Osakidetza




# *TRABAJADOR/A SOCIAL*

## PREGUNTAS

**1. Según Bowers (1950), citado en Aguilar (2013), ¿cuál es el objeto del trabajo social?**

a) El ser humano tal y como existe en la realidad, en una situación total y en conexión con los factores de su ambiente.
b) El malestar social y psicosocial de las personas, según necesidades y recursos.
c) Las necesidades expresadas y los recursos existentes.
d) Las necesidades en todas sus dimensiones y los recursos existentes.

**2. Los principios básicos del Trabajo Social son:**

a) La aceptación de la persona, la justicia social y el reconocimiento de los derechos humanos.
b) La solidaridad, la ausencia de juicios de valor y la responsabilidad.
c) La dignidad, la libertad y la igualdad.
d) a) y b) son correctas.

**3. Según Aguilar (2013), ¿cuál de las siguientes opciones describe correctamente la naturaleza del trabajo social?**

a) Es una profesión de ayuda basada principalmente en la intuición y la experiencia práctica del/ de la profesional.
b) Es una disciplina de naturaleza tecnológica, con base científica y orientada a la acción.
c) Es una ciencia teórica pura cuyo único fin es la producción de conocimiento abstracto.
d) Es una técnica sin fundamento científico que se limita a la aplicación de protocolos estandarizados.

**4. Señala cuál NO es un ámbito competencial de la profesión de trabajo social:**

a) Planificar, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades.
b) Actuar con casos, grupos y comunidades aplicando diversos enfoques metodológicos.
c) Proporcionar recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social.
d) Informar de los productos y servicios existentes y nuevos a las personas usuarias, contactar con las personas usuarias, realizar ofertas, proporcionar servicios y ofrecer servicios post venta.




**5. Según Aguilar (2013), el objeto de intervención del trabajo social es:**

a) La persona humana, a nivel individual, familiar, grupal o comunitario, que se encuentra en una situación-problema.
b) La interacción entre la persona en situación de necesidad y/o en situación-problema y su entorno social.
c) La situación-problema.
d) Las necesidades humanas fundamentales, como el conjunto de condiciones de carencia y privación claramente identificadas y de validez universal.

**6. Cuando se señala que la "promoción integral de la persona" es un principio general del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2012), ¿a qué se refiere?**

a) A considerar a la persona como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos.
b) A centrar la intervención exclusivamente en los aspectos psicológicos de la persona.
c) A atender únicamente las necesidades económicas y materiales de la persona.
d) A derivar a la persona a diferentes especialistas sin coordinar las intervenciones.

**7. De las siguientes opciones, ¿cuál NO es un principio general del Trabajo Social según el Consejo General del Trabajo Social (2012)?**

a) Respeto activo a la persona, grupo o comunidad como centro de toda intervención profesional.
b) Homogeneización de los tratamientos sin considerar diferencias individuales.
c) Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
d) Autodeterminación como expresión de la libertad y responsabilidad de la persona sobre sus acciones y decisiones.

**8. En palabras de Aguilar (2013), ¿cuál es la relación entre valores y técnica en Trabajo Social?**

a) Los valores y la técnica son ámbitos separados que nunca deben mezclarse en la práctica profesional.
b) La técnica debe aplicarse sin cuestionamientos éticos, priorizando siempre la eficiencia sobre cualquier consideración valorativa.
c) Los valores son secundarios frente a la técnica, que es el único elemento relevante en la intervención profesional.
d) Los valores pueden validar la técnica y verificar si es respetuosa con la persona en comunidad y sociedad.




**9. Según Aguilar (2013), ¿cuál es el problema de utilizar formulaciones vagas y generales a la hora de definir los objetivos del Trabajo Social?**

a) Que resultan demasiado costosas de implementar en la práctica.
b) Que solo son útiles para ámbitos muy específicos y no para el Trabajo Social en general.
c) Que pueden contribuir a confundir, ya que podrían aplicarse a una variada gama de actividades sociales, incluidas las no profesionales.
d) Que no aportan información relevante sobre los cambios concretos que se pretenden lograr.

**10. La Federación Internacional de Trabajadores Sociales, en su Asamblea General celebrada de 1976, señaló que las funciones del Trabajo Social consisten en (Aguilar, 2013):**

a) Ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades, que les permiten resolver los problemas sociales, individuales y colectivos.
b) Promover la facultad de libre elección y adaptación y de desarrollo de las personas.
c) Abogar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas, o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes
d) Todas las anteriores son correctas.

**11. Dentro de su función como gestora de políticas sociales (Aguilar, 2013), ¿qué acciones puede compartir el/la trabajador/a social con otros/as profesionales?**

a) Atención domiciliaria y cuidado directo de personas dependientes.
b) Acciones de planificación, administración y evaluación de servicios y programas.
c) Atención directa en centros de salud mental.
d) Elaboración de informes periciales para procesos judiciales.

**12. En palabras de Aguilar (2013), la terapia social es una función específica del/de la trabajador/a social en la que éste/a:**

a) Desarrolla tratamientos e intervenciones sociales de diversa índole a través de diversos enfoques teórico-metodológicos.
b) Aplica pruebas diagnósticas para identificar trastornos de personalidad.
c) Diseña campañas de sensibilización social para la prevención de la exclusión.
d) Coordina equipos multidisciplinares sin intervenir directamente con las personas usuarias.




**13. Tal y como recoge Aguilar (2013), ¿cuál de las siguientes formulaciones deontológicas en Trabajo Social fue la primera?**

a) Las propuestas de Harriet Barlett y Helena Junqueira.
b) El Documento de Araxá.
c) La propuesta de de Luis C. Mancini.
d) La formulación de Hilda Catalán.

**14. Según E. Bianchi (1994), citada en Aguilar (2013), ¿cuáles son los principios fundamentales del Trabajo Social atendiendo a su finalidad y a los valores que lo orientan?**

a) La autodeterminación de las personas usuarias como sujetos de las intervenciones, a quienes hay que apoyar y ayudar a tomar decisiones.
b) La personalización de las intervenciones, considerando a las personas usuarias como sujetos portadores de necesidades y recursos.
c) La estandarización de las intervenciones para garantizar la igualdad de trato.
d) a) y b) son correctas.

**15. ¿De qué año data el primer código deontológico editado por el Consejo General del Trabajo Social (2012)?**

a) 1988.
b) 1995.
c) 1999.
d) 2002.

**16. Según señalan Loewenberg y Dolgoff (1985), citados por Aguilar (2013), ¿cuál de los siguientes NO es un dilema ético al que se enfrenta con frecuencia el/la trabajador/a social en su práctica profesional?**

a) El conflicto entre el conocimiento profesional y los derechos de la persona usuaria a decidir lo que cree mejor para sí misma.
b) La elección entre diferentes enfoques metodológicos para abordar un mismo caso.
c) La distribución de recursos limitados entre personas usuarias con diferentes necesidades.
d) El respeto a la confidencialidad frente a la obligación de compartir información con otros/otras profesionales.




**17. Según Aguilar (2013), ¿cuál es la principal diferencia entre técnica y tecnología?**

a) La técnica es un saber hacer empírico, mientras que la tecnología incluye además los fundamentos científicos.
b) La técnica se basa en la experiencia y la tecnología en la creatividad.
c) La técnica es individual y la tecnología es colectiva.
d) La técnica es manual y la tecnología es siempre digital.

**18. De acuerdo a Aguilar (2013), ¿qué factores han influenciado el desarrollo del trabajo social?**

a) La presión de fuerzas externas, como períodos de conservadurismo político y económico.
b) El estrés de los períodos de guerras mundiales.
c) La planificación estratégica por parte de profesionales del trabajo social.
d) a) y b) son correctas.

**19. La Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, según la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017), establece cuatro niveles asistenciales que son:**

a) Atención primaria, atención en salud mental, hospitales de crónicos y hospitales de cuidados paliativos.
b) Atención hospitalaria de agudos, de crónicos, de cuidados paliativos y de salud mental.
c) Salud pública, apoyo a familias cuidadoras, prevención de drogodependencias y otras especialidades.
d) Atención primaria de salud, atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria y salud pública.

**20. En el diagnóstico social sanitario, según Colom (2012), el/la trabajador/a social sanitario/a, deberá:**

a) Distinguir, discernir, discriminar y juzgar, la presencia de problemas psicosociales, distorsiones y roturas vitales que se dan por la prevalencia de la enfermedad en el entorno comunitario.
b) Distinguir, discernir, discriminar y juzgar, la presencia de fortalezas y capacidades, así como de los recursos propios de la institución pública y entidades concertadas.
c) Construir el diagnóstico sobre la persona que convive con estas dos realidades, por una parte, la enfermedad y, por otra parte, los tratamientos.
d) Construir el diagnóstico sobre la persona que convive con estas dos realidades, por una parte, las dificultades, por otra parte, las oportunidades y, en un tercer camino, la reconstrucción.




**21. Según la "Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria", ¿cuáles son, por orden, las etapas del proceso comunitario?**

a) Conocerse-conectar, elaborar el diagnóstico comunitario, priorizar, actuar, evaluar el proceso.
b) Elaborar el diagnóstico comunitario, priorizar, conocerse-conectar, actuar, evaluar el proceso.
c) Elaborar el diagnóstico comunitario, priorizar, actuar, conocerse-conectar, evaluar el proceso.
d) Priorizar, actuar, conocerse-conectar, elaborar el diagnóstico comunitario, evaluar el proceso.

**22. Según la "Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria", se consideran entre otros, agentes comunitarios a:**

a) Dirigentes y representantes de asociaciones, grupos y colectivos de la comunidad.
b) Personas de la ciudadanía en general, como usuarias de los diferentes servicios.
c) Personas con un liderazgo natural, capaces de interpretar y representar intereses o necesidades colectivas.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**23. ¿Cuál de las siguientes respuestas es un criterio para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona?**

a) Continuidad de atención.
b) Globalidad.
c) Participación.
d) Individualidad.

**24. "La atención que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas" es la definición de:**

a) Atención integral.
b) Atención centrada en la persona.
c) Atención integral y centrada en la persona.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.




**25. La ayuda desde el trabajo social sanitario se caracteriza por:**

a) Seguir el método científico, realizando una observación e investigación de los hechos.
b) Seguir las teorías del trabajo social sanitario.
c) Seguir los principios y valores del trabajo social sanitario.
d) Todas las opciones son correctas.

**26. Según Colom (2020), ¿quién es la primera trabajadora social que introduce el trabajo social sanitario en el Massachussets General Hospital de Boston en 1903?**

a) Ida M. Cannon.
b) Garnet Isabel Pelton.
c) Mary Stewart.
d) Florence Hollis.

**27. El Asociacionismo tuvo mucha importancia en el desarrollo del Trabajo social sanitario (TSS), ¿de qué asociación fue Ida Cannon presidenta y fundadora, dando lugar al germen del TSS? (Arévalo, 2024)**

a) Asociación Nacional de Trabajadores Sociales norteamericana (1955).
b) Asociación Americana de Trabajadores Sociales Psiquiátricos.
c) Asociación Estadunidense de Trabajadores Sociales Médicos (AAMSW).
d) Federación Británica de Trabajadores Sociales (1935).

**28. De acuerdo con Arévalo (2024), ¿en qué año se celebraron las primeras Jornadas de estudio sobre "El Servicio Social en el Hospital" en Barcelona?**

a) 1958.
b) 1963.
c) 1950.
d) 1972.

**29. Según Arévalo (2024) ¿qué Comunidad Autónoma NO cuenta con trabajadores y trabajadoras sociales entre sus equipos de atención primaria del sistema sanitario?**

a) Comunidad autónoma de Madrid.
b) Comunidad autónoma del País Vasco.
c) Comunidad autónoma de Valencia.
d) Comunidad autónoma de Navarra.




**30. Tras la pandemia, ¿en qué factor y/o factores se está apreciando un gran interés por parte de los equipos sanitarios, en los cuáles los/as profesionales del trabajo social son expertos y expertas? (Arévalo, 2024)**

a) La importancia de los cuidados tanto sanitarios como sociales.
b) El trabajo comunitario.
c) El trabajo en red.
d) Todas las respuestas son correctas.

**31. Según Colom (2020), ¿cuál de los siguientes puntos críticos desvirtúan el diagnóstico social sanitario?**

a) La toma de un problema, atributo, característica, por el diagnóstico social sanitario.
b) La generalización de las descripciones y de los elementos que conforman los detalles del diagnóstico social sanitario.
c) La confusión entre el diagnóstico social sanitario y las herramientas diagnósticas que podamos aplicar.
d) Todas las respuestas son correctas.

**32. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO forma parte de la herramienta de diagnóstico social propuesta por Colom (2020), siguiendo la definición de M. E. Richmond de diagnóstico social?**

a) ¿Cuál es su diagnóstico médico y su pronóstico?
b) ¿Cuál es su personalidad?
c) ¿Qué grado de acuerdo existe entre paciente y trabajador o trabajadora social sanitaria?
d) ¿Existen relaciones de dependencia entre los miembros del núcleo de convivencia?

**33. De acuerdo con Colom (2012), de las definiciones que se mencionan a continuación, ¿cuál hace referencia al proceso social sanitario?**

a) Es la secuencia sobre la que se sustenta la actividad asistencial para lograr un fin.
b) Es el conjunto de actividades diversas que concluyen en una o más prestaciones de valor y necesarias para la reinserción de la persona y su familia.
c) Es un procedimiento o varios aplicados a una situación o circunstancia determinada.
d) Es el conjunto de pasos necesario para resolver un problema.




**34. Siguiendo a Colom (2012), ¿qué actividades son comunes a todos los procesos sociales sanitarios?**

a) Primera visita.
b) Elaboración de Informes.
c) Inter-consultas con otros especialistas.
d) Todas las respuestas son correctas.

**35. De los siguientes instrumentos ¿cuál NO es una técnica utilizada en los procesos sociales sanitarios, según Colom (2012)?**

a) Cribaje.
b) Entrevistas.
c) Reuniones interdisciplinares.
d) Registros y soportes.

**36. ¿Cuál de los siguientes recursos de atención hospitalaria NO es propio para la prestación de servicios de un o una trabajadora social según la Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, según la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017)?**

a) Hospitales de agudos.
b) Hospitales de crónicos.
c) Hospitales de cuidados paliativos.
d) Hospitales de día.

**37. Según el código deontológico en trabajo social editado por el Consejo General del Trabajo Social, cuál de las siguientes respuestas no es un principio básico:**

a) Dignidad.
b) Responsabilidad.
c) Libertad.
d) Igualdad.

**38. El Código Deontológico de Trabajo Social (2012), incluye entre sus principios básicos:**

a) Justicia social.
b) Solidaridad.
c) Dignidad.
d) Autonomía.




**39. Según el Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia (2018), la teoría sanitaria del consentimiento informado entiende que para que una decisión sea autónoma debe:**

a) Ser tomada voluntaria y libremente por la persona, sin estar sometida a dominio, coacción o manipulación.
b) Ser tomada tras comprender y evaluar una cantidad suficiente de información, relativa a las ventajas e inconvenientes de los posibles cursos de acción o alternativas existentes.
c) Ser tomada por una persona capaz o competente de hecho, debe ser tomada por alguien que decida de acuerdo con su propia identidad personal.
d) Cumplir las tres condiciones anteriores.

**40. El deber de secreto profesional:**

a) Está limitado al tiempo en que transcurre la prestación de servicios profesionales.
b) Finaliza habiéndose producido el fallecimiento de la persona.
c) No tiene límite temporal alguno.
d) Varía en función del ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.

**41. El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización, y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja respetando sus objetivos. En caso de que sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el profesional deberá:**

a) Actuar de conformidad con lo que establece el Código Deontológico en Trabajo Social.
b) Responder a las exigencias de la organización para la que trabaja.
c) Recabar el apoyo o amparo del Colegio Profesional.
d) a) y c) son correctas.

**42. El Código Deontológico de Trabajo Social (2012) establece algunos supuestos por los que NO se vulneran la confidencialidad y secreto profesional. Indica la respuesta correcta:**

a) El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o por fallecimiento de la persona.
b) Cuando sea denunciado por un/a usuario/a por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse.
c) El/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la comisión deontológica.
d) Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.




**43. De acuerdo con el Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia (2018), respecto a la relación asistencial, indica cuál o cuáles de las siguientes afirmaciones son correctas:**

a) El derecho a la confidencialidad y el deber de secreto profesional son las bases de la relación asistencial.
b) La relación asistencial se convierte en una relación de simetría moral entre personas autónomas que dialogan y deliberan para encontrar y acordar propuestas de intervención.
c) El consentimiento informado es el punto central de la nueva ética de la relación asistencial.
d) Las tres afirmaciones con correctas.

**44. Según el Código Deontológico de Trabajo Social (2012), los instrumentos específicos del trabajo social son:**

a) La historia social, la ficha social, el informe social, las escalas de valoración y el proyecto de intervención social.
b) La ficha y la historia social, el informe social, el registro de entrevistas y las escalas de valoración.
c) La ficha social, la historia social, el informe social, el genograma y el proyecto.
d) La ficha y la historia social, el informe social, el registro de entrevistas, el registro de actividades y el proyecto.

**45. El Código Deontológico de Trabajo Social (2012) define el informe social como:**

a) Soporte documental de trabajo social en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
b) Instrumento que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado y que permite elaborar un diagnóstico social.
c) Instrumento en el que se registran los datos personales, familiares, sanitarios, etc. de la persona, la demanda, el diagnóstico y la evolución de la situación.
d) Instrumento que refleja en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

**46. Según la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuanto al derecho a la información asistencial (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) Las y los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley.

b) La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
c) Las y los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, siempre que así lo permita la o el médico responsable.
d) Las y los pacientes tienen derecho a que se respete su voluntad de no ser informados.

**47. Los constructos éticos del cuidar, según Torralba (2000) son:**

a) Principios.
b) Puntos de partida.
c) Las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional.
d) Principios filosóficos aplicados a las profesiones de intervención social.

**48. Torralba (2000) recoge que la confidencialidad, como constructo ético del arte del cuidar supone:**

a) No desvelar información contenida en la historia clínica del paciente.
b) Haber realizado la necesaria formación en ética para ejercer la profesión relacionada con la intervención social.
c) No transmitir ningún dato a ningún otro facultativo sin el permiso del paciente.
d) Que el confidente tenga capacidad de escuchar y discreción, así como capacidad de guardar secretos.

**49. Goikoetxea (2014) recoge que la deliberación en ética:**

a) Es la concreción del principio de responsabilidad.
b) Es la concreción del principio de autonomía.
c) Es la concreción del principio de justicia.
d) Es la concreción del principio de beneficencia.

**50. Los "cuatro principios" (Bauchamp y Childress, 1979) de la bioética son:**

a) Principios de responsabilidad, beneficencia, no maleficencia y justicia.
b) Principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
c) Principios de responsabilidad, autonomía, no maleficencia y justicia.
d) Principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y respeto.




**51. Identifica cuál de estas respuestas NO es correcta en relación al principio de autonomía según lo recogido en la Guía de recomendaciones éticas (2017):**

a) Se formula como la obligación de cada sujeto a actuar en la vida según sus propios principios y valores y a desarrollar un proyecto de vida coherente con los mismos.
b) Cuando una persona usuaria entra en relación con un o una profesional tiene como primera obligación encontrar los recursos y apoyos necesarios para llevar adelante sus obligaciones morales consigo misma o con aquellas personas con las que está comprometida.
c) El reconocimiento de la autonomía convierte a las personas usuarias en sujetos morales.
d) El reconocimiento de la autonomía convierte a las personas usuarias en sujetos de derechos.

**52. La Guía de recomendaciones éticas (2017) afirma que el consentimiento informado es el punto central de la nueva ética de la relación asistencial y:**

a) Se comprende como un proceso comunicativo entre los y las profesionales y la persona usuaria y sus familiares para que puedan decidir sobre una actuación.
b) Se comprende como un proceso comunicativo, que se realiza a través de la historia clínica, para que la persona usuaria, pueda decidir de forma libre y voluntaria sobre una actuación referida a su vida privada.
c) Se comprende como un proceso comunicativo entre los y las profesionales y la persona usuaria para que ésta, capaz y debidamente informada, pueda decidir de forma libre y voluntaria sobre una actuación referida a su vida privada.
d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

**53. Como recoge Ander-Egg (2009), se critica al asistencialismo porque:**

a) Es una propuesta de intervención social que aplica sistemáticamente los marcos de intervención establecidos; no admite modificaciones derivadas del desarrollo de la intervención.
b) Es una propuesta de intervención social que no trasciende a otras posibilidades que las relaciones y situaciones de asistencia. Contribuye al mantenimiento y reproducción de los problemas.
c) En general, las intervenciones del ámbito de lo social son cuestionadas recriminando su escasa cientificidad.
d) Es una propuesta enfocada en los estándares sociales establecidos, abordando los problemas desde el punto de vista neoliberal.

**54. Aguilar (2013), al referirse al proceso metodológico en trabajo social, afirma que:**

a) Es un único método para diferentes aproximaciones, niveles y tipos de intervenciones.
b) Son tres métodos en función del nivel de intervención: individual-familiar, grupal y comunitaria.




c) En función de las características de la aproximación epistemológica, se determina el método a utilizar.
d) Son dos métodos en función del tipo de intervención: individual-familiar y grupal-comunitaria.

**55. Aguilar (2013) define la evaluación de programas y proyectos de intervención social como:**

a) Proceso riguroso y sistemático de verificación de resultados al finalizar una intervención social.
b) Proceso analítico para registrar, recopilar y medir el desarrollo de la intervención que permite su mejora continua.
c) Proceso de enjuiciamiento y valoración de una intervención, apoyado en información recabada sistemáticamente.
d) Proceso sistemático de reflexión referido a la extensión y repercusión de la intervención social.

**56. De acuerdo con Ovejas y Berasaluze (2019), ¿qué elementos definen la demanda en el proceso metodológico del trabajo social?**

a) Quién la presenta, el grado de concreción y su contenido.
b) El o la profesional, la persona y su contexto próximo.
c) La persona y su red de apoyo formal e informal.
d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.

**57. Siguiendo a Aguilar (2013), identifica una de las tareas-clave en la evaluación (del proceso y de los resultados):**

a) Exploración de alternativas.
b) Identificación de factores causales y condicionantes.
c) Seguimiento.
d) Análisis de contingencias.

**58. ¿Qué se entiende por enfoque participativo del proceso metodológico en trabajo social (Aguilar, 2013)?**

a) No considerar a las personas usuarias como objetos de intervención.
b) Todo método en trabajo social debe ser necesariamente participativo.
c) El proceso de intervención social se debe sustentar en una relación dialógica entre el trabajador o trabajadora social y la persona, grupo o comunidad.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.




**59. Son fases comunes en cualquier método de intervención del trabajo social:**

a) La entrevista, el diagnóstico, la programación y la evaluación.
b) El estudio, la entrevista, el diagnóstico, el plan de trabajo y la evaluación.
c) La demanda, el estudio, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento y evaluación
d) La demanda, el estudio, diagnóstico, plan de trabajo, ejecución y evaluación.

**60. Las técnicas de intervención indirecta más utilizadas en el proceso de intervención social individual o familiar son:**

a) Organización- documentación.
b) Colaboración con otros trabajadoras y trabajadores sociales.
c) Programación y planificación de intervenciones directas.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**61. En la evaluación diagnóstica, el pronóstico:**

a) Es una parte del diagnóstico que indica posibilidades de reversibilidad de la situación y los medios necesarios.
b) Está asociado al problema en sí, a la cronicidad, a la conciencia del problema, a la motivación al cambio, y a los recursos y competencias personales.
c) Describe la situación con y sin la actuación de los servicios sociales.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas

**62. Casado y Guillén (2001), citados en Aguilar (2013), identifican cuatro grandes objetivos tácticos en el trabajo social:**

a) Asistencia, rehabilitación e integración, prevención y accesibilidad.
b) Asistencia, rehabilitación, prevención y coordinación.
c) Integración, accesibilidad, evaluación y prevención.
d) Asistencia, integración, promoción y accesibilidad.

**63. Según Aguilar (2013), ¿qué supone la constitución de una metodología en el trabajo social?**

a) La sistematización de la experiencia acumulada como principal guía para la intervención profesional.
b) La adaptación flexible de las acciones de asistencia a cada situación concreta.
c) La organización de las intervenciones a partir de un principio estructurado que garantice coherencia y coordinación operativa.
d) La sustitución de la práctica asistencial por planteamientos fundamentalmente teóricos.




**64. ¿Qué entiende María José Aguilar (2013) por *unitariedad* en el trabajo social desde el punto de vista metodológico?**

a) La aplicación de distintos métodos específicos según el nivel de intervención (individual, grupal o comunitario).
b) La consideración de la intervención como un proceso global, coherente e integrado dentro de un sistema único de ayuda.
c) La priorización del análisis de los subsistemas sociales de forma independiente para mejorar la eficacia profesional.
d) La separación de las fases de intervención para facilitar su aplicación técnica en distintos contextos.

**65. Siguiendo a Ferrán, en Guinot (2008), NO se incluye entre los elementos básicos a considerar en un proceso de planificación:**

a) Conocimiento profundo de la realidad en la que se quiere intervenir.
b) Marco teórico y normativo relacionado.
c) Recursos necesarios y disponibles.
d) Experiencia profesional acumulada.

**66. Siguiendo a Miren Ariño, en Guinot (2008), la entrevista en trabajo social, según su finalidad puede ser (señala la opción INCORRECTA):**

a) De orientación.
b) De motivación.
c) Informal o libre.
d) Terapéutica.

**67. La técnica "reformulación" según Berasategui, en Guinot (2008), consiste en:**

a) Resumir o repetir lo que alguien acaba de decir, para asegurarse de haber comprendido bien.
b) Dar otra definición de lo que se ha dicho. Sirve para recontextualizar (entender la situación desde otro contexto).
c) Resaltar las características positivas de los relatos de las partes (atribuir una cualidad positiva a las cosas, los hechos o las acciones que se han formulado).
d) Retroalimentación no verbal con gestos, posturas, entonaciones…




**68. Ovejas y Berasaluze (2019) explicitan que se considera que la demanda es inespecífica cuando:**

a) No la presenta directamente la persona o familia afectada.
b) El/la profesional la presenta de oficio, ante situaciones de riesgo.
c) La persona o familia no expresa demanda alguna.
d) El contenido no es claro.

**69. Según el diseño para la resolución de supuestos prácticos en trabajo social propuesto por Ovejas y Berasaluze (2019), forma parte de la fase de diagnóstico social:**

a) Elaboración del pronóstico.
b) Formulación de objetivos por áreas de intervención.
c) Recopilación de información no disponible y necesaria.
d) Autovaloración.

**70. Siguiendo a Ovejas y Berasaluze (2019), ¿cómo se caracteriza el proceso metodológico en trabajo social?**

a) Como una secuencia ordenada de etapas que pueden funcionar de manera autónoma y tienen sentido propio.
b) Como una sucesión de fases que se ajustan según la experiencia profesional acumulada.
c) Como un proceso secuencial y flexible, de carácter circular y global, que integra etapas interdependientes y sitúa la demanda en su contexto.
d) Como una intervención centrada en aspectos concretos de la realidad para facilitar su abordaje especializado.

**71. Según Pérez Rivero (2000), la ficha social consiste en:**

a) La parte común sistematizable y cuantificable de la historia social.
b) Un soporte documental que recoge de forma sistemática toda la información que se obtiene de la persona o familia.
c) Un instrumento donde se consignan de forma temporizada todas las actuaciones realizadas por el/la profesional a lo largo de la intervención.
d) Un documento donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional




**72. De las técnicas documentales que se mencionan seguidamente, ¿cuáles son las dos técnicas que se encuentran contenidas en la historia social? (Pérez Rivero, 2000)**

a) El informe social y la ficha social.
b) La ficha social y el registro de entrevista.
c) El informe social y el registro de entrevista.
d) El registro de entrevista y la ficha de seguimiento.

**73. De acuerdo con Pérez Rivero (2000), ¿en qué se fundamenta metodológicamente la historia social?**

a) En el método cualitativo.
b) En el método cuantitativo.
c) En el método biográfico.
d) En el método etnográfico.

**74. ¿Qué tipo de informe social es aquel en el que se incluyen los datos relevantes del caso que debe conocer la institución o los y las profesionales a los que se dirige el informe? (Munuera, 2012)**

a) Informe de evaluación.
b) Informe de derivación.
c) Informe de asistencia.
d) Informe de admisión a un centro.

**75. Siguiendo a Lázaro et al. (2007), ¿qué soporte documental está abierto a ampliaciones y a nuevas incorporaciones a medida que avanza la intervención y el conocimiento de la persona atendida?**

a) El Informe Social.
b) El Registro de Entrevista.
c) La Hoja de seguimiento.
d) La Historia Social.

**76. ¿Qué información sirve como criterio de selección del contenido que se va a exponer en el informe social, configurando el hilo conductor del mismo? (Lázaro et al., 2007)**

a) Los antecedentes.
b) El motivo del informe.
c) La valoración técnica.
d) Las fuentes de información.




**77. Según Munuera (2012), en los casos donde se reflejan las conductas de las personas usuarias y con el fin de evitar interpretaciones inadecuadas, ¿qué debe figurar en el Informe Social?**

a) Las fuentes de información.
b) Los datos de identificación de la usuaria o usuario.
c) Los datos de identificación del o la profesional.
d) Nombre y apellidos del/la profesional que lo realiza y/o responsable del caso.

**78. ¿Qué información se ha de incorporar en el apartado de "valoración técnica" del Informe Social, según Lázaro et al. (2007)?**

a) Se ha explicar de forma sintética (en una frase) cual es la razón del informe, su finalidad.
b) Se incorpora una breve síntesis de los datos más significativos, realizando un análisis de su incidencia en la situación que se ha descrito anteriormente.
c) Los datos relevantes de la historia de la familia de origen de la persona usuaria, de la propia, los acontecimientos más significativos.
d) Los factores más sobresalientes que caracterizan y definen el núcleo de convivencia: relaciones entre los miembros de la familia, tipo de comunicación, apoyos mutuos, dificultades generacionales, etc.

**79. El decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, recoge que el fin principal de la historia clínica es:**

a) Ser un soporte para identificar trayectorias laborales, asistenciales y hospitalarias.
b) Facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y de la información recuperada de procesos asistenciales previos.
c) Registro de derechos y deberes de las y los pacientes.
d) Vehicular la comunicación entre profesionales de la salud.

**80. En cuanto al soporte de la historia clínica, el decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica recoge que (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) La historia clínica se podrá elaborar en cualquier soporte documental, preferentemente electrónico, siempre que quede garantizada la autenticidad, integridad, seguridad y conservación del contenido, y su plena reproducción futura.
b) La historia clínica solo se puede elaborar en soporte electrónico.
c) El informe denominado historia clínica resumida constituye el documento electrónico, alimentado y generado de forma automática y actualizada en cada momento, a partir de los




datos que los y las profesionales vayan incluyendo en la historia clínica completa de la persona paciente.

d) La presentación y diseño de los datos contenidos en los soportes documentales han de garantizar la factibilidad de que la historia clínica pueda ser compartida entre los y las profesionales, y los diversos centros y niveles asistenciales implicados en la atención del paciente.

**81. El decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, sobre estructura y contenido de la historia clínica recoge que (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) Debe incluir datos de identificación de la persona paciente.
b) Debe incluir datos clínicos-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia.
c) Debe incluir datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria.
d) Es suficiente recoger los antecedentes de interés, planificación de cuidados e información quirúrgica.

**82. En relación al acceso y usos de la historia clínica recogidos en el decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, indica cuál de estas afirmaciones NO es correcta:**

a) El personal de los centros y servicios sanitarios que acceda a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
b) Los datos existentes en las historias clínicas, son confidenciales, por lo que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.
c) En el caso de pacientes con incapacitación judicial, el acceso a la documentación de la historia clínica podrá hacerse por medio de cualquier familiar de primer grado.
d) En caso de pacientes menores de 16 años de edad, sin emancipación, el ejercicio del derecho de acceso a su historia clínica requerirá contar en todo caso con la autorización expresa de sus progenitores o de sus representantes legales.

**83. En opinión de López Peláez y Marcuello (2018), en cuanto a nuevos procesos de desigualdad y exclusión en la sociedad digital (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) Es preciso evaluar las necesidades de un grupo de población o de una persona tomando en consideración su accesibilidad a las TIC y su comportamiento online.
b) Los procesos de desigualdad y exclusión son los correspondientes a las sociedades postindustriales.




c) De las competencias digitales -entendidas como las destrezas para manejarse con los dispositivos propios de las TIC- depende la interacción con los demás, con las administraciones públicas e instituciones, así como con la adquisición de bienes y servicios en el mercado.
d) Se redefinen nuevos problemas: desde la pederastia hasta el acoso o la pobreza y el analfabetismo digital.

**84. Según López Peláez y Marcuello (2018), un reto decisivo para la profesión del Trabajo Social en la sociedad digital es:**

a) Saber analizar los cambios derivados de la sociedad digital.
b) La habilidad para acceder, adaptar y crear mejor conocimiento y mejores metodologías de intervención social a través de las TIC.
c) El establecimiento de prioridades en la jerarquía de la intervención a través de medios digitales.
d) La actualización de las propias habilidades en TICs de las y los profesionales.

**85. Tal y como recogen Tena et al. (2026), para el sector de la intervención social la transición digital implica:**

a) Establecer mecanismos de ajuste intersectorial para evitar la exclusión por viejas y nuevas casuísticas.
b) Atender a las nuevas exigencias que se derivan de las características de las sociedades actuales, vigilando las nuevas fuentes de desigualdad y reordenando la coordinación jerárquica.
c) Coordinar la transición ecológica y medioambiental con la digital.
d) Atender a su impacto social, maximizar las oportunidades que esta tecnología brinda para la integración social y la autonomía, confrontar sus riesgos, reducir la brecha digital y promover una reflexión sobre su uso ético. Implica, además, impulsar la transformación digital del propio sistema.

**86. Un tecnólogo o tecnóloga social, tal y como se recoge en Tena et al. (2026), es:**

a) Un o una profesional de la intervención social que, además de realizar el acompañamiento social convencional, también realiza un acompañamiento digital acorde con la era en la que nos encontramos. Es decir, se trata de un o una profesional de lo social que tiene un barniz o una capa digital.
b) Un o una profesional de la informática que ha realizado cursos de formación y capacitación en temas de intervención social.
c) Un o una profesional con formación técnica e informática que se emplea en al ámbito de lo social como apoyo a la intervención y con funciones consultivas sobre la sociedad digital.




d) Un o una profesional de la intervención social dedicado exclusivamente al apoyo referente a los retos de la sociedad digital y al acompañamiento a profesionales y usuarias y usuarios.

**87. En palabras de Tena et al., (2026), ¿qué transición en curso está marcando la intervención social?**

a) La transición sociodemográfica, vinculada al envejecimiento y la diversidad.
b) La transición digital, con expresiones como la brecha digital.
c) La transición ecológico-medioambiental, con ejemplos como la pobreza energética.
d) Todas las anteriores son correctas.

**88. ¿A qué se refieren Tena et al. (2026) cuando destacan la importancia de romper la barrera entre la vida personal y profesional en la intervención social?**

a) A que los y las profesionales deben compartir sus problemas personales con las personas usuarias para generar mayor confianza.
b) A que las soluciones digitales que los y las profesionales utilizan en su vida personal no pueden aplicarse en el ámbito profesional por cuestiones éticas.
c) A que el muro construido entre ambos ámbitos impide llevar al entorno profesional las soluciones digitales que los y las profesionales usan en su vida personal.
d) A que la vida personal y profesional deben mantenerse estrictamente separadas para garantizar una intervención imparcial.

**89. Viscarret (2007) presenta una reflexión sobre el modelo sistémico. Indica la respuesta correcta:**

a) El modelo sistémico busca una gestión de calidad en la intervención social y una armonización de las estructuras organizativas.
b) El modelo sistémico busca evidenciar las injusticias sociales y dar respuesta a los vínculos que se establecen en el contexto.
c) El primer paradigma de la teoría general de sistemas es que el todo es más que la suma de las partes.
d) La teoría de la gestalt se encuentra entre las teorías de intervención del modelo sistémico en trabajo social.

**90. En trabajo social, ¿qué teoría nos acerca a los componentes irracionales de la conducta humana, la aceptación del inconsciente y su potencia en la conducta?**

a) La teoría crítica.
b) La teoría psicodinámica.
c) El interaccionismo simbólico.




d) La teoría sistémica.

**91. La afirmación "el todo es diferente a la suma de las partes" (Viscarret, 2007) es una característica esencial del pensamiento de:**

a) El interaccionismo simbólico.
b) La teoría psicodinámica.
c) La teoría crítica.
d) La teoría sistémica.

**92. Dos principios fundamentales de la teoría de sistemas son:**

a) Totalidad y circularidad.
b) Circularidad y pulsionalidad.
c) Reciprocidad y circularidad.
d) Parcialidad y pulsionalidad.

**93. Como recoge Viscarret (2007), el axioma que indica que el grupo es un todo cuyas propiedades son diferentes de la suma de las partes, de tal forma que modificando un elemento se modifica la estructura del conjunto, se atribuye a:**

a) Von Bertalanffy.
b) Wilfred Bion.
c) Gregory Bateson.
d) Mary Richmond.

**94. En el modelo psicosocial, se utiliza la técnica de la aireación para:**

a) Concienciar de lo que se es y comprender mejor las propias reacciones.
b) Indicarle a la persona lo que debe sentir y pensar.
c) Animar a la persona en la libre expresión de sentimientos, a crear un clima que haga posible su expresión.
d) Tomar distancia ante los problemas y abordarlos posteriormente con determinación.

**95. El modelo psicosocial es históricamente la primera forma del *casework* y está caracterizado por (Viscarret, 2007):**

a) Tener en cuenta el aspecto psicológico y social que comporta cada caso.
b) Ocuparse de las crisis de identidad personal, especialmente de la última fase del ciclo vital.




c) Dar importancia a un diagnóstico-evaluación que trata al mismo tiempo los problemas y los recursos, los puntos fuertes y los débiles de la persona y de la situación.
d) a) y c) son correctas.

**96. ¿A qué autora se relaciona con el *problem-solving process* (modelo centrado en la resolución del problema)?**

a) H.H. Perlman.
b) M. Richmond
c) V. Satir
d) R. Sennet

**97. La definición de caso social como un "acontecimiento vivo", que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proporciones diversas, se atribuye a:**

a) Natividad de la Red.
b) Michael White.
c) Gordon Hamilton.
d) Lydia Rapoport.

**98. ¿Quién fue la primera persona en aplicar el concepto de "modelo" en su obra *Emerging Models of Social Casework Practice* (1970)?**

a) Werner A. Lutz
b) Ricardo Hill
c) Mathilde Du Ranquet
d) Maurice Moreau

**99. En el modelo sistémico de intervención social, el objetivo es que, en la interacción de ayuda, la igualdad de la relación sea:**

a) Un objetivo y la simetría su resultado.
b) Un proceso.
c) Un objetivo y el proceso su resultado.
d) Un objeto y un proceso.




**100. Pincus y Minahan, citados en Viscarret (2007), desarrollaron un modelo de intervención social sistémico en el que los sistemas básicos son:**

a) Los sistemas de recursos informales o naturales (la familia, el grupo de amistades, el vecindario, etc.).
b) Los sistemas formales o las organizaciones a las que una persona pertenece (sindicatos, partidos políticos, asociaciones, etc.).
c) Los sistemas sociales (la escuela, los hospitales, etc.).
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**101. Como recoge Viscarret (2007), la intervención desde el modelo social sistémico desarrollado por Pincus y Minahan se entiende como un proceso de:**

a) Cambio planificado.
b) Ayuda en crisis.
c) Cambio inadecuado.
d) Ayuda interna.

**102. Según Viscarret (2007), entre los elementos diferenciadores del modelo psicosocial se encuentran:**

a) La persona en situación.
b) El tipo de cliente.
c) El contexto o medio social.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**103. Siguiendo a Viscarret (2007), el principio de "utilidad multilateral":**

a) Constituye una aportación del Trabajo Social psicosocial a la práctica profesional.
b) Implica conseguir una definición instrumental del problema, compartida por todas las partes implicadas.
c) Busca que la resolución del problema se convierta en ventaja para el conjunto de las personas implicadas.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.




**104. Un concepto clave en el Trabajo Social psicosocial es (Viscarret, 2007):**

a) Refuerzo positivo.
b) Intervención en crisis.
c) Empoderamiento.
d) Todas las opciones son incorrectas.

**105. Los principales exponentes del modelo psicosocial son (Viscarret, 2007):**

a) Pincus y Minahan.
b) Woods y Hollis.
c) Caplan y Lindemann.
d) Todas las respuestas son incorrectas.

**106. Desde la perspectiva del modelo psicosocial, los fines del Trabajo Social de casos y del Trabajo Social en general (Viscarret, 2007):**

a) Conectan con denunciar la existencia de sistemas de dominación estructurales, generadores de desigualdad, discriminación y violencia.
b) Centran la atención en elementos relativos a la estructura de la personalidad y, en especial, el sufrimiento emocional que impacta en las trayectorias de vida.
c) Se dirigen a la gestión de situaciones de crisis graves que bloquean el desarrollo de las personas en el plano existencial.
d) Van dirigidos a la resolución o reducción de los problemas provenientes del desequilibrio entre las personas y sus entornos.

**107. De acuerdo con Fernández y Ponce de León (2019), ¿cuál es el modelo por excelencia que se ha utilizado en el trabajo social individualizado desde sus inicios?**

a) Las perspectivas teóricas críticas.
b) El modelo psicosocial.
c) Las perspectivas para el desarrollo de capacidades.
d) El modelo de la complejidad.

**108. Siguiendo a De Robertis, citada en Fombuena, Montagud y Senent (2015), hito o momento clave a través del cual la intervención individual puede conectarse con lo colectivo:**

a) Observar y entender a las personas y las familias como “seres en relación”.
b) Confiar en la capacidad de agencia de las personas como sujetos activos del cambio.




c) Aprovechar las ocasiones susceptibles de generar movilización social.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**109. Como se explicita en Fombuena, Montagud y Senent (2015), es el método que más se utiliza en Trabajo Social, y hasta llega a identificarse con la totalidad de la profesión:**

a) Trabajo Social de Casos.
b) Trabajo Social grupal.
c) Trabajo Social comunitario.
d) Trabajo Social sistémico.

**110. Como se recoge en Fombuena, Montagud y Senent (2015), se dirige en gran medida a la intervención con familias:**

a) El paradigma crítico.
b) El paradigma sistémico.
c) El paradigma existencialista.
d) Todas las respuestas son incorrectas.

**111. Como se explicita en Fombuena, Montagud y Senent (2015), en los inicios del desarrollo del Trabajo Social de Casos destaca:**

a) La influencia de la teoría freudiana.
b) Los movimientos sociales y de protesta.
c) La reflexividad y la complejidad.
d) La conexión entre lo individual y lo colectivo.

**112. Según se recoge en Fombuena, Montagud y Senent (2015), la "reestructuración" en el marco de la intervención psicosocial con personas y familias:**

a) Suele desarrollarse en un periodo de tiempo relativamente breve, que generalmente abarca varias semanas.
b) Es una intervención dirigida a modificar dinámicas que tienen consecuencias negativas para las personas y para su entorno.
c) Es el tipo de intervención más frecuente (en el marco de la intervención psicosocial).
d) Todas las respuestas son correctas.




**113. Según se recoge en Fombuena, Montagud y Senent (2015), técnica de intervención indirecta de uso habitual en la intervención social individual y familiar:**

a) Organización-documentación.
b) Control-ejercicio de autoridad.
c) Clarificación-apoyo.
d) Asistencia material.

**114. Como se recoge en Fernández García (coord.) (2008), se trata de una forma de autoconocimiento clave para favorecer el cambio (saber de nuevas relaciones causa-efecto; adquirir mejor comprensión de los síntomas del comportamiento y profundizar en los propios modelos de comportamiento):**

a) Autenticidad.
b) Empatía.
*c) Insight.*
d) Escucha activa.

**115. Dentro del lenguaje no verbal, se refiere a la distancia entre las personas y la ubicación en el espacio (Fernández García, 2008):**

a) Paralenguaje.
b) Quinésica.
c) Lenguaje proxémico.
d) Todas las respuestas son correctas.

**116. Sobre la finalidad del contrato, como se explicita en Fernández García (2008), el contrato en Trabajo Social con casos:**

a) Tendrá fines terapéuticos específicos.
b) Se orientará al tratamiento de patologías concretas.
c) Su fin será conseguir un cambio.
d) Se concretará siempre por escrito.

**117. Como se recoge en Fernández García (2008), el contrato en Trabajo Social con casos:**

a) Puede ser oral o escrito.
b) Deberá ser siempre escrito.
c) Nunca puede ser colectivo.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.




**118. NO es una de las fases de elaboración del contrato en Trabajo Social según De Robertis (2003), citada en Fernández García (2008):**

a) Fase preliminar.
b) Fase reflexiva.
c) Fase de negociación.
d) Fase de puesta en marcha de los compromisos.

**119. Como se recoge en Fernández García (2008), Perlman (1980) distingue tres tipos de diagnóstico en el Trabajo Social individual o de casos: dinámico, clínico y etiológico. El diagnóstico etiológico:**

a) Se centra en el problema y sus efectos, las posibles soluciones, medios y alternativas.
b) Trata fundamentalmente aspectos relativos a la personalidad.
c) Aborda relaciones causa-efecto, orígenes y desarrollo del problema.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**120. Como recogen Fernández y Ponce (2019), los orígenes del Trabajo Social individualizado se sitúan:**

a) En la caridad organizada de Inglaterra, durante la segunda mitad del siglo XIX.
b) En la segunda mitad del siglo XIX, con el desarrollo de la C.O.S. en Estados Unidos.
c) En el movimiento de reconceptualización, durante los años setenta en Latinoamérica.
d) En el periodo de entreguerras.

**121. El movimiento de reconceptualización, como explicitan Fernández y Ponce (2019):**

a) Interpela el trabajo social grupal y comunitario, no el individual-familiar.
b) Defiende que el trabajo a nivel individual debe sustituirse por la acción colectiva.
c) Critica la perspectiva de ajuste de la persona a su entorno y aboga por la transformación social.
d) Todas las respuestas son correctas.

**122. Fernández y Ponce, en Fernández García (2008), explican que en Trabajo Social con casos la ejecución de un plan de intervención requiere de "tecnicismo". El "tecnicismo" en este contexto:**

a) Implica la utilización de terminología específica durante la actuación profesional.
b) Alude al empleo de una serie de técnicas y habilidades durante la intervención.
c) Puede dificultar que la comunicación sea clara y concisa.




d) Las respuestas a) y b) son correctas.

**123. Fernández y Ponce, en Fernández García (2008), respecto a la creación de un espacio interpersonal de intervención, subrayan dos factores que van a permitir la constancia y durabilidad de la relación entre el/la profesional del trabajo social y la familia o la persona usuaria:**

a) La complicidad y el acuerdo.
b) La complicidad y la motivación.
c) La motivación y el acuerdo.
d) La complicidad y la motivación.

**124. Según plantean Fernández y Ponce, en Fernández García (2008), la intervención como proceso de asesoramiento puede realizarse de dos maneras diferentes:**

a) Asesoramiento presencial o virtual.
b) Asesoramiento directivo y no directivo.
c) Asesoramiento parcial o completo.
d) Todas las respuestas son incorrectas.

**125. Montagud (2015) identifica cinco principios generales de la dinámica de grupos. ¿Cuál de los siguientes se encuentra entre ellos?**

a) La ética grupal.
b) El poder y el control.
c) La experiencia compartida.
d) El contexto social.

**126. Zamanillo (2008), siguiendo a Napier, señala distintas etapas o fases de un grupo. Indica cuál de las siguientes incluye:**

a) Fase de dependencia.
b) Fase de reevaluación.
c) Fase de movimiento hacia la externalización.
d) Fase de interdependencia.




**127. Según Montagud (2015), los grupos integrados por personas con problemas emocionales o conductuales que exploran sobre ellos en profundidad y desarrollan estrategias para resolverlos, son los:**

a) De ayuda mutua.
b) De acción social.
c) Socioeducativos
d) Terapéuticos.

**128. Según Segado y Acebes (2010), ¿qué organización dio lugar a lo que posteriormente se denominó Trabajo Social Grupal?**

a) Los "Settlement Houses".
b) La Organización Social de Caridad Americana (COS).
c) Las "Ragged school".
d) Asociaciones cristianas de jóvenes.

**129. En sus orígenes, el Trabajo Social con Grupos se centró en los grupos pequeños y en dos funciones primarias, ¿cuáles son? (Segado y Acebes, 2010)**

a) Como medio de socialización.
b) Como medio para afrontar los problemas sociales directamente.
c) Como instrumento para mantener una sociedad democrática.
d) a) y c) son correctas.

**130. De acuerdo con Segado y Acebes, ¿qué factor es imprescindible tener en cuenta para que las intervenciones en el ámbito del Trabajo Social con Grupos culminen en éxito?**

a) El contexto social.
b) El contexto cultural.
c) El contexto ambiental.
d) El contexto económico.

**131. Siguiendo a Segado y Acebes (2010) ¿qué objetivos fundamentales orientan el Trabajo Social con Grupos?**

a) El desarrollo de habilidades sociales.
**b)** El aumento de la autoestima.
c) La capacidad de dar satisfacción a las necesidades propias.
d) Todas las respuestas son correctas.




**132. ¿Quién empleó por primera vez el término "dinámica grupal" para referirse a la visión sistemática aplicada al análisis de la interacción grupal? (Segado y Acebes, 2010)**

a) Arrow.
b) Lewin.
c) Poole.
d) Higgins.

**133. Según Segado y Acebes (2010), para definir una práctica como propia de los grupos en el ámbito del Trabajo Social, ¿qué debe tener en cuenta el trabajador o trabajadora social?**

a) Debe centrarse en la idea de que el grupo está orientado a constituirse como un sistema de ayuda.
b) Debe estar atento al papel que tiene el propio proceso grupal.
c) Debe buscar fortalecer la autonomía grupal.
d) Todas las respuestas son correctas.

**134. ¿En qué teorías del ámbito del Trabajo Social con Grupos los grupos se caracterizan por un cambio continuo, donde la atención se sucede de un asunto o propósito a otro? (Segado y Acebes, 2010)**

a) Las teorías que se dividen en fases.
b) Las teorías que siguen un desarrollo de estadios secuencial.
c) Las teorías que giran en torno a la estabilidad y la inestabilidad.
d) Las teorías que consideran que los grupos se mueven de un estado grupal e individual de inmadurez hasta otro de madurez.

**135. De acuerdo con Segado y Acebes (2010), ¿qué modelo para la práctica del Trabajo Social con Grupos postula las siguientes fases: la tarea, la fase emocional o interpersonal y la fase de control?**

a) Modelo de Tuckman.
b) Modelo de Bales.
c) Modelo de Garlan, Jones y Kolodny.
d) Modelo de Wheelan.




**136. ¿Qué fases integra el modelo de Trabajo Social con Grupos desarrollado por López Peláez? (Segado y Acebes, 2010)**

a) Formación; acometida o enfrentamiento; regulación o normalización y ejecución o desempeño.
b) Inclusión-orientación; incertidumbre-exploración; mutualidad-logro de objetivos y separación-terminación.
c) Pre-afiliación; poder y control; intimidad; diferenciación y separación.
d) Diseño del grupo; fase inicial del grupo; fase de transición; fase de trabajo y correspondencia y fase final.

**137. Según Montagud (en Fombuena et al., 2015), participan en la "dinámica de grupos":guiar**

a) La comunicación.
b) La cohesión.
c) La cultura.
d) Todas las respuestas son correctas.

**138. Desde la perspectiva del Trabajo Social con Grupos, ¿qué estrategias se pueden desarrollar dentro del grupo para afrontar los conflictos? (Montagud, 2015)**

a) La competición.
b) La evitación.
c) La reciprocidad.
d) a) y b) son correctas.

**139. De acuerdo con Montagud (2015), ¿cuál es el objetivo de los grupos terapéuticos?**

a) Posibilitar un nuevo relato de las vivencias problemáticas de sus miembros, superando así las dificultades.
b) Que sus miembros exploren sus problemas emocionales, conductuales y personales en profundidad y desarrollen posteriormente estrategias para resolverlos.
c) Compartir vivencias, dificultades, fracasos, etc. En un espacio grupal seguro que les permita aceptarlas y transformarlas en fortalezas para el futuro.
d) Que sus miembros intenten ayudarse mutuamente a partir de compartir las mismas dificultades, experiencias o situaciones problemáticas.




**140. Zamanillo (2008) identifica como fuentes de conflicto grupal:**

a) Los axiomas sobre los que se sustenta la dinámica grupal.
b) Una inadecuada metodología para lograr flexibilidad.
c) Falta de fluidez entre quien coordina el grupo y los integrantes del mismo.
d) Un espacio temporal suficiente para la construcción y desarrollo del grupo.

**141. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta con respecto al proceso de los grupos? (Zamanillo, 2008)**

a) El trabajo social con grupos tiene que plantearse como objetivo aumentar el conocimiento de las personas para incrementar así su poder y libertad.
b) La intervención profesional del trabajo social con grupos parte de la identificación de los límites institucionales para su contención.
c) La intervención con grupos desde el trabajo social debe ir encaminada a establecer procesos de empoderamiento con personas que tienen limitaciones para el ejercicio de su poder autónomo.
d) Los y las profesionales del trabajo social deben establecer relaciones profesionales que superen las estructuras de dominación.

**142. Bion distingue entre tres hipótesis (supuestos básicos) en los grupos dominados por la mentalidad grupal (Zamanillo, 2008):**

a) Grupos de dependencia, de emparejamiento y de ataque y fuga.
b) Grupos de dependencia, interdependencia e independencia.
c) Grupos de insight, asociación libre e introspección.
d) Grupos de ataque y fuga, de hostilidad y enamoramiento.

**143. Para Zamanillo (2008), la negación, racionalización, proyección, introyección, formación reactiva, aislamiento, represión e inhibición son:**

a) Son contenidos transferenciales en los grupos.
b) Características inequívocas de la disolución de los grupos.
c) Conductas defensivas frecuentes en los grupos.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**144. Según Segado y Acebes (2010), ¿qué elemento común NO encontramos en la fase de "formación y evaluación del grupo"?**

a) Planeamiento del grupo.
b) Trabajo con emociones.




c) Evaluación de necesidades.
d) Designación de objetivos.

**145. ¿En qué tipo de grupos NO encontramos distinciones jerárquicas, ni en el grupo ni entre sus integrantes ni tampoco en relación con la organización a la que pertenecen? (Montagud, 2025)**

a) Socioeducativos.
b) Terapéuticos.
c) De autoayuda.
d) De socialización.

**146. De acuerdo con Segado y Acebes (2010), ¿qué elementos comunes encontramos en las fases dedicadas a la "intervención" en las dinámicas grupales?**

a) Una serie de principios que guían el trabajo con el grupo.
b) El papel del trabajador o trabajadora social a lo largo de los distintos estadios del grupo.
c) Una comprensión adecuada acerca de los problemas de los miembros del grupo.
d) a) y b) son respuestas correctas.

**147. Las y los trabajadores sociales ayudan a los miembros del grupo a moverse a través de diferentes emociones y estados en la fase final del trabajo grupal, ¿cuál de las siguientes emociones y estados NO está presente en esta fase final? (Segado y Acebes, 2010)**

a) La negación.
b) La introyección.
c) La sensación de "estar listo".
d) El enfado.

**148. Según Sarasola, Carrero y Marchena (2025), el Trabajo Social Comunitario destaca por el enfoque en:**

a) La acción colectiva y el fomento de la participación activa de las comunidades.
b) La acción grupal y la intervención individual.
c) La acción individual y la supervisión profesional.
d) La acción individual y el fomento de la participación de sectores vulnerables de la población.




**149. Sarasola, Carrero y Marchena (2025), señalan que los objetivos del Trabajo Social Comunitario coinciden en la importancia de:**

a) Potenciar la autonomía, el desarrollo de capacidades y el bienestar social desde una perspectiva colectiva.
b) Potenciar la participación, el desarrollo de capacidades y el bienestar social desde una perspectiva colectiva.
c) Potenciar la participación, los procesos de intervención familiar y el desarrollo de capacidades.
d) Potenciar el desarrollo de capacidades y el bienestar social.

**150. Según Sarasola, Carrero y Marchena (2025), el Trabajo Social Comunitario se articula en torno a:**

a) La organización, la acción colectiva y la transformación social.
b) La organización, la planificación y la acción colectiva.
c) La organización, la planificación, la acción colectiva y la trasformación social.
d) La organización, la acción colectiva, la transformación social y la evaluación.

**151. En el Trabajo Social Comunitario la comunidad debe entenderse como (Sarasola, Carrero y Marchena, 2025):**

a) Un espacio heterogéneo y exento de conflictos.
b) Un espacio homogéneo y exento de conflictos.
c) Un espacio heterogéneo y no exento de conflictos.
d) Un espacio homogéneo y no exento de conflictos.

**152. El Trabajo Social Comunitario cuenta con diferentes retos. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de ellos? (Sarasola, González y Roiz, 2019):**

a) Recuperar la legitimidad de la comunidad como ámbito para la acción colectiva.
b) El apego y la fortaleza del vínculo social que experimenta la ciudadanía.
c) El trabajo social debe ser reinventado en un entorno de crisis.
d) La adaptación del trabajo social a las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.




**153. Según Sarasola, González y Roiz (2019), ¿cuál de los siguientes NO es un objetivo del Trabajo Social Comunitario?**

a) Favorecer una transformación estructural mediante el Estado de Bienestar.
b) Conseguir la participación de los actores sociales.
c) Conseguir la interacción social y la identificación como seres relacionales de los actores sociales.
d) Conseguir que el Estado de Bienestar no influya de manera inevitable en la ciudadanía

**154. De acuerdo con Sarasola, González y Roiz (2019), ¿cuál es el orden correcto en las etapas que definen el quehacer del Trabajo Social Comunitario?:**

a) Estudiar la comunidad, hacer un diagnóstico social, planificar, ejecutar, evaluar y sistematizar los conocimientos mediante elaboración de teorías.
b) Sistematizar los conocimientos mediante elaboración de teorías, estudiar la comunidad, hacer un diagnóstico social, planificar, ejecutar y evaluar.
c) Estudiar la comunidad, hacer un diagnóstico social, planificar, ejecutar, sistematizar los conocimientos mediante elaboración de teorías y evaluar.
d) Estudiar la comunidad, planificar, hacer un diagnóstico social, ejecutar, evaluar y sistematizar los conocimientos mediante elaboración de teorías.

**155. Sarasola, González y Roiz (2019) hacen referencia a las tareas que deben ser promovidas desde el Trabajo Social Comunitario, ¿cuál de las siguientes tareas NO es una de las señaladas?:**

a) La dinamización del proceso de acción colectiva.
b) La constitución de un grupo.
c) La animación del grupo.
d) La mitigación del impacto de las nuevas tecnologías.

**156. Según Sarasola, González y Roiz (2019), la intervención comunitaria se desarrolla generalmente en diferentes niveles. Uno de ellos es el relativo al estudio de la comunidad que se refiere a:**

a) Realizar una delimitación espacial del territorio en el que se pretende intervenir.
b) Organizar internamente la comunidad.
c) Organizar externamente la comunidad.
d) Desarrollar acciones de desarrollo comunitario.




**157. De acuerdo con Balboa, Carmona y Lorca (2025), la participación comunitaria tiene una gran importancia dentro del ámbito del Trabajo Social Comunitario y se manifiesta en diferentes niveles ¿cuál de las siguientes definiciones se corresponde con el nivel de participación directa?:**

a) La participación directa ocurre cuando los individuos participan activamente en la toma de decisiones, pero no en la ejecución de proyectos comunitarios.
b) La participación directa ocurre cuando los individuos participan activamente en la toma de decisiones y en la ejecución de proyectos comunitarios.
c) La participación directa ocurre cuando los individuos delegan su representación en representantes políticos.
d) La participación directa ocurre cuando los individuos delegan su representación en representantes políticos o líderes comunitarios.

**158. ¿Cuál de los siguientes espacios NO es propio de la participación comunitaria? (Balboa, Carmona y Lorca, 2025):**

a) Asambleas comunitarias.
b) Consejos de barrio.
c) Grupos de trabajo y comités especializados.
d) Elecciones representativas.

**159. La participación comunitaria tiene múltiples beneficios entre los que se encuentra la cohesión social. Siguiendo a Balboa, Carmona y Lorca (2025), ¿a qué objetivo hace referencia este beneficio?:**

a) Promover la autonomía.
b) Utilización de los recursos de manera transparente.
c) Fortalecer los lazos de solidaridad.
d) Prevalecer la rendición de cuentas.

**160. Según Balboa, Carmona y Lorca (2025), la participación comunitaria tiene múltiples beneficios entre los que se encuentra el fortalecimiento democrático. ¿A qué objetivo hace referencia este beneficio?:**

a) Promover la autonomía.
b) Utilización de los recursos de manera transparente.
c) Fortalecer los lazos de solidaridad.
d) Contribuir a formular políticas más inclusivas.




**161. ¿Cuál de los siguientes elementos NO es mencionado por Balboa, Carmona y Lorca (2025) al referirse a los obstáculos de la participación comunitaria?:**

a) La falta de recursos económicos.
b) La apatía y la desconfianza en las instituciones públicas.
c) La cohesión social y las múltiples iniciativas colectivas efectivas.
d) Falta de formación y conocimiento sobre procesos participativos.

**162. Según Balboa, Carmona y Lorca (2025), ¿cuál es la metodología más destacada para el Trabajo Social Comunitario?:**

a) Metodología cualitativa.
b) Metodología cuantitativa.
c) Investigación-Acción-Participación.
d) Enfoque dialógico.

**163. De acuerdo con Balboa, Carmona y Lorca (2025), la definición de participación comunitaria ha evolucionado a lo largo de los años, pasando de:**

a) Una visión asistencialista a una comprensión más integral y transformadora.
b) Una visión trasformadora a una más asistencialista.
c) Complementar una visión asistencialista con una más transformadora.
d) Rechazar tanto la visión asistencialista como la transformadora.

**164. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta al hablar de la figura del trabajador o trabajadora social comunitaria? (Balboa, Carmona y Lorca, 2025):**

a) No debe interferir en la construcción de puentes entre la comunidad y las instituciones.
b) Debe ser un mediador que construya puentes entre la comunidad y las instituciones.
c) No debe trabajar en un proceso que implique a todos los actores sociales y políticos.
d) Debe ser una figura de referencia solo para las instituciones, no para los agentes sociales.

**165. Viscarret (2007) plantea diferentes orientaciones de la investigación en trabajo social. Indica la respuesta correcta:**

a) Una perspectiva positivista. Se habla de una “ciencia de intervención” para significar que la práctica genera su propio saber, de aquí que la tarea consiste en producir un saber específico a partir de la práctica misma.
b) Una perspectiva hermenéutica. Se habla de una racionalidad instrumental o funcional en la que la acción es definida como un medio del que extraer resultados. Se fundamenta en el conocimiento de los problemas y le permite verificar directamente los resultados.




c) Una perspectiva crítica. Se habla de una mirada transformadora de la realidad social. La atención es más estructural y política que interaccional, etiológica y experimental. Sitúa su práctica en un proceso de emancipación.
d) Una perspectiva humanista. Se habla de la personalidad y el comportamiento de las personas, abordando interrelaciones. Sitúa una intervención integral.

**166. ¿Cuál es el esquema correcto de una Investigación Acción Participativa (IAP)?**

a) Fase preliminar, fase de cohesión grupal y objetivos, fase de diagnóstico participativo, fase de programación y ejecución, y fase de evaluación y reprogramación.
b) Fase de observación, fase de hipótesis, fase de experimentación y fase de conclusiones.
c) Fase de diseño teórico, fase de trabajo de campo, fase de análisis estadístico y fase de publicación de resultados.
d) Fase de selección de la muestra, fase de aplicación del cuestionario, fase de codificación y fase de elaboración del informe final.

**167. ¿Cuál de los siguientes compromisos asume la Investigación Acción Participativa (IAP) con la realidad social?**

a) Neutralidad absoluta y distanciamiento de la comunidad estudiada.
b) Recogida exclusiva de datos cuantitativos y elaboración de teorías abstractas.
c) Garantizar el uso académico de los resultados sin difusión comunitaria.
d) Consideración del/la profesional como un agente de cambio social.

**168. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica esencial de las encuestas?**

a) Se parte de un paradigma interpretativo.
b) La información se adquiere mediante observación indirecta.
c) La información se recoge de forma estructurada.
d) Las respuestas se agrupan y se cuantifican.

**169. ¿Cuál de estas características hace referencia a la metodología cualitativa de investigación social?**

a) Busca principalmente la predicción de fenómenos sociales mediante leyes universales.
b) Se basa en el positivismo y utiliza exclusivamente datos estadísticos y numéricos.
c) Pretende comprender la naturaleza de la realidad social y dar cuenta de ella mediante la interpretación.
d) Su objetivo fundamental es establecer relaciones causales entre variables cuantificables.




**170. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es un tipo de observación directa?**

a) Observación participante y no participante.
b) Observación hipotética y deductiva.
c) Autoobservación.
d) Observación estructurada y no estructurada.

**171. Como se explicita en Guinot (2008), según Cabrera, ¿qué cinco fases comprende el modelo de evaluación participativa?**

a) Sensibilización, selección de área prioritaria de evaluación y mejora, elaboración del diagnóstico específico, innovación y valoración del modelo.
b) Sensibilización, selección del área de intervención, elaboración del diagnóstico, planificación y evaluación del modelo.
c) Sensibilización, identificación de áreas prioritarias, diagnóstico, innovación y seguimiento del modelo.
d) Sensibilización, selección de área prioritaria, análisis de la situación, innovación y evaluación de resultados.

**172. Como se explicita en Guinot (2008), la diferencia entre Análisis del discurso (AD) y Análisis de contenido (AC) según De Bonville:**

a) El análisis de contenido tiene un enfoque aplicado y el análisis del discurso se desarrolla solo en el plano teórico.
b) El análisis de contenido busca la objetividad y el análisis del discurso se apoya en lo cuantitativo y manifiesto.
c) El análisis del discurso se fundamenta en la subjetividad, mientras que el análisis de contenido busca la objetividad.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**173. Diferencia entre grupo de discusión y grupo focal, según Ariño, en Guinot (2008):**

a) El grupo de discusión y el grupo focal parten de bases teóricas distintas.
b) El grupo focal se parece más a una entrevista grupal, mientras que el grupo de discusión se dirige a producir un discurso social sobre un tema o situación.
c) A diferencia del grupo focal, el grupo de discusión tiene predominantemente una función práctica.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.




**174. El criterio de formación de los grupos de discusión, como recoge Ariño en Guinot (2008) es:**

a) Relaciones de poder tanto simétricas como asimétricas.
b) Puede adoptar la forma y el sentido de una entrevista grupal.
c) Suele partir de un grupo natural previamente constituido (grupo de conversación, de aprendizaje…)
d) El grupo comienza y termina con el proceso de investigación al que está vinculado.

**175. Como recoge Gallo en Guinot (2008), NO es un tipo de observación directa:**

a) Observación interdisciplinar.
b) Observación participante.
c) Autoobservación.
d) Observación no estructurada.

**176. Siguiendo a Gallo, en Guinot (2008), la observación de equipo:**

a) Se realiza por parte de varias personas que integran un equipo.
b) Se centra en observar la realidad de un equipo o grupo determinado.
c) La realizan equipos técnicos profesionales.
d) Se da ligada al proceso de supervisión en Trabajo Social.

**177. La desventaja de las encuestas, según Gallo, en Guinot (2008) es:**

a) No permite abarcar un amplio abanico de cuestiones en un mismo estudio.
b) La comparación de resultados puede ser complicada.
c) La información obtenida puede no ser significativa.
d) Su desarrollo es complejo y costoso.

**178. Ventaja de la revisión documental, según Gallo, en Guinot (2008):**

a) Siempre hay información disponible de utilidad.
b) Homogeneidad de las fuentes de información.
c) Supone un ahorro importante de costes de investigación.
d) Facilita el acceso a informaciones subjetivas.




**179. Según Gallo, en Guinot (2008), NO forma parte de la estructura y los contenidos principales de un informe:**

a) Portada.
b) Introducción.
c) Justificación.
d) Bibliografía y anexos.

**180. Ariño y Ferrán, en Guinot (2008), explicitan que la IAP:**

a) Asume que la neutralidad valorativa no es posible.
b) Entiende que los procesos de intervención e investigación son simultáneos e inseparables.
c) Busca que la objetividad prevalezca, evitando engaños y manipulaciones.
d) Las opciones a) y b) son correctas.

**181. Como señalan Ariño y Ferrán, en Guinot (2008), la IAP utiliza técnicas:**

a) Solo cuantitativas.
b) Solo cualitativas.
c) Cuantitativas y cualitativas.
d) Solo cualitativas y participativas.

**182. En palabras de Ariño y Ferrán, en Guinot (2008), la evaluación participativa:**

a) Es un proceso de construcción dialéctico, continuo, reflexivo y participativo.
b) Se entiende más como una herramienta de aprendizaje interno que como proceso de control externo de resultados.
c) Apuesta por la participación no solo desde el punto de vista ético, sino también como opción eficaz.
d) Todas las respuestas son correctas.

**183. La relación asistencial basada en el modelo de atención integral y centrada en la persona se caracteriza por (Rodríguez, 2013):**

a) Un enfoque de integralidad que exige tener en cuenta todos los aspectos que nos constituyen como personas: biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales.
b) La personalización de la atención en cuanto a dar cumplimiento a los deseos de la persona en cada tratamiento o decisión, aunque no se disponga de los recursos.
c) La transversalidad propia de la atención integral no tiene en cuenta a las personas que realizan los cuidados informales, se limita a la atención institucionalizada.
d) La preponderancia del diagnóstico social y familiar independientemente del diagnóstico

biomédico y las necesidades sanitarias de las personas.

**184. Aguilar (2013), respecto a la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo, indica que:**

a) La interdisciplinariedad abarca o afecta a varias disciplinas, diferentes pero complementarias, que trabajan por un objetivo compartido, sumando sus aportaciones en la resolución del problema.
b) Un equipo interdisciplinar es un conjunto de personas que integran sus habilidades y trabajo para llegar a conseguir un propósito, proyecto o logro a través de aportaciones paralelas en la resolución del problema.
c) La interdisciplinariedad solo puede conseguirse a través de equipos compuestos por representantes de diferentes disciplinas reunidos en una tarea a largo plazo que posibilite la conceptualización y la creación de un lenguaje común.
d) El equipo interdisciplinar requiere que cada miembro del equipo esté lo suficientemente familiarizado con los conceptos y enfoques de sus colegas, desde sus áreas de conocimiento, con el objetivo de centrarse en la resolución del problema.

**185. Rodríguez (2013), en el modelo de atención integral y centrada en la persona, define a la/el profesional de referencia del siguiente modo:**

a) Es la persona responsable del apoyo personalizado a cada persona usuaria, en el día a día, desde un acompañamiento continuado, que posibilite la adaptación de la persona al medio.
b) Es la figura que tendrán asignadas las personas residentes y que debe estar a su disposición y al de su familia, para poder canalizar los aspectos más relevantes que faciliten el máximo bienestar, debiendo tener una visión institucional.
c) Es quien tiene encomendada y asume la responsabilidad de convertirse en valedor de la persona, ocupándose de velar por el cumplimiento de su plan de apoyos y atención y su proyecto de vida, ayudándole a gestionarlos en todos sus aspectos.
d) Es una figura referente para el apoyo emocional y la confianza, aspectos clave para lograr una buena relación asistencial.

**186. En el modelo de atención integral y centrada en la persona, Rodríguez (2013) identifica los siguientes beneficios de la continuidad de la atención sociosanitaria:**

a) La continuidad de la información, de la gestión y relacional.
b) La integralidad y la personalización.
c) La integralidad y la transversalidad.
d) La personalización y la transversalidad.




**187. El modelo de atención integral y centrado en la persona, según Rodríguez (2013), se fundamenta en una serie de principios que vincula a criterios metodológicos. Señala la respuesta correcta:**

a) El principio de inclusión social con criterios de coordinación y convergencia.
b) El principio de participación con criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad.
c) El criterio de coordinación y convergencia con el principio de integralidad.
d) El principio de individualidad con el criterio de prevención y visibilización de capacidades.

**188. Entre las propuestas de la ética que conforman las bases que sustentan el Modelo de Atención Integral y Centrada en las personas (AICP), Rodríguez (2013) menciona las siguientes (señala la opción INCORRECTA):**

a) Autonomía.
b) Dignidad.
c) No maleficencia.
d) Justicia.

**189. En el trabajo social comunitario, como recoge Rodríguez Álvarez (2015), la interdisciplinariedad supone (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) Una ética de confianza, basada en el principio de la relación humana.
b) Compartir los valores que rigen la intervención profesional.
c) Una ética de la compasión y la conciencia.
d) Enriquecimiento de los resultados del trabajo.

**190. Según Rodríguez Álvarez (2015), el trabajo en redes está formado por el conjunto de las intervenciones de conexión de recursos y de estrategias cuyo objetivo es:**

a) Producir sinergias jerárquicas que redunden en la eficiencia de los procesos que lleven a cabo los equipos.
b) Producir nexos en las relaciones significativas y procesos de crecimiento que se activan dentro de esos mismos recursos, para conseguir mejorar el nivel de bienestar de las personas y de los colectivos.
c) Potenciar las reflexiones intergrupales que generen un valor añadido.
d) Potenciar las relaciones de confianza entre los actores que intervienen según su jerarquía.




**191. El o la trabajadora social tiene la tarea prioritaria de activar los recursos de las personas (capacidades) y de los diferentes contextos, ya sea ambientales (redes de apoyo social) o sociales (servicios, programas y prestaciones) desde tres dimensiones. Señala qué dimensión NO es correcta:**

a) El auto-desarrollo (como profesional).
b) El desarrollo personal (la relación de ayuda).
c) El desarrollo social (la solidaridad).
d) El desarrollo organizacional (políticas públicas).

**192. Hay varios aspectos de la comunicación humana que ayudan al coordinador-a de equipos a dinamizar la comunicación intra, e inter equipos, a conocer el potencial comunicacional para una mejor eficacia (Roncal, 2004):**

a) Actitud y aptitud.
b) Personalidad, situación común, significación, filtro y halo.
c) Comunicación verbal y no verbal de las y los profesionales.
d) Entidad, auto-consciencia y comparabilidad.

**193. Roncal (2004) afirma que en los equipos hay fuerzas de resistencia ante el cambio, entre ellas:**

a) Fuerzas dinámicas y retroactivas.
b) Dinámicas internas y externas.
c) Moderadoras o restrictivas.
d) Dinámicas fortalecedoras y escépticas.

**194. Como recoge Roncal (2004), el conflicto puede producir tensiones intragrupales dentro de los equipos. Las causas pueden ser (señala la opción INCORRECTA):**

a) Desconexión entre comunicación verbal y no verbal.
b) Luchas interpersonales por el poder.
c) Sentimiento de ansiedad, a consecuencia de la inseguridad expresada bajo la forma de inhibición, silencio, evasión.
d) Insatisfacción o frustración expresada a través del descontento, la irritación, etc.




**195. Fantova (2018) señala que respecto a cada comunidad disciplinar y profesional de la intervención social (trabajo Social, educación social y la psicología):**

a) Será suficiente que cada una se especialice en un sector.
b) Tan necesaria será la especialización de cada una de las profesiones y disciplinas en su interior, como la integración intra e interprofesional e interdisciplinar.
c) Será suficiente que cada disciplina se centre en desarrollar un ámbito y conseguir una posición de hegemonía frente a otras.
d) Pueden repartirse la dimensión individual o colectiva de la intervención social.

**196. Como plantea Solana (2016), la práctica del Trabajo Social es:**

a) Intrínsecamente multidisciplinaria y aspira a ser interdisciplinar.
b) Intrínsecamente interdisciplinar y aspira a ser multidisciplinaria.
c) Intrínsecamente unívoca.
d) Intrínsecamente disciplinar.

**197. Solana (2016), en referencia a la interdisciplinariedad, destaca que (señala la respuesta INCORRECTA):**

a) La interdisciplinariedad no se opone a la disciplina.
b) La interdisciplinariedad se opone a la carencia de diálogo de colaboración entre las disciplinas, al aislamiento disciplinar.
c) La interdisciplinariedad se dedica a abordar problemas sociales complejos desde una perspectiva práctica.
d) La interdisciplinariedad se contrapone en particular al abordaje de problemas sociales complejos desde la óptica exclusiva de una única disciplina.

**198.** ¿Cuál de los **siguientes ejemplos es planteado por Fantova (2018) en su análisis de la colaboración profesional, como servicios e intervenciones que podrían desarrollarse e innovar desde el trabajo social?:**

a) La planificación de futuros personales y familiares.
b) La dinamización del desarrollo comunitario.
c) La habilitación funcional o el apoyo a la estructura de relaciones familiares.
d) a) y b) son correctas.




**199. Según Fantova (2018) el Trabajo Social, la Educación Social y la Psicología tienen en común dificultades a la hora de:**

a) Aceptar que ninguna de las tres es más social que la otra.
b) Aceptar que la psicología es más clínica, terapéutica, relacional, integrada o transformadora.
c) Aceptar que la educación social tiene mayor dimensión asistencial y educativa.
d) a) y b) son correctas.

**200. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta respecto a las profesiones y sus disciplinas de la intervención social? (Fantova 2018):**

a) Se construyen, en todo caso, en dinámicas de redes en las que pueden coexistir y dialogar.
b) Pueden ejercer tracción entre sí.
c) El Trabajo Social debe liderar la colaboración entre disciplinas dado su mayor enfoque interdisciplinar.
d) Se dan diferentes tipos de conocimiento como el ético, científico, tecnológico y práctico.

**201. Según el estudio del Dpto. de Salud de Gobierno Vasco (2017) sobre el estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, las desigualdades sociales en salud infantil han sido habitualmente estudiadas en relación al estatus socioeconómico familiar. Señala cuál de estas afirmaciones es cierta.**

a) La clase social, el nivel educativo de los/as padres/madres, la etnia, el estatus migratorio y la condición de migrante de los/as padres/madres son los indicadores más utilizados para analizar las desigualdades.
b) En el análisis de las desigualdades en salud infantil y adolescente se constata que en las diferentes fases de desarrollo que configuran esta etapa de la vida los efectos sobre la salud no varían.
c) La OMS ha puesto especial interés en luchar contra las desigualdades que se producen en la adolescencia, por ser un periodo especialmente crítico para el desarrollo del/a menor, incluyendo las áreas física, socioemocional y lingüística-cognitiva, y que repercute de forma muy importante en el éxito escolar, la participación económica y la salud futura.
d) Se ha demostrado que cuanto más precoces son las intervenciones en este campo mayor es la probabilidad de que sean coste-efectivas en el incremento de las desigualdades sociales en salud.




**202. Según diferentes estudios, ¿qué factores sociales están asociados con una gran variedad de problemas de salud y peor nivel de desarrollo de los/as menores?**

a) Residir en barrios con mayor privación material
b) Tener progenitores en desempleo.
c) Tener dificultades económicas en el hogar.
d) Todas las respuestas son correctas.

**203. En la población vasca de 2 a 17 años a medida que la clase social familiar es más baja, la prevalencia de obesidad:**

a) Aumenta en chicos y chicas.
b) Disminuye en chicos y chicas.
c) Aumenta en chicos y disminuye en chicas.
d) No existe correlación entre clase social y obesidad.

**204. ¿Por qué es relevante incorporar el enfoque de la perspectiva vital en el estudio de las desigualdades sociales en salud?**

a) Porque permite centrar el análisis exclusivamente en los factores de riesgo genéticos que determinan la salud en la edad adulta.
b) Porque demuestra que las desigualdades actuales en salud solo pueden explicarse por las condiciones sanitarias del momento presente.
c) Porque evidencia que la salud y la enfermedad son el resultado de exposiciones acumuladas a lo largo de toda la vida.
d) Porque se limita a estudiar únicamente el impacto de las enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años.

**205. Según el Informe sobre el Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2017), ¿cuál de estas afirmaciones es correcta?**

a) La salud de niños/as es mejor a medida que la clase social de la familia es más baja o que el estatus económico disminuye.
b) Los/as hijos/as de progenitores inmigrantes tienen una mejor salud que los/as hijos/as de personas autóctonas.
c) Son más frecuentes las enfermedades crónicas en los niños y niñas de clase social alta y en los/as hijos/as de personas inmigrantes.
d) La salud de niños/as es peor a medida que la clase social de la familia es más baja o que el nivel de estudios de los/as progenitores es menor.




**206. Según Bacigalupe (2019), las desigualdades en salud están condicionadas por los:**

a) Determinantes estructurales.
b) Determinantes intermedios.
c) Determinantes excepcionales y coyunturales.
d) La a) y la b) son correctas.

**207. De acuerdo con el trabajo de Bacigalupe (2019), los determinantes estructurales de las desigualdades en salud incluyen:**

a) Aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político.
b) Aspectos relacionados con las condiciones de empleo y trabajo.
c) Aspectos relacionados con el trabajo doméstico y de cuidados.
d) Aspectos relacionados con la vivienda y la situación material.

**208. Para Bacigalupe (2019), los determinantes intermedios de las desigualdades en salud incluyen:**

a) Aspectos relacionados con el contextos socioeconómico y político.
b) Aspectos relacionados con las condiciones de empleo y trabajo.
c) Aspectos relacionados con el mercado de trabajo.
d) Aspectos relacionados con la cultura y los valores.

**209. En la CAPV, la evolución de las desigualdades en salud muestra que (Bacigalupe, 2019):**

a) Las desigualdades en la esperanza de vida en buena salud han aumentado en hombres mientras que han disminuido en mujeres.
b) Las desigualdades en la esperanza de vida en buena salud han disminuido en hombres mientras que han disminuido en mujeres.
c) Las desigualdades en la esperanza de vida en buena salud en hombres y mujeres han disminuido.
d) Las desigualdades en la esperanza de vida en buena salud han aumentado en hombres y en mujeres.

**210. Siguiendo el trabajo elaborado por Bacigalupe (2019), en la CAPV, los Estados que aplican políticas redistributivas se asocian con:**

a) Iguales resultados en salud y de equidad en salud que aquellos de corte neoliberal.
b) Peores resultados en salud y de equidad en salud que aquellos de corte neoliberal.
c) Mejores resultados en salud y de equidad en salud que aquellos de corte neoliberal.

d) Desigualdades en salud inexistentes.

**211. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta al hablar de la incidencia de las desigualdades sociales en la salud? (Martín y Bacigalupe, 2009)**

a) Solo se dan entre la población de clase media-alta.
b) Solo se dan entre la población de clase baja.
c) Solo se dan entre la población de clase alta con mayores responsabilidades laborales.
d) Se dan entre todos los grupos sociales.

**212. Según Martín y Bacigalupe (2009), ¿cuáles de los siguientes factores no se menciona entre aquellos que determinan el riesgo de enfermar y las posibilidades de disfrutar de un buen estado de salud?**

a) Género.
b) Clase social.
c) El lugar de origen.
d) Las conductas ideológicas.

**213. Señala la respuesta correcta a la siguiente pregunta: ¿el sistema sanitario juega un papel en la generación de las desigualdades sociales en salud? (Martín y Bacigalupe, 2009)**

a) No, en ningún caso.
b) No, salvo en aquellos lugares en los que la cobertura no es universal y gratuita.
c) Sí, incluso en aquellos lugares en los que la cobertura es universal y gratuita.
d) Sí, pero solo en aquellos lugares con cobertura no universal y gratuita.

**214. De acuerdo con Martín y Bacigalupe (2009), la autovaloración de la salud como indicador de la evolución de las desigualdades en salud, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2002, muestra que:**

a) Por clase social, a medida que se descendía en la escala social, el porcentaje de personas que declaraban tener mala salud aumentaba significativamente, tanto en hombres como en mujeres.
b) Por clase social, a medida que se descendía en la escala social, el porcentaje de personas que declaraban tener mala salud disminuía significativamente, tanto en hombres como en mujeres.
c) Por clase social, a medida que se descendía en la escala social, el porcentaje de personas que declaraban tener mala salud aumentaba significativamente, pero solo en el caso de los hombres.




d) Por clase social, a medida que se descendía en la escala social, el porcentaje de personas que declaraban tener mala salud aumentaba significativamente, pero solo en el caso de las mujeres.

**215. Según Martín y Bacigalupe (2009), la autovaloración de la salud como indicador de la evolución de las desigualdades en salud, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2002, muestra que:**

a) Por nivel de estudios, tanto hombres como mujeres declararon peor salud a medida que su nivel de estudios era más alto.
b) Por nivel de estudios, tanto hombres como mujeres declararon igual salud sin relación con su nivel de estudios.
c) Por nivel de estudios, tanto hombres como mujeres declararon peor salud a medida que su nivel de estudios era más bajo.
d) Por nivel de estudios, solo los hombres declararon peor salud a medida que su nivel de estudios era más bajo.

**216. Martín y Bacigalupe (2009) afirman que la autovaloración de la salud como indicador de la evolución de las desigualdades en salud, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2002, muestra que:**

a) El lugar de nacimiento muestra que las personas nacidas en el resto del estado manifestaron un peor estado de salud que las nacidas en la CAPV, independientemente de la edad, en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres.
b) El lugar de nacimiento muestra que las personas nacidas en el resto del estado manifestaron una salud similar que las nacidas en la CAPV, independientemente de la edad, en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres.
c) El lugar de nacimiento muestra que las personas nacidas en el resto del estado manifestaron un mejor estado de salud que las nacidas en la CAPV, independientemente de la edad, en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres.
d) El lugar de nacimiento muestra que las personas nacidas en el resto del estado manifestaron un peor estado de salud que las nacidas en la CAPV, variable según la edad, en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres.

**217. El estudio de la prevalencia de los problemas crónicos en la CAPV muestra que (Martín y Bacigalupe, 2009):**

a) El padecimiento de problemas crónicos está relacionado con la clase social y es claramente superior en el caso de las mujeres.
b) El padecimiento de problemas crónicos no está relacionado con la clase social.




c) El padecimiento de problemas crónicos está relacionado con la clase social y es claramente superior en el caso de los hombres.
d) El padecimiento de problemas crónicos está relacionado con la clase social y es igual para los hombres y las mujeres.

**218. El trabajo de Martín y Bacigalupe (2009), pone de manifiesto que el estudio de la prevalencia de los problemas crónicos en la CAPV indica que:**

a) En ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos fue inferior en las personas sin estudios primarios respecto a aquéllas con estudios universitarios.
b) En ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos fue igual entre las personas sin estudios primarios y aquéllas con estudios universitarios.
c) En ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos no se pudo relacionar con el nivel de estudios.
d) En ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos fue superior en las personas sin estudios primarios respecto a aquéllas con estudios universitarios.

**219. Martín y Bacigalupe (2009), afirman que los resultados de su estudio muestran que:**

a) La salud de las mujeres es mejor que la de los hombres, pero solo para mujeres de clase media-alta.
b) La salud de las mujeres es mejor que la de los hombres.
c) La salud de las mujeres es igual que la de los hombres.
d) La salud de las mujeres es peor que la de los hombres.

**220. De acuerdo con Martín y Bacigalupe (2009), el modelo social de salud es definido como aquel:**

a) Centrado en la enfermedad y que asigna la responsabilidad principal a los servicios sanitarios.
b) Centrado en la enfermedad y que asigna la responsabilidad principal a la ciudadanía y sus hábitos sociales.
c) Que considera que la estructura socioeconómica sitúa a algunas personas en posiciones sociales adversas y, por lo tanto, con mayor riesgo de sufrir problemas de salud.
d) Que considera que la estructura socioeconómica sitúa a algunas personas en posiciones sociales adversas y, por lo tanto, con menor riesgo de sufrir problemas de salud.




**221. En el Plan de Salud 2030, hay integrados tres objetivos transversales. Señala la respuesta INCORRECTA:**

a) Conseguir que las personas sean protagonistas y agentes activos de su salud y bienestar.
b) Reducir las desigualdades en salud.
c) Fortalecer el sistema de salud pública para hacer frente a los actuales y los nuevos retos.
d) Mejora la coordinación y colaboración institucional y con todos los agentes y en todos los niveles de cara a asegurar la salud en todas las políticas.

**222. Osakidetza recoge en su página web que en el Programa Paziente Bizia-Paciente Activo se ofrecen:**

a) Talleres de ejercicio físico y mental para la prevención de la enfermedad.
b) Talleres que son espacios de acompañamiento donde personas con enfermedades crónicas, quienes cuidan de ellas y todas aquellas que deseen mejorar su salud y bienestar podrán compartir aprendizaje y experiencias.
c) Talleres de participación ciudadana para democratizar la sanidad pública.
d) Programas de educación en valores en centros escolares para la prevención de la salud y la promoción de buenos hábitos.

**223. Entre los principios rectores del Plan de Salud 2030 se encuentran (señala la afirmación INCORRECTA):**

a) Envejecimiento activo.
b) Perspectiva del curso de la vida.
c) Contribución al Desarrollo Sostenible.
d) Perspectiva de género.

**224. La innovación e investigación generadoras de valor en salud es una línea estratégica de Osakidetza 2023-2025 que incluye los siguientes objetivos:**

a) Definir el modelo de gestión de la innovación en Osakidetza y las Organizaciones de servicios.
b) Lograr una red de investigación e innovación en salud reconocida por el talento de sus profesionales.
c) Impulsar la internacionalización.
d) a) y b) son correctas.




**225. ¿Cómo se llama el servicio de evaluación de tecnologías sanitarias?**

a) Setsa
b) Osakitesa
c) Ostesa
d) Osteba

**226. El Plan de Salud de Euskadi 2030 recoge la protección de la salud ante las amenazas globales y emergentes como uno de sus principios rectores, ¿cuál de los siguientes aspectos no hace referencia a este principio?**

a) Las enfermedades emergentes y reemergentes, debido a la movilidad y a la globalización o a los cambios en los patrones de determinados vectores y parámetros ambientales debidos al cambio climático.
b) Riesgos asociados como conflictos por los recursos, daños y riesgos económicos para las ciudades costeras y las infraestructuras vitales.
c) Migraciones por causas ambientales.
d) Las condiciones materiales de las personas, sus hábitos o estilos de vida, su formación, y los entornos, físico, ambiental, cultural y sociales.

**227. La evolución de los datos demográficos de Euskadi muestra que entre 2012 y 2022 la natalidad (Plan de Salud de Euskadi 2030):**

a) Se ha reducido en cerca de un 30%.
b) Se ha reducido en cerca de un 50%.
c) Ha aumentado en torno al 10%.
d) Ha aumentado en torno al 20%.

**228. Siguiendo lo recogido por el Plan de Salud de Euskadi 2030 en su análisis de la situación demográfica, se menciona un importante desequilibrio generacional, ¿a qué hace referencia?**

a) Una población mayor escasamente superior a la población más joven.
b) Una mortalidad en incremento paulatino.
c) Una población mayor muy superior a la población más joven.
d) Una población mayor igual a la población más joven.




**229. El Plan de Salud de Euskadi 2030, señala que según proyecciones demográficas hasta el 2036, realizadas por Eustat, el crecimiento de población que podría darse en Euskadi:**

a) Se deberá exclusivamente al saldo migratorio.
b) No se verá influida por el saldo migratorio.
c) No se prevé que el envejecimiento siga aumentando.
d) La mortalidad en términos absolutos disminuirá por el envejecimiento de la población.

**230. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO se asocia a las características de una sociedad envejecida? (Plan de Salud de Euskadi 2030)**

a) Cronicidad.
b) Multi-morbilidad.
c) Discapacidades.
d) Afecciones agudas.

**231. Según el Plan de Salud de Euskadi 2030, ¿cuál de los siguientes NO es un programa preventivo poblacional?**

a) Vacunación infantil.
b) Asistencia dental infantil.
c) Programa de gestión de enfermedades crónicas.
d) Vacunación antigripal.

**232. ¿Cuál de los siguientes NO constituye uno de los retos estratégicos a tener en cuenta para el Plan de Salud de Euskadi 2030?**

a) La reducción de las desigualdades en salud.
b) La reducción del personal laboral en determinadas especialidades.
c) El cambio climático y su impacto en la salud.
d) La sostenibilidad del sistema de salud.

**233. Según lo recogido en el Plan de Salud de Euskadi 2030, ¿cuál de los siguientes NO es un objetivo a largo plazo?**

a) Lograr que los niños, niñas y adolescentes nazcan, crezcan y se desarrollen con todo su potencial de salud.
b) Mejorar la salud y reducir la morbimortalidad evitable.
c) Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables, sostenibles y resilientes y responder al cambio climático.




d) Conseguir un envejecimiento orientado al enfoque de vida plena.

**234. ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo instrumental del Plan de Salud de Euskadi 2030?**

a) Lograr la sostenibilidad y excelencia en términos de calidad, humanización, seguridad en los sistemas asistenciales sanitarios y sociosanitarios de Euskadi.
b) Fortalecer el sistema de Salud Pública para lograr la sostenibilidad y excelencia y hacer frente a los actuales y nuevos retos.
c) Invertir en la investigación y la innovación de Euskadi y su aplicación en la mejora de los sistemas que inciden en salud.
d) Reducir las desigualdades en salud.

**235. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones corresponde al principio transversal de "conseguir que las personas sean protagonistas y agentes activos de su salud y bienestar" del Plan de Salud de Euskadi 2030?**

a) La necesidad de que las personas aumenten su conocimiento y control sobre los factores que afectan a su salud.
b) Euskadi es un territorio en el que coexisten diferentes grupos poblacionales, algunos más vulnerables por su condición social, educación, edad, etnia o raza, ámbito geográfico o género.
c) La importancia de contemplar a todos los colectivos y todas las casuísticas que se producen y que derivan en desigualdades en salud.
d) La necesidad de formular políticas desde aquellos sectores que inciden en los determinantes sociales de la salud de manera sistemática y coordinada.

**236. El Plan de Salud de Euskadi 2030 cuenta con una gobernanza para facilitar su despliegue, desarrollo y evaluación. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO se contemplan para el desarrollo de esta gobernanza?**

a) Liderazgo e impulso en el despliegue y seguimiento del Plan de Salud.
b) El diseño de un nuevo Plan de Salud.
c) El apoyo y seguimiento del despliegue.
d) La monitorización del nivel de desarrollo de las Líneas Estratégicas.




**237. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO es mencionado por El Plan de Salud de Euskadi 2030 a la hora definir los retos para avanzar en la reducción de la morbimortabilidad evitable?**

a) Políticas de promoción de la salud.
b) Medidas de prohibición de hábitos de salud perjudiciales.
c) Programas de prevención de los factores de riesgo.
d) Orientación de los sistemas asistenciales de salud hacia la prevención y asistencia.

**238. El Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023-26, dentro de las características de la política de cuidados sociales, menciona la política de apoyos a lo largo de la vida y a toda la ciudadanía con énfasis en:**

a) Los apoyos institucionales para afrontar en el reto demográfico.
b) Las etapas iniciales y finales, sin descuidar la promoción de la autonomía en las de tránsito, y las personas en situación o riesgo de dependencia, desprotección, exclusión y/o con discapacidad, y en su caso sus familias.
c) Todas las medidas transversales enfocadas en los cuidados a lo largo del ciclo vital.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

**239. Los instrumentos técnicos comunes con el fin de garantizar la homogeneidad en los criterios de intervención de los servicios sociales son:**

a) Ficha social e instrumento de diagnóstico social.
b) Ficha social e instrumento de valoración de la exclusión social.
c) Ficha social, instrumento de diagnóstico social y Programa individual de atención.
d) Ficha social e instrumento de diagnóstico social y valoración de la exclusión social.

**240. ¿Cuánto tiempo tiene que pasar desde la última intervención por parte de las-os profesionales para que se tenga que elaborar una nueva ficha social del sistema vasco de servicios sociales?**

a) 1 año
b) 2 años
c) 3 años
d) 4 años




**241. Dentro de las prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, en el catálogo de servicios, ¿cuál de las siguientes respuestas NO corresponde al apartado servicio de Centro de Día y de Noche?**

a) Centro de Día para mayores.
b) Servicio de Atención Residencial.
c) Centro de Día para menores de 65 años.
d) Centro de Día de atención especializada.

**242. Indica la respuesta correcta respecto a la elaboración del Plan de Atención Personalizada (PAP):**

a) La periodicidad del seguimiento se establecerá quincenalmente, para asegurar una continuidad de atención.
b) No tendrá en cuenta otros planes en curso con la misma persona o familia, elaborados en el marco de otros sistemas de atención.
c) Deberá realizarse, al igual que la valoración y el diagnóstico social, con criterio profesional sin la participación de la persona o familia usuaria.
d) Definirá el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé, entre aquellos a los que la valoración y el diagnóstico hayan determinado que la persona solicitante podría acceder.

**243. El Plan estratégico de servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco actual es de:**

a) 2024-2027
b) 2022-2026
c) 2023-2026
d) 2023-2027

**244. ¿Qué modelo de atención propone la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, sobre servicios sociales en la CAPV?**

a) Interinstitucional.
b) Intersectorial.
c) Comunitario.
d) Social.




**245. De las prestaciones que se mencionan a continuación, ¿cuál NO es una prestación técnica del Sistema Vasco de Servicios Sociales?**

a) Intervención socioeducativa y psicosocial.
b) Acompañamiento Social.
c) Atención sociojurídica.
d) Servicio de teleasistencia.

**246. Según el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, ¿qué definición se corresponde con el diagnóstico inicial?**

a) Se realizará aplicando la totalidad de los indicadores establecidos en el instrumento de diagnóstico social.
b) Se realizará para una intervención de mayor intensidad por parte de los servicios sociales municipales o para la derivación a los servicios sociales de atención secundaria
c) Recogerá el motivo por el que la persona usuaria es atendida por los Servicios Sociales de Base teniendo en cuenta los ámbitos generales de actuación del sistema.
d) Se basará en una selección de los indicadores generales relacionados con el sistema de protección, convivencia personal, convivencia familiar, convivencia social y medios de subsistencia.

**247. De los servicios o centros mencionados a continuación, ¿cuáles están dirigidos a personas en situación o riesgo de dependencia?**

a) Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.
b) Centros residenciales para personas mayores.
c) Servicio de teleasistencia.
d) Todas las respuestas son correctas.

**248. ¿Qué puntuación mínima tiene que obtener una persona para que su situación de dependencia sea considerada de Grado III?**

a) 65 puntos.
b) 74 puntos.
c) 75 puntos.
d) 77 puntos.




**249. ¿Qué nivel y grado de dependencia se determina cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal?**

a) Grado III. Gran dependencia.
b) Grado I. Dependencia moderada.
c) Grado II. Dependencia severa.
d) La movilidad reducida.

**250. Según la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, sobre servicios sociales en la CAPV, ¿cuál de las siguientes funciones NO es competencia del Gobierno Vasco?**

a) La elaboración y aprobación de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
b) La promoción de la constitución de mancomunidades o de otras agrupaciones municipales para la prestación de servicios sociales.
c) La ordenación de los servicios sociales.
d) La elaboración y aprobación de los instrumentos técnicos aplicables para determinar el cumplimiento de los requisitos de acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

**251. Al servicio dirigido a personas con discapacidad que no puedan gestionar directamente su Plan de Vida Independiente debido a las limitaciones derivadas de su discapacidad intelectual y/o enfermedad mental y que tienen necesidades de apoyo para su desenvolvimiento autónomo y su participación activa en el entorno comunitario se denomina:**

a) Servicio de apoyo a la autonomía.
b) Servicio de apoyo a la vida independiente.
c) Servicio para las personas autónomas.
d) Servicios de apoyo para la accesibilidad universal.

**252. Al servicio que ofrece estancias temporales en servicios de atención secundaria, en concreto en centros residenciales, servicios o centros de día y centros de noche, a personas dependientes, con discapacidad, o con enfermedad mental crónica que habitualmente son atendidas por su red socio-familiar de apoyo se denomina:**

a) Servicio de respiro.
b) Servicio de alivio.
c) Servicio de descanso.
d) Servicio de atención al descanso.




**253. Las definiciones de Vida independiente, vida autónoma, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), o Accesibilidad universal, entre otros, se recogen en el siguiente artículo del Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales:**

a) Artículo 15.
b) Artículo 32.
c) Artículo 33.
d) Artículo 42.

**254. El servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección es de competencia:**

a) Estatal.
b) Autonómica.
c) Foral.
d) Municipal.

**255. El Servicio de Ayuda a Domicilio-SAD, es de competencia:**

a) Estatal.
b) Autonómica.
c) Foral.
d) Municipal.

**256. Los centros residenciales para personas con discapacidad son de competencia:**

a) Estatal.
b) Autonómica.
c) Foral.
d) Municipal.

**257. Los centros de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía son de competencia:**

a) Estatal.
b) Autonómica.
c) Foral.
d) Municipal.




**258. Dentro de las políticas de transición sociosanitaria, la Estrategia sociosanitaria 2021-24 destaca las siguientes:**

a) Social-sanitaria, tecnológico-digital y ecológico-medioambiental.
b) Sistémica y transversal.
c) Intergeneracional y del ciclo de la vida.
d) Intergeneracional y transversal.

**259. La estrategia sociosanitaria 2021-24 define la soledad y el aislamiento social como:**

a) Restricción, o la ausencia o pérdida de la trama de relaciones interpersonales, y son expresión o dimensión de la vulnerabilidad y exclusión social.
b) Dificultades de posicionamiento dentro de la estructura socioeconómica actual.
c) Resultado de las desigualdades de las sociedades actuales.
d) Resultado de una sucesión de pérdidas de estatus socioeconómico.

**260. Entre los principios de actuación de la ley 6/2016 del tercer sector de Euskadi se encuentran:**

a) Igualdad y equidad.
b) Prevención, integración y normalización.
c) Proximidad y universalidad.
d) Diálogo civil y democracia participativa.

**261. De acuerdo con la ley 6/2016 del tercer sector social de Euskadi, son obligaciones de las organizaciones del tercer sector social de Euskadi que cooperen y colaboren con las administraciones públicas vascas:**

a) Emplear procedimientos participativos para la toma de decisiones.
b) Actuar de forma respetuosa con el medio ambiente.
c) Garantizar unas condiciones adecuadas al personal voluntario.
d) Todas las respuestas son correctas.

**262. Según el documento de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-24, ¿cuál de los siguientes colectivos es considerado colectivo diana?**

a) Personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, y personas afectadas por un trastorno mental.
b) Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, y otros colectivos -mujeres víctimas de violencia machista, personas en situación de final de vida, etc.
c) Personas pertenecientes a minorías étnicas y personas refugiadas.




d) Todas las respuestas son correctas.

**263. Tal y como se recoge en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, ¿qué se entiende por "revolución sociodemográfica" en el contexto de la sociedad vasca?**

a) El aumento de la natalidad gracias a las nuevas políticas de apoyo a la familia.
b) La llegada masiva de población joven inmigrante que rejuvenece la estructura de edades.
c) La democratización de la supervivencia que permite a la mayoría de la población alcanzar y superar la vejez.
d) La igualdad total en la distribución de la población entre el área rural y el área urbana.

**264. ¿Cuál es la tendencia en la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) por género en los últimos años?**

a) Aumenta significativamente en ambos sexos, aunque el incremento es ligeramente mayor en mujeres.
b) Se mantiene estable en los hombres, pero experimenta un aumento muy pronunciado en las mujeres.
c) Aumenta en los hombres (1,2 años más), mientras que en las mujeres se produce un descenso (0,3 años menos).
d) Disminuye en ambos sexos, si bien el descenso es más acusado en los hombres.

**265. Desde el punto de vista operativo en cuanto a su funcionalidad, los recursos sociosanitarios pueden ser:**

a) Protocolos y programas, recursos ambulatorios y recursos residenciales.
b) Recursos internos, externos y compartidos.
c) Recursos de sistema y de Tercer Sector.
d) Programas, sistemas de coordinación y recursos de apoyo.

**266. Según el documento de Evaluación de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-24, el desarrollo de la estrategia de interoperabilidad sociosanitaria se articula, entre otros, en base a varios proyectos. Señala la opción INCORRECTA:**

a) Historia Sociosanitaria Electrónica de Euskadi (HSSEE).
b) Cuadro de Dirección Unificado (CDU).
c) Acceso a la Historia Clínica desde Centros residenciales.
d) Decreto para el desarrollo de la Interoperabilidad Sociosanitaria.




**267. Según el documento de Evaluación de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-24, el impulso de la Atención Sociosanitaria se desarrolla a partir de tres proyectos. Señala la opción INCORRECTA:**

a) El despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria.
b) Desarrollo del ámbito educativo-inclusivo.
c) Actuaciones en diferentes colectivos diana de atención sociosanitaria.
d) Atención Temprana y desarrollo del ámbito sociosanitario-educativo.

**268. Entre las barreras para el impulso de la Atención Sociosanitaria mediante el proyecto sobre Atención Temprana y desarrollo del ámbito sociosanitario-educativo que recoge la Evaluación de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-24 están las siguientes. Señala la opción INCORRECTA:**

a) Falta de registro de la actividad sociosanitaria.
b) La diversidad de sistemas de información en el ámbito social ralentiza el avance.
c) Falta de infraestructura tecnológica.
d) Necesidad de visión sistémica del intercambio de la información sociosanitaria.

**269. Tal y como figura en su página web, en el apartado dedicado a Conocer la Fundación, la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, BIOEF (señala la opción INCORRECTA):**

a) Es el instrumento creado por el Departamento de Salud para promover la innovación y la investigación en el sistema sanitario de Euskadi.
b) Es el instrumento creado por el Gobierno Vasco para promover la coordinación sociosanitaria en Euskadi.
c) Constituye un marco de colaboración, cooperación y comunicación entre los diferentes sectores implicados en la investigación e innovación sanitarias en los diferentes niveles autonómico, estatal e internacional.
d) Ayuda a fundamentar programas y políticas sanitarias e intersectoriales, para dotar de mayor competitividad y calidad al Sistema Sanitario, y contribuir a la generación de riqueza y desarrollo socioeconómico del País Vasco.

**270. La Guía de herramientas para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria recoge que el Catálogo de Recursos Sociosanitarios clasifica los recursos sociosanitarios en:**

a) Mediadores e intermedios.
b) Instrumentales y finalistas.
c) Protocolizados y sistematizados.
d) Estándares y personalizados.




**271. Tal y como recoge la Guía de herramientas para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria, cuando se observa un caso de naturaleza sociosanitaria, la metodología de la intervención se basa en una gestión de caso compartida entre el sistema de salud y el de servicios sociales. En esta gestión compartida del caso se distinguen:**

a) Dos fases.
b) Tres fases.
c) Cinco fases.
d) Seis fases.

**272. Señala qué institución tiene responsabilidad en la planificación y prestación de políticas sanitarias y en la planificación y prestación de políticas sociales en la CAPV:**

a) Los ayuntamientos.
b) Gobierno Vasco.
c) EUDEL.
d) Las diputaciones forales (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa).

**273. La Guía de herramientas para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria recoge que los Protocolos Marco de coordinación sociosanitaria y los Procedimientos de coordinación sociosanitaria son:**

a) Instrumentos de coordinación, documentos que plasman los acuerdos entre las organizaciones que prestan una atención conjunta en el ámbito de lo sociosanitario.
b) Protocolos de valoración de los planes estratégicos.
c) Instrumentos de evaluación de los planes estratégicos.
d) Instrumentos para la coordinación institucional entre la Atención Primaria y Secundaria.

**274. La Guía de herramientas para el despliegue de la Atención Primaria indica que la interoperabilidad sociosanitaria es un instrumento que:**

a) Es el software informático que permite el intercambio de datos entre los sistemas social y sanitario.
b) Sirve para intercambiar datos referentes a pacientes crónicos.
c) Está dirigido a posibilitar el intercambio seguro de información entre los sistemas de información social y sanitario fundamentalmente, para la gestión y coordinación de los casos que requieren una atención interdisciplinar.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.




**275. Tal y como se recoge en la página web del Departamento de Salud sobre Atención Sociosanitaria las instituciones responsables de articular la coordinación entre los sistemas de servicios sociales y de salud en la CAPV son:**

a) Las tres diputaciones forales, EUDEL, Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico y Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza y BIOEF.
b) Solamente las tres diputaciones forales y el departamento de Salud del Gobierno Vasco.
c) Solamente el Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico y Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.
d) Solamente EUDEL, las tres diputaciones forales, el Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico y Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**276. El Departamento de Salud crea la Dirección de Atención Sociosanitaria (DASS):**

a) En 2019.
b) En 2020.
c) En 2021.
d) En 2022.

**277. Según el Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco, las personas destinatarias de la atención temprana son:**

a) Niños y niñas de 0 a 6 años que presentan cualquier tipo de trastorno, o situación de riesgo de padecerlos.
b) Niños y niñas de 0 a 6 años de edad que presentan trastornos en el desarrollo o se encuentran en situación de riesgo de padecerlos.
c) Niños y niñas de 0 a 6 años de edad que presentan trastornos en el desarrollo que no sean de tipo cognitivo, emocional, conductual ni retrasos madurativos.
d) Niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo de desprotección que requieren una intervención precoz.

**278. Según la guía 2017 de Osakidetza, que orienta el proceso de la atención integrada a niños y niñas con necesidades especiales, esta atención es:**

a) Conjunto de actividades que desarrollan exclusivamente profesionales del sistema de servicios sociales dirigidas a la población infantil menor de 6 años, su familia y entorno.
b) Conjunto de actividades para la detección precoz de los factores de riesgo en el embarazo que puedan afectar el normal desarrollo del niño o niña en su nacimiento.
c) Conjunto de actividades dirigidas a la población infantil, su familia y entorno, y que tienen como objetivo general la prevención y atención a las deficiencias durante la infancia.
d) Conjunto de leyes, normativas y procedimientos orientados a conseguir que la asistencia se




realice conforme a criterios de calidad en términos de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas afectadas.

**279. La coordinación entre los servicios sociales de base, el centro de acogida en que se encuentra el niño, niña o adolescente, el equipo especializado de intervención familiar, si lo hubiere, y el equipo responsable del seguimiento y apoyo al acogimiento familiar, si lo hubiere, sería una coordinación:**

a) Comunitaria.
b) Multidisciplinar.
c) Intradisciplinar.
d) Interinstitucional.

**280. Sin perjuicio de la responsabilidad compartida entre los tres sistemas implicados en la Atención Temprana en la CAPV, ¿a cuál otorga el modelo integral e interdisciplinar de la Atención Temprana la responsabilidad principal en los mecanismos de coordinación interinstitucional por razones de funcionalidad?**

a) Sistema educativo.
b) Sistema sanitario.
c) Sistema de servicios sociales.
d) Sistema de infancia y familia.

**281. Según el Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la CAPV, ¿cuáles son los elementos clave de la organización funcional especializada en el modelo integral de Atención Temprana en la CAPV?**

a) Los equipos de valoración en Atención Temprana (EVAT).
b) Los equipos de valoración y orientación (EVOS).
c) Los equipos de intervención en Atención Temprana (EIAT).
d) a) y c) son respuestas correctas.

**282. ¿Qué actuaciones incluye el nivel secundario de la Atención Temprana?**

a) Aquellas actuaciones dirigidas a detectar y diagnosticar precozmente la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos, con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de las condiciones detectadas.
b) Aquellas actuaciones en los sistemas implicados tendentes a evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.
c) Aquellas actuaciones dirigidas a eliminar o reducir las consecuencias negativas de las deficiencias, trastornos o disfunciones observadas en el desarrollo del niño o niña.




d) Aquellas intervenciones dirigidas al niño o a la niña, a su familia y a su entorno, con el fin de mejorar las condiciones de su desarrollo.

**283. Entre los principios de actuación recogidos en la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia de la CAPV, ¿cuál hace referencia al principio de promoción de la parentalidad positiva?**

a) Principio según el cual se propicia, mediante la eliminación de las barreras sociales, el aprendizaje conjunto y el enriquecimiento mutuo como valores necesarios para garantizar la cohesión social.
b) Principio según el cual el reconocimiento de las personas menores como sujetos de derechos, y el respeto, la promoción y la defensa de sus derechos individuales y colectivos deben situarse en el centro de todas las actuaciones y de todas las decisiones, tanto en el medio familiar y en los demás contextos de vida y relación.
c) Principio según el cual deben adoptarse medidas tendentes a promover un comportamiento del padre y la madre, las representantes y los representantes legales o las personas acogedoras y guardadoras fundamentado en el interés superior de la persona menor de edad.
d) Principio de orientación eminentemente educativa de las actuaciones y de las medidas, en todos los ámbitos de actuación, con vistas a promover las potencialidades personales de las personas menores y sus capacidades de aprendizaje.

**284. De acuerdo con la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia, ¿qué carácter deberá tener la estrategia integral contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia?**

a) Interinstitucional.
b) Interdisciplinar.
c) Intersectorial.
d) a) y c) son respuestas correctas.

**285. Según la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia, ¿en quién recae el deber de corresponsabilidad en la prevención, detección y protección de la situación de desprotección de las personas menores de edad?**

a) En las representantes y los representantes legales
b) En el conjunto de la sociedad.
c) En los poderes públicos.
d) Todas las respuestas son correctas.




**286. ¿Qué medidas de apoyo contempla la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia en situaciones de ruptura de la unidad familiar?**

a) Servicio integral de mediación familiar.
b) Puntos de encuentro familiar.
c) Servicios territoriales de protección a la infancia y la adolescencia.
d) a) y b) son respuestas correctas.

**287. Con carácter específico, las administraciones públicas vascas se ajustarán a los siguientes principios de actuación en relación con las personas menores de edad:**

a) Primarán las medidas consensuadas frente a las impuestas.
b) Primarán las medidas familiares sobre las institucionales o residenciales.
c) Primarán las medidas estables frente a las temporales.
d) Todas las respuestas son correctas.

**288. ¿Qué medidas de prevención y detección de los trastornos mentales, trastornos de conductas y trastornos de adicciones de las personas menores de edad NO corresponden a los ayuntamientos?**

a) Prevenir la aparición o la agravación de trastornos mentales en personas menores en situación de riesgo grave o de desamparo.
b) Fortalecer las redes comunitarias de relación y participación social.
c) Prevenir la adquisición por parte de personas menores en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo de conductas y hábitos inadecuados que puedan derivar en conductas problemáticas o en adicciones.
d) Prevenir la adquisición de conductas y hábitos inadecuados que puedan derivar en conductas problemáticas o en adicciones, en particular en áreas socioeconómicamente desfavorecidas con alto riesgo de exclusión social.

**289. Cuando la valoración de la posible situación de desprotección determine que se trata de una situación de riesgo leve o moderado, ¿a quién corresponde la atención del caso?**

a) Servicios territoriales de protección a la infancia y la adolescencia de las diputaciones forales.
b) Servicios sociales municipales.
c) Gobierno Vasco.
d) Ministerio Fiscal.




**290. En los casos de mujeres gestantes en los que se valore que existe una situación de alto riesgo para la salud del bebé o de la bebé tras el nacimiento debido a comportamientos durante el embarazo que puedan afectar o causar trastornos a su normal desarrollo, la intervención se realizará directamente por:**

a) Los servicios territoriales de protección a la infancia y la adolescencia.
b) Los servicios de salud de atención primaria.
c) Los servicios sociales municipales.
d) Los servicios de salud de atención secundaria.

**291. De los servicios y ayudas mencionados a continuación, ¿cuáles están vinculados a una situación de riesgo y son susceptibles de ser incluidos en el proyecto de intervención social y educativo familiar?**

a) Medidas de apoyo a las funciones de crianza
b) Servicios de intervención familiar y de atención primaria y secundaria, dirigidos a proporcionar apoyo socioeducativo y psicosocial a las familias y a las personas menores.
c) Atención sanitaria, incluida la atención a la salud mental, incluyendo programas dirigidos al tratamiento y a la atención integral de las necesidades en salud mental infantil y juvenil, así como de las familias.
d) Todas las respuestas son correctas.

**292. Según la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia, ¿qué características debe tener el programa especializado de apoyo intensivo a las personas menores de edad con problemas de conducta?**

a) La incorporación en este programa será el último recurso, y, en consecuencia, se realizará exclusivamente cuando no sea posible la atención e intervención en el programa para personas menores de edad con trastornos de conducta.
b) Se dirigirá a personas adolescentes con edades comprendidas entre trece y dieciocho años, cualquiera que sea su origen, que presenten, con carácter recurrente, conductas disruptivas, disociales o antisociales, transgresoras de las normas sociales y de los derechos de terceras personas.
c) Su aplicación tendrá carácter temporal, siendo su objetivo final posibilitar el posterior acceso al programa para personas menores de edad con trastornos de conducta, o, en su caso, al programa básico general, al programa de preparación a la emancipación o al programa de emancipación.
d) Todas las respuestas son correctas.




**293. Según Fernández García y López Peláez (2014), ¿qué requisitos relacionados con el equilibrio personal es necesario cumplir cuando se interviene con grupos de menores en Trabajo Social?**

a) Trabajar de manera sistemática sobre el núcleo familiar.
b) Lograr que la escuela se convierta en un proceso de cambio.
c) Orientar la intervención profesional hacia las actividades de ocio y tiempo libre, a través de la creación de grupos específicamente creados para este propósito.
d) Todas las respuestas son correctas.

**294. De las metas que se mencionan a continuación ¿cuál NO es una meta del Trabajo Social con grupos de menores? (Fernández García y López Peláez, 2014)**

a) Metas relacionadas con la situación familiar.
b) Metas relacionadas con el cumplimiento de normas y la resolución de conflictos.
c) Metas relacionadas con el equilibrio personal.
d) Metas relacionadas con fomentar los recursos propios de la trabajadora o trabajador social derivados del conocimiento de sí mismo/a.

**295. ¿Qué orientaciones proponen Fernández García y López Peláez (2014) para el Trabajo Social con grupos de menores, siguiendo a Bunston, Pavidis y Leyden (2003)?**

a) Favorecer el sentimiento de seguridad en los jóvenes.
b) Otorgar la importancia necesaria al juego.
c) Fomentar la confianza en los demás como medio eficaz de alcanzarlos fines propios y del grupo.
d) Todas las respuestas son correctas.

**296. Según la Guía de Osakidetza, para una detección temprana de situaciones de riesgo psicológico en la mujer, ¿qué factores de riesgo es importante recoger en la historia clínica y visitas de seguimiento de la mujer durante el embarazo y el puerperio?**

a) Madre adolescente.
b) Historia de episodios depresivos anteriores.
c) Trastornos de adicciones en algún miembro de la familia.
d) Todas las respuestas son correctas.




**297. De acuerdo con la Guía 2017 de Osakidetza, ¿qué caracteriza la depresión postparto?**

a) Se caracteriza por los siguientes síntomas: tristeza, lloro continuo, apatía, desinterés, auto-reproches, auto-desvalorización. Aparece alrededor de 6 semanas después del parto y puede durar un año o incluso más.
b) Se caracteriza por: ansiedad, tristeza, irritabilidad, en los días posteriores al parto.
c) Se caracteriza principalmente por presentar síntomas psicóticos (alucinaciones, delirio) y alteraciones del estado de ánimo de inicio agudo.
d) Se caracteriza por: pesadillas, recuerdos intrusivos, evitación y ansiedad, que pueden persistir meses o años.

**298. Según el Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV (2019), si la valoración de la situación es de riesgo grave, se requiere:**

a) Una valoración geriátrica sociosanitaria antes de tres meses.
b) Una valoración geriátrica sociosanitaria completa antes de seis meses.
c) Elaborar y remitir al juzgado parte de lesiones, si las hubiera.
d) Presentar la denuncia correspondiente a Fiscalía.

**299. ¿Cuál de los siguientes es uno de los principios rectores de la Estrategia Vasca con las personas mayores 2021-2024?**

a) La homogeneidad del grupo de población mayor.
b) La autorrealización, entendida como el reconocimiento de la autodeterminación y autonomía para decidir libremente sobre el proyecto de vida.
c) La dependencia institucional como eje central de las políticas.
d) La exclusividad generacional sin interacción con otros grupos de edad.

**300. Entre los objetivos del Servicio de Apoyo a Personas cuidadoras están (señala la opción INCORRECTA):**

a) Favorecer una mejora de la calidad de los cuidados ofrecidos por las personas cuidadoras.
b) Sustitución temporal de la persona cuidadora durante un periodo consensuado previamente.
c) Favorecer la corresponsabilidad de otras y otros cuidadores.
d) Favorecer una mejora en la calidad de vida de las y los cuidadores principales.




**301. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) será compatible con:**

a) Todos los servicios de atención a la dependencia, sin excepciones.
b) Todos los servicios de atención a la dependencia. con la excepción de la atención prestada en los servicios o centros de día.
c) Todos los servicios de atención a la dependencia, con la excepción de la atención prestada con carácter permanente en servicios de alojamiento o centros residenciales.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

**302. La prestación económica cuya finalidad es promover la autonomía de las personas con dependencia es:**

a) La Prestación de Apoyo a la Autonomía (PAA).
b) La Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP).
c) La Prestación Económica de Autonomía (PEA).
d) La Prestación Económica de Asistencia a la Autonomía (PEAA).

**303. La población destinataria del servicio de teleasistencia es:**

a) Personas mayores autónomas que vivan solas.
b) Personas en riesgo o situación de dependencia.
c) Personas que, estando en situación de riesgo de aislamiento social, tengan necesidades que puedan ser atendidas por el servicio de teleasistencia.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**304. Entre los objetivos de los centros residenciales para personas mayores están:**

a) Que las personas usuarias mantengan o desarrollen actividades orientadas a mantener relaciones con el entorno comunitario y a participar en el mismo.
b) Que las personas usuarias mantengan y amplíen las relaciones con la familia y con otras personas residentes o ajenas al medio residencial, y participen, en lo posible, en la vida del centro.
c) Favorecer su sentimiento de seguridad.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**305. Entre las prestaciones de los centros de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía NO se incluye:**

a) La manutención.
b) Intervención en funciones psicoafectivas.
c) La limpieza.




d) Transporte adaptado cuando sea necesario.

**306. El servicio de atención diurna está destinado, entre otras funciones, a:**

a) Ofrecer un apoyo de alta intensidad ligado a necesidades específicas de atención.
b) Contribuir al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en riesgo o situaciones de dependencia (Grado II).
c) Cubrir necesidades básicas a personas en situación de exclusión para que puedan resguardarse, asearse y comer durante el día.
d) Atender personas en situación de exclusión social que tengan 60 años o más.

**307. La ayuda para facilitar la compra y, en su caso, la instalación de productos de apoyo no recuperables a personas con limitaciones en su autonomía personal es la:**

a) Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables.
b) Ayuda económica para la adquisición de productos fungibles.
c) Ayuda económica sin compromiso de retorno.
d) Ayuda económica para gastos de promoción de la autonomía.

**308. La población destinataria de Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares es:**

a) Personas en situación de sinhogarismo.
b) Personas en situación de dependencia y personas con discapacidad con un grado igual o superior al 33%.
c) Personas en situación de exclusión social
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**309. Según el Plan Estratégico de cuidados paliativos de Euskadi 2023-2027, ¿cuál NO es un principio y valor clave de la atención paliativa?**

a) Atención centrada en la persona.
b) Atención integrada y continuada.
c) La eficiencia en la gestión de los recursos.
d) Respeto a la autonomía del o de la paciente, sus valores y su proyecto vital.




**310. De acuerdo con el Plan estratégico de cuidados paliativos de Euskadi 2023-2027, corresponde prestar cuidados paliativos, en todos los niveles asistenciales, a una serie de servicios y recursos muy variados. ¿Cuáles corresponden a los hospitales generales y comarcales?**

a) Unidades de cuidados paliativos (con asignación de camas específicas).
b) Equipos de cuidados paliativos (sin asignación de camas específicas).
c) Consultas externas y ambulatorios.
d) Todas las respuestas son correctas.

**311. Según el procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV (2019), si la valoración de la situación es de riesgo muy grave, en caso de riesgo de lesiones o daños físicos, se recomienda:**

a) Elaborar y remitir al juzgado parte de lesiones (si las hubiera).
b) Realizar una valoración geriátrica socio-sanitaria antes de 3 meses.
c) Presentar la denuncia correspondiente a la Fiscalía.
d) a) y b) son correctas.

**312. Tal y como recoge el Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV (2019), si la valoración de la situación es de intervención inmediata, en caso de riesgo inminente o existencia de daño económico, se requiere:**

a) Denuncia a Fiscalía.
b) Si reside en una institución: informe al servicio de inspección
c) Plan de intervención socio-sanitario que evite seguir sufriendo daño contra sus intereses e Informe que recoja dicha intervención adjuntado a su historia y/o expediente.
d) Todas las respuestas son correctas.

**313. Siguiendo a Etxeberria et al., 2013, citados en el Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV (2019), ¿qué acciones u omisiones pueden generar daño físico o económico en las personas mayores?**

a) Atención insuficiente o inapropiada generada por una falta de atención o por una valoración equivocada o incompleta de las necesidades de la persona mayor.
b) Engaño y manipulación con el objeto de utilizar o instrumentalizar a la persona mayor sin su consentimiento.
c) Obstinación en la atención.
d) Todas las respuestas son correctas.




**314. Según la página web del Gobierno Vasco, ¿cuál de los siguientes servicios es un servicio para apoyar a personas cuidadoras en el hogar?**

a) Satevi.
b) Zaindoo.
c) Altxor.
d) Zeuk esan.

**315. Según el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027, el proceso de su elaboración contempla diferentes tareas y foros de participación. ¿Cuál de los siguientes NO corresponde a la fase 1 de diagnóstico?**

a) Evaluación del plan anterior.
b) Documento borrador del plan estratégico.
c) Análisis de información relativa a la situación actual de las adicciones en Euskadi.
d) Análisis de experiencias internacionales y evidencia científica en torno a las adicciones.

**316. Según la Guía Investigación sobre Violencia Contra las Mujeres con Enfermedad Mental (2017), ¿cuál de los siguientes diagnósticos provocan un mayor riesgo de violencia para las mujeres?**

a) La psicosis.
b) La ausencia de diagnóstico.
c) Los trastornos de personalidad.
d) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.

**317. La Guía Investigación sobre Violencia Contra las Mujeres con Enfermedad Mental (2017), en relación con la detección de situaciones de violencia en la intervención, recoge un conjunto de indicios que pueden alertar de la existencia de maltrato. Indica cuál de los siguientes se encuentra entre ellos:**

a) Incumplimiento de citas sin que haya una causa clara.
b) El hecho de que la mujer acuda siempre a la consulta sola.
c) Existencia de factores vitales no claros como desencadenantes del malestar.
d) Mostrarse poco comunicativa y cerrada en sí misma.




**318. Según el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027, el plan está dirigido a población en general y a colectivos vulnerables. ¿Cuál de los siguientes NO se señala como colectivo vulnerable?**

a) Personas con trastorno mental.
b) Personas en situación de exclusión social.
c) Población penitenciaria.
d) Personas con enfermedades crónicas.

**319. Según el VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027, el plan contempla 5 objetivos de resultado. Indica cuál NO es considerado como tal entre los siguientes:**

a) Evitar o retrasar el inicio de consumo y conductas adictivas.
b) Disminuir la prevalencia de consumos y conductas adictivas.
c) Reforzar y mejorar los programas de promoción de la salud y prevención.
d) Reducir el estigma asociado a las adicciones.

**320. El VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027 recoge foros específicos para la coordinación de las políticas en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi. ¿Cuál de los siguientes es uno de ellos?**

a) El Consejo Vasco sobre Drogodependencias.
b) La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones.
c) El Consejo Vasco de Coordinación en materia de Adicciones y Drogodependencias.
d) La Organización Interinstitucional sobre Drogodependencias.

**321. La Guía Investigación sobre Violencia Contra las Mujeres con Enfermedad Mental (2017), indica cómo actuar profesionalmente con la mujer si se confirma la existencia de violencia. Señala la respuesta correcta:**

a) Trabajar con ella un relato que le permita encontrar coherencia a lo que está viviendo y desculpabilizarla.
b) Mantener una actitud de neutralidad. Escuchar el relato de la mujer, apoyándola y acompañándola, sin emitir juicios.
c) Decirle que no tiene que denunciar. Que tiene derecho a recibir ayuda y que se le va a ayudar a salir de su situación.
d) Decirle que lo que está viviendo es grave, que tratarán de resolver la situación lo más rápidamente posible.




**322. De acuerdo con la Guía Investigación sobre Violencia Contra las Mujeres con Enfermedad Mental (2017), ¿cuál de las siguientes cifras es correcta?**

a) 1 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave ha sufrido violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja alguna vez en su vida.
b) Alrededor del 40 % de las mujeres con enfermedad mental grave que han estado emparejadas en algún momento de su vida han sufrido violencia procedente de la pareja.
c) Más del 40 % de las mujeres con enfermedad mental grave que están sufriendo violencia en la pareja en la actualidad no la identifican como tal.
d) El 82 % de las mujeres con enfermedad mental grave que conviven con familiares han sido victimizadas en el último año.

**323. Según la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, ¿a qué sistemas públicos corresponde la atención en el área de la inclusión social de personas con adicción o riesgo de padecerla?**

.
a) Al Sistema Sanitario y al Sistema Vasco de Servicios Sociales.
b) Al Sistema Vasco de Servicios Sociales y al Sistema Educativo.
c) Al Sistema Sanitario y al Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social.
d) Al Sistema Vasco de Servicios Sociales y al Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social.

**324. ¿Cuál de los siguientes NO es un principio esencial del VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi?**

a) Perspectiva del curso de la vida.
b) Empoderamiento de la persona.
c) Perspectiva de género.
d) Reducción de desigualdades y equidad.

**325. Las tendencias en cuanto a los comportamientos de consumo de sustancias y otras adicciones en el País Vasco muestran:**

a) Que las sustancias legales son las consumidas con más frecuencia por la población adulta.
b) Una evolución positiva en la prevalencia de los psicofármacos entre adolescentes.
c) Un aumento de la frecuencia y gasto del juego online.
d) a) y c) son correctas.




**326. La característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales se denomina:**

a) Previsión.
b) Factor de protección.
c) Factor de riesgo.
d) Prevención.

**327. Según la ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias, las actuaciones preventivas adoptadas en el ámbito familiar para la atención integral de adicciones y drogodependencias se inspirarán en el principio de:**

a) Parentalidad positiva.
b) Parentalidad compartida.
c) Aportación compartida.
d) Aportación regulada.

**328. ¿Qué áreas de intervención identifica la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias?**

a) Desarrollo y gestión del conocimiento.
b) Medidas de control sobre las drogas legales.
c) Asistencia e inclusión social.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**329. Según la Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028, ¿cuál de los siguientes objetivos NO forma parte de la línea estratégica sobre "Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona"?**

a) Garantizar el ejercicio de la autonomía y la vida independiente.
b) Erradicar la discriminación derivada del estigma y favorecer la inclusión social de las personas con enfermedad mental.
c) Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con enfermedad mental garantizando el respeto a la dignidad de las personas.
d) Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos y prevenir la aparición de las enfermedades mentales, incluidos los trastornos por adicciones y conductas problemáticas.




**330. ¿Qué perfil NO se menciona al describir los equipos multidisciplinares del modelo comunitario de atención para las y los pacientes con Patología Dual? (Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028):**

a) Psiquiatras.
b) Profesionales de salud especialistas en adicciones.
c) Los y las profesionales de los sistemas de estudio y control de enfermedades mentales.
d) Profesionales de enfermería y de trabajo social.

**331. Tal y como establece la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Las actuaciones adoptadas en el desarrollo de esta ley se ejercerán por las administraciones públicas y las entidades sociales orientadas a la atención de las adicciones.
b) Corresponde a la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi proporcionar atención sociosanitaria a las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas.
c) Las administraciones con responsabilidades en materia sociosanitaria prestarán especial atención a las personas en situación de alta cronicidad.
d) La vigilancia y evaluación del cumplimiento de las medidas previstas en esta ley, será competencia y corresponde al Gobierno Vasco.

**332. El Informe sobre la exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género (2016), indica que el abordaje de la exclusión residencial debe tener un enfoque transversal de género, destacando algunos factores para la planificación de servicios y programas. Señala la respuesta INCORRECTA:**

a) El mayor peso de los factores relacionales en las trayectorias femeninas de sinhogarismo.
b) La mayor prevalencia de la drogadicción entre las mujeres sin hogar.
c) La mayor prevalencia de enfermedades mentales entre las mujeres sin hogar.
d) La existencia de responsabilidades familiares y la incidencia de la monoparentalidad.

**333. El informe sobre la exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género (2016), en relación a las mujeres víctimas de violencia de género y a la dotación de recursos existentes para ellas en la CAPV, señala que:**

a) La CAPV no cuenta con una adecuada dotación de estos recursos.
b) Los centros mixtos existentes no suelen considerar de forma específica las necesidades particulares de las mujeres víctimas de violencia machista.
c) La CAPV cuenta con recursos cualitativamente adecuados, pero cuantitativamente




insuficientes.

d) Los recursos no están adaptados a las necesidades específicas expresadas por las mujeres que han sido víctimas de la violencia machista.

**334. En el VII estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la comunidad autónoma del País Vasco 2024, ¿cuál de los siguientes trastornos y/o enfermedades tiene la prevalencia más elevada?**

a) Enfermedades del aparato respiratorio.
b) Trastornos y enfermedades mentales.
c) Traumatismos y enfermedades osteoarticulares.
d) a) y c) son correctas.

**335. El estudio sobre la exclusión residencial grave en la CAPV 2024 recoge los resultados del recuento realizado de forma simultánea en 30 municipios vascos la noche del 23 al 24 de octubre de 2024 con un triple objetivo, ¿cuál de las siguientes respuestas NO es uno de los objetivos?**

a) Cuantificar el número de personas que durmieron en calle en cada uno de los 30 municipios y también el de aquellas que pernoctaron en algún recurso con alojamiento de la CAPV.
b) Cuantificar el número de personas que, teniendo un recurso adecuado, se negó a pernoctar en él.
c) Analizar la situación y características de las personas en situación de exclusión residencial grave en aspectos muy diversos.
d) Observar la evolución de los resultados actuales con los de recuentos previos.

**336. Según la "tipología europea del sinhogarismo y la exclusión residencial", ¿cuál de las siguientes respuestas está considerada vivienda insegura?**

a) Vivienda en un espacio público (a la intemperie).
b) Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales.
c) Personas viviendo bajo una amenaza de desahucio.
d) Hacinamiento extremo.

**337. Las "personas que viven en edificios ocupados que no son apropiados para vivir en ellos" estarían en la categoría conceptual de:**

a) Sin techo.
b) Sin vivienda.
c) Vivienda insegura.
d) Vivienda inadecuada.




**338. Durante la realización del informe Exclusión residencial grave en la comunidad autónoma del País Vasco 2024, ¿cuál de las siguientes situaciones residencial NO fue incluida en el recuento?**

a) Servicios de acogida nocturna.
b) Pisos de acogida para mujeres víctimas de violencia doméstica.
c) Pisos o viviendas *Housing First*.
d) Viviendas tuteladas para personas en riesgo de exclusión.

**339. El VII estudio sobre la situación de las personas en exclusión residencial grave en la CAPV 2024, ha centrado el objeto de estudio en situaciones englobadas bajo las categorías conceptuales de:**

a) 'Sin techo' y 'sin vivienda' de la clasificación ETHOS y, por tanto, en las situaciones que cabe asociar al sinhogarismo, en un sentido estricto.
b) Cuatro áreas o dominios: físico, social, convivencial y legal.
c) Sin techo, Sin vivienda, Vivienda insegura.
d) Alojamiento impropio e inseguro.

**340. Según el VII estudio sobre las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2024, ¿qué se observa con relación al lugar de nacimiento de las personas sintecho?**

a) La gran mayoría son de origen extranjero, con una proporción más elevada entre hombres que entre mujeres.
b) La mayoría son nacidos en Euskadi, especialmente entre las personas menores de 30 años.
c) La proporción entre personas de origen extranjero y de origen español se mantiene estable en los últimos años.
d) La mayoría son mujeres de origen extranjero, mientras que los hombres son mayoritariamente de origen español.

**341. ¿Cuáles son los principales factores estructurales que se identifican en el VII estudio sobre las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV como causa del sinhogarismo en Euskadi?**

a) La drogadicción, el alcoholismo y los problemas de salud mental.
b) Los problemas económicos, los problemas laborales y los obstáculos derivados de la situación administrativa irregular.
c) La ruptura familiar, la violencia machista y los problemas de exclusión LGBTIQ+.
d) La falta de formación educativa, la juventud y los problemas con el juego.




**342. Según el VII Estudio sobre las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV, ¿qué dos tendencias se observan desde una perspectiva evolutiva?**

a) Aumenta el número de personas en situación de calle y, entre ellas, crece en mayor medida el de quienes tienden a ocultarse o pasar inadvertidas.
b) Disminuye el número de personas en situación de calle y aumentan las que se alojan en centros de acogida.
c) Se mantiene estable el número de personas en calle y disminuye la proporción de quienes se ocultan en zonas boscosas.
d) Aumenta el número de personas en calle, pero disminuye el de quienes pasan inadvertidas gracias a los dispositivos de búsqueda.

**343. A la luz de los datos del VII Estudio sobre las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV, ¿qué se desprende de las relaciones sociales de las personas sintecho en Euskadi?**

a) La mayoría suele estar acompañada por otras personas.
b) Prácticamente todas las personas sintecho pasan el día en solitario.
c) La mitad pasa la mayor parte del día en solitario, superando por primera vez en 2024 a quienes están acompañadas.
d) No se registran cambios significativos respecto a años anteriores.

**344. Según el informe sobre la exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género (2016), ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la exclusión residencial es correcta?**

a) Es una manifestación de la exclusión social relacionada con el acceso a la vivienda.
b) En España, la vivienda ha sido parte de la política social.
c) En España, la vivienda ha sido una pieza más de la política económica.
d) a) y c) son correctas.

**345. En el caso de las mujeres, ¿qué se entiende por "sinhogarismo encubierto" (SIIS, 2016)?**

a) Que las mujeres sin techo permanecen siempre en centros de acogida oficiales.
b) Que las mujeres despliegan estrategias para acceder a otras formas de alojamiento y evitar espacios hostiles como la calle.
c) Que las mujeres prefieren la calle antes que los dispositivos de acogida nocturnos.
d) Que las mujeres no sufren el sinhogarismo.




**346. Desde el punto de vista de los servicios sociales ¿qué consecuencia ha tenido el uso de definiciones restrictivas de la exclusión residencial? (SIIS, 2016)**

a) Que todas las formas de exclusión residencial hayan sido correctamente contabilizadas.
b) Que las mujeres sin hogar hayan recibido más ayudas económicas que los hombres.
c) Que se hayan puesto en marcha de recursos específicos para personas mayores y jóvenes.
d) Que los recursos sociales dirigidos a víctimas de violencia de género no hayan sido reconocidos institucionalmente como tal.

**347. Según se desprende del estudio de Moreno y Fernández (2019), ¿qué ocurre con las personas jóvenes extranjeras que acceden a los recursos para personas sin hogar?**

a) Las personas jóvenes extranjeras no hacen uso de dichos recursos.
b) Lo hacen porque dichos recursos están específicamente diseñados para atender sus necesidades.
c) Lo hacen por preferencia personal frente a otros sistemas de protección.
d) Lo hacen porque no tienen otro recurso, pero los alojamientos no están pensados para ello, lo que puede cronificar y empeorar su situación.

**348. Moreno y Fernández (2019) ofrecen una clasificación sobre los perfiles de las personas sin hogar, señala la opción correcta.**

a) Hombres autóctonos de mediana edad como único perfil relevante.
b) Familias y solicitantes de asilo como grupo predominante.
c) Jóvenes magrebíes como perfil residual y autóctonos como grupo en auge.
d) Jóvenes magrebíes como grupo en auge y presencia de nuevos perfiles como mujeres y familias.

**349. La Guía Investigación sobre Violencia Contra las Mujeres con Enfermedad Mental (2017), señala que se han identificado circunstancias que incrementan el riesgo de violencia. ¿Cuál de las siguientes circunstancias se encuentra entre ellas?**

a) La carencia de autonomía y autoestima.
b) La carencia de recursos económicos suficientes para la subsistencia.
c) El embarazo.
d) Las drogadicciones.




**350. La pauta principal a tener en cuenta en la atención de mujeres con enfermedad mental es que:**

a) No debe entrevistarse a la mujer a solas, siempre ha de estar acompañada de una persona de referencia.
b) El trastorno mental severo altera la percepción de lo que es o no es violencia.
c) La mayoría de las mujeres que se atienden en las consultas están sufriendo o han sufrido en el pasado violencia en la pareja o en la familia.
d) No abordar el tema de la violencia sistemáticamente, sino cuando la mujer lo explicite.

**351. ¿Cómo NO actuar con la mujer si se confirma la existencia de violencia?**

a) Desculpabilizar a la mujer.
b) Presionarla para que denuncie el maltrato.
c) Creer siempre su relato.
d) Devolverle que no es justo lo que está viviendo.

**352. García, Bergantiños y Amurrio (2024), señalan que las intervenciones profesionales tienden a:**

a) Limitar la participación de las y los niños.
b) Incorporar sistemáticamente la participación de las y los niños.
c) Hacer prevalecer la participación infantil sobre la necesidad de protección.
d) Garantizar la capacidad de acción del colectivo infantil

**353. Según García, Bergantiños y Amurrio (2024), ¿cuál de los siguientes países cuenta con una legislación específica contra la violencia de género en la que menciona a los niños y las niñas?:**

a) Portugal.
b) Bélgica.
c) España y Suecia.
d) Dinamarca.

**354. La infancia como víctima de violencia de género comienza a ser visibilizada en 2013 al contabilizarse en las estadísticas oficiales (García, Bergantiños y Amurrio, 2024):**

a) Las víctimas mortales y aquellos que han quedado en situación de orfandad.
b) Las denuncias interpuestas por las y los niños.
c) Las denuncias interpuestas por las madres víctimas de violencia de género.
d) Las sentencias favorables a mujeres madres víctimas de violencia de género, tras denuncia.




**355. García, Bergantiños y Amurrio (2024), señalan que, en contextos de violencia de género, las y los niños:**

a) No pueden considerase víctimas directas.
b) Son víctimas de género en iguales términos que sus madres.
c) Son víctimas de género, pero no en el mismo grado que sus madres.
d) Son víctimas de género, pero sin reconocimiento como tal por parte del sistema de protección.

**356. Según el estudio realizado por García, Bergantiños y Amurrio (2024) sobre la intervención con hijos e hijas en contextos de violencia de género, las visiones profesionales sobre la protección y participación infantil en España muestran que:**

a) Pese a un reconocimiento formal de las personas menores de edad como sujetos, en la práctica no hay escucha, protagonismo ni una participación real de las mismas.
b) No se da un reconocimiento formal de las personas menores de edad como sujetos y en la práctica no hay escucha, protagonismo ni una participación real de las mismas.
c) No se da un reconocimiento formal de las personas menores de edad como sujetos, pero en la práctica sí hay escucha, protagonismo y una participación real de las mismas.
d) Sí se da un reconocimiento formal de las personas menores de edad como sujetos y, por tanto, en la práctica se garantiza la escucha, el protagonismo y una participación real de las mismas.

**357. De acuerdo con García, Bergantiños y Amurrio (2024), al hablar sobre la intervención con hijos e hijas en contextos de violencia de género, las visiones profesionales sobre la protección y participación infantil en España muestran:**

a) Una adecuada formación, sensibilización y capacitación de las y los agentes que intervienen con el colectivo infantil en los procesos de violencia de género.
b) Una falta de formación, pero adecuada sensibilización y capacitación de las y los agentes que intervienen con el colectivo infantil en los procesos de violencia de género.
c) Una falta de formación, sensibilización y capacitación de las y los agentes que intervienen con el colectivo infantil en los procesos de violencia de género.
d) Una adecuada formación, pero falta de sensibilización y capacitación de las y los agentes que intervienen con el colectivo infantil en los procesos de violencia de género.




**358. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta a la hora de definir la violencia vicaria? (Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género, 2024):**

a) Aquella violencia que se dirige contra la mujer, aunque se ejerce de forma directa sobre los hijos y las hijas.
b) Aquella violencia que se dirige contra la mujer, aunque se ejerce de forma indirecta sobre los hijos y las hijas.
c) Violencia por interpósita persona.
d) Una forma de violencia secundaria sobre los hijos y las hijas.

**359. Entre el 1 de enero de 2013, primer año del que se dispone de información, y el 9 de marzo de 2023, ¿Cuántos casos se han confirmado de menores asesinados por violencia de género en España? (Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género, 2024):**

a) Entre 5 y 10.
b) Entre 10 y 20.
c) Entre 30 y 40.
d) Más de 40.

**360. Respecto al análisis que realiza la Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género (2024), se señala que en 2020, con las restricciones derivadas de la situación de emergencia sanitaria, se produjo:**

a) Una disminución de los casos de violencia machista.
b) Un aumento de los casos de violencia machista.
c) Una situación similar a la de años anteriores.
d) Una ausencia de datos dadas las circunstancias de la emergencia sanitaria.

**361. La Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género (2024), identifica mitos en torno a la violencia de género con niños, niñas y adolescentes, que dificultan la intervención social. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de esos mitos?:**

a) Un padre no puede maltratar a sus hijos e hijas, son problemas de salud mental o está bajo efecto de las drogas.
b) La infancia es una etapa feliz, no hay problemas.
c) El que un hombre maltrate a su mujer significa que es un mal padre.
d) Es importante que niños y niñas convivan con su padre y su madre.




**362. ¿En qué consiste el principio de reparación tenido en cuenta en el trabajo con niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género? (Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género, 2024):**

a) La restitución de derechos desde el empoderamiento de las víctimas-supervivientes.
b) La reparación social pública.
c) El diseño de actuaciones coordinadas evitando diligencias repetitivas.
d) a) y b) son correctas.

**363. La Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género (2024) establece que las personas menores de edad se ven afectadas de muchas formas por la violencia de género. ¿De qué manera?**

a) Condicionando su bienestar y su desarrollo.
b) Convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer.
c) Favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas violentas sobre la mujer por parte de sus parejas o exparejas.
d) Todas son correctas.

**364. Según la Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género (2024), la teoría del apego juega un papel importante en la comprensión del fenómeno y menciona diferentes tipos. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de ellos?**

a) Apego seguro.
b) Apego ansioso.
c) Apego ambivalente.
d) Vínculo desorganizado.

**365. ¿A qué se refiere el tipo de exposición perinatal de la violencia de género de hijos e hijas? (Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género, 2024):**

a) Violencia física o psicológica hacia la mujer durante el embarazo.
b) Intenta hacer o decir algo para proteger a la víctima.
c) Moratones y heridas, objetos y mobiliario rotos, presencia de extraños.
d) Lo que ha ocurrido sucede lejos de la residencia familiar.




**366. Los efectos de la exposición a la violencia de género de hijos e hijas en la adolescencia NO hace referencia a (Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género, 2024):**

a) Retraso en el desarrollo psicomotor.
b) Consumo problemático de alcohol.
c) Abandono escolar.
d) Parentalización.

**367. En la atención a personas con reconocimiento de dependencia o discapacidad, de acuerdo con la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017), son servicios de trabajo social sanitario:**

a) Intervención social y sanitaria exclusivamente con aquellos colectivos de atención sociosanitaria.
b) Valoración y diagnóstico de la patología mental o física.
c) Elaboración de informes periciales para el Juzgado de lo Social.
d) Información, valoración, orientación, asesoramiento, e intervención social.

**368. Si en el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia alguien obtiene 65 puntos, significa que le corresponde:**

a) El Grado I.
b) La movilidad reducida.
c) El Grado III.
d) El Grado II.

**369. ¿Cuál de los siguientes NO es un requisito para ser titulares de derechos, según la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia?**

a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
b) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
c) Para los menores de 12 años el instrumento de valoración será una escala de valoración específica.
d) Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.




**370. Según la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, ¿cuál de las siguientes respuestas es un derecho de las personas en situación de dependencia?**

a) Respetar el Programa Individual de Atención.
b) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
c) Facilitar la información necesaria y veraz para la tramitación del expediente.
d) Cumplir la normativa específica de los servicios y prestaciones a los que acceda.

**371. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010) recoge que probablemente el principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el "Modelo de Atención a Crónicos" (the Chronic Care Model CCM). En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen:**

a) Los niveles micro, meso y macro de la coordinación sanitaria.
b) La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y la interacción con el paciente en la práctica clínica.
c) La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; el sistema sanitario y el sistema social.
d) La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; el sistema sanitario y el sistema social; y la interacción con el paciente en la práctica clínica.

**372. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010) lanza un número determinado de proyectos estratégicos a través de los cuales implementan sus políticas:**

a) Nueve proyectos estratégicos.
b) Catorce proyectos estratégicos.
c) Siete proyectos estratégicos.
d) Veintiún proyectos estratégicos.

**373. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010) explica que el modelo de la "Pirámide de Kaiser" identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico y clasifica la población según sus necesidades de la siguiente manera:**

a) Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad, pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad, la mayoría de pacientes crónicos en estados incipientes, y la población general.
b) Pacientes altamente complejos, medianamente complejos y la población sin enfermedades crónicas detectadas.




c) Pacientes con alto riesgo de morbilidad, pacientes con riesgo moderado de morbilidad, pacientes con bajo riesgo de morbilidad, población sin enfermedad declarada.
d) Pacientes con más de cinco enfermedades crónicas, pacientes con entre cuatro y cinco enfermedades crónicas, pacientes con entre tres y cuatro enfermedades crónicas, y pacientes con hasta tres enfermedades crónicas.

**374. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010) menciona la pirámide de Kaiser definida en el King's Fund en el Reino Unido, de la cual destaca:**

a) Una estratificación en seis grupos según la vulnerabilidad de las y los pacientes.
b) La combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.
c) Una estratificación en dos grupos según la vulnerabilidad de las y los pacientes.
d) La combinación de la visión sanitaria y la clínica como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.

**375. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010) recoge que las enfermedades crónicas representan el patrón epidemiológico dominante y que se estima que:**

a) Las enfermedades crónicas suponen el 90% de las interacciones con el sistema sanitario vasco y consumen más del 90% del gasto sanitario.
b) Las enfermedades crónicas suponen el 70% de las interacciones con el sistema sanitario vasco y consumen más del 79% del gasto sanitario.
c) Las enfermedades crónicas suponen el 40% de las interacciones con el sistema sanitario vasco y consumen más del 67% del gasto sanitario.
d) Las enfermedades crónicas suponen el 80% de las interacciones con el sistema sanitario vasco y consumen más del 77% del gasto sanitario.

**376. Tal y como recoge la página web de Osakidetza, el programa que ofrece información clara y concisa sobre las personas con pluripatología o con patología crónica compleja y sus problemas de salud más comunes se denomina:**
a) Eragin ON.
b) Kronik ON.
c) Gaixo Aktiboa..
d) Kronik UP.




**377. Según lo establecido por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, ¿cuál de las siguientes situaciones corresponde a una persona con dependencia severa?**

a) Una persona que requiere asistencia continua durante toda la jornada y necesita apoyo permanente incluso para descansar.
b) Una persona que ocasionalmente precisa supervisión para alguna actividad concreta, pero desarrolla su vida con total independencia.
c) Una persona que, aunque necesita apoyo para algunas tareas, realiza sin ayuda la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.
d) Una persona que necesita ayuda para varias actividades básicas diarias en dos o tres momentos del día, sin requerir apoyo permanente ni extenso para su autonomía personal.

**378. De acuerdo con el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, ¿cuál de las siguientes definiciones corresponde al concepto de "desempeño"?**

a) La capacidad individual para realizar por sí mismo, de forma adecuada y sin apoyos externos, actividades o tareas en su entorno habitual.
b) La habilidad de una persona para realizar tareas en cualquier entorno, aunque requiera supervisión ocasional.
c) La capacidad de ejecutar actividades con la asistencia puntual de un apoyo técnico o personal.
d) La aptitud para desenvolverse en entornos no habituales con adaptaciones y ayudas técnicas.

**379. A efectos del reconocimiento oficial de una persona como dependiente, ¿qué establece el Real Decreto 174/2011 sobre la edad, la enfermedad o la discapacidad?**

a) La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones suficientes por sí mismas para determinar la dependencia.
b) La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero no suficientes, para establecer la dependencia.
c) La edad y la enfermedad son los únicos criterios válidos para determinar la dependencia.
d) La enfermedad o la discapacidad solo se consideran si van acompañadas de dificultades en actividades instrumentales.

**380. Según el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, cuando una persona necesita diversos tipos de apoyo para realizar una misma tarea, ¿cómo se determina el tipo de apoyo a considerar?**

a) Se elegirá el apoyo de mayor intensidad horaria, independientemente de su frecuencia.




b) Se elegirá el apoyo que requiera mayor cualificación profesional.
c) Se elegirá el apoyo que suponga menor coste económico para el sistema.
d) Se elegirá aquel que resulte más frecuente entre los necesarios para esa tarea.

**381. En el caso de las personas dependientes menores de tres años, el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, establece que deberán ser evaluadas de nuevo con el BVD para personas mayores de 3 años al cabo de:**

a) 12 meses.
b) 24 meses.
c) 36 meses.
d) 48 meses.

**382. De los siguientes, ¿cuál NO es un criterio para valorar la actividad motriz de una persona menor de 3 años, según el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero?**

a) Sujeta la cabeza.
b) Ajusta el tono muscular.
c) Señala objetos cuando se le nombran.
d) Sube escaleras sin ayuda.

**383. De acuerdo con lo establecido por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, ¿cuál de los siguientes NO es un procedimiento empleado para obtener la información en la aplicación del BVD?**

a) Observación directa de la persona.
b) Valoración del entorno familiar.
c) Revisión de informes de salud.
d) Entrevista personal.

**384. Tal y como recoge el Real Decreto 174/2011, ¿qué particularidad presenta la aplicación del BVD en menores de 3 a 10 años?**

a) La necesidad de apoyo del entorno inherente al desarrollo evolutivo debe diferenciarse de la requerida en situaciones de dependencia.
b) Las personas de esta edad no pueden ser evaluadas con el BVD por inmadurez cognitiva.
c) Las diferencias en el desarrollo ordinario entre menores de la misma edad son irrelevantes para la valoración.
d) La aplicación del BVD en menores sigue exactamente los mismos criterios que en personas adultas.




**385. Dentro de la Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030, se plantea la mejora del estado de salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud, con especial hincapié en:**

a) Las mujeres gitanas.
b) La población infantil gitana.
c) Las personas gitanas con discapacidad.
d) b) y c) son correctas.

**386. En el ámbito autonómico y local, la Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030 propone el impulso de actuaciones como:**

a) El impulso de la formación de personas gitanas como agentes comunitarios.
b) La coordinación entre las administraciones públicas y las entidades del movimiento gitano.
c) La promoción de la inclusión de profesionales gitanos/as en el ámbito de salud.
d) Todas las opciones son correctas.

**387. La Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano 2022-2026 y las acciones que esta plantea se articulan en torno a tres grandes ejes estratégicos:**

a) Respeto, Promoción social y Reconocimiento.
b) Inclusión laboral, Acceso a la vivienda y Formación educativa.
c) Salud, Participación ciudadana y No discriminación.
d) Respecto, Igualdad de género y No discriminación.

**388. Según el estudio de López-López de Araya et al. (2026) sobre la participación en el cribado de cáncer colorrectal en población migrante y gitana de Euskadi, señala cuál de las siguientes opciones fue identificada como una barrera:**

a) La falta de interés de los profesionales sanitarios en realizar el cribado.
b) El exceso de campañas de prevención dirigidas específicamente a estos colectivos.
c) La gratuidad del sistema sanitario, que desincentiva la participación.
d) La construcción social de la masculinidad, que en los hombres genera una visión reactiva del cuidado de la salud y rechazo a las pruebas preventivas sin síntomas.

**389. Dentro de la Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano 2022-2026, una de sus acciones propone avanzar en el Programa Paciente Activo, ¿de qué manera se plantea?**

a) Creando centros de salud exclusivos para la población gitana.
b) Promoviendo la figura de Persona gitana promotora de salud entre las asociaciones gitanas y progitanas.




c) Sustituyendo el Programa Paciente Activo por otro de atención exclusivamente hospitalaria.
d) Formando exclusivamente a profesionales sanitarios no gitanos en cultura gitana.

**390. ¿Qué barrera específica identificó el estudio de López-López de Araya et al. (2026) en personas del Magreb y África Subsahariana para participar en el cribado de cáncer colorrectal?**

a) La falta de profesionales sanitarios de origen migrante en Osakidetza.
b) La dificultad para solicitar cita previa por falta de conocimientos tecnológicos.
c) El escaso tiempo disponible por las largas jornadas laborales.
d) Las diferencias en el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la preferencia por la medicina tradicional.

**391. De acuerdo con la Guía de atención sanitaria para personas trans de Osakidetza (2025), en los procesos de transición médica, ¿cuál será el principal criterio para guiar la asistencia?**

a) La necesidad y el sentir de la persona.
b) La edad de la persona trans.
c) El criterio del equipo médico especializado.
d) Los protocolos internacionales vigentes.

**392. ¿Qué evolución ha experimentado la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Sistema Sanitario vasco desde su creación?**

a) Fue creada en 2013 para atender exclusivamente a población infantil y juvenil.
b) Comenzó atendiendo exclusivamente a menores de edad y posteriormente amplió a la población adulta.
c) Desde su creación en 2009 ha mantenido estable el número de primeras atenciones sin variaciones significativas.
d) Inició su actividad en 2009 para adultos y desde 2013 amplió su atención a población infantil.

**393. Según la Guía de atención sanitaria para las personas trans en Euskadi (2025), ¿Cuál de las siguientes funciones NO corresponde a los Servicios de Atención Primaria a Personas Trans?**

a) Acogida y acompañamiento a las personas trans.
b) Acompañamiento en el tránsito social.
c) Prescripción de tratamientos hormonales.




d) Colaboración con los servicios sociales en contextos de vulnerabilidad.

**394. Dentro del VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo 2022-2025 se incluye la colaboración entre el Departamento de Salud, la red asociativa y las universidades, ¿qué objetivo persigue esta colaboración?**

a) Formar a profesionales sanitarios en derecho de extranjería.
b) Homogeneizar los protocolos sanitarios con los países de origen de la población migrante.
c) Diagnosticar las enfermedades prevalentes en la población migrante.
d) La búsqueda de datos que evidencien la igualdad de acceso o, en su defecto, el estudio de medidas correctoras.

**395. Tal y como queda recogido en el VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo 2022-2025 ¿Qué dificultades sanitarias enfrentan las personas reagrupadas en situación de dependencia ascendientes de personas inmigrantes en Euskadi?**

a) Deben suscribir un seguro sanitario privado para poder ser beneficiarias de asistencia sanitaria.
b) Solo reciben cobertura si son mayores de 75 años.
c) Deben acreditar un nivel de ingresos mínimo para ser beneficiarias.
d) Quedan automáticamente cubiertas por el convenio bilateral con su país de origen.

**396. El VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo 2022-2025 contempla diversas acciones en el ámbito sanitario, ¿cuál de las siguientes afecta específicamente a Osakidetza?**

a) Ampliación del horario de atención sanitaria en centros de salud situados en zonas con alta densidad de población migrante.
b) Sensibilización y formación del personal sanitario y no sanitario a través de la formación de equipos formadores de Osakidetza en enfoque inclusivo e intercultural.
c) Elaboración de materiales informativos adaptados a diferentes idiomas y formatos accesibles.
d) Ampliación del servicio de traducción telefónica para facilitar la comunicación durante las consultas.

**397. La guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios (2011) señala que la asistencia religiosa católica y la atención pastoral en el ámbito sanitario comprende:**

a) El asesoramiento en las cuestiones religiosas y morales.
b) La derivación de pacientes a centros religiosos externos al hospital.




c) La celebración de actos de culto y la administración de los sacramentos.
d) a) y c) son correctas.

**398. Según el Observatorio del Pluralismo Religioso (2011), ¿qué criterio se debe seguir en la implantación de espacios para el culto o recogimiento en centros hospitalarios?**

a) El carácter aconfesional de las instituciones implica que la religión no debe tener ningún espacio específico en los centros hospitalarios públicos.
b) Cada confesión religiosa debe disponer de un espacio propio e independiente dentro del hospital.
c) Estos espacios deberían caracterizarse por una fuerte neutralidad para que no se evidencien incompatibilidades de uso.
d) Solo se habilitarán estos espacios cuando exista una demanda expresa de al menos tres confesiones diferentes.

**399. De acuerdo con la ley islámica, para que un alimento sea considerado halal debe cumplir ciertas condiciones (Observatorio del Pluralismo Religioso, 2011), ¿cuál de las siguientes NO es una de ellas?**

a) Haber sido aprobado por la autoridad sanitaria competente.
b) No contener ninguna sustancia o ingrediente prohibido (haram).
c) Haber sido elaborado, almacenado y transportado con utensilios adecuados a la normativa islámica.
d) En el caso de la carne, que el animal haya sido sacrificado según el rito islámico.

**400. Según el Observatorio del Pluralismo Religioso (2011), ¿cuál es la situación relacionada con la libertad de conciencia y religiosa que con mayor frecuencia se plantea en los centros hospitalarios?**

a) La solicitud de pacientes de confesión judía de alimentos kosher durante su ingreso.
b) La petición de pacientes hindúes de disponer de un espacio para la meditación.
c) La negativa de pacientes budistas a recibir tratamientos que impliquen daño a seres vivos.
d) El rechazo de pacientes testigos de Jehová a las transfusiones de sangre y/o hemoderivados.

**401. ¿Cuál es, según el Observatorio del Pluralismo Religioso (2011), la postura general de las iglesias evangélicas en materia de donación de órganos?**

a) Se oponen rotundamente por considerar que viola la integridad del cuerpo.
b) Apoyan la donación de órganos, aunque reconocen que se trata de una decisión del propio individuo.
c) Dejan la decisión exclusivamente en manos de la familia.




d) Solo aceptan donaciones entre personas de la misma confesión religiosa.

**402. De los siguientes, ¿cuál NO es un punto que debe recoger una memoria de proyecto según Pérez de San Román y Fernández (2007)?**

a) La denominación del proyecto.
b) Identificación de la asociación que ha ejecutado el proyecto y de dónde y cuándo ha sido ejecutado.
c) Análisis de la competencia en el sector.
d) Una breve descripción del proyecto realizado, su fundamentación, sus destinatarios/as y sus objetivos.

**403. ¿Que NO es incorporar la perspectiva de género en proyectos sociales, según recoge Faraldo Rivas (2007)?**

a) Abordar la realidad social teniendo en cuenta las particularidades de mujeres y hombres por separado.
b) Limitarnos a incluir la variable de sexo en las intervenciones.
c) Hacer visibles las consecuencias de la socialización diferenciada.
d) Visibilizar, identificar y tener en cuenta las circunstancias, necesidades, problemáticas específicas de toda la población.

**404. ¿A qué se refieren Ander-Egg y Aguilar (1996) cuando hablan de "eficiencia y eficacia operativa"?**

a) A la capacidad de ejecutar lo planificado sin desviaciones, manteniendo las ideas iniciales, aunque resulten obsoletas.
b) A la capacidad de operacionalizar lo concebido, abandonar ideas obsoletas y generar nuevas ideas, propuestas y modelos de actuación cuando sea necesario.
c) A la capacidad de reducir costes y tiempos en la ejecución de proyectos, priorizando la rapidez sobre la calidad.
d) A la capacidad de estandarizar procedimientos para evitar la generación de nuevas ideas que puedan desviar el rumbo del proyecto.

**405. La relación existente entre los resultados obtenidos y los costes y/o recursos económicos consumidos o desarrollados es:**

a) La eficiencia.
b) La eficacia.
c) La viabilidad.
d) El resultado.




**406. Con respecto al contenido de una memoria de proyecto, ¿cuál de los siguientes NO es un punto que debe recoger en palabras de Pérez de San Román y Fernández (2007)?**

a) La denominación del proyecto.
b) Identificación de la asociación que ha ejecutado el proyecto y de dónde y cuándo ha sido ejecutado.
c) Análisis de la competencia en el sector.
d) Una breve descripción del proyecto realizado, su fundamentación, sus destinatarios/as y sus objetivos.

**407. Ander-Egg y Aguilar (1996) señalan una serie de criterios para evaluar, priorizar y seleccionar proyectos sociales. ¿Cuáles son?**

a) La rentabilidad económica.
b) El balance social.
c) La evaluación del riesgo cualitativo.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**408. Pérez de San Román y Fernández (2007) señalan que los proyectos sociales son necesarios para:**

a) Cumplir un requisito burocrático exigido por las administraciones.
b) Justificar económicamente las acciones ante las entidades financiadoras.
c) Prever y materializar las actividades con las que se quieren conseguir los objetivos.
d) Documentar las actividades realizadas una vez finalizada la intervención.

**409. Según Pérez de San Román y Fernández (2007), ¿por qué es fundamental la evaluación de un proyecto social?**

a) Porque permite conocer si se han conseguido los objetivos, así como identificar aciertos y errores.
b) Porque es un requisito obligatorio para recibir financiación pública
c) Porque sustituye a la necesidad de realizar una planificación previa.
d) Porque permite comparar el proyecto con otros similares realizados por otras entidades.

**410. De acuerdo con Pérez de San Román y Fernández (2007), la evaluación intermedia de un proyecto permite:**

a) Verificar que el proyecto está bien formulado antes de empezar.
b) Detectar desviaciones durante la ejecución y adoptar medidas para corregirlas.
c) Asegurar que la formulación del proyecto es coherente con los fines de la asociación.




d) Comprobar exclusivamente si los recursos económicos se han gastado correctamente.

**411. En palabras de Pérez de San Román y Fernández (2007), ¿por qué la mayoría de las asociaciones NO recurren a la evaluación externa de sus proyectos?**

a) Porque la normativa de protección de datos lo dificulta.
b) Por falta de profesionales externos especializados en su ámbito de actuación.
c) Porque requiere de mucho tiempo y las asociaciones no disponen de él.
d) Por razones económicas, ya que su coste no está al alcance de la mayoría.

**412. Para Pérez de San Román y Fernández (2007), la memoria de un proyecto social es:**

a) Un documento de trabajo interno sin valor institucional.
b) Un resumen completo y sistematizado del proceso seguido.
c) Un informe económico detallado sobre el proceso y los gastos.
d) Una recopilación de testimonios de las personas participantes.

**413. De acuerdo con Faraldo (2007), ¿qué son los indicadores de género en el contexto de la formulación de un proyecto?**

a) Una sección obligatoria dentro de la memoria final donde se detalla el número de mujeres y hombres participantes.
b) Un mecanismo de seguimiento que se aplica únicamente en proyectos de cooperación al desarrollo.
c) Instrumentos que miden los efectos de la intervención en la situación de mujeres y hombres y en las relaciones de género
d) Una plantilla estandarizada que toda organización debe cumplimentar, indicando si se ha superado el 40% de participación femenina.

**414. Faraldo Rivas (2007) señala una serie de puntos a tener en cuenta a la hora de plantear una intervención social desde el enfoque de género, ¿cuál de los siguientes NO es uno de ellos?**

a) Realizar una formación obligatoria en perspectiva de género para todas las personas beneficiarias del proyecto.
b) Obtener información desagregada por sexo en cada fase de la intervención.
c) Analizar las causas y estructuras que mantienen las desiguales en las relaciones de género.
d) Utilizar un lenguaje oral, escrito y visual no sexista, que visibilice a mujeres y hombres por igual y potencie la eliminación de estereotipos sexistas.




**415. En palabras de Ander-Egg y Aguilar (1996), ¿existe una normativa rígida para la elaboración de proyectos?**

a) Sí, existe una normativa internacional estandarizada que todo trabajador y trabajadora social debe conocer.
b) Sí, existe una normativa estricta de obligado cumplimiento para todas las entidades que solicitan financiación pública.
c) No existe una normativa rígida, sino una serie de pautas que sirven, entre otras, para organizar ideas, precisar objetivos y fijar criterios de evaluación.
d) No existe ninguna pauta ni orientación, cada profesional debe elaborar los proyectos según su criterio personal.

**416. En la planificación social ¿Cuál es la relación entre los conceptos de plan, programa y proyecto según Ander-Egg y Aguilar (1996)?**

a) Plan, programa y proyecto son tres términos intercambiables que significan lo mismo en la práctica profesional.
b) Un plan engloba programas y proyectos, pero su formulación se deriva de propósitos más amplios que la suma de estos.
c) Los proyectos se agrupan en programas, y los programas se agrupan en planes, pero no existe jerarquía entre ellos.
d) Un programa es el nivel más amplio que engloba a varios planes, y los proyectos son actividades sueltas sin relación entre sí.

**417. En su obra sobre la elaboración de proyectos, Ander-Egg y Aguilar (1996) destacan la "fluencia" como una de las cualidades que ayudan a la eficacia operativa, ¿a qué se refieren exactamente con dicho término?**

a) A la capacidad de mantener el rumbo del proyecto inalterable, sin permitir que los contratiempos modifiquen las acciones planificadas.
b) A la capacidad de anticipar todos los imprevistos antes de que ocurran para evitar cualquier desviación del plan original.
c) A la capacidad de adaptarse a las circunstancias sin necesidad de modificar los objetivos iniciales del proyecto.
d) A la capacidad de convertir los problemas y los riesgos en nuevas oportunidades, incluso si ello implica seguir caminos no previstos.

**418. Los cuatro tipos de recursos que Ander-Egg y Aguilar (1996) distinguen en la elaboración de un proyecto son:**

a) Humanos, materiales, técnicos y financieros.
b) Materiales, técnicos, financieros y temporales.




c) Técnicos, humanos, administrativos y financieros.
d) Financieros, materiales, comunitarios y ambientales.

**419. Ander-Egg y Aguilar (1996) definen los costos fijos en la elaboración de proyectos como:**

a) Los costos destinados exclusivamente a la adquisición de materiales y suministros.
b) Aquellos costos que varían a corto plazo en función de la magnitud de la prestación de servicios o el nivel de producción.
c) Aquellos costos que no varían a corto plazo cualquiera sea la magnitud de la prestación de servicios o el nivel de producción
d) Los costos de las inversiones realizadas, o el tipo de rédito que produciría ese capital aplicado a otra inversión.

**420. Según Ander-Egg y Aguilar (1996), a la hora de priorizar y medir la rentabilidad de un proyecto social, ¿cuál es la diferencia entre el análisis costo-eficacia y el análisis costo-beneficio?**

a) El análisis costo-beneficio compara beneficios y costos en unidades monetarias, mientras que el análisis costo-eficacia expresa los beneficios en unidades de resultados.
b) El análisis costo-eficacia compara beneficios y costos en unidades monetarias, mientras que el análisis costo-beneficio expresa los beneficios en unidades de resultados.
c) El análisis costo-eficacia solo considera los beneficios económicos directos, mientras que el costo-beneficio incorpora también el impacto social del proyecto.
d) No existe diferencia entre ambos, son dos términos intercambiables que significan lo mismo.

**421. Para Ander-Egg y Aguilar (1996), al realizar el "balance social" de un proyecto existen unos componentes básicos de la evaluación previa ¿cuál de los siguientes NO es uno de ellos?**

a) Definir los actores sociales (interesados).
b) Definir sus exigencias sociales (de los actores sociales).
c) Determinar los indicadores sociales que corresponden a ellas (de sus exigencias sociales).
d) Estimar el tiempo necesario para ejecutar el proyecto.

**422. Las dos razones de peso provenientes de la Constitución Española por las que se formula la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, según su preámbulo, son:**

a) El reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y la institucionalización de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado.




b) Las competencias en materia de Sanidad del Gobierno español y la aprobación de nuevos presupuestos.
c) El derecho a la salud y a los pertinentes tratamientos sanitarios.
d) La asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas y su desarrollo legislativo.

**423. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su preámbulo, menciona el eje del modelo que esta ley adopta. Señala la respuesta correcta:**

a) El eje del modelo son las Comunidades Autónomas, administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria.
b) El eje del modelo es el Sistema Nacional de Salud, un sistema centralizado y normativo.
c) El eje del modelo es un Sistema configurado por servicios de salud de los Ayuntamientos y las Diputaciones forales.
d) El eje del modelo es un Sistema hospitalario en el que tienen cabida los centros públicos y privados.

**424. El preámbulo de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, señala que el seguro obligatorio de enfermedad ha sido:**

a) Un sistema sanitario de Seguridad Social muy evolucionado que no ha conseguido extenderse a todo el territorio nacional.
b) Un sistema que ha ido progresivamente incluyendo menor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario.
c) Un sistema que ha ido reduciendo la presencia de patologías dentro de su cuadro de prestaciones.
d) Un sistema sanitario de Seguridad Social muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional.

**425. Según el preámbulo de la ley 14/1986 general de sanidad, el seguro obligatorio de enfermedad:**

a) Desde su creación y su posterior reestructuración ha ido asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones.
b) Ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario.
c) En la actualidad este sistema sanitario de Seguridad Social está muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional.
d) Todas las respuestas son correctas.




**426. El preámbulo de la ley 14/1986 general de sanidad, explica el eje del modelo que esta ley adopta:**

a) El eje del modelo es el Sistema Nacional de Salud, un sistema centralizado y normativo.
b) El eje del modelo son las Comunidades Autónomas, administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria.
c) El eje del modelo es un Sistema de Salud configurado por servicios.
d) El eje del modelo es un Sistema de Salud en los que tienen cabida los servicios públicos y servicios privados.

**427. El preámbulo de la ley 14/1986 general de sanidad resalta la compensación que esta ley otorga a las corporaciones locales:**

a) Un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Área.
b) Una exclusiva responsabilidad para la gestión de sistemas autónomos de salud.
c) La toma de decisiones sobre la cartera de servicios y prestaciones del sistema de salud en ese municipio.
d) Una función de inspección del sistema de salud de la comunidad autónoma.

**428. Para evitar una fuerte centralización de servicios en el nivel de las Comunidades Autónomas, la Ley 14/1986, de 25 de abril. General de Sanidad, articula dos tipos de previsiones, ¿cuáles son?**

a) La Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
b) Los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado.
c) Se otorga a las a las Corporaciones Locales el derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Área
d) a) y c) son respuestas correctas.

**429. El preámbulo de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, en cuanto a la organización pública de este sistema sanitario, recoge que:**

a) El sistema sanitario de Euskadi es el conjunto integrado por todas las instancias públicas con responsabilidades en materia de sanidad y servicios sociales.
b) El sistema sanitario de Euskadi se configura dentro del sistema nacional de salud en los términos que establece la Ley General de Sanidad.
c) El sistema sanitario de Euskadi se configura como un sistema mixto público-privado de




servicios de salud.

d) El sistema sanitario de Euskadi se configura fuera del sistema nacional de salud en los términos que establece la Ley General de Sanidad.

**430. La ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, en su preámbulo, señala la importancia de la garantía de los derechos de la protección legal de la salud, tales como:**

a) La participación de la ciudadanía en la elaboración de esta Ley.
b) El respeto a la intimidad y dignidad de la persona.
c) El derecho a disponer de un sistema de quejas y reclamaciones presencial.
d) El derecho a la elección de profesional de referencia en el Centro de salud que te corresponda.

**431. En el preámbulo de la ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, respecto a la salud, indica:**

a) Es un bien jurídico con una amplia dimensión multidisciplinar y al que se otorga una protección legal singular, facilitadora de medios y no de resultados.
b) La realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.
c) Las diferentes facetas sanitarias son: promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud.
d) Es un bien material que puede sintetizarse en la cartera de prestaciones y servicios.

**432. En el preámbulo de la ley 8/1997 ordenación sanitaria de Euskadi, se motiva la incorporación del régimen de personal en esta ley por la siguiente razón:**

a) Por su implicación esencial en toda solución organizativa y por el protagonismo fundamental que tiene en el mundo sanitario el capital de recursos humanos.
b) Para comprometer unas ratios de atención que reflejen la calidad del sistema.
c) Por la función especial que tiene el personal sanitario y el personal social en la gestión económica del sistema de salud.
d) Para definir los criterios y requisitos de los concurso-oposición que se establezcan.

**433. Según la Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, ¿cuál de los siguientes NO es uno de los principios que informan el Sistema Sanitario de Euskadi?**

a) Universalidad, solidaridad y equidad.
b) Calidad de los servicios.
c) Participación ciudadana.




d) Eficiencia en la gestión de los recursos.

**434. Según la Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, ¿cómo se regula la participación ciudadana en el sistema sanitario?**

a) Mediante consejos de participación comunitaria, con facultades consultivas y de asesoramiento, creados para toda la Comunidad Autónoma y para cada área de salud.
b) A través de un único consejo estatal con representación únicamente de los colegios profesionales y las asociaciones de consumidores.
c) Mediante asambleas ciudadanas abiertas con capacidad para modificar los planes sanitarios directamente.
d) A través de consejos con facultades ejecutivas, compuestos exclusivamente por representantes de las Administraciones locales y forales.

**435. Según la Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, ¿qué se entiende por provisión de servicios sanitarios?**

a) La financiación del sistema sanitario público.
b) La actividad instrumental que ofrece recursos homologados para prestaciones de promoción, preservación y restablecimiento de la salud.
c) La construcción de nuevos centros hospitalarios.
d) La contratación exclusiva de personal sanitario.

**436. Según la Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, ¿qué características debe tener la formación continuada de los profesionales del sistema sanitario?**

a) Ser voluntaria y exclusivamente presencial.
b) Desarrollarse desde una perspectiva interdisciplinaria.
c) Ofertarse de manera bianual.
d) Limitarse al personal sanitario, sin incluir al de administración.

**437. De acuerdo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es verdadera?**

a) Las personas que reciban prestaciones del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la documentación sanitaria y asistencial de acuerdo con la Ley 41/2002.
b) Los servicios preventivos se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
c) Las personas que reciban prestaciones del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la información de acuerdo con la Ley 41/2002.




d) Los servicios médicos, de enfermería y sociales se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

**438. Tal y como recoge la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el catálogo de prestaciones tiene por objeto:**

a) Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias.
b) Prestar los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva, evitando toda discriminación.
c) Garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.
d) Ofrecer una atención integral a la salud, que contemple la prevención de enfermedades, la asistencia y la rehabilitación.

**439. De acuerdo con la ley 16/2003 de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y la prestación con productos dietéticos están incluidas en la siguiente cartera del Sistema Nacional de Salud:**

a) La cartera común suplementaria.
b) La cartera común de servicios accesorios.
c) La cartera común de servicios.
d) La cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

**440. Tal y como recoge la ley 16/2003 de cohesión y calidad en el sistema nacional de salud, las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud están comprendidas dentro de:**

a) Atención especializada.
b) Atención sociosanitaria.
c) Atención de urgencia.
d) Atención primaria.

**441. De acuerdo con la ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, la cartera común de servicios se articula en torno a las siguientes modalidades:**

a) Básica, suplementaria y de servicios complementarios.
b) Básica, complementaria y accesoria.
c) Básica, suplementaria y de servicios accesorios.
d) Básica, complementaria y de servicios accesorios.




**442. Según la ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprende:**

a) La atención sanitaria a la convalecencia.
b) Los cuidados en el domicilio.
c) La rehabilitación básica.
d) La atención a la salud mental.

**443. De acuerdo con la ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**

a) La cartera de servicios tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.
b) La cartera de servicios es el conjunto de servicios que integran el Sistema Nacional de Salud y se estructura en dos niveles: primaria y especializada.
c) La cartera de servicios es la estructuración interna de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud que permite garantizar la seguridad, calidad y accesibilidad a las prestaciones sanitarias.
d) La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante las que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

**444. Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud:**

a) Los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud.
b) El conjunto de actividades dirigidas exclusivamente a la asistencia curativa y farmacológica.
c) Los servicios sanitarios destinados prioritariamente a la atención especializada y hospitalaria.
d) Los servicios sanitarios destinados prioritariamente a la atención especializada y ambulatoria.

**445. Según las disposiciones que contempla la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:**

a) Esta Ley tiene la condición de básica, según lo establecido en la Constitución española y por ello, prohíbe, el desarrollo de legislaciones en esta materia por parte de las Comunidades Autónomas.
b) El Ministerio de Sanidad y Consumo, con las Comunidades Autónomas, implantará un




sistema de información en cada Comunidad que imposibilite el intercambio de información del paciente.

c) La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios quedan al margen del articulado aprobado en esta Ley.

d) El Estado y las Comunidades Autónomas dictarán las disposiciones precisas para garantizar a las y los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

**446. La ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su preámbulo:**

a) Destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, desde el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual.

b) Refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

c) Realiza mención especial a la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente.

d) Todas las respuestas son correctas.

**447. Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en relación con el consentimiento informado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El consentimiento del paciente siempre debe prestarse por escrito en cualquier actuación sanitaria.

b) El consentimiento será verbal como regla general, aunque deberá prestarse por escrito en determinados supuestos como intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos.

c) El/la paciente no puede revocar su consentimiento una vez iniciado el procedimiento sanitario.

d) El consentimiento puede obtenerse sin necesidad de proporcionar información previa al paciente.

**448. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en relación con el alta del paciente, señala la opción correcta:**

a) La negativa del/la paciente a un tratamiento siempre implica automáticamente el alta forzosa.

b) Si el/la paciente no firma el alta voluntaria, la dirección del centro no puede adoptar ninguna medida.

c) No procederá el alta forzosa si existen tratamientos alternativos, aunque sean paliativos, y el/la paciente acepta recibirlos.

d) El alta forzosa no se contempla en la Ley 41/2002.




**449. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, respecto a la renuncia del/la paciente a recibir información, señala la opción correcta:**

a) La renuncia a recibir información es absoluta y no admite ninguna limitación.
b) La renuncia a recibir información no requiere constancia documental.
c) La renuncia a recibir información puede respetarse, pero debe constar documentalmente y está limitada por el interés de la salud de la propia persona, la de terceros y otras circunstancias.
d) Si el/la paciente renuncia a la información, no es necesario obtener su consentimiento para la intervención.

**450. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre la información previa al consentimiento escrito, señala la opción correcta:**

a) El personal facultativo solo debe informar a la persona paciente sobre los riesgos generales de la intervención, independientemente de sus circunstancias personales.
b) La información previa al consentimiento escrito incluye las consecuencias relevantes de la intervención, los riesgos y las contraindicaciones.
c) El consentimiento escrito no requiere información previa si el procedimiento quirúrgico es habitual.
d) La Ley 41/2002 no contempla la información previa al consentimiento escrito.

**451. La ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, establece la creación del consejo territorial del sistema de autonomía y atención a la dependencia como mecanismo de cooperación entre la administración general del estado y las comunidades autónomas, que deberá acordar:**

a) El baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia.
b) Las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas.
c) Los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios.
d) Los tres aspectos son acuerdos de su competencia.

**452. Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, son titulares del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia:**

a) Personas que se encuentran en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
b) Personas menores de cinco años, a las que no se les exigirá periodo de residencia y tampoco a sus familias.
c) Personas que residan en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales




dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**453. De acuerdo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se fundamenta en tres principios:**

a) Dignidad, solidaridad y universalidad.
b) Prevención, promoción y universalidad.
c) Universalidad, equidad y accesibilidad.
d) Dignidad, equidad y solidaridad.

**454. En el preámbulo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se indica que las disposiciones adicionales de esta Ley introducen cambios necesarios en la normativa estatal. Señala la respuesta correcta:**

a) Cambios en las medidas para asegurar la calidad y eficacia del sistema con mecanismos de evaluación.
b) Cambios en la regulación del sistema de información de la dependencia.
**c)** Cambios en la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona.
d) Cambios en el marco de cooperación interadministrativa.

**455. En el catálogo de servicios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, el Servicio de Centro de Día y de Noche se especifica como:**

a) Centro de día para mayores en situación de dependencia y centro de noche de atención especializada.
b) Centro de día de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad y centro de noche de atención especializada.
c) Centro de día de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad y centro de noche.
d) Centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada y centro de noche.




**456. De acuerdo con la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal las cubre:**

a) El Servicio de Atención Residencial.
b) El Servicio de Centro de Día y de Noche.
c) El Servicio de Ayuda a Domicilio.
d) El Servicio de Teleasistencia.

**457. Cuando nos referimos a "dependencia severa" hablamos de:**

a) Dependencia Grado I.
b) Dependencia Grado II.
c) Dependencia Grado III.
d) No se corresponde con los grados.

**458. ¿Cuál de los siguientes NO es un órgano consultivo de participación institucional del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia según la legislación vigente?**

a) El Consejo Estatal de la Salud Mental.
b) El Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
c) El Consejo Nacional de la Discapacidad.
d) El Consejo Estatal de Personas Mayores.

**459. De acuerdo con la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se establecen entre sus principios generales:**

a) El respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual y la independencia de cada ser humano.
b) La normalización, la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad y la solidaridad.
c) La no discriminación, la normalización, la prevención y la promoción.
d) La normalización, la accesibilidad universal y la no discriminación.




**460. En la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad se entiende como:**

a) Una condición del ser humano que, de forma general, abarca las deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación de una persona.
b) La circunstancia personal y el ecosistema social resultante de la interacción del hecho diferencial de algunas personas con un entorno inadecuado por excluyente en tanto en cuanto que establecido según el parámetro de persona "normal".
c) Las deficiencias que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad entendidas como dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación en situaciones vitales según el parámetro de la personal "normal".
d) La restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera "normal" para el ser humano. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria "normal".

**461. Teniendo en cuenta el impulso reformador de la ley 26/2011 de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, indica que afirmación NO caracteriza a esta ley.**

a) Ahonda en el modelo social y pretende garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva.
b) Pretende avanzar hacia la autonomía personal desinstitucionalizada.
c) Promueve la contratación de personas con discapacidad para asegurar el cumplimiento de la cuota de reserva del tres % de puestos en empresas de más de 50 trabajadoras-es.
d) Ofrece un impulso reformador, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida.

**462. Según la modificación incorporada por la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, ¿qué se entiende por igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad?**

a) Únicamente la prohibición de la discriminación directa, sin considerar la indirecta ni las medidas de acción positiva.
b) La ausencia de toda discriminación directa o indirecta por motivo de o sobre la base de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva para evitar o compensar desventajas.
c) Exclusivamente la adopción de medidas de acción positiva, sin necesidad de prohibir la discriminación.
d) La garantía de acceso preferente a puestos de trabajo públicos para personas con discapacidad, sin más medidas adicionales.




**463. Según la disposición adicional incorporada por la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, ¿cuál es la función del Observatorio Estatal de la Discapacidad?**

a) Sancionar a las entidades que incumplan la normativa sobre discapacidad.
b) Elaborar y aprobar directamente leyes sobre derechos de las personas con discapacidad.
c) La recopilación, sistematización, actualización, generación de información y difusión sobre el ámbito de la discapacidad.
d) Gestionar directamente las prestaciones económicas para personas con discapacidad.

**464. Según la modificación introducida por la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad en materia de trasplantes de órganos, ¿en qué caso NO se puede obtener ningún tipo de órganos?**

a) Cuando la persona haya fallecido sin dejar instrucciones previas por escrito.
b) Cuando la persona se oponga por motivos religiosos, aunque no lo haya manifestado formalmente.
c) Cuando la persona, por deficiencias psíquicas, enfermedad mental o cualquier otra causa, no pueda otorgar su consentimiento expreso, libre y consciente.
d) Cuando la persona sea menor de edad y los padres no se pongan de acuerdo.

**465. Según la modificación introducida por la Ley 26/2011 en la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente, ¿qué se establece en el caso de que el paciente sea una persona con discapacidad?**

a) Se le nombrará automáticamente un representante legal que decida por él.
b) Se le aplicará el consentimiento por representación sin necesidad de consultarle.
c) Queda excluida de toda decisión sobre su proceso sanitario por carecer de capacidad.
d) Se le ofrecerán medidas de apoyo pertinentes, incluida información en formatos adecuados, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

**466. La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, establece que las personas que se encuentren en la Comunidad Autónoma del País Vasco podrán acceder:**

a) Al servicio de valoración, diagnóstico e intervención social.
b) A los servicios y prestaciones de derecho subjetivo.
c) Al servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.
d) A los servicios y prestaciones de atención primaria.




**467. La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, en relación con la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario, indica que:**

a) El carácter sociosanitario de una atención lo da la naturaleza de la misma, necesitando una atención sanitaria y social simultánea.
b) El carácter sociosanitario de una atención lo da la titularidad social o sanitaria del dispositivo o establecimiento en el que se preste.
c) El carácter sociosanitario de una atención lo da la designación formal sociosanitaria u otra que reciba tal dispositivo.
d) El carácter sociosanitario de una atención lo da el nivel de complejidad de la atención que se requiera y el dispositivo en el que se preste.

**468. Según la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales es:**

a) El instrumento por el que se identifican las prestaciones económicas y los servicios cuya provisión deberán garantizar los diferentes sistemas públicos y tercer sector.
b) El instrumento por el que se identifican las prestaciones económicas y los servicios cuya provisión deberán garantizar las administraciones públicas vascas competentes.
c) El instrumento por el que la persona selecciona los servicios y prestaciones económicas que le corresponden del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
d) El instrumento por el que se aprueban las características, modalidades, objetivos y precios públicos de los servicios sociales.

**469. De acuerdo con la ley 12/2008 de servicios sociales, cuál de las siguientes afirmaciones sobre los consejos territoriales y los consejos locales es cierta:**

a) La composición de estos consejos garantizará la participación de los agentes sociales que intervienen en el ámbito de los servicios sociales, así como la representación del resto de las administraciones públicas vascas que, en cada caso, correspondan.
b) Las diputaciones y los ayuntamientos, determinarán la constitución, en su caso, de consejos de servicios sociales, como órganos de carácter decisivo en relación con los servicios sociales dentro del ámbito competencial respectivo.
c) La Ley 12/2008 de servicios sociales, define los consejos de servicios sociales, consejos territoriales y consejos locales, y establece sus funciones, composición y régimen de funcionamiento.
d) Los consejos territoriales y locales podrán ser representados por los consejos sectoriales de servicios sociales que serán de carácter decisivo y garantizarán la participación en relación con los servicios sociales dentro del ámbito competencial correspondiente.




**470. La ley 12/2008 de servicios sociales establece que la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario a nivel autonómico se articulará a través de:**

a) Coordinación Sociosanitaria Mixta.
b) Consejo Vasco Interinstitucional Sociosanitario.
c) Coordinación Sociosanitaria Interinstitucional.
d) Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

**471. Según el artículo 2 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, el acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales se configura como:**

a) Un derecho discrecional condicionado exclusivamente a la disponibilidad presupuestaria.
b) Un derecho subjetivo, dentro del marco de los requisitos generales y específicos establecidos.
c) Una prestación asistencial de carácter voluntario sin posibilidad de reclamación jurídica.
d) Un derecho limitado a situaciones de emergencia social reconocidas.

**472. Según la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, ¿cuál de las siguientes opciones NO se considera una prestación técnica propia del Sistema Vasco de Servicios Sociales?**

a) Mediación.
b) Atención personal.
c) Prestaciones económicas de garantía de ingresos.
d) Acompañamiento social.

**473. La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, contempla el ingreso en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta. ¿Cuáles son las disposiciones que marca la ley?**

a) La Entidad Pública que ostente la tutela o guarda de un/una menor, y el Ministerio Fiscal, estarán legitimados para solicitar la autorización judicial para el ingreso del/de la menor en los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta.
b) No podrán ser ingresados en estos centros los/las menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad.
c) Para el ingreso de un/una menor en estos centros será necesario que la Entidad Pública o el Ministerio Fiscal recaben previamente la correspondiente autorización judicial, salvo casos de urgencia, garantizando, en todo caso, el derecho del/de la menor a ser oído/a.
d) Todas las respuestas son correctas




**474. La ley 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia, respecto al interés superior del/de la menor, tiene en cuenta lo siguiente:**

a) La edad y madurez del/de la menor, y la necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad.
b) Su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, o su pertenencia a una minoría ética, no son tenidas en cuenta.
c) Conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, la medida que se adopte en el interés superior del/de la menor restringirá o limitará sus derechos, sin tener en cuenta su opinión.
d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración del/de la menor en la sociedad, debe contemplar cambios en su situación material o emocional para refuerzo de su personalidad y desarrollo futuro.

**475. La ley 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia, respecto de las medidas de suspensión de la patria potestad o la custodia de menores, acuerda:**

a) El o la juez suspenderá para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia, acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho, solamente cuando haya una sentencia condenatoria.
b) Si no acordara la suspensión, el o la juez mantendrá en su caso, la guarda y custodia de los/las menores.
c) El Consejo del Menor adoptará también las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los/las menores y de la mujer.
d) El o la juez podrá suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia, acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho, respecto de los/las menores que dependan de él.

**476. Según la ley 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia, toda medida en el interés superior del/de la menor deberá tener en cuenta lo siguiente:**

a) Los derechos del/de la menor a ser informado/a, oído/a y escuchado/a, y a participar en el proceso de acuerdo con la normativa vigente.
b) La participación puntual de progenitores, tutores o representantes legales del/de la menor o de un/una defensor/a judicial y del Ministerio Fiscal en el proceso.
c) La intervención en el proceso de profesionales cualificados o expertos en las decisiones especialmente relevantes contando con informes de sus Colegios profesionales que los avalen.
d) Los/Las menores gozarán del derecho a la asistencia jurídica gratuita en los casos legalmente previstos representados por sus padres o tutores.




**477. La ley 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia, en lo relativo al acogimiento residencial en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, aprueba:**

a) No se someterán a las disposiciones previstas en esta ley, los ingresos, actuaciones e intervenciones en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta dependientes de entidades privadas.
b) El acogimiento residencial en estos centros se realizará exclusivamente cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección, siempre a demanda de los propios padres, madres y/o tutores.
c) En los supuestos de guarda voluntaria prevista en el artículo 19, será necesario el compromiso de la familia a someterse a la intervención profesional.
d) El ingreso del menor en estos centros y las medidas de seguridad que se apliquen en el mismo no tendrán carácter educativo sino rehabilitador.

**478. El artículo 2 de la ley orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, señala que, en la aplicación del interés superior del/de la menor por parte de Tribunales u órganos legislativos:**

a) Será tenido en cuenta en la misma medida que otros intereses legítimos que pudieran concurrir.
b) Serán analizados los diferentes intereses que puedan concurrir, especialmente el de las personas progenitoras o instituciones con menores a cargo dada su mayoría de edad.
c) Primará el interés superior de los/las menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.
d) No será de aplicación salvo casos excepcionales determinados previamente.

**479. Según el capítulo IV de la ley orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, el acogimiento residencial en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta se realizará:**

a) Exclusivamente cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección.
b) Como una medida habitual siempre que tenga un carácter educativo.
c) Fundamentalmente para menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieren un tratamiento específico.
d) Siempre y cuando no se contemplen supuestos de guarda voluntaria.




**480. Según el capítulo IV de la ley orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, las medidas de contención a aplicar en los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, podrán ser:**

a) Únicamente verbales.
b) Únicamente verbales y emocionales.
c) Nunca de tipo físico y mecánico.
d) De tipo verbal y emocional, de tipo físico y de tipo mecánico.

**481. De acuerdo con el capítulo IV de la ley orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, ¿cuál de los siguientes supuestos NO se considera en el aislamiento del/de la menor en los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta?:**

a) Prevención de casos violentos.
b) Autolesiones.
c) Incumplimiento reiterado del proyecto socio-educativo.
d) Daños graves a instalaciones.

**482. El Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, organiza los indicadores en los siguientes ámbitos vitales:**

a) Económico, laboral, vivienda, formación y salud.
b) Económico, laboral, residencial, situación administrativa y sanitaria.
c) Económico, laboral y residencial, convivencial, personal, salud y social.
d) Relacional-convivencial, personal, organización de la vida cotidiana y relaciones sociales.

**483. Según el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, entre los indicadores del diagnóstico inicial se encuentra:**

a) La situación en relación con la ocupación y el empleo.
b) El régimen de tenencia de la vivienda disponible.
c) La situación de las relaciones vecinales.
d) La necesidad de atención sanitaria.




**484. De acuerdo con el decreto 353/2013 de ficha social y del instrumento de diagnóstico social del sistema vasco de servicios sociales, la ficha social recoge el motivo por el que la persona usuaria es atendida por los servicios sociales de base, incluyendo:**

a) Información sobre el sistema de servicios sociales, temas de dependencia, desprotección, exclusión social, medios de subsistencia y participación social.
b) Información personal, familiar, situación económico-laboral, educativa y social.
c) Información y atención vinculada a temas económico-laboral, infancia y familia, vivienda y colectivos sociales.
d) Información económica, laboral, vivienda, convivencial, apoyos sociales, formación, salud y recursos.

**485. En el decreto 353/2013 de ficha social y del instrumento de diagnóstico social del sistema vasco de servicios sociales, el diagnóstico inicial incluye información relativa a las dimensiones de los diferentes ámbitos. Indica la respuesta correcta:**

a) Incluye información sobre todas las dimensiones de los diferentes ámbitos vitales.
b) No incluye información sobre la dimensión "Aceptación social y convivencia cotidiana comunitaria".
c) No incluye información sobre la dimensión "Disponibilidad de relaciones sociales y ejercicio de la participación social".
d) No incluye información sobre la dimensión "Competencias-habilidades sociales".

**486. Según el Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social, las situaciones de exclusión social se definen como:**

a) Aquellas situaciones exclusivamente de insuficiencia de recursos financieros, dificultades de participación en el mercado de trabajo al objeto de generar y consumir bienes y servicios.
b) Aquellas situaciones en las que las condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples carencias que persisten en el tiempo. Las personas en esta situación tienen serias dificultades para comunicarse, y para participar en la vida social y comunitaria.
c) Aquellas situaciones en las que se da la presencia o ausencia de una serie de características o factores personales o sociales que hacen que aumenten las probabilidades de aparición de consecuencias adversas.
d) Aquellas situaciones multicausales que tienen que ver con el acceso adecuado de las personas a los sistemas de protección social existentes, y para acceder a los derechos y deberes que como personas ciudadanas les corresponden, presentando dificultades para comunicarse.




**487. El Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social, gradúa los siguientes niveles de intensidad de la exclusión social:**

a) Sin exclusión social, Exclusión leve, Exclusión moderada, Exclusión social.
b) Exclusión leve, Exclusión moderada y Precariedad.
c) Desarraigo leve, Desarraigo avanzado y Desarraigo grave.
d) Exclusión leve, Exclusión moderada y Exclusión grave.

**488. El decreto 385/2013 por el que se aprueba el instrumento de valoración de la exclusión social, considera que las situaciones de exclusión social:**

a) Presentan graves problemas en sus competencias y habilidades sociales y personales para poder asumir su propia responsabilidad en la cobertura de sus necesidades.
b) Presentan serias dificultades para comunicarse, y para participar en la vida social y comunitaria. Lleva a un aislamiento comunicacional y relacional.
c) No se refieren sólo a la insuficiencia de recursos financieros, ni se limitan a la mera participación en el mundo del empleo, se hacen patentes y se manifiestan también en los ámbitos de la vivienda, la convivencia, la educación, la salud o el acceso a los servicios.
d) Todas las respuestas son correctas.

**489. En el decreto 385/2013 por el que se aprueba el instrumento de valoración de la exclusión social, se presentan diferentes categorías diagnósticas. Señala la respuesta correcta.**

a) Riesgo de exclusión social, Exclusión leve, Exclusión moderada y Exclusión grave.
b) Inclusión social, Riesgo de exclusión social y Exclusión social.
c) Inclusión social, Vulnerabilidad y Exclusión social.
d) Inclusión, Precariedad, Desarraigo y Exclusión Social.

**490. El decreto 385/2013 por el que se aprueba el instrumento de valoración de la exclusión social, tiene en cuenta dos criterios para valorar la exclusión social. Indica la respuesta correcta.**

a) El criterio 1 se refiere a la merma de la autonomía personal y económica.
b) El criterio 2 se refiere a las carencias personales y relacionales.
c) El criterio 1 valora si carece de apoyo social proveniente de redes primarias y secundarias, así como de recursos personales.
d) El criterio 1 valora indicadores de los ámbitos económico-laboral, convivencial, personal y de la salud.




**491. El Decreto 385/2013, de 16 de junio, por el que se aprueba el instrumento de valoración de la exclusión social, define un listado de ámbitos vitales en los que incluir las dimensiones e indicadores del instrumento. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los ámbitos vitales?:**

a) Económico, laboral y residencial.
b) Convivencial.
c) Grupal.
d) Personal.

**492. El Decreto 385/2013, de 16 de junio, por el que se aprueba el instrumento de valoración de la exclusión social, define el concepto de exclusión social como:**

a) Un fenómeno de carácter multidimensional.
b) Referido exclusivamente a la insuficiencia de recursos financieros.
c) Referido exclusivamente a la participación en el mundo del empleo.
d) Un fenómeno referido solo a las dificultades asociadas al acceso a los sistemas de protección social.

**493. Según el decreto 185/2015 de cartera, ¿cuál de los siguientes servicios son competencia de las diputaciones forales?**

a) Servicios de información y orientación.
b) Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección.
c) Servicios de atención, orientación, diagnóstico, intervención y evaluación.
d) Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.

**494. Según el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, ¿cuál de los siguientes centros o servicios es de carácter sociosanitario?**

a) Servicios de intervención social en atención temprana.
b) Centros residenciales para personas con discapacidad.
c) Servicios residenciales para situaciones de grave exclusión.
d) Centros residenciales para personas con enfermedad mental.




**495. De acuerdo con el decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales realizarán la planificación y evaluación de las necesidades sociosanitarias previstas en el mapa de servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco:**

a) A través del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales con carácter anual.
b) De manera conjunta y con carácter anual.
c) A través del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales con carácter bianual.
d) De manera conjunta y con carácter bianual.

**496. El Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, define el servicio de teleasistencia como un servicio de atención primaria competencia de:**

a) El Gobierno Vasco.
b) Los ayuntamientos.
c) Las diputaciones forales.
d) El Gobierno Vasco, las diputaciones forales y los ayuntamientos.

**497. En el Decreto 185/2015 de cartera de prestaciones y servicios del sistema vasco de servicios sociales, las fichas de servicios contienen la siguiente información:**

a) Datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualquier otro que resulte significativo para la intervención social.
b) Definición, objetivos, requisitos de acceso, características, documentos acreditativos, procedimiento de solicitud e importe.
c) Es el soporte documental de trabajo social en el que se registra la información sistematizada de la historia social.
d) Definición y objetivos, prestaciones, población destinataria y requisitos de acceso administrativos y de necesidad.

**498. De acuerdo con el decreto 185/2015 de cartera, los requisitos generales de empadronamiento para el acceso a los servicios y prestaciones del sistema son:**

a) Estar empadronado o empadronada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en la fecha en que se realiza la solicitud, para acceder a las prestaciones y los servicios que presta un ente local, los que presta una Diputación Foral y/o los que presta el Gobierno Vasco, independientemente del lugar y antigüedad del empadronamiento.
b) Estar empadronado o empadronada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con un año de antigüedad a la fecha en que se realiza la solicitud, para acceder a las prestaciones y servicios que presta un ente local, para acceder a los que presta una Diputación Foral y




para acceder a los que presta el Gobierno Vasco, independientemente del lugar.

c) Estar empadronado o empadronada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con tres años ininterrumpidos de antigüedad a la fecha en que se realiza la solicitud, para acceder a las prestaciones y servicios que presta un ente local, para acceder a los que presta una Diputación Foral y para acceder a los que presta el Gobierno Vasco, independientemente del lugar.

d) Estar empadronado o empadronada en la fecha en la que se realiza la solicitud: en el municipio, para acceder a los servicios que presta un ente local; en un municipio del Territorio Histórico correspondiente, para acceder a los que presta una Diputación Foral; en un municipio de la Comunidad Autónoma del País Vasco, para acceder a los que presta el Gobierno Vasco.

**499. Según el decreto 185/2015 de cartera, ¿cuál de las siguientes prestaciones son competencia del gobierno vasco?**

a) La prestación de pago único a mujeres víctimas de violencia de género.
b) La renta de garantía de ingresos y prestación complementaria de vivienda.
c) La prestación económica de asistencia personal.
d) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

**500. Según el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, ¿cuál NO es un servicio o centro de competencia municipal?**

a) Servicios de alojamiento para personas mayores.
b) Servicio de apoyo para personas cuidadoras.
c) Servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social.
d) Servicio de ayuda a domicilio - SAD.