.

32- El resultado NOC: Autocontrol de la ansiedad, ¿dentro de qué dominio iría incluido?:

A) Salud percibida.
B) Salud comunitaria.
C) Salud psicosocial.
D) Salud funcional.

33- La intervención NIC: disminución de la ansiedad, ¿dentro de que campo de la NIC estaría incluida?:

A) Fisiológico complejo.
B) Seguridad.
C) Conductual.
D) Comunidad.

34- ¿Que etiqueta diagnóstica de enfermería usaría al presentar una falta de intimidad e inmovilización que le provoca despertarse sin querer durante la noche y dificultad para conciliar el sueño?:

A) Trastorno del patrón del sueño.
B) Insomnio.
C) Deprivación del descanso.
D) Alteración del sueño.

35.- Si se observa en el paciente durante su estancia en la UHP agitación, inquietud, malestar muscular y disforia, el paciente presenta:

A) Neuroticismo.
B) Síndrome de Doppler.
C) Síndrome de Parner.
D) Acatisia.

36.- Está usted realizando la valoración de enfermería del paciente y utiliza la escala de Barthel, ¿dentro de qué patrón de Gordon considera que está incluido el resultado de dicha escala según los datos que valora?

A) Seguridad - Protección.
B) Promoción de la salud.
C) Actividad – Reposo.
D) Actividad - Ejercicio.

37.- Al alta del paciente en la UHP se realizará un informe de cuidados de enfermería. Dicho informe:

A) Estará firmado únicamente por el clínico responsable del proceso.
B) Los contenidos mínimos del informe no están establecidos por real decreto.
C) Requiere una valoración enfermera previa para su elaboración.
D) No se incluye su información en la historia resumida del paciente.

38.- En relación al tratamiento que seguirá el paciente una vez de alta de la UHP, señale la respuesta incorrecta:

A) Implantar un tratamiento de mantenimiento ya que la enfermedad que padece presenta un curso recidivante.
B) Los fármacos reguladores, especialmente el litio, tienen un protagonismo esencial dada su eficacia para reducir el riesgo de recaídas, efectos antisuicidio y neuroprotector.
C) Dados los abandonos frecuentes del paciente, será preciso implantarlo con un carácter judicial obligatorio e indefinido.
D) Es preciso evaluar su cumplimiento y la tendencia suicida periódicamente.

39- Tras cuatro meses de seguimiento en el CSM a tratamiento con antipsicóticos el paciente se queja de que lleva con deposiciones de manera irregular con dolor y excesivamente duras y secas los últimos tres meses. Según el eje 6 de la NANDA, ¿qué tipo de estreñimiento sufriría?:

A) Agudo.
B) Crónico
C) Subjetivo.
D) Ninguno de los anteriores.

40.- Tras seis meses de estabilidad, el paciente cae en depresión. En el Plan de Cuidados estarían indicadas una serie de intervenciones NIC. Señale cual es la incorrecta:

A) Establecer límites.
B) Aumentar el afrontamiento.
C) Clarificación de valores.
D) Apoyo en la toma de decisiones.

41.- Mientras se le trata esta fase depresiva, el paciente toma una cantidad excesiva de benzodiazepinas en un intento autolítico. El fármaco antagonista de elección en caso de sobredosis de benzodiazepinas es:

A) Fenitoina.
B) Naloxona.
C) Flufenazina.
D) Flumazenil.

42.- Dada su inestabilidad y múltiples recaídas, su terapeuta clínico del CSM decide la derivación e ingreso en la Comunidad Terapéutica de zona. Entre los principios fundamentales o líneas de acción básicas de estos dispositivos, señale el incorrecto:

A) Democratización y participación de todos los pacientes sin excepción.
B) Su carácter comunitario. Lo que se dice y hace en la comunidad se usa en el tratamiento.
C) Establecimiento de límites estrictos a la conducta y normas internas de contención de la misma.
D) La confrontación con la realidad, relacionado con el "vivir aprendiendo".

43.- Señale la acción incorrecta de cara a mejorar la colaboración del paciente en el tratamiento:

A) Establecimiento de una relación terapéutica.
B) Ofrecer información sobre la enfermedad antes que sobre el tratamiento.
C) Responsabilizar a la familia del cumplimiento del plan terapéutico.
D) Enseñar estrategias para compensar efectos desagradables ocasionados por el tratamiento.

44.- En relación a la metodología de intervención en el proceso de rehabilitación psicosocial del paciente NO se contempla:

A) Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
B) Evitar la implicación del paciente en su proceso de rehabilitación.
C) Entrenamiento de las habilidades que la paciente necesita para manejarse en los diferentes ambientes que configuran su entorno comunitario.
D) Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.

45.- ¿Con qué datos de los recogidos en el caso justificaría la asignación del término prodigalidad?:

A) Ha gastado grandes cantidades de dinero, ha adquirido un coche y hecho compras por internet con las tarjetas de los padres.
B) Se realiza un ingreso urgente de carácter involuntario.
C) Se le aplica contención mecánica por indicación médica.
D) En el momento actual se niega a realizar ningún curso ni buscar trabajo.

46.- Con los datos relativos a su alimentación y peso, ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería utilizaría?:

A) Riesgo de delgadez.
B) Déficit de la nutrición por defecto.
C) Déficit de volumen físico.
D) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

47.- En relación con el grado de cumplimiento del tratamiento durante los últimos 5 meses ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería de las siguientes considera más adecuada?:

A) Incumplimiento.
B) Mantenimiento inexistente de la salud.
C) Estilo de vida sedentario.
D) Salud deficiente.

48.- ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría al presentar un rechazo a los cuidados sanitarios, retraso en la búsqueda de atención sanitaria y no percibir la relevancia de los síntomas debido a su falta de control?:

A) Afrontamiento incapacitante.
B) Negación ineficaz.
C) Conducta desorganizada.
D) Disreflexia autónoma.

49.- ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría al presentar llanto incontrolable e involuntario y risas exageradas incontroladas e involuntarias debido a la problemática que presenta?:

A) Control de impulsos ineficaz.

B) Control emocional inestable.

C) Desesperanza.

D) Alteración emocional.

50- Tras un periodo en el CRPS, la paciente refiere deseo de mejorar el aprendizaje sobre su tratamiento. ¿Qué etiqueta diagnóstica de enfermería usaría?:

A) Disposición para mejorar los conocimientos.

B) Disposición para mejorar el tratamiento.

C) Disposición para mejorar.

D) Deseo de mejorar el aprendizaje.

PREGUNTAS DE RESERVA

51.- El término personalidad "como si", para referirse al Trastorno de la personalidad que padece la paciente del Supuesto 1, fue acuñado por:

A) John Frosch.
B) Melania Klein.
C) Otto F. Kernberg.
D) Helen Deutsch.

52.- En el CPRS, el terapeuta psiquiatra, diagnostica asociado al trastorno de la personalidad grave de la paciente del Supuesto 1, un trastorno de los hábitos y del control de los impulsos. Indique cuál de las siguientes características corresponde a este trastorno:

A) Los actos de este tipo de trastornos tienen una motivación racional clara y en contadas ocasiones, estos actos son dañinos para el individuo o los demás.
B) El individuo que los padece verbaliza que puede ejercer un control parcial de los impulsos en la gran mayoría de ocasiones, pero que algún acto se escapa a ese control.
C) Previo al hecho en sí, el individuo experimenta aumento de la tensión y excitación, a veces mezclado con un placer anticipatorio consciente.
D) Son incapaces de guardar el secreto de su trastorno ante la familia y entorno, por lo que puede instaurarse un tratamiento precoz para resolverlos.

53.- ¿Cuál de las siguientes Escalas se utiliza para la evaluación del estado maníaco? :

A) Escala Calgary.
B) Escala Beigel – Murphy - Bunney.
C) Escala Montgomery - Asberg.
D) Escala Raskin.

54.- Usted realiza una primera ronda en su turno en la UHP. El paciente del Supuesto 2 se le acerca y verbaliza que ayer tarde, durante la visita, sus familiares no eran tales, sino unos dobles e impostores, que han suplantado a los auténticos. Este tipo de delirio se conoce como:

A) De Clérambault - Kandinski.
B) De Cotard.
C) De Capgras.
D) De Jaspers

Instituto Asturiano
de Administración Pública
"Adolfo Posada"

PLANTILLA DEFINITIVA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LA TERCERA PRUEBA DEL PROCESO SELECTIVO PARA LA PROVISIÓN EN TURNO LIBRE, Y RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN LABORAL POR TIEMPO INDEFINIDO, DE NUEVE PLAZAS DE ATS/DUE (SALUD MENTAL), GRUPO B, CONVOCADO POR RESOLUCIÓN DE 1 DE SEPTIEMBRE DE 2008 (BOPA DE 25 DE SEPTIEMBRE DE 2008), RECTIFICACIÓN DE ERRORES BOPA 24 DE OCTUBRE DE 2008, BOPA 24 DE OCTUBRE DE 2016

	A	B	C	D
1				X
2			X	
3			X	
4		X		
5	X			
6				X
7	X			
8			X	
9			X	
10	X			
11				X
12	X			
13	X			
14		X		
15				X
16		X		
17	X			
18			X	
19		X		
20				X
21		X		
22	X			
23		X		
24				X
25		X		
26			X	
27			X	
28		X		
29				X
30			X	
31		X		
32			X	
33			X	
34	X			
35				X

	A	B	C	D
36				X
37			X	
38			X	
39		X		
40	X			
41				X
42			X	
43			X	
44		X		
45	X			
46				X
47	X			
48		X		
49		X		
50	X			
51				X
52			X	
53		X		
54			X	
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				

	A	B	C	D
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

Dirección: c/ Julián Clavería, 11, 33006 Oviedo. Tfno: 985 10 84 00. Fax: 985 10 84 32