



BIB000174

Test Enfermería

5
2/

Fundamentos de Enfermería
Administración y Gestión
Ética y Legislación

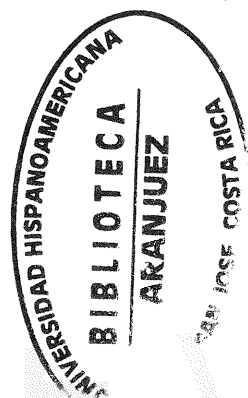
.68

600

Preguntas test
comentadas



600
Preguntas



comentadas

Test
Enfermería



Fundamentos de Enfermería
Administración y Gestión
Ética y Legislación





© Difusión Avances de Enfermería

Título: 600 Preguntas test comentadas de Fundamentos de Enfermería,
Administración y Gestión y Ética y Legislación

Primera edición: año 2002

Editor: Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L.)
C/ Meléndez Valdés, 52. 28015 Madrid-España

© de la presente edición

Directora de proyectos editoriales: María Paz Mompert García

ISBN: 84-95626-39-X

Depósito Legal: M-54892-2002

Diseño y producción editorial: Comuniland S.L.

Índice



FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Preguntas	7
Respuestas comentadas	149
Bibliografía	238

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

Preguntas	53
Respuestas comentadas	177
Bibliografía	239

ÉTICA Y LEGISLACIÓN

Preguntas	105
Respuestas comentadas	209
Bibliografía	240

200 Preguntas

(test)

comentadas

Test Enfermería

5/2

Fundamentos de Enfermería

M^a Amparo Benavent Garcés

Enfermera. Profesora Titular de Escuela. Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia.

Esperanza Ferrer Ferrandis

Enfermera. Bachelor y Master en Science Nursing. Profesora. Escuela Universitaria de Enfermería La Fe de Valencia.

Cristina Francisco del Rey

Enfermera. Profesora Titular de Escuela. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid.

Preguntas

1. La idea de cuidado personal:

- A— ☐ Es común a todas las personas.
- B— ☐ Es un constructo cultural.
- C— ☐ Es universal.
- D— ☐ Va cambiando con la edad y la situación de salud.

2. Identificar la secuencia de los tipos de cuidados que justifica la existencia de los cuidados enfermeros:

- A— ☐ Cuidados personales, informales y de salud.
- B— ☐ Cuidados de mantenimiento y de recuperación de la salud como cuidados humanos, y cuidados de prevención y adaptación a la enfermedad como cuidados de salud y cuidados enfermeros.
- C— ☐ Cuidados humanos de salud, de enfermedad y enfermeros.
- D— ☐ Cuidados personales, de salud y enfermeros.

3. Los cuidados personales que contribuyen a un óptimo funcionamiento y bienestar de la persona, ¿en qué aspecto de la salud de la persona estarán influyendo?

- A— ☐ En mejorar y/o mantener la salud.
- B— ☐ En recuperar la salud.
- C— ☐ En la educación para la salud.
- D— ☐ En la prevención secundaria.

4. La afirmación “la enfermera atiende a las reglas y consignas que aprende” responde a:

- A— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de categorización en el momento centrado en la enfermedad.
- B— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de categorización en el momento centrado en la salud pública.
- C— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de transformación.
- D— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de integración.

5. ¿Qué aporta el concepto *design* de cuidado a los cuidados enfermeros?

- A— ☐ Intuición para cumplimentar diversas tareas con agudeza intelectual.
- B— ☐ Elementos para comprender los aspectos humanistas, afectivos y de compromiso, entre la enfermera y el cliente, además de instrumentos técnicos.
- C— ☐ Capacidades, destrezas y habilidades para acertar en la elección de acciones pensadas y reflexivas que respondan adecuadamente a las necesidades de cuidados.
- D— ☐ Considerar diversos procesos de cuidados: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis clínico y la intuición.

6. ¿Qué evolución cronológica ha seguido la orientación de los cuidados enfermeros en el último siglo y medio?

- A— ☐ Hacia el entorno, la enfermedad, la persona y la interacción.
- B— ☐ Hacia la persona, su relación con el entorno y sus experiencias de salud.
- C— ☐ Hacia la enfermedad, la persona, el entorno y la salud.
- D— ☐ Hacia la enfermedad, la salud y la cronicidad.

7. El poder de la enfermera en el cuidado consiste en:

- A— ☐ Controlarlo todo.
- B— ☐ Reforzar el potencial de la persona.
- C— ☐ Transformar la situación de la persona.
- D— ☐ Satisfacer las necesidades de cuidados.

8. Una cualidad que Collière confiere a los cuidados es:

- A— ☐ La invisibilidad.
- B— ☐ La visibilidad.
- C— ☐ La rutinización.
- D— ☐ La tecnificación.

9. Atendiendo al paradigma de transformación, el fenómeno enfermero es:

- A— ☐ Único, complejo y global.
- B— ☐ Contextual, variable y divisible.
- C— ☐ Divisible, complejo y contextual.
- D— ☐ Contextual y variable.



10. De las relaciones que se enuncian a continuación, identifique la que representa una concepción de la práctica enfermera más actual:

- A— ☐ Proporcionar cuidados a la persona.
- B— ☐ Realizar los cuidados con la persona.
- C— ☐ Hacer los cuidados por la persona.
- D— ☐ Proporcionar los cuidados sin contar con la persona, buscando la máxima eficacia de los mismos.

11. De las afirmaciones que se expresan a continuación, identifique la que describe uno de los aspectos fundamentales del cuidado personalizado:

- A— ☐ Recoger datos sobre el cliente, durante la fase de valoración, interpretarlos y utilizarlos con rigor.
- B— ☐ Adaptar a la situación del cliente, en la mayor medida de lo posible, un plan de cuidados estandarizado.
- C— ☐ Recoger de manera constante y dinámica nuevos datos sobre el cliente.
- D— ☐ Recoger datos sobre el cliente en dos momentos metódicos: en la valoración y en la evaluación.

12. Identifique la teórica que concede una gran importancia a los valores culturales de los cuidados, y que los describe como esenciales para la supervivencia de los pueblos, el desarrollo de las personas y la recuperación y promoción de la salud:

- A— ☐ Collière.
- B— ☐ Leininger.
- C— ☐ Hall.
- D— ☐ Ducharme.

13. ¿Qué significado tienen para la enfermería los cuidados relacionados con la salud cuando son proporcionados por una persona cercana a quien los requiere?

- A— ☐ Se conocen como cuidados informales.
- B— ☐ No tienen ningún significado para la enfermería.
- C— ☐ No difieren del cuidado profesional.
- D— ☐ Sólo son posibles cuando la persona que los ofrece cuenta con los mismos conocimientos y habilidades que la enfermera.

14. Elija la respuesta que mejor explique las diferencias entre la definición de persona dentro del paradigma de integración y del de transformación:

- A— ☐ No hay ninguna diferencia ya que se considera que la persona tiene componentes de tipo físico, intelectual, emocional y espiritual.
- B— ☐ La diferencia está en el nivel de participación de la persona, ya que en el paradigma de integración la participación de la persona es apenas valorable.
- C— ☐ Aunque ambos paradigmas consideran que la persona tiene componentes de tipo físico, intelectual, emocional y espiritual, el paradigma de integración entiende que son un todo indivisible.
- D— ☐ La diferencia está en la consideración de la persona como una suma de las partes en el paradigma de integración; y la consideración de la persona como más y diferente a la suma de las partes en el paradigma de transformación.

15. La utilización de tecnologías en los cuidados tiene como efectos que:

- A— ☐ Siempre resultan positivos.
- B— ☐ Plantea el problema sobre el uso que se hace de ellas.
- C— ☐ Siempre se produce un alejamiento del enfermo.
- D— ☐ Siempre facilita las intervenciones de cuidados.

16. Para Collière es necesario determinar la naturaleza de los problemas que justifiquen los cuidados enfermeros. ¿Según qué términos propone esta autora identificar los problemas?

- A— ☐ Compensación y confirmación.
- B— ☐ Mantenimiento y estimulación.
- C— ☐ Funcionalidad y sentimiento.
- D— ☐ Sentimiento y mantenimiento.

17. “El objetivo de la enfermería es mantener a los pacientes en una situación lo más parecida posible a la suya propia.” ¿A qué teórica corresponde esta reflexión?

- A— ☐ Orem.
- B— ☐ Henderson.
- C— ☐ Collière.
- D— ☐ Nightingale.

18. ¿A qué teórica se debe la siguiente definición de enfermería?: “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la



realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”:

- A— ☐ Henderson.
- B— ☐ Orem.
- C— ☐ Collière.
- D— ☐ Abdellah.

19. Elija la respuesta que mejor explique la *práctica enfermera* en el paradigma de categorización:

- A— ☐ La práctica condicionada por la evolución tecnológica.
- B— ☐ La práctica considerada desde la globalidad a través de la utilización de un modelo conceptual.
- C— ☐ La práctica basada en el control de las condiciones sanitarias y medidas de higiene y a partir de tareas delegadas.
- D— ☐ La práctica basada en el plan de cuidados a partir de los conocimientos específicos.

20. Partiendo de que los cuidados enfermeros se desarrollan en un proceso de interacción entre la persona y la enfermera, identifique qué instrumento facilita esta relación:

- A— ☐ El proceso de identificación de problemas.
- B— ☐ Un modelo de cuidados de interacción.
- C— ☐ La relación de ayuda.
- D— ☐ Actitudes de la enfermera como paciencia, comprensión y simpatía.

21. De las conceptualizaciones de *ciencia* que se expresan a continuación, señale la correcta:

- A— ☐ Es la observación, identificación, descripción, investigación y explicación teórica de los fenómenos.
- B— ☐ Es el resultado del saber acumulado por la experiencia.
- C— ☐ Es la conclusión a la que se llega después de un proceso en el que se aplica a una práctica el ensayo y error.
- D— ☐ Es la verdad incuestionable sobre un fenómeno natural.

22. ¿Qué es una ciencia práctica?

- A— ☐ La que describe teorías.
- B— ☐ La que describe los principios y las causas de las cosas a hacer.
- C— ☐ La que describe los métodos de construcción.
- D— ☐ La que se construye con el método científico.

23. Según la perspectiva de la filosofía de la ciencia, ¿desde dónde debe estar pensada y construida una disciplina?

- A— ☐ Desde su historia, la práctica profesional, la filosofía de la ciencia y la historia comparada de las ciencias.
- B— ☐ Desde sus experiencias y la investigación, que le proporciona solidez a las experiencias profesionales.
- C— ☐ Desde el consenso de las teorías generales desarrolladas.
- D— ☐ Desde el desarrollo armónico de todas sus áreas de intervención profesional.

24. El desarrollo de la disciplina enfermera pasa por profundizar en:

- A— ☐ La formación.
- B— ☐ La aplicación del método científico en la práctica.
- C— ☐ La definición de las funciones y la especificidad de responsabilidades en el equipo interdisciplinario.
- D— ☐ La teoría, la práctica y la investigación, así como las relaciones entre estas áreas.

25. Un aspecto generalizado de la formación enfermera que ha dificultado el desarrollo disciplinar ha sido:

- A— ☐ El que las Escuelas de Enfermeras hayan estado integradas en los hospitales.
- B— ☐ El que gran parte de la formación enfermera estuviese desarrollada por médicos.
- C— ☐ La importancia concedida al aprendizaje práctico.
- D— ☐ Todas las situaciones descritas han caracterizado la formación enfermera y dificultado el desarrollo disciplinar.

26. El ejercicio de la enfermería desde una perspectiva científica requiere:

- A— ☐ Pensamiento crítico.
- B— ☐ Conocimientos y métodos propios.
- C— ☐ Utilizar el Proceso de Atención de Enfermería.
- D— ☐ Principios rígidos que guíen las conductas profesionales.



27. Identifique el enunciado que se relaciona con el concepto de pensamiento inductivo:

- A— ☐ Concreciones a partir de generalizaciones.
- B— ☐ Precisa conocer las generalizaciones.
- C— ☐ Generalizaciones desde un fenómeno particular.
- D— ☐ Exige de un proceso planificado para adaptarlo a la realidad.

28. Identifique el enunciado que se relaciona con el concepto de pensamiento deductivo:

- A— ☐ Generalizaciones desde un fenómeno particular.
- B— ☐ No precisa de conocimientos previos.
- C— ☐ Permite una rápida adaptación a la realidad.
- D— ☐ Concreciones a partir de generalizaciones.

29. De entre las relaciones que se enuncian, identifique la que establece una relación correcta entre el método de la ciencia expresado y su significado:

- A— ☐ Semiótico - Análisis del lenguaje.
- B— ☐ Semiótico - Visión basada en la intención.
- C— ☐ Fenomenológico - De la premisa mayor a la menor.
- D— ☐ Axiomático - Visión basada en la intención.

30. La concepción: "Enfoque sistemático para la solución de problemas y para la expansión de los conocimientos", se corresponde con:

- A— ☐ El Proceso de Atención de Enfermería.
- B— ☐ El marco teórico.
- C— ☐ El método científico.
- D— ☐ El diagnóstico enfermero.

31. De las expresiones siguientes, identifique la que se corresponde con la concepción de disciplina:

- A— ☐ La aplicación de una teoría.
- B— ☐ La investigación y elaboración de teorías propias.
- C— ☐ La refutación de teorías en la práctica.
- D— ☐ Un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única.

32. El campo disciplinar de la enfermería se caracteriza por:

- A— ☐ La manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno.
- B— ☐ La utilización en la práctica clínica del Proceso de Atención de Enfermería.
- C— ☐ La aplicación en la clínica, docencia y gestión de un modelo de cuidados.
- D— ☐ Contar con un número importante de modelos de cuidados.

33. La consideración de los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno, como los conceptos nucleares de la disciplina enfermera:

- A— ☐ Son indiscutibles.
- B— ☐ Gozan de cierto consenso.
- C— ☐ Existe una fuerte corriente de discusión en torno a su consideración.
- D— ☐ Cada uno de ellos tiene diferentes niveles de aceptación y el que goza de mayor refrendo es el concepto de cuidado.

34. El concepto *historia de la enfermería* se refiere a:

- A— ☐ El conjunto de acontecimientos relacionados con las personas que llevan a cabo los cuidados de otras personas.
- B— ☐ Se corresponde con la evolución de la profesión.
- C— ☐ Los hechos, sucesos, eventos o acontecimientos que tienen lugar en un momento y lugar de la historia y que componen la base del estudio historiográfico de los cuidados enfermeros.
- D— ☐ Los acontecimientos que en diferentes épocas de la historia han tenido que ver con la enfermería.

35. ¿Qué proceso de etapas consecutivas caracteriza la práctica enfermera a lo largo de la historia?

- A— ☐ Religiosa, mágica, científica y técnica.
- B— ☐ Doméstica, religiosa, institucional, preprofesional y profesional.
- C— ☐ De salud pública, de hospitales y especializada.
- D— ☐ Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados Universitarios.

36. De la relación que se ha establecido entre enfermería y cuidados, la descrita por D. Hall (1980) ha sido especialmente relevante. Identifique la que se corresponde con la mencionada:

- A— ☐ La disciplina conocida como enfermería es el resultado de la evolución, dentro de la sociedad, de una actividad innata y esencial en el ser humano: la actividad de cuidar.
- B— ☐ La enfermería se ha caracterizado a lo largo de la historia por los cuidados que las mujeres han ofrecido a personas enfermas.
- C— ☐ La enfermería consiste en atender a personas enfermas o sanas y ayudarlas a conseguir una muerte digna.
- D— ☐ La enfermería es considerada como una profesión cuando accede a la formación formal.

37. ¿Dónde se sitúa el origen de los primeros estudios sobre la historia de la enfermería?

- A— ☐ Son consustanciales a los cuidados en las sociedades primitivas.
- B— ☐ Se pueden situar en la Grecia Antigua, que es cuando se empiezan a estudiar los fenómenos.
- C— ☐ Se inician y desarrollan en el Renacimiento.
- D— ☐ Tienen su inicio en la segunda mitad del siglo XIX.

38. Para el estudio de la historia de la enfermería, el análisis iconográfico consiste en:

- A— ☐ El estudio de acontecimientos históricos relacionados con la enfermería.
- B— ☐ La identificación, clasificación y estudio de imágenes que pudieran aportar información sobre aspectos relacionados con los cuidados y quienes los llevan a cabo.
- C— ☐ Una metodología de análisis para la investigación y análisis sobre la vida y obra de enfermeras destacadas.
- D— ☐ El análisis riguroso de los escritos y textos relacionados con los cuidados, las enfermeras y la enfermería.

39. De las civilizaciones que se enuncian a continuación, señale la que elaboró una descripción de las competencias de diferentes "profesionales de la salud":

- A— ☐ La griega.
- B— ☐ La hindú.
- C— ☐ La romana.
- D— ☐ La egipcia.

40. La Diosa de la Salud griega fue:

- A— ☐ Higea.
- B— ☐ Diana.

—C— ☐ Cibeles.

—D— ☐ Atenea.

41. ¿Qué Diaconisa es citada en el Nuevo Testamento?

—A— ☐ Flavia.

—B— ☐ Fabiola.

—C— ☐ Marcela.

—D— ☐ Febe.

42. Desde los primeros tiempos del cristianismo, y durante mucho tiempo, las ideas cristianas han influido en las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad de la siguiente manera:

—A— ☐ Invocando a determinados santos para remediar ciertas enfermedades.

—B— ☐ Proporcionando más salud en las personas que practicaban el cristianismo.

—C— ☐ Rodeando de valores espirituales todo aquello que realizaban los enfermos.

—D— ☐ Proporcionando más salud a las personas que practicaban los cuidados.

43. Prácticas curativas populares como las oraciones o súplicas son:

—A— ☐ Propias del cristianismo.

—B— ☐ Específicas del catolicismo.

—C— ☐ No las utilizan quienes practican el protestantismo.

—D— ☐ Comunes a todas las religiones.

44. Se identifica como personal dedicado a los cuidados, durante la España romana, a:

—A— ☐ Masajistas, cirujanos y barberos.

—B— ☐ Físicos y esclavos dedicados al cuidado.

—C— ☐ Nodrizas, obstetrix y auxiliar del médico.

—D— ☐ Mujeres de la nobleza con fuertes convicciones cristianas.

45. Una preocupación fundamental de quienes atendían a los enfermos en los hospitales de la Edad Media fue:

—A— ☐ Su alimentación.

—B— ☐ Su descanso.

—C— ☐ La atención en todas las necesidades básicas.

—D— ☐ Su preparación.



46. Señale las que fueron actividades de las órdenes militares:

- A— ☐ Guerreras.
- B— ☐ Hospitalarias.
- C— ☐ Protección a los peregrinos.
- D— ☐ Todas ellas fueron actividades de las órdenes militares.

47. Las beguinas fue una orden de mujeres religiosas seglares que se dedicaron al cuidado de:

- A— ☐ Enfermos tuberculosos.
- B— ☐ Enfermos en hospitales y en sus casas.
- C— ☐ Enfermos leprosos.
- D— ☐ Niños en hospicios.

48. Señale un hecho de la Reforma Protestante que tuvo consecuencias en la atención que recibían los enfermos:

- A— ☐ La supresión de las instituciones de caridad.
- B— ☐ Una mayor sensibilidad por los enfermos y los necesitados.
- C— ☐ La profesionalización del personal dedicado al cuidado de los enfermos.
- D— ☐ La mejora de las condiciones de los hospitales.

49. Durante la caza de brujas, entre los siglos XIV y XVIII, en Europa:

- A— ☐ Se respetó a las mujeres sanadoras.
- B— ☐ Las mujeres sanadoras fueron consideradas brujas.
- C— ☐ Se las consideró con poderes sólo para curar y por ello se las respetó.
- D— ☐ Se las consideró con poderes sólo para producir males y por ello se las persiguió y terminaron en la hoguera.

50. En el Renacimiento, para ejercer como matrona se precisaba:

- A— ☐ Pericia que se transmitía y adquiría de generación en generación.
- B— ☐ Pertenecer a un gremio dedicado a la atención de las mujeres en el parto.
- C— ☐ Haber ejercido como enfermera y superar un examen en el Tribunal del Promedicato.
- D— ☐ Superar un examen en el Tribunal del Promedicato.

51. Enfermeras, matronas y practicantes han compartido su historia, ¿qué ocurre con la formación de las tres profesiones?

- A— ☐ Se inicia simultáneamente en las tres.
- B— ☐ Primero se exige formación a las matronas, después a los practicantes y posteriormente a las enfermeras.
- C— ☐ Matronas y practicantes acceden antes a la formación que las enfermeras.
- D— ☐ Los practicantes son los primeros a los que se les exige formación, más tarde a las enfermeras y las matronas, por su parte, son enfermeras especialistas.

52. De entre las comunidades religiosas dedicadas al cuidado de enfermos, señale aquélla que ha influido de manera especial en la asistencia en hospitales y en la enseñanza de la enfermería en España:

- A— ☐ Las Hijas de la Caridad.
- B— ☐ Las Hermanas de la Caridad Santa Ana.
- C— ☐ Las Carmelitas Descalzas.
- D— ☐ Las Hermanas de los Pobres y Desamparados.

53. El inicio de la formación reglada de las enfermeras se relaciona con:

- A— ☐ Florence Nightingale y la fundación de la *Nightingale Training School for Nurses*.
- B— ☐ San Vicente Ferrer y las cartas para la formación de las Hijas de la Caridad.
- C— ☐ El pastor protestante Theodor Fliedner y la fundación del Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth.
- D— ☐ Clara Week y su texto para la formación de las enfermeras norteamericanas.

54. Florence Nightingale funda la primera escuela de enfermería en el Hospital de Santo Tomás de Londres en 1080 y sirvió como modelo para:

- A— ☐ Las escuelas sajonas.
- B— ☐ Las escuelas europeas.
- C— ☐ Las escuelas occidentales.
- D— ☐ Las escuelas mundiales.

55. Señale la relación correcta entre la autora y la obra con un importante significado para la enfermería:

- A— ☐ Clara Week, *Principios sobre la Enfermería*.
- B— ☐ Florence Nightingale, *Notas sobre la Enfermería*.
- C— ☐ Theodor Fliedner, *Notas sobre la Enfermería*.
- D— ☐ Florence Nightingale, *Principios sobre la Enfermería*.



- 56. De entre las siguientes, señale cuál fue la primera escuela de enfermería en España:**
- A— ☐ Cruz Roja de Madrid.
 - B— ☐ Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría.
 - C— ☐ Marqués de Valdecilla de Santander.
 - D— ☐ Santa Madrona de Barcelona.
- 57. El proceso de validar la información recogida en la etapa de valoración es importante porque:**
- A— ☐ Nos ayuda a no omitir información importante y hacer asunciones.
 - B— ☐ Nos permite registrar la información de una manera organizada.
 - C— ☐ Facilita la evaluación de los problemas.
 - D— ☐ Nos guía en el establecimiento de objetivos realistas.
- 58. Durante la época que se ha considerado como la *etapa técnica de la enfermería*, es de destacar:**
- A— ☐ La concepción de salud como un valor religioso.
 - B— ☐ La consolidación de la enfermería como disciplina.
 - C— ☐ La atención enfermera orientada a la promoción de la salud.
 - D— ☐ El gran crecimiento cuantitativo que experimenta la enfermería.
- 59. De las características que se enuncian, señale la que es representativa de la enfermería española de los años sesenta del siglo XX:**
- A— ☐ La formación enfermera estaba ligada a los hospitales.
 - B— ☐ La práctica enfermera estaba orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
 - C— ☐ La enfermería permanecía subordinada a la medicina.
 - D— ☐ Todas son características representativas de la enfermería española de los años sesenta.
- 60. Collière expresa una serie de preocupaciones sentidas por las enfermeras y orientadas hacia la revalorización y la búsqueda de una identidad profesional propia. Identifique la afirmación que no se corresponde con una de estas preocupaciones:**
- A— ☐ Desmarcarse de la influencia de la medicina.
 - B— ☐ Adquirir el sello de una formación superior.

- C— ☐ Conseguir un mayor estatus económico.
- D— ☐ Adoptar la imagen de marca de la investigación.

61. ¿Cuáles fueron las áreas elaboradas por la comisión, encargada para ello, sobre la que posteriormente se construyen los primeros planes de estudio de Diplomado en Enfermería?

- A— ☐ Proporcionar cuidados enfermeros a la persona sana y enferma, familia y comunidad en su medio natural y en el hospital.
- B— ☐ Orientar los cuidados enfermeros a la promoción y recuperación de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Proporcionar educación para la salud a la población.
- C— ☐ Integración en el equipo interdisciplinario. Poder contribuir a la formación del equipo. Investigar en el campo enfermero.
- D— ☐ Fueron definidas todas estas áreas.

62. El Curso de Nivelación de Conocimientos para los Ayudantes Técnicos Sanitarios significó:

- A— ☐ Elevar el estatus profesional.
- B— ☐ Mayor reconocimiento del papel de las enfermeras.
- C— ☐ Homologar la titulación académica.
- D— ☐ Un aumento del campo profesional.

63. Identifique dos hechos recientes (1984) que han sido fundamentales en el proceso de profesionalización de la enfermería:

- A— ☐ El desarrollo de la atención primaria de salud y el Nuevo Modelo de Gestión.
- B— ☐ El desarrollo de la atención hospitalaria.
- C— ☐ El desarrollo del trabajo en equipo.
- D— ☐ La estructuración de la atención en atención primaria y atención especializada.

64. Identifique el significado del concepto siguiente: "El cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos del cuidado médico y otros factores":

- A— ☐ Se refiere al concepto de cuidado, desarrollado por Henderson.
- B— ☐ Se refiere a una concepción general sobre el cuidado personal.
- C— ☐ Se refiere al concepto de autocuidado, desarrollado por Orem.
- D— ☐ Se refiere a una concepción antropológica sobre el cuidado.



65. Para Orem, el autocuidado como acción intencionada requiere de:

- A— ☐ Conocimientos, fuerza y voluntad.
- B— ☐ Operaciones estimativas y transaccionales, y de producción.
- C— ☐ De conocimientos y tecnología.
- D— ☐ Saber, querer y poder.

66. El Modelo de Orem se estructura en:

- A— ☐ Un modelo de cuidados.
- B— ☐ Una teoría de cuidados.
- C— ☐ Un marco teórico.
- D— ☐ Tres subteorías.

67. Según Orem, la persona no profesional que ayuda a otra en sus autocuidados recibe el nombre de:

- A— ☐ Cuidadora informal.
- B— ☐ Agencia de cuidado dependiente.
- C— ☐ Cuidadora no profesional.
- D— ☐ Cuidadora terapéutica.

68. ¿Cómo llama Orem a las necesidades de cuidados?

- A— ☐ Necesidades de autocuidado.
- B— ☐ Requisitos de autocuidado.
- C— ☐ Necesidades básicas.
- D— ☐ Requisitos fundamentales.

69. ¿Cómo denomina Orem a los requisitos de autocuidado que son comunes a todas las personas y en todas las situaciones?

- A— ☐ Requisitos de autocuidados básicos.
- B— ☐ Requisitos de autocuidados para el desarrollo.
- C— ☐ Requisitos de autocuidados para la salud.
- D— ☐ Requisitos de autocuidado universal.

70. Identifique el significado que adquiere el estado de salud para Orem:

- A— ☐ Como factor básico condicionante y como generador de requisitos de autocuidado de desviación de la salud.
- B— ☐ Una perspectiva biopsicosocial cambiante.

- C— ☐ Como factor básico condicionante.
- D— ☐ Como requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

71. Identifique el significado que adquiere la edad para Orem:

- A— ☐ Como factor básico condicionante.
- B— ☐ Como factor básico condicionante y como generador de requisitos de autocuidado del desarrollo.
- C— ☐ Como determinante para la agencia de autocuidados.
- D— ☐ Como requisitos de autocuidado del desarrollo.

72. ¿Qué describe Orem como déficit de autocuidado?

- A— ☐ Una demanda de autocuidado excesiva que requiere de tecnología especial.
- B— ☐ Los autocuidados relacionados con la enfermedad, que generan requisitos de desviación de la salud.
- C— ☐ La necesidad de cuidados especiales que hace necesarios los cuidados enfermeros.
- D— ☐ Cuando la agencia de autocuidado no puede satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

73. Según Orem es necesaria la enfermería cuando:

- A— ☐ Se requieren autocuidados de desviación de la salud.
- B— ☐ Existe un déficit de autocuidados.
- C— ☐ Se requieren cuidados que precisan de tecnología muy compleja.
- D— ☐ Aumenta la demanda de autocuidados.

74. Los sistemas de enfermería desarrollados por Orem, ¿en qué fase del proceso de enfermería adquieren su significado?

- A— ☐ En la valoración.
- B— ☐ En la ejecución.
- C— ☐ En la planificación.
- D— ☐ En todo el proceso.

75. Los métodos enfermeros desarrollados por Orem, ¿en qué fase del proceso de enfermería adquieren su significado?

- A— ☐ En la valoración.
- B— ☐ En la ejecución.

- C- ☐ En la planificación.
- D- ☐ En todo el proceso.

76. El Proceso de Atención de Enfermería proporciona a las enfermeras:

- A- ☐ El marco teórico para sistematizar los cuidados.
- B- ☐ El marco conceptual enfermero.
- C- ☐ La unificación de criterios enfermeros.
- D- ☐ El marco metodológico para sistematizar los cuidados.

77. El origen del Proceso de Atención de Enfermería se sitúa en:

- A- ☐ La década de los años sesenta en el Reino Unido.
- B- ☐ Finales de los años cincuenta y principios de los sesenta en EE.UU.
- C- ☐ La década de los años sesenta en Canadá.
- D- ☐ Simultáneamente, en la década de los años sesenta en los países mencionados.

78. Para utilizar correctamente el Proceso de Atención de Enfermería es necesario:

- A- ☐ Tener planes de cuidados estandarizados.
- B- ☐ Contar con los registros adecuados.
- C- ☐ Unos ratios enfermera-enfermo óptimos.
- D- ☐ Un sistema de organización que contemple la figura de la *enfermera primaria*.

79. La relación de ayuda en el Proceso de Atención de Enfermería es fundamental para:

- A- ☐ Desarrollar eficazmente todas las fases del proceso.
- B- ☐ Recoger los datos más relevantes en la valoración.
- C- ☐ Llegar a compartir con el cliente los objetivos más apropiados para su situación.
- D- ☐ Evaluar conjuntamente, enfermera y cliente, la evolución del proceso.

80. Cuando se utiliza un modelo de cuidados como marco de referencia para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, ¿qué método de la ciencia se aplica?

- A- ☐ La inducción.
- B- ☐ La lógica.



- C— ☐ La deducción.
- D— ☐ La inferencia.

81. ¿Cómo se puede utilizar en la práctica clínica enfermera la siguiente afirmación: "Aplicar la lógica del pensamiento científico, de manera ordenada, partiendo de conocimientos propios del cuidado enfermero"?

- A— ☐ Solamente cuando se trata de hacer investigación.
- B— ☐ Solamente si se trata de elaborar un modelo de cuidados.
- C— ☐ Solamente si todo el equipo participa en un proceso.
- D— ☐ Para la sistematización de los cuidados enfermeros.

82. Son ventajas que proporciona el Proceso de Atención de Enfermería:

- A— ☐ La mejora de la calidad de los cuidados por adecuarse a las características de la persona.
- B— ☐ Favorecer la investigación.
- C— ☐ Ayudar a conseguir autonomía profesional y favorecer la comunicación entre profesionales.
- D— ☐ Todas son ventajas que proporciona el Proceso de Atención de Enfermería.

83. Los planes de cuidados estandarizados proporcionan orientaciones e incluyen:

- A— ☐ Diagnóstico, objetivos del cliente, intervenciones enfermeras y criterios de resultado.
- B— ☐ Intervenciones enfermeras y criterios de resultado.
- C— ☐ La patología como base para la estandarización.
- D— ☐ Los diagnósticos enfermeros como base para la estandarización.

84. ¿Cuál es la finalidad de los planes de cuidados estandarizados?

- A— ☐ Diferenciar la responsabilidad de la enfermera de la de otros miembros del equipo de salud.
- B— ☐ Proporcionar un sistema de cuidados consecuente, coordinado y unificado.
- C— ☐ Diferenciar la responsabilidad de las enfermeras de diferentes turnos.
- D— ☐ Gestionar los recursos enfermeros de manera eficaz.

85. Señale la técnica que no utiliza la enfermera en la exploración física:

- A— ☐ Inspección.
- B— ☐ Palpación.



- C— ☐ Entrevista.
- D— ☐ Auscultación.

86. ¿Cuál es la principal crítica que se les hace a los planes de cuidados estandarizados para situaciones comunes?

- A— ☐ Que proporcionan una información excesiva.
- B— ☐ Que proporcionan una información insuficiente.
- C— ☐ Que no contemplan la individualidad de la persona.
- D— ☐ Su complejidad.

87. De los enunciados que se ofrecen, identifique aquel que se corresponde con una aportación de los planes de cuidados estandarizados:

- A— ☐ Ayudan a las enfermeras noveles a desarrollar un ejercicio profesional más eficaz.
- B— ☐ No es necesario planificar los cuidados.
- C— ☐ Evitan tener que recoger datos sobre lo que le ocurre al cliente.
- D— ☐ No es preciso identificar los problemas del cliente.

88. ¿De qué etapa del Proceso de Atención de Enfermería forma parte la obtención de datos objetivos y subjetivos?

- A— ☐ Valoración.
- B— ☐ Diagnóstico.
- C— ☐ Planificación.
- D— ☐ Todas ellas.

89. ¿Cuál de las actitudes siguientes puede distorsionar una entrevista?

- A— ☐ Un clima de confianza.
- B— ☐ La escucha activa.
- C— ☐ La transmisión de información.
- D— ☐ La emisión de opiniones.

90. De las preguntas que se enuncian a continuación, señale la que se corresponde con una cuestión cerrada de la entrevista:

- A— ☐ ¿Qué ha querido expresar con ese gesto?
- B— ☐ ¿Qué medicación tomaba para la tensión?
- C— ☐ ¿Cómo se sintió después de la prueba?
- D— ☐ ¿Qué recuerdo tiene de su anterior hospitalización?

91. ¿En qué se basan los datos objetivos?

- A— ☐ En la información que proporciona la familia.
- B— ☐ En la información que proporciona el cliente.
- C— ☐ En lo que se observa y se mide.
- D— ☐ En la información que proporcionan otros profesionales del equipo.

92. La clasificación y organización de los datos es el paso previo para:

- A— ☐ Planificar las actividades.
- B— ☐ Enunciar los objetivos.
- C— ☐ Evaluar la situación.
- D— ☐ Diagnosticar los problemas.

93. El fin de la valoración es identificar las respuestas de la persona a sus necesidades de cuidados de salud, para lo que es necesario:

- A— ☐ La recogida de datos y la identificación de las respuestas.
- B— ☐ La recogida, análisis y síntesis de los datos.
- C— ☐ La síntesis de los datos en respuestas de necesidades de cuidados.
- D— ☐ El análisis y agrupación de los datos.

94. De los momentos metódicos que se enuncian a continuación, indique el que está íntimamente relacionado con el diagnóstico enfermero:

- A— ☐ La recogida de datos.
- B— ☐ La interpretación de los datos.
- C— ☐ La confirmación de los datos.
- D— ☐ La descripción de los datos.

95. La finalidad del diagnóstico enfermero es:

- A— ☐ Identificar problemas de salud.
- B— ☐ Determinar necesidades de cuidados de salud.
- C— ☐ Identificar problemas de cuidados de salud.
- D— ☐ Determinar las causas de los problemas.

96. Durante la etapa de planificación se trata de pensar y organizar las estrategias para actuar. Identifique las acciones que comprende:

- A— ☐ Priorizar y formular objetivos.
- B— ☐ Definir las actividades a realizar.

- C- ☐ Registrar el plan.
- D- ☐ Todas son acciones de la fase de planificación.

97. La planificación de los cuidados relacionados con el diagnóstico enfermero es un proceso intelectual responsabilidad de:

- A- ☐ La enfermera.
- B- ☐ La enfermera y el cliente.
- C- ☐ El cliente, sus allegados y la enfermera.
- D- ☐ El equipo de enfermería.

98. Los componentes de los planes de cuidados son:

- A- ☐ Valoración y planificación.
- B- ☐ Diagnóstico, planificación y ejecución.
- C- ☐ Todo el proceso de cuidados.
- D- ☐ Valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

99. Analice el siguiente enunciado como un objetivo de resultado de la planificación de un plan de cuidados: *evitar que se produzca una flebitis en la zona de inserción del catéter venoso*:

- A- ☐ Es un enunciado correcto, pues se puede comparar.
- B- ☐ Es un enunciado incorrecto, pues no se expresa desde la perspectiva del cliente.
- C- ☐ Para ser correcto debería expresarse el tiempo en el que se pretende conseguir.
- D- ☐ No puede enunciarse un objetivo de estas características si la perfusión es un tratamiento necesario para el enfermo.

100. ¿Cómo debe ser el enunciado de un objetivo en la fase de planificación para que sea correcto?

- A- ☐ Sencillo, oportuno y alcanzable.
- B- ☐ Claro y medible.
- C- ☐ Que especifique quién debe conseguir el objetivo enunciado.
- D- ☐ Específico, concreto, observable y cuantificable.

101. La fase de ejecución consiste en poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de acción. Señale qué actividad no contribuye a ello:

- A- ☐ Comprobación de que se consiguen los objetivos.

- B— ☐ Preparación e intervención.
- C— ☐ Postejecución.
- D— ☐ Registro de las actividades.

102. De las acciones que se enuncian a continuación, indique aquella que es previa a una intervención enfermera:

- A— ☐ Evaluar las consecuencias.
- B— ☐ Valorar un informe previo.
- C— ☐ Registrar el cuidado.
- D— ☐ Valorar si es la más apropiada.

103. ¿Con qué medios se cuenta para la evaluación del Proceso de Atención de Enfermería?

- A— ☐ La observación, los registros, las sesiones y el control de calidad.
- B— ☐ Los datos obtenidos.
- C— ☐ Los cambios en los diagnósticos y la resolución de los mismos.
- D— ☐ La comprobación de consecución de los objetivos.

104. La finalidad de la etapa de evaluación del proceso es:

- A— ☐ Verificar la resolución de los problemas identificados.
- B— ☐ Constatar la consecución de los objetivos enunciados.
- C— ☐ Valorar la situación en la que se encuentra el paciente.
- D— ☐ Todas son finalidades de la evaluación del proceso.

105. La evaluación como fase del Proceso de Atención de Enfermería:

- A— ☐ Puede ser concurrente o terminal.
- B— ☐ Es la última fase.
- C— ☐ Se lleva a cabo al finalizar el plan de cuidados.
- D— ☐ Adquiere su verdadero significado cuando concluye con el alta del enfermo.

106. La evaluación puede conducir a:

- A— ☐ Emitir juicios o conclusiones sobre el cliente.
- B— ☐ Emitir un nuevo diagnóstico.
- C— ☐ Modificar el plan de cuidados.
- D— ☐ Todas las situaciones descritas.



107. Identifique alguna de las barreras que impiden el desarrollo del pensamiento crítico:

- A— ☐ Resistencia al cambio.
- B— ☐ Ser proactivo.
- C— ☐ Limitación de tiempo.
- D— ☐ Conciencia de los riesgos implicados.

108. Gordon M. conceptualiza el diagnóstico enfermero como: “Un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras hacia la consecución de los objetivos de los cuales la enfermera tiene responsabilidad”. Un análisis de esta conceptualización nos lleva a concluir que:

- A— ☐ La primera parte se corresponde con una definición conceptual y la segunda con una definición metodológica.
- B— ☐ Las dos partes de la definición tienen una orientación metodológica.
- C— ☐ Las dos partes de la definición tienen una orientación conceptual.
- D— ☐ Es una definición teórica y no práctica.

109. Desde la perspectiva del Modelo de Orem, el diagnóstico enfermero es:

- A— ☐ El resultado de una necesidad de autocuidado no satisfecha.
- B— ☐ Una respuesta negativa ante una autocuidado necesario.
- C— ☐ Un problema de autocuidados.
- D— ☐ Un déficit de autocuidados.

110. Para identificar y enunciar un diagnóstico se precisa:

- A— ☐ Valoración.
- B— ☐ Un referente conceptual y un referente metodológico.
- C— ☐ Utilizar un modelo de cuidados.
- D— ☐ Utilizar una clasificación diagnóstica.

111. El primer sistema de clasificación de diagnósticos se relaciona con:

- A— ☐ Abdellah en 1960.
- B— ☐ Lavin y Gebbie en 1973.
- C— ☐ Fry en 1953.
- D— ☐ NANDA en 1982.

112. De los enunciados siguientes, identifique el que no es una característica del diagnóstico:

- A— ☐ Se produce repetidamente en un número significativo de personas atendidas.
- B— ☐ La enfermera puede prescribir y realizar el tratamiento del problema.
- C— ☐ Identificar un problema que puede ser tratado por diferentes profesionales.
- D— ☐ Debe estar referido a una respuesta humana de necesidad de cuidados.

113. La definición: "Alteración del patrón de vida, producido por un problema de cuidados de salud, que causa una dificultad o altera la integridad física, psíquica o social de una persona o puede mantenerla incómoda", conceptualiza lo que se entiende por:

- A— ☐ Diagnóstico enfermero.
- B— ☐ Diagnóstico de salud.
- C— ☐ Respuesta humana ante una necesidad.
- D— ☐ Respuesta humana negativa.

114. Cuando la persona, familia o grupo goza de un nivel aceptable de salud y bienestar, pero es posible mejorarlo, ¿qué tipo de diagnóstico está indicado según la taxonomía NANDA?

- A— ☐ Un diagnóstico de salud.
- B— ☐ Ninguno, pues no existe problema.
- C— ☐ Un diagnóstico potencial.
- D— ☐ Un diagnóstico de riesgo, ya que la situación siempre es susceptible de cambio.

115. ¿Qué es un diagnóstico potencial?

- A— ☐ Un problema que se manifiesta con signos y síntomas, pero del que se desconocen las causas o etiología.
- B— ☐ Una situación en la que existen factores etiológicos o de riesgo que indican que puede aparecer un problema.
- C— ☐ La sospecha de la existencia de un problema.
- D— ☐ Una serie de signos y síntomas que requieren de más información para identificar un problema.

116. Señale la estructura que propone Gordon para el enunciado diagnóstico:

- A— ☐ Etiqueta, características definitorias y factores contribuyentes.
- B— ☐ Problemas y factores etiológicos.

- C— ☐ Problema, etiología y signos y síntomas.
- D— ☐ Etiqueta, características definitorias y manifestaciones.

117. Para enunciar un diagnóstico siguiendo el formato PES, propuesto por Gordon, se recomienda relacionar el problema con la etiología con los términos:

- A— ☐ Causado por.
- B— ☐ Manifestado por.
- C— ☐ Libremente.
- D— ☐ Relacionado con.

118. Partiendo de un enunciado diagnóstico que sigue el formato PES para elaborar el plan de cuidados, señale la relación correcta:

- A— ☐ Los objetivos del plan se relacionan con el problema.
- B— ☐ Los objetivos se relacionan con los signos y los síntomas.
- C— ☐ Las actividades se relacionan con el problema.
- D— ☐ Los criterios de resultados se relacionan con la etiología.

119. De los enunciados siguientes, indique el que no es una característica metodológica del diagnóstico:

- A— ☐ Todas las partes del diagnóstico son resultado de la valoración.
- B— ☐ Todos los elementos del plan de cuidados están fundamentados en las partes del diagnóstico.
- C— ☐ El enunciado diagnóstico debe basarse en un modelo de cuidados.
- D— ☐ Todas las partes del diagnóstico deben ser evaluadas.

120. Indique la relación que es correcta en un enunciado de un diagnóstico real:

- A— ☐ Riesgo del problema, etiología y signos y síntomas.
- B— ☐ Problema, etiología, signos y síntomas.
- C— ☐ Problema, etiología si se conoce y signos y síntomas si se conocen.
- D— ☐ Problema, etiología y signos y síntomas si se conocen.

121. Los términos *signo* y *síntoma* referidos al diagnóstico enfermero se conocen también como:

- A— ☐ Manifestaciones.
- B— ☐ Datos.
- C— ☐ Características del problema.
- D— ☐ De las tres formas.



122. ¿Qué diferencia existe entre signo y síntoma?

- A— ☐ No existen diferencias.
- B— ☐ El síntoma es un signo agravado.
- C— ☐ El signo es un dato objetivo y el síntoma es un dato subjetivo.
- D— ☐ El signo es un síntoma agravado.

123. Para identificar las variables que afectan al logro de los objetivos marcados, procederemos a:

- A— ☐ Analizar la información de la valoración y los registros del paciente.
- B— ☐ Revisar los signos y síntomas de la valoración inicial.
- C— ☐ Comprobar los factores etiológicos del problema.
- D— ☐ Hacer una valoración focalizada del problema.

124. En los diagnósticos enunciados en la clasificación NANDA, a la primera parte o problema del diagnóstico se la denomina:

- A— ☐ Etiqueta.
- B— ☐ Respuesta humana.
- C— ☐ Patrón de respuesta humana.
- D— ☐ Dominio.

125. En los diagnósticos enunciados en la clasificación NANDA, a la segunda parte o etiología del diagnóstico se la denomina:

- A— ☐ Definición.
- B— ☐ Etiqueta.
- C— ☐ Factores relacionados o factores de riesgo.
- D— ☐ Características definitorias.

126. En los diagnósticos enunciados en la clasificación NANDA, a la tercera parte o signos y síntomas del diagnóstico se la denomina:

- A— ☐ Etiqueta.
- B— ☐ Definición.
- C— ☐ Factores relacionados.
- D— ☐ Características definitorias.



127. Entre las propuestas de modificaciones de la clasificación NANDA por la NANDA II, los patrones de respuesta humana pasan a denominarse:

- A- ☐ Patrones del hombre unitario.
- B- ☐ Dominios.
- C- ☐ Respuestas negativas.
- D- ☐ Mantienen el mismo nombre.

128. El nivel máximo de abstracción en la estructura de la taxonomía NANDA II es:

- A- ☐ Etiqueta, características definitorias y factores relacionados.
- B- ☐ Patrones de respuesta humana y etiquetas.
- C- ☐ Dominios, clases y etiquetas.
- D- ☐ Etiqueta, factores relacionados y características definitorias.

129. La *Nursing Outcomes Classification* (NOC), o Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), es:

- A- ☐ Una clasificación de resultados, indicadores y escalas de medidas.
- B- ☐ Una clasificación de actividades enfermeras
- C- ☐ Una clasificación de problemas enfermeros.
- D- ☐ Una clasificación de objetivos.

130. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define el significado del término *ontología*?

- A- ☐ Rama de la filosofía que estudia la investigación científica y su producto.
- B- ☐ Rama de la filosofía que estudia la naturaleza, eje o esencia de un fenómeno o de la existencia.
- C- ☐ Rama de la filosofía que estudia la estructura y el método de la ciencia.
- D- ☐ Rama de la filosofía que estudia los fenómenos identificando sus causas y efectos.

131. Un modelo de enfermería es:

- A- ☐ Una descripción de cómo nos gustaría que fuera la profesión enfermera.
- B- ☐ Una representación de lo que hacen las enfermeras asistenciales a nivel hospitalario.
- C- ☐ Una representación de las distintas miradas que las enfermeras dirigimos hacia el proceso de cuidar.
- D- ☐ Una teoría que representa la evolución de la profesión de enfermería.

132. El significado de los modelos de enfermería para la profesión enfermera se concreta en que:

- A- ☐ Nos muestran qué es la enfermería y nos permiten llegar a desarrollar, aumentar y a modificar su contenido disciplinar.
- B- ☐ Son un "álbum fotográfico" que nos permite ver cómo ha evolucionado la profesión de enfermería.
- C- ☐ Son aportaciones de carácter teórico que no pueden llevarse a la práctica.
- D- ☐ Son imprescindibles para el ejercicio práctico encontrándose ampliamente utilizados en nuestro entorno.

133. Algunas de las ventajas derivadas del uso de los modelos son:

- A- ☐ Permiten el desarrollo e implantación de las especialidades.
- B- ☐ Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de profesionales de salud.
- C- ☐ Nos muestran aquello que es esencial en la actuación de la enfermera.
- D- ☐ b y c son correctas.

134. Podemos explicar la diferencia que existe entre una teoría y un modelo diciendo que:

- A- ☐ Una teoría y un modelo son la misma cosa puesto que el modelo es la representación de la teoría.
- B- ☐ La teoría siempre es un modelo, pero un modelo puede no representar una teoría.
- C- ☐ La teoría es la parte conceptual de la enfermería y el modelo su representación práctica.
- D- ☐ La teoría es una parte del modelo ya que éstos pueden estar sustentados.

135. La *Nursing Interventions Classification* (NIC) o Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), es:

- A- ☐ Una clasificación de resultados, indicadores y escalas de medidas.
- B- ☐ Una clasificación de problemas enfermeros.
- C- ☐ Una clasificación de objetivos.
- D- ☐ Una clasificación de actividades enfermeras.

136. ¿Cuál de las siguientes opciones define el significado del término *epistemología*?

- A- ☐ Conjunto de saberes que tienen a la ciencia como objeto de estudio.



- B— ☐ Conjunto de saberes que permiten el estudio del “proceso de cuidados” posibilitando el desarrollo del conocimiento.
- C— ☐ Conjunto de saberes que permiten el estudio y análisis de los modelos y teorías de enfermería.
- D— ☐ Conjunto de saberes que nos permiten identificar la esencia y naturaleza de un fenómeno o la existencia.

137. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a las tendencias filosóficas subyacentes en los modelos y teorías de enfermería?

- A— ☐ Todos los modelos y teorías de enfermería tienen como marco de referencia la filosofía positivista.
- B— ☐ Ya desde los inicios, aunque algunos de los conceptos centrales de los modelos fueron definidos desde el positivismo, podemos identificar conceptos definidos a través de sistemas interpretativos.
- C— ☐ Los modelos de enfermería que podemos considerar teorías, por su nivel de desarrollo, tienen como marco de referencia la hermenéutica.
- D— ☐ Todos los modelos y teorías de enfermería tienen como marco de referencia la fenomenología.

138. ¿Por qué incluimos en la definición de enfermería el término *cuidar* o *cuidados*?

- A— ☐ Para continuar la tradición iniciada por Florence Nightingale.
- B— ☐ Por ser el elemento exclusivo y diferenciador del marco conceptual de enfermería respecto del resto de disciplinas de salud.
- C— ☐ Porque los profesionales de enfermería cuidan y los profesionales de la medicina curan.
- D— ☐ Por su carácter de elemento ontológico de la disciplina enfermera.

139. Según Medina Moya y Sandín Esteban, para poder dar respuesta a la pregunta sobre *qué es* o *qué no es ciencia* debemos:

- A— ☐ Identificar la utilización del método científico.
- B— ☐ Identificar la perspectiva epistemológica utilizada por el investigador.
- C— ☐ Tener presente que la perspectiva epistemológica utilizada condiciona la consideración de lo que es o no ciencia.
- D— ☐ b y c son correctas.

140. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta en relación con la epistemología?

- A— ☐ La perspectiva epistemológica planteada desde lo que llamamos ciencia nomotética presenta grandes coincidencias con la planteada desde la ciencia idiográfica.
- B— ☐ La perspectiva epistemológica planteada desde lo que llamamos ciencia idiográfica presenta como eje central lo que se conoce como *monismo metodológico*.
- C— ☐ La perspectiva epistemológica planteada desde lo que llamamos ciencia nomotética presenta grandes diferencias con la planteada desde la ciencia idiográfica.
- D— ☐ La perspectiva epistemológica planteada desde lo que llamamos ciencia hermenéutica presenta grandes diferencias con la planteada desde la ciencia idiográfica.

141. ¿Cuál de las siguientes opciones explica mejor las características de la ciencia nomotética?

- A— ☐ Corriente de pensamiento cuya influencia sobre el desarrollo de la ciencia ha sido efímera.
- B— ☐ Corriente de pensamiento de gran influencia sobre el desarrollo de la ciencia.
- C— ☐ Corriente de pensamiento según el cual la ciencia está dirigida al establecimiento de leyes generales o generalizaciones causales.
- D— ☐ b y c son correctas.

142. ¿Cuál de las siguientes opciones explica mejor la relación entre el positivismo y la hermenéutica?

- A— ☐ Los principios de cada una de ellas están esencialmente en contraposición con la otra.
- B— ☐ Los planteamientos epistemológicos que proponen tienen una gran afinidad.
- C— ☐ Ambas proponen identificar las causas del fenómeno.
- D— ☐ Presentan propuestas epistemológicas pero ambas buscan la comprensión del fenómeno más que la identificación de las causas.

143. ¿Cuál de las siguientes opciones refleja mejor alguna de las características del conocimiento producido a través del método científico?

- A— ☐ Es descriptivo, metódico y subjetivo.
- B— ☐ Es objetivo, racional y contrastable.

- C— ☐ Es metódico, explicativo e interpretativo.
- D— ☐ Es probabilístico, diferencial y permite el conocimiento de lo particular e individual.

144. ¿Cuál de las siguientes opciones explica mejor la relación entre el positivismo y la disciplina enfermera?

- A— ☐ El positivismo limita el desarrollo de la disciplina enfermera dado que su propuesta epistemológica no es adecuada para el análisis del elemento ontológico de la disciplina.
- B— ☐ El positivismo favorece el desarrollo de la disciplina enfermera dado que permite su equiparación con el resto de las disciplinas científicas y profesionales.
- C— ☐ El positivismo es fundamental para el análisis epistemológico de los modelos y teorías.
- D— ☐ El positivismo ha sustentado y sustenta el marco epistemológico que ha permitido y permite el desarrollo de los modelos y teorías de enfermería.

145. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge alguna de las críticas que se han hecho a la "objetividad de la ciencia"?

- A— ☐ Es imposible aceptar la objetividad de la ciencia si consideramos el concepto de *unicidad* de la persona.
- B— ☐ Es imposible aceptar la objetividad de la ciencia si consideramos los métodos utilizados para el estudio de los fenómenos.
- C— ☐ Es imposible aceptar la objetividad de la ciencia si consideramos que el concepto de fenómeno implica la consideración de la percepción del investigador.
- D— ☐ a y c son correctas.

146. Según Meleis, el análisis epistemológico de la enfermería permite:

- A— ☐ La aplicación de los modelos y teorías a la práctica asistencial.
- B— ☐ La formulación de problemas de investigación a partir de los marcos referenciales propuestos en los modelos.
- C— ☐ La aplicación de la metodología científica a la disciplina enfermera.
- D— ☐ La toma de conciencia sobre la complejidad y diversidad de perspectivas para el análisis del desarrollo científico.

147. Según Thomas Khun, en el desarrollo de la ciencia podemos identificar los siguientes momentos:

- A— ☐ Paradigma, ciencia normal y revolución.
- B— ☐ Preparadigma, ciencia normal, crisis y revolución.



- C— ☐ Crisis, ciencia normal y paradigma.
- D— ☐ Ciencia normal, crisis, revolución y paradigma.

148. Actualmente se considera que en la producción del conocimiento científico intervienen:

- A— ☐ Elementos intelectuales, lógicos y racionales.
- B— ☐ La objetividad del conocimiento científico exige la supresión de cualquier elemento.
- C— ☐ Factores actitudinales, afectivos, sociales y políticos.
- D— ☐ a y c son correctas.

149. Según P. Beck (1976), los modelos que agrupamos bajo la denominación de Tendencia Ecológica tienen en común:

- A— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y las características preferentemente psicológicas de los individuos.
- B— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y la dinámica social.
- C— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y el medio ambiente que rodea al individuo.
- D— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y la naturaleza.

150. Según A. Marriner (1989), los modelos que agrupamos bajo la denominación de Tendencia de Campos Energéticos tienen en común:

- A— ☐ Que definen la enfermería en términos de intercambio y conservación de energía.
- B— ☐ Que definen la enfermería como un sistema abierto en continuo movimiento.
- C— ☐ Que se refieren al papel de la enfermera como sustituta y compensadora de la energía que precisa el sujeto para obtener salud.
- D— ☐ Que consideran la salud y la naturaleza como campos energéticos.

151. Según UNED (1981), los modelos que agrupamos bajo la denominación de Tendencia de Interrelación tienen en común:

- A— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y las características preferentemente psicológicas de los individuos.
- B— ☐ Que se refieren a la importancia de la relación enfermera/usuario en el proceso de cuidados y a los beneficios que ambos obtienen de dicha relación.
- C— ☐ Que se refieren al papel de ayuda y sustitución que la enfermera lleva a cabo durante el proceso de cuidados.
- D— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y la naturaleza.



152. Según P. Beck (1976), los modelos que agrupamos bajo la denominación de Tendencia Cósmica tienen en común:

- A— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y las características preferentemente psicológicas de los individuos.
- B— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y la dinámica social.
- C— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y el medio ambiente, entendido como un sistema abierto, que rodea al individuo.
- D— ☐ Que proponen la existencia de una relación entre la salud y la naturaleza.

153. Según S. Kérouac (1996), los modelos que agrupamos bajo el paradigma de categorización tienen en común:

- A— ☐ Que su construcción está claramente influenciada por el positivismo.
- B— ☐ Que el significado de cuidar se extiende hacia el mantenimiento de la salud.
- C— ☐ Que consideran la unicidad y globalidad del fenómeno enfermero.
- D— ☐ Que consideran la necesidad de tener en cuenta el contexto para poder comprender y explicar el fenómeno.

154. Atendiendo al paradigma de integración, el fenómeno enfermero es:

- A— ☐ Contextual, variable y divisible.
- B— ☐ Contextual y variable.
- C— ☐ Único, complejo y global.
- D— ☐ b y c son correctas.

155. La observación es un método de recogida de datos de gran valor para:

- A— ☐ Elaborar el razonamiento diagnóstico.
- B— ☐ No emitir juicios de valor.
- C— ☐ Centrar la entrevista.
- D— ☐ Identificar comportamientos que el sujeto no reconoce.

156. Los modelos que agrupamos bajo la denominación de Escuela de los Efectos Deseables tienen en común:

- A— ☐ Que su objetivo es intentar conceptualizar los resultados de los cuidados enfermeros
- B— ☐ Que el cuidado está centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.
- C— ☐ Que su construcción está claramente influenciada por el positivismo.
- D— ☐ Que consideran la necesidad de tener en cuenta el contexto para poder comprender y explicar el fenómeno.

157. Atendiendo al paradigma de categorización, el fenómeno enfermero es:

- A— ☐ Contextual y variable.
- B— ☐ Único, complejo y global.
- C— ☐ Contextual, variable y divisible.
- D— ☐ Divisible.

158. Según S. Kérouac (1996), los modelos que agrupamos bajo el paradigma de transformación tienen en común:

- A— ☐ Que su construcción está claramente influenciada por el positivismo.
- B— ☐ Que consideran la necesidad de tener en cuenta el contexto para poder comprender y explicar el fenómeno.
- C— ☐ Que el significado de cuidar se extiende hacia el mantenimiento de la salud.
- D— ☐ Que se considera la unicidad y globalidad del fenómeno enfermero.

159. ¿Qué proceso es el que utilizan las enfermeras para determinar un diagnóstico enfermero?

- A— ☐ Proceso de toma de decisiones.
- B— ☐ Proceso de cuidar.
- C— ☐ Proceso de cuidados enfermeros.
- D— ☐ Proceso de resultados.

160. ¿Qué relación se puede establecer entre cuidado enfermero y educación para la salud?

- A— ☐ Se pueden utilizar indistintamente.
- B— ☐ Son conceptos sinónimos.
- C— ☐ La educación para la salud se refiere a la naturaleza del cuidado.
- D— ☐ Tienen un significado diferente e independiente.

161. La afirmación "la enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados" responde a:

- A— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de categorización en el momento centrado en la enfermedad.
- B— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de categorización en el momento centrado en la salud pública.

- C— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de transformación.
- D— ☐ La interpretación del papel de la enfermera, en relación con los cuidados, dentro del marco del paradigma de integración.



162. Elija la respuesta que mejor explique las diferencias entre la definición de persona dentro del paradigma de categorización y del de transformación:

- A— ☐ En los dos paradigmas se considera que la persona tiene capacidad para participar en los cuidados.
- B— ☐ No hay ninguna diferencia, ya que se considera que la persona tiene componentes de tipo físico, intelectual, emocional y espiritual.
- C— ☐ Aunque ambos paradigmas consideran que la persona tiene componentes de tipo físico, intelectual, emocional y espiritual, el Paradigma de Transformación entiende que son un todo indivisible.
- D— ☐ a y b son correctas.

163. ¿Qué autora describe cuidar como un acto de vida?

- A— ☐ Leininger.
- B— ☐ Hall.
- C— ☐ Collière.
- D— ☐ Nightingale.

164. Elija la respuesta que mejor explique la relación existente entre la definición de salud en el paradigma de categorización y en el de integración:

- A— ☐ El concepto de salud está definido en ambos paradigmas como un estado de equilibrio y ausencia de enfermedad.
- B— ☐ El concepto de salud está definido en ambos paradigmas como elementos diferentes en interacción dinámica.
- C— ☐ El concepto de salud está definido en ambos paradigmas como la posibilidad de realización del potencial de creación de la persona.
- D— ☐ El concepto de salud en el paradigma de categorización se define en términos de ausencia de enfermedad, mientras que en el de Integración salud y enfermedad son dos elementos distintos en interacción dinámica.

165. Elija la respuesta que mejor explique la definición del concepto entorno en el paradigma de categorización:

- A— ☐ Formado por elementos externos a la persona.

- B- ☐ Considerado como un factor que puede ser manipulado y controlado.
- C- ☐ Constituido por los contextos histórico, social y político.
- D- ☐ a y b son correctas.

166. Elija la respuesta que mejor explica las diferencias existentes entre la definición del concepto entorno en el paradigma de integración y en el paradigma de transformación:

- A- ☐ Básicamente, la diferencia está en la amplitud del entorno, ya que en el paradigma de transformación el entorno es el universo.
- B- ☐ Básicamente, la diferencia está en la dinámica del entorno y su influencia en la salud.
- C- ☐ Básicamente, la diferencia está en la posibilidad de manipulación del entorno, ya que el paradigma de transformación considera que el entorno puede ser manipulado.
- D- ☐ Básicamente, la diferencia está en que el paradigma de integración considera el entorno formado por elementos externos a la persona.

167. Las creencias y valores que sustentan el cuidado enfermero se encuentran en:

- A- ☐ El marco teórico enfermero.
- B- ☐ El modelo de cuidados que se adopte.
- C- ☐ En el talante personal de la enfermera.
- D- ☐ En la ética profesional.

168. Elija la respuesta que mejor explique la *gestión enfermera* en el paradigma de transformación:

- A- ☐ Gestión descentralizada y orientación hacia las tareas.
- B- ☐ Gestión centralizada y orientación a la persona.
- C- ☐ Gestión centralizada en el hospital.
- D- ☐ Gestión descentralizada y apertura hacia el mundo.

169. ¿Cómo define el concepto *persona* J. Watson (1979)?

- A- ☐ Ser compuesto por cuerpo, alma y espíritu, inmerso en el mundo.
- B- ☐ Unidad viviente que es más y diferente que la suma de sus partes.
- C- ☐ Ser individual.
- D- ☐ Sistema en interacción continua con otros sistemas.



170. Elija la respuesta que mejor explique la relación existente entre la *investigación enfermera* dentro de los paradigmas de categorización e integración:

- A— ☐ La relación está en el objeto de la investigación, ya que en ambos paradigmas es el cliente y su entorno.
- B— ☐ No hay relación de afinidad, ya que el objeto de la investigación es diferente en ambos paradigmas.
- C— ☐ La relación está en la utilización en ambos paradigmas de marcos teóricos propios de la disciplina enfermera.
- D— ☐ La relación está en el desarrollo en ambos paradigmas del conocimiento disciplinar propio.

171. Elija la respuesta que mejor explique la relación existente entre la *formación enfermera* dentro de los paradigmas de categorización y transformación:

- A— ☐ No hay ninguna relación, ya que la formación en el paradigma de transformación promueve la utilización del conocimiento propio y la creatividad.
- B— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la formación incorpora principios de prevención de las enfermedades y de los modos de vida saludable.
- C— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la formación incorpora la memorización de signos y síntomas de las enfermedades, además de habilidades técnicas.
- D— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la formación está fundamentada en el conocimiento específico.

172. Elija la respuesta que mejor explique la relación existente entre la *práctica enfermera* dentro de los paradigmas de integración y transformación:

- A— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la práctica está fundamentada en el conocimiento específico.
- B— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la práctica incorpora el desarrollo de habilidades técnicas.
- C— ☐ La relación está en que en los dos paradigmas la práctica incorpora medidas de prevención específica y de higiene.
- D— ☐ b y c son correctas.

173. ¿Cómo define el concepto *persona* F. Nightingale (1859)?

- A— ☐ Paciente tridimensional.
- B— ☐ Ser humano holístico.

- C- ☐ Paciente.
- D- ☐ Sistema en interacción continua con otros sistemas.

174. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para H. Peplau (1952)?

- A- ☐ La salud está relacionada con la toma de conciencia que la persona hace de su situación.
- B- ☐ Ausencia de enfermedad y sensación de bienestar físico, mental y espiritual.
- C- ☐ No es un estado ni una finalidad.
- D- ☐ Desarrollo personal y social de la persona.

175. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *necesidad* según V. Henderson (1955)?

- A- ☐ La necesidad está relacionada con la pérdida.
- B- ☐ La necesidad surge con la presencia de un problema.
- C- ☐ La necesidad es un requisito.
- D- ☐ La necesidad es un requerimiento frente a una alteración de salud.

176. ¿Cómo define el concepto *persona* M. E. Levine (1967)?

- A- ☐ Ser íntegro (holístico) que mantiene una relación continua entre sus partes y sus funciones.
- B- ☐ Ser único, movido por su afán de autodeterminación.
- C- ☐ Ser individual.
- D- ☐ Sistema en interacción continua con otros sistemas.

177. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *cuidado* para F. G. Abdellah (1960)?

- A- ☐ El cuidado está dirigido a restaurar y mantener un equilibrio dinámico del sistema conductual.
- B- ☐ El cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.
- C- ☐ Acción de ayuda.
- D- ☐ Son las acciones centradas en la participación cualitativa de la persona.

178. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *persona* para L. E. Hall (1961)?

- A- ☐ Ser íntegro (holístico) que mantiene una relación continua entre sus partes y sus funciones.



- B— ☐ Ser que consta de tres aspectos esenciales: cuerpo, patología y personalidad.
- C— ☐ Ser individual.
- D— ☐ Sistema en interacción continua con otros sistemas.

179. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *entorno* para I. J. Orlando (1962)?

- A— ☐ Está formado por los elementos externos ajenos a los subsistemas.
- B— ☐ Es el contexto en el que se produce el aprendizaje del significado de la salud y de los hábitos de salud.
- C— ☐ Son las experiencias de vida por las que atraviesan las personas.
- D— ☐ Contexto en el que se desarrolla el proceso de cuidar y por tanto el tiempo y el espacio.

180. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para M. Allen (1963)?

- A— ☐ La salud está relacionada con la toma de conciencia que la persona hace de su situación.
- B— ☐ Ausencia de enfermedad y sensación de bienestar físico, mental y espiritual.
- C— ☐ No es un estado ni una finalidad.
- D— ☐ Desarrollo personal y social de la persona.

181. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *entorno* para J. Travelbee (1964)?

- A— ☐ Está formado por los elementos externos ajenos a los subsistemas.
- B— ☐ Es el contexto en el que se produce el aprendizaje del significado de la salud y de los hábitos de salud.
- C— ☐ Son las experiencias de vida por las que atraviesan las personas.
- D— ☐ Contexto en el que se desarrolla el proceso de cuidar y por tanto el tiempo y el espacio.

182. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para E. Wiedenbach (1965)?

- A— ☐ La salud está definida en términos de independencia y autodeterminación.
- B— ☐ La salud está relacionada con la toma de conciencia que la persona hace de su situación.
- C— ☐ Desarrollo personal y social de la persona.
- D— ☐ No es un estado ni una finalidad.

183. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *cuidado* para D. E. Johnson (1958)?

- A- ☐ Es la mediación de la enfermera entre una persona, una familia o una comunidad con su respectivo patrón.
- B- ☐ El cuidado está dirigido a restaurar y mantener un equilibrio dinámico del sistema conductual.
- C- ☐ Son las acciones centradas en la participación cualitativa de la persona.
- D- ☐ El cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.

184. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para I. King (1968)?

- A- ☐ Desarrollo personal y social de la persona..
- B- ☐ No es un estado ni una finalidad..
- C- ☐ La salud está relacionada con la toma de conciencia que la persona hace de su situación.
- D- ☐ Proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos.

185. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para M. E. Rogers (1970)?

- A- ☐ La salud se define desde la cultura y la propia persona.
- B- ☐ Desarrollo personal y social de la persona.
- C- ☐ Proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos.
- D- ☐ La salud está relacionada con la toma de conciencia que la persona hace de su situación.

186. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *cuidado* para C. Roy (1971)?

- A- ☐ El cuidado está dirigido a restaurar y mantener un equilibrio dinámico del sistema conductual.
- B- ☐ El cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.
- C- ☐ Acción de ayuda.
- D- ☐ El cuidado contribuye a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida del sujeto.



187. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para M. K. Chrisman y J. Riehl-Sisca (1974)?

- A— ☐ Completo bienestar físico, mental y social.
- B— ☐ Proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos.
- C— ☐ La salud se define desde la cultura y la propia persona.
- D— ☐ Desarrollo personal y social de la persona.

188. Según Kozier, la observación tiene dos momentos, que son:

- A— ☐ Reflexión y acción.
- B— ☐ Notar el estímulo y seleccionar, organizar e interpretar el dato.
- C— ☐ Codificar y decodificar el dato.
- D— ☐ Percibir y dar inicio a la acción.

189. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *salud* para N. J. Pender (1975)?

- A— ☐ Estado altamente positivo.
- B— ☐ Ausencia de enfermedad y sensación de bienestar físico, mental y espiritual.
- C— ☐ No es un estado ni una finalidad.
- D— ☐ Desarrollo personal y social de la persona.

190. El modelo de enfermería que propone M. Leininger (1978) se conoce también como:

- A— ☐ Modelo de autocuidados.
- B— ☐ Modelo de enfermería transcultural.
- C— ☐ Modelo de actividades de vida cotidiana.
- D— ☐ Modelo de necesidades.

191. Además de los conceptos propios del metaparadigma enfermero, M. A. Newman (1979) define los siguientes conceptos:

- A— ☐ Asociación, asunción de rol y rol de enfermo.
- B— ☐ Campo de energía, pandimensionalidad y universo de sistemas abiertos.
- C— ☐ Patrón, consciencia, movimiento, tiempo y espacio.
- D— ☐ Necesidad de ayuda, acción racional y acción por reacción.

192. Elija la respuesta que mejor explique la *gestión enfermera* en el paradigma de integración:

- A— ☐ Gestión centralizada y orientación a la persona.
- B— ☐ Gestión centralizada en el hospital.
- C— ☐ Gestión descentralizada y orientación hacia las tareas.
- D— ☐ Gestión descentralizada y apertura hacia el mundo.

193. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *cuidado* para J. Riehl-Sisca (1980)?

- A— ☐ El cuidado es una acción terapéutica que permite alcanzar el máximo potencial de salud del paciente.
- B— ☐ El cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.
- C— ☐ El cuidado contribuye a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida del sujeto.
- D— ☐ Son las acciones centradas en la participación cualitativa de la persona.

194. Además de los conceptos propios del metaparadigma enfermero N. Roper, W.W. Logan y A. J. Tierney (1980) incorporan los siguientes conceptos:

- A— ☐ Actividades de vida, etapas de la vida y grado de dependencia/independencia.
- B— ☐ Asociación, asunción de rol y rol de enfermo.
- C— ☐ Necesidad de ayuda, acción racional y acción por reacción.
- D— ☐ Campo de energía, pandimensionalidad y universo de sistemas abiertos.

195. ¿Cómo define el concepto *persona* R. Parse-Rizzo (1981)?

- A— ☐ Paciente tridimensional.
- B— ☐ Unidad viviente que es más y diferente que la suma de sus partes.
- C— ☐ Ser individual.
- D— ☐ Sistema en interacción continua con otros sistemas.

196. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el significado del concepto *cuidado* para R. Parse-Rizzo (1981)?

- A— ☐ El cuidado está dirigido a restaurar y mantener un equilibrio dinámico del sistema conductual.
- B— ☐ El cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.

- C— ☐ Es la mediación de la enfermera entre una persona, una familia o una comunidad con su respectivo patrón.
- D— ☐ Son las acciones centradas en la participación cualitativa de la persona.



197. De los siguientes enunciados teóricos, ¿cuál atribuiría a V. Henderson (1955)?

- A— ☐ La asistencia es el elemento central de la práctica enfermera, genera salud y sólo será eficaz si se practica de forma interpersonal.
- B— ☐ Los actos sociales deben ser estudiados teniendo en cuenta sus efectos en el proceso de percepción e interpretación que realiza el sujeto.
- C— ☐ El equipo de atención incluye al paciente y a su familia puesto que ambos participan en el proceso de cuidar.
- D— ☐ El objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación en el que se encuentran.

198. ¿Cuáles son las fuentes de error más frecuentes en la elaboración del diagnóstico enfermero?

- A— ☐ No tener claros los factores etiológicos.
- B— ☐ Recogida e interpretación de los datos incorrectos.
- C— ☐ Falta de habilidad en formular preguntas intencionadas.
- D— ☐ No hacer una valoración de todos los patrones de salud.

199. Las características definitorias o manifestaciones mayores y menores de un diagnóstico tendrán que estar presentes en:

- A— ☐ Todas las mayores presentes.
- B— ☐ Todas las mayores y alguna de las menores.
- C— ☐ Entre un 60 y 70% de las mayores.
- D— ☐ No hay diferencia ni cuantificación entre características mayores y menores.

200. Los componentes de los diagnósticos de riesgo son:

- A— ☐ Etiqueta y características definitorias críticas.
- B— ☐ Etiqueta y factores de riesgo.
- C— ☐ Etiqueta, características definitorias y factores concurrentes.
- D— ☐ Etiqueta, factores de riesgo y características definitorias.

PATRÓN DE RESPUESTAS

200 preguntas de Fundamentos de Enfermería

(test)

A continuación se propone un patrón de respuestas de las 200 preguntas pertenecientes a Fundamentos de Enfermería. Recuerde que de las cuatro opciones que se dan en cada una de ellas, sólo una es correcta o, en su defecto, la más completa. Señale con un lapicero el ítem que considera verdadero y compruebe en las páginas de respuestas la justificación y el total de preguntas acertadas.

- 1 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 2 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 3 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 4 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 5 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 6 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 7 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 8 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 9 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 10 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 11 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 12 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 13 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 14 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 15 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 16 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 17 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 18 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 19 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 20 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 21 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 22 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 23 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 24 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 25 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 26 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 27 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 28 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 29 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 30 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 31 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 32 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 33 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 34 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 35 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 36 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 37 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 38 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 39 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 40 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 41 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 42 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 43 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 44 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 45 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 46 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 47 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 48 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 49 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 51 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 52 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 53 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 54 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 55 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 56 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 57 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 58 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 59 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 60 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 61 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 62 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 63 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 64 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 65 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 66 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 67 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 68 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 69 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 70 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 71 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 72 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 73 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 74 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 75 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 76 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 77 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 78 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 79 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 80 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 81 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 82 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 83 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 84 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 85 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 86 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 87 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 88 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 89 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 90 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 91 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 92 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 93 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 94 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 95 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 96 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 97 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 98 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 99 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 101 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 102 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 103 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 104 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 105 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 106 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 107 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 108 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 109 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 110 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 111 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 112 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 113 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 114 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 115 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 116 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 117 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 118 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 119 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 120 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 121 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 122 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 123 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 124 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 125 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 126 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 127 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 128 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 129 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 130 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 131 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 132 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 133 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 134 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 135 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 136 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 137 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 138 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 139 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 140 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 141 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 142 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 143 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 144 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 145 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 146 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 147 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 148 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 149 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 151 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 152 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 153 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 154 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 155 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 156 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 157 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 158 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 159 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 160 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 161 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 162 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 163 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 164 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 165 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 166 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 167 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 168 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 169 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 170 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 171 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 172 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 173 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 174 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 175 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 176 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 177 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 178 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 179 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 180 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 181 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 182 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 183 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 184 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 185 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 186 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 187 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 188 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 189 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 190 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 191 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 192 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 193 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 194 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 195 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 196 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 197 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 198 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 199 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

200 Preguntas

(test)

comentadas

Test Enfermería

2/5

Administración y Gestión

María Paz Mompart García

Profesora Titular. Departamento de Enfermería,
Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo

Marta Durán Escribano

Profesora Titular. Departamento de Enfermería,
Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Pilar Marqués Sánchez

Profesora Titular. Departamento de Enfermería,
Universidad de León. Campus de Ponferrada

Francisco Javier del Río Sainz

Enfermero. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Preguntas

201. La responsabilidad de la protección a la salud depende:

- A— ☐ De cada uno de los ciudadanos, en su propio autocuidado.
- B— ☐ De los servicios de salud de cada autonomía.
- C— ☐ De la atención primaria, especialmente en su papel de prevención y promoción de la salud.
- D— ☐ Del Estado, como garante del bienestar y la seguridad de todos los ciudadanos.

202. El gasto sanitario ha crecido en la mayoría de los países desarrollados en los últimos tiempos, debido a:

- A— ☐ La mala gestión de los servicios de salud.
- B— ☐ El incremento de los costes de producción de los artículos sanitarios.
- C— ☐ Los cambios políticos y sociales.
- D— ☐ El incremento de la cobertura, el envejecimiento de la población y la utilización masiva de tecnología en los servicios sanitarios.



203. En el mundo occidental, la consolidación de los sistemas de salud va ligada a:

- A— ☐ El desarrollo y fortalecimiento del estado de bienestar.
- B— ☐ La mejora de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos.
- C— ☐ La consecución de mayores libertades políticas.
- D— ☐ La disponibilidad de mejor tecnología médica.

204. En el tiempo, el concepto de sistema sanitario es:

- A— ☐ Relativamente reciente, mediados del siglo xx.
- B— ☐ Bastante antiguo.
- C— ☐ De creación en las últimas décadas.
- D— ☐ Prácticamente, existe desde que se proporciona atención médica a la población.

205. La intervención del Estado en la Sanidad viene determinada por todas estas razones, excepto:

- A— ☐ La sanidad es uno de los sectores prioritarios del bienestar general.
- B— ☐ Los países occidentales tienden a asegurar la cobertura en salud.
- C— ☐ La creencia en que el Estado debe corregir los fallos del mercado.
- D— ☐ Al intervenir, el Estado abarata los costes de atención.

206. ¿Cuál de estas opciones es correcta, con respecto del gasto sanitario?

- A— ☐ A mayor gasto sanitario, mejores indicadores de salud.
- B— ☐ Cuanto mayor es el nivel de vida de un país, son menores los recursos que dedica al sector salud.
- C— ☐ A partir de un nivel determinado de gasto y de indicadores de salud, el incremento de éste puede resultar superfluo.
- D— ☐ El gasto sanitario se controla mejor en el sector privado.

207. En el mercado de la sanidad, los agentes: pacientes, ciudadanos, financiadores, empresas... (señale la opción incorrecta):

- A— ☐ Tienen los mismos intereses y expectativas.
- B— ☐ Son muy variados.
- C— ☐ Tienen un objetivo común.
- D— ☐ Son el conjunto de colectivos implicados en la producción de servicios de salud.

208. El sistema de mercado en salud:

- A— ☐ Es un mecanismo para facilitar la confluencia de intereses de demanda y oferta.
- B— ☐ Facilita siempre la aparición de oferta privada.
- C— ☐ Anula la provisión pública de servicios.
- D— ☐ Requiere importantes cambios legislativos en nuestro sistema.

209. La demanda de salud por parte de la población depende de estas razones, excepto de una:

- A— ☐ La valoración propia de la salud.
- B— ☐ Los factores personales, como la edad.
- C— ☐ La oferta de servicios por parte de las autoridades sanitarias.
- D— ☐ La producción propia, los autocuidados, los hábitos y costumbres saludables.

210. Los sistemas de aseguramiento en salud tienen su base en:

- A— ☐ La oferta que realiza la empresa pública de salud.
- B— ☐ La incertidumbre que los ciudadanos tienen ante futuras situaciones de salud.
- C— ☐ La aparición de fuertes empresas sanitarias privadas.
- D— ☐ La necesidad de las empresas de mantener a sus empleados en el trabajo.

211. ¿Qué es la organización?

- A— ☐ La organización es el conjunto de personas y medios que trabajan de forma coordinada en un determinado contexto físico (local, edificio, etc.) y normativo, que sería la empresa.
- B— ☐ Es el proceso de relacionar los grupos humanos con los medios de trabajo para la ejecución de unos objetivos previstos.
- C— ☐ Es un proceso metódico consistente en definir un problema y objetivo por análisis, fijar unos fines posibles, determinar el orden de las actividades e inventariar los recursos necesarios.
- D— ☐ a y b son correctas.

212. Una de éstas no es una finalidad de la organización:

- A— ☐ Procurar que el plan y los objetivos se adapten a la acción.
- B— ☐ Proporcionar seguridad y continuidad a las acciones.
- C— ☐ Mejorar la utilización de la información.
- D— ☐ Establecer objetivos oportunos.

**213. La organización en una empresa sanitaria se refiere a:**

- A— ☐ La definición de políticas.
- B— ☐ La relación entre grupos y medios para llevar adelante las acciones programadas.
- C— ☐ El establecimiento y definición de los programas.
- D— ☐ El cumplimiento de los objetivos.

214. En la organización, pueden identificarse las siguientes etapas:

- A— ☐ Planificación, programación, control.
- B— ☐ Definición de políticas, de estructura y de medios.
- C— ☐ Estructuración, sistematización, instalación.
- D— ☐ Definición de necesidades, fijación de medios, establecimiento de objetivos, elaboración de programas.

215. ¿Para qué sirve la cultura organizativa?

- A— ☐ Para ayudar a definir los objetivos más adecuados.
- B— ☐ Como factor de control interno de la organización.
- C— ☐ Como elemento diferenciador de la empresa y de cohesión del grupo.
- D— ☐ Contribuye al mejor cumplimiento de los planes.

216. La estabilidad de una organización...

- A- ☐ Es un elemento negativo, ya que siempre dificulta el cambio.
- B- ☐ Propicia generalmente la mejora del trabajo, al sentirse los trabajadores más seguros.
- C- ☐ Es la tendencia al mantenimiento de la situación actual.
- D- ☐ Por lo general, se impone desde la dirección.

217. ¿Cuál de éstos no es un tipo de poder utilizado en las empresas sanitarias?

- A- ☐ De recompensa.
- B- ☐ De transmisión.
- C- ☐ De información.
- D- ☐ De experto.

218. Poder y autoridad:

- A- ☐ Son sinónimos.
- B- ☐ Siempre se dan conjuntamente.
- C- ☐ Por lo general, la autoridad depende del poder.
- D- ☐ Ambos se pueden delegar.

219. El rol en una organización (señale la opción incorrecta):

- A- ☐ Es un conjunto de comportamientos y actitudes.
- B- ☐ Puede referirse tanto a un empleado como a un puesto específico.
- C- ☐ Debe mantenerse estable, para su mayor eficacia.
- D- ☐ Tiene componentes profesionales y sociales.

220. La estructura de la organización no tiene influencias del tipo de:

- A- ☐ Su tamaño.
- B- ☐ La tecnología disponible.
- C- ☐ Los trabajadores de que disponga.
- D- ☐ El tipo de actividad que realice.

221. Un organigrama...

- A- ☐ Representa todas las actividades que se llevan a cabo en la empresa.
- B- ☐ Es un esquema gráfico de la disposición de la estructura de la organización.
- C- ☐ Ayuda a mejorar el funcionamiento de la entidad.
- D- ☐ Representa fundamentalmente la forma en que se comunica la empresa.

222. La historia clínica (señale la opción incorrecta):

- A— ☐ Es de libre acceso a los profesionales sanitarios del hospital o centro.
- B— ☐ Debe estar a disposición del paciente, que tiene derecho a conocer y obtener su contenido.
- C— ☐ Puede tener finalidad administrativa y de gestión.
- D— ☐ Sirve para la docencia y la investigación sanitarias.

223. ¿Qué es la historia clínica?

- A— ☐ Es un instrumento de información donde profesionales sanitarios recopilan todos los datos respecto a la salud y enfermedad del usuario, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.
- B— ☐ Es el registro de entrada a un centro sanitario donde se recogen los datos personales del usuario y sus antecedentes más importantes.
- C— ☐ Es el registro donde médicos y enfermeras describen y analizan el diagnóstico sobre la patología actual del paciente.
- D— ☐ Es el soporte de información que maneja la enfermera en un centro sanitario donde se refleja la valoración, el diagnóstico, el plan de cuidados, registros u hojas de evolución y el informe de alta.

224. ¿Qué significan las siglas CMBD?

- A— ☐ Conjunto Mínimo Básico de Datos Españoles.
- B— ☐ Conjunto Máximo Básico de Datos.
- C— ☐ Clasificación Mínima Básica de Datos de Enfermos.
- D— ☐ Conjunto Mínimo Básico de Datos.

225. ¿Qué es el Conjunto Mínimo Básico de Datos?

- A— ☐ Es el mínimo número de actividades que un profesional sanitario debe realizar a un paciente para que éste mantenga sus necesidades básicas cubiertas.
- B— ☐ Es el número mínimo de alteraciones de salud que ha de tener un paciente para requerir su ingreso hospitalario.
- C— ☐ Es la estructuración de la información clínica relativa a un paciente que se considera necesaria mantener activa en el sistema de salud, a efectos tanto de su trayectoria de salud, como con propósitos administrativos y de gestión.
- D— ☐ Es el mínimo número de datos personales necesarios para abrir una historia clínica al usuario.



226. ¿Qué es el "empowerment" o "empoderamiento"?

- A— ☐ Es el desarrollo del potencial de poder.
- B— ☐ Es el elemento de control en las organizaciones.
- C— ☐ Es el poder que se ejerce con los subordinados.
- D— ☐ Es el control que se ejerce en las jerarquías más rígidas.

227. Una de estas afirmaciones respecto a la organización no es correcta:

- A— ☐ Como empresa, es un grupo de personas que trabaja conjuntamente para alcanzar un resultado determinado.
- B— ☐ Son unidades sociales concebidas para obtener resultados específicos.
- C— ☐ Su grado de estructuración depende de la finalidad que se fijen los trabajadores.
- D— ☐ Las personas que la integran interactúan entre sí para alcanzar los objetivos.

228. El diagnóstico de la organización:

- A— ☐ Pretende determinar de qué tipo de organización se trata y cuál es su actual situación.
- B— ☐ Establece cuáles son los objetivos.
- C— ☐ Fija de qué depende su financiación.
- D— ☐ Aporta ideas sobre los sistemas.

229. Todas las siguientes son características de los modelos organizativos, excepto:

- A— ☐ Complejidad.
- B— ☐ Formalización.
- C— ☐ Difusión.
- D— ☐ Centralización.

230. Las estructuras formales:

- A— ☐ Se adoptan por acuerdo y consenso de los trabajadores.
- B— ☐ Tienden a la estabilidad.
- C— ☐ Sufren cambios, de acuerdo a sus objetivos.
- D— ☐ Favorecen la autonomía de sus empleados.

231. Una estructura matricial:

- A— ☐ Es una representación de una organización informal.
- B— ☐ Es enormemente compleja, por lo que no permite la flexibilidad.

- C— ☐ No puede delinear las relaciones entre los diversos departamentos.
- D— ☐ Permite una respuesta adaptada a las situaciones de cambio.

232. Una estructura horizontal:

- A— ☐ Tiende a la descentralización de la toma de decisiones.
- B— ☐ Supone el incremento de personal en los niveles intermedios de gestión.
- C— ☐ Delimita y hace más pequeños los ámbitos de control.
- D— ☐ Amplía la capacidad de decisión del nivel directivo superior.

233. La utilización de un modelo u orientación teórica de cuidados enfermeros en la gestión de servicios (señale la opción incorrecta):

- A— ☐ Debe estar reflejado en la filosofía del propio servicio o departamento.
- B— ☐ Ayuda a aunar criterios acerca de la finalidad de los cuidados.
- C— ☐ Es un punto de partida para el establecimiento de objetivos de cuidado.
- D— ☐ Sirve para determinar costes.

234. La función gestora de las enfermeras:

- A— ☐ Tiene que ver con algunas de las actividades organizativas.
- B— ☐ Sólo se desarrolla en los puestos de trabajo de nivel directivo.
- C— ☐ Se relaciona exclusivamente con los aspectos económicos presentes en el servicio.
- D— ☐ Tiene como finalidad la actualidad sistemática, eficaz y eficiente de cada enfermera.

235. El concepto de liderazgo en el cuidado de la salud integra:

- A— ☐ La capacidad de dirigir y controlar la gestión y evaluación de los recursos de enfermería.
- B— ☐ La determinación de la misión y las políticas de salud de los servicios enfermeros.
- C— ☐ El liderazgo está estrechamente relacionado con los valores de la excelencia que incorpora las habilidades de las relaciones humanas, la destreza clínica y la competencia profesional.
- D— ☐ Liderazgo y dirección son conceptos sinónimos aplicados a la gestión de los servicios de salud.



236. El concepto de dirección aplicado a la gestión de los servicios enfermeros implica que:

- A— ☐ Los servicios enfermeros tienen una especificidad tal que debe estar orientada y dirigida a partir de normas y procedimientos regulados por el conjunto de la profesión.
- B— ☐ La dirección enfermera en la organización de los servicios de salud deberá planificar la prestación de cuidados en relación con el contexto general de las políticas de salud definiendo la aportación específica del servicio enfermero.
- C— ☐ La delegación de funciones de la dirección a los mandos intermedios en una organización lleva implícita la delegación de las responsabilidades que conlleva la evaluación y el control de las unidades de cuidados.
- D— ☐ La gestión de servicios enfermeros se corresponde con la actividad inherente a los cargos en la dirección y supervisión en una organización sanitaria.

237. La Toma de Decisiones (TDD) se caracteriza por tratar de conseguir la máxima efectividad en la solución de problemas. Esto significa que:

- A— ☐ Las enfermeras toman decisiones en el cuidado de los pacientes cuando valoran sus necesidades, elaboran un juicio diagnóstico y llevan a cabo un plan de actuación y evaluación del proceso.
- B— ☐ La TDD afecta al ámbito de lo personal, a la relación con la persona que requiere cuidados y al contexto de la organización sanitaria y social.
- C— ☐ La TDD es un procedimiento que se describe en el ámbito de la dirección relacionado con la capacidad de mando a partir del análisis de problemas en la organización.
- D— ☐ a y b son ciertas.

238. ¿Qué es un modelo organizativo?

- A— ☐ El perfil del gestor responsable de una organización.
- B— ☐ La filosofía que se lleva a cabo en una empresa para responder a los objetivos diseñados.
- C— ☐ La disposición de la estructura de la organización para adaptarse con éxito a las circunstancias del cumplimiento de sus objetivos en un entorno determinado.
- D— ☐ El diseño físico de la empresa u organización.

239. ¿Qué es la departamentalización?

- A— ☐ Unidades de estructuración que agrupan las actividades y personas sobre las que un determinado responsable ejerce su autoridad.

- B— ☐ Es la unidad central de un hospital donde se encuentra designado un número determinado de profesionales sanitarios formados para llevar a cabo cualquier actividad de su estamento en cualquier unidad del centro.
- C— ☐ Es la separación física de las áreas de hospitalización y consultas en un complejo sanitario.
- D— ☐ Es la estructura organizativa que define una organización.

240. ¿Cuáles son las estructuras más frecuentes en nuestras organizaciones sanitarias?

- A— ☐ Fundaciones Públicas y Fundaciones Sanitarias Públicas.
- B— ☐ Burocráticas, de *staff*, matriciales y horizontales.
- C— ☐ Sistema de Salud Nacional y autonómico.
- D— ☐ Sistema de Salud Nacional, autonómico y mutuas de seguros.

241. ¿Qué nuevos modelos organizativos tienen su base legislativa general en la Ley 15/1997?

- A— ☐ Fundaciones y Fundaciones Sanitarias Públicas.
- B— ☐ Sociedades estatales, empresas o entes públicos.
- C— ☐ Consorcios, cooperativas y entidades de autoconcertación.
- D— ☐ Todas son correctas.

242. ¿Qué es una Fundación Sanitaria Pública?

- A— ☐ Es un modelo organizativo donde su cartera de servicios y objetivos es fijada por el INSALUD o las administraciones autonómicas. Sus recursos económicos proceden de aportaciones públicas y su entidad jurídica propia le permite adquirir, poseer y arrendar bienes.
- B— ☐ Es un modelo organizativo que se define por su descentralización, con un patronato como órgano máximo de dirección y con un personal de carácter laboral.
- C— ☐ Es un organismo público al que se le encomienda por la autoridad sanitaria financiadora la realización de actividades asistenciales.
- D— ☐ b y c son correctas.

243. ¿En qué se diferencia un consorcio y una cooperativa en materia de organización sanitaria?

- A— ☐ En que el consorcio es una agrupación de profesionales y la cooperativa una unión de entidades.

- B— ☐ En que la cooperativa es legislada por el derecho privado y el consorcio por el derecho mercantil.
- C— ☐ El consorcio es la unión por convenio de entidades y la cooperativa es la asociación de profesionales con la capacidad de ofertar y contratar servicios.
- D— ☐ La cooperativa tiene su personal con carácter estatutario y el consorcio, laboral.

244. ¿Qué es la gestión de casos?

- A— ☐ La contratación de una entidad privada para planificar los objetivos y coste de una patología determinada.
- B— ☐ Es un modelo organizativo mixto, de carácter privado y público, que analiza los casos más demandados de salud en un área sanitaria para posteriormente proceder a su planificación y organización.
- C— ☐ Es la coordinación sistemática de la atención que se presta a grupos específicos de pacientes durante un episodio de cuidados.
- D— ☐ Es el cómputo del coste de un plan de cuidados en cualquier organización sanitaria.

245. Un proceso de cambio dentro de una organización ha de interpretarse como un medio de transición hacia un final diferente. Desde el punto de vista de la gestión de los servicios de enfermería, lo interpretamos como un proceso:

- A— ☐ Consciente, con una estrategia de fases estudiadas y ordenadas.
- B— ☐ En el que cada paso ha de realizarse de forma segura y con consecuencias que signifiquen diferencias y mejoras sobre la situación anterior al cambio.
- C— ☐ Consciente, con pasos seguros y ordenados, y con consecuencias similares a las anteriores del cambio para que los trabajadores no sufran una situación drástica y no existan grandes diferencias para los usuarios.
- D— ☐ a y b son correctas.

246. ¿Cuáles son las causas más comunes de la resistencia al cambio dentro de una organización?

- A— ☐ Hábitos de trabajo muy estructurados, rutinarios, que se pueden alterar ante un cambio e indiferencia ante cualquier nueva situación aunque suponga una mejora para la organización.
- B— ☐ La seguridad de un puesto de mando que puede peligrar con un proceso de cambio.
- C— ☐ El temor a la disminución retributiva y a lo desconocido.
- D— ☐ Todas son correctas.



247. La enfermera gestiona cuidados y recursos en mayor o menor medida según el nivel de gestión que ocupe dentro de la organización. Según esto, la supervisora de la Unidad de Cuidados o coordinadora de equipo:

- A— ☐ Ocupa el más alto nivel dentro de la organización y está enfocado a políticas y recursos.
- B— ☐ Se encarga de estrategias operativas en la atención directa al paciente y usuarios.
- C— ☐ Ocupa un nivel intermedio en la organización, con una dirección táctica y enfoque en sus acciones hacia el personal y los clientes.
- D— ☐ Se encuentra en un nivel superior, con una dirección logística, enfocada hacia el personal y los recursos.

248. ¿Qué es un estándar de cuidados de enfermería?

- A— ☐ Nivel de cuidados indispensable en un usuario.
- B— ☐ Nivel de cuidados indispensable y con calidad para conseguir los objetivos asistenciales.
- C— ☐ Realizar los cuidados de la forma más homogénea posible, sin demasiados cambios.
- D— ☐ Es la práctica de un cuidado de la forma más invariable posible, sobre un mismo paciente.

249. ¿Qué es una norma?

- A— ☐ Una guía de acción.
- B— ☐ El grado de cumplimiento de un criterio establecido.
- C— ☐ Una orden establecida por cualquier mando dentro de la organización.
- D— ☐ a y b son correctas.

250. ¿Qué es un proceso?

- A— ☐ Las situaciones por las que se espera que atraviese el usuario durante su permanencia en una institución sanitaria.
- B— ☐ Un conjunto de conflictos durante un cambio.
- C— ☐ Una técnica instrumental que ha de ser realizada por un profesional de enfermería.
- D— ☐ Ninguna es correcta.

251. ¿Qué es un procedimiento o protocolo?

- A— ☐ La decisión discutible por un órgano de dirección.

- B— ☐ El porcentaje de resultados esperados.
- C— ☐ Descripción de una actividad, con la secuencia de pasos y el personal que la debe ejecutar.
- D— ☐ La decisión de un órgano de dirección sobre cómo se debe desarrollar una actividad y qué resultados hay que conseguir.

252. ¿Cuál es la utilidad de un protocolo?

- A— ☐ Unificar, facilitar las discrepancias para formarnos en el conocimiento crítico.
- B— ☐ Facilitar el trabajo y sistematizar la información.
- C— ☐ Facilitar el trabajo, facilitar los costes y establecer una estructura sin lugar para las dudas.
- D— ☐ Unificar criterios, facilitar el trabajo, disminuir la cuantía económica y sistematizar la información.

253. ¿Qué conocimientos ha de tener un gestor actual de enfermería?

- A— ☐ Conocimientos de enfermería, de gestión y de relaciones personales con aplicación del liderazgo.
- B— ☐ Conocimientos de economía y liderazgo.
- C— ☐ Conocimiento del pensamiento enfermero y de principios de gestión.
- D— ☐ Conocimientos de las estrategias de gestión en la política sanitaria y de las políticas sociales de su región de salud.

254. ¿Qué es la filosofía empresarial aplicada a un departamento de enfermería?

- A— ☐ Una definición antropológica de las relaciones humanas.
- B— ☐ Una descripción idónea del bienestar de los pacientes.
- C— ☐ Una forma de pensar el máximo responsable del departamento.
- D— ☐ Son las creencias del colectivo de enfermería acerca de la finalidad de los cuidados de enfermería.

255. ¿Cuál es la diferencia entre estructura formal y estructura informal en la organización?

- A— ☐ La estructura formal es aquella organización con unos principios rígidos, una comunicación poco fluida y en la que se exige uniformidad a sus trabajadores. La estructura informal es aquella en la que desaparece cualquier clase de control y los trabajadores son sus propios jefes.
- B— ☐ La estructura formal responde a la estructura física del edificio y la estructura informal a la decoración interior de la empresa.

- C— ☐ La estructura formal de una organización es la distribución oficial de los puestos de trabajo y la estructura informal son las relaciones interpersonales y extraoficiales entre los empleados, que influyen en la eficacia laboral.
- D— ☐ La estructura formal es la relacionada con el diagrama de dirección de la empresa y la estructura informal se identifica con el esquema de planificación.

256. ¿Qué es el liderazgo?

- A— ☐ La influencia entre individuos o grupos para conseguir una meta.
- B— ☐ La capacidad de dirigir un grupo y conseguir unos objetivos.
- C— ☐ La capacidad de gestionar la misión de una empresa.
- D— ☐ b y c son correctas.

257. ¿Sobre quién puede ejercer el liderazgo la enfermera?

- A— ☐ Sobre enfermeras y otros estamentos sobre los que ejerza su responsabilidad.
- B— ☐ Sobre enfermeras, auxiliares, celadores y técnicos de salud.
- C— ☐ Sobre todas las partes que se implican en un proceso de atención a la salud.
- D— ☐ Sólo sobre enfermeras.

258. ¿Qué elementos ha de reunir la gestión de los cuidados enfermeros?

- A— ☐ El conocimiento enfermero y conocimientos de estrategias sanitarias.
- B— ☐ El conocimiento, el método y el contexto de los cuidados.
- C— ☐ El método y el análisis de los cuidados.
- D— ☐ El conocimiento de los cuidados y el liderazgo.

259. ¿Cuál es el objeto de la gestión enfermera?

- A— ☐ Gestionar el conocimiento, los valores y la tecnología del cuidado.
- B— ☐ Asegurar unos cuidados eficientes.
- C— ☐ Garantizar unos cuidados eficaces.
- D— ☐ La satisfacción del usuario.

260. ¿Qué implica la Toma de Decisiones (TDD)?

- A— ☐ Escuchar siempre las opiniones de los trabajadores y llevar a cabo lo que piense la mayoría.
- B— ☐ Decidir.
- C— ☐ Consultar siempre con los grupos de apoyo de la dirección.
- D— ☐ Ninguna es correcta.



261. ¿Qué etapas incluye un modelo racional de TDD?

- A— ☐ Definir el problema, fijar criterios, identificar alternativas, consenso con los representantes de los trabajadores.
- B— ☐ Consenso con los distintos grupos políticos, estar coordinado con las líneas políticas de la empresa, definir el problema, contrastar alternativas.
- C— ☐ Definir el problema, fijar criterios, identificar alternativas, contrastarlas, identificar consecuencias, toma de la mejor decisión.
- D— ☐ Buena política de relaciones, definir el problema, identificar soluciones, elegir.

262. ¿Qué es un método de red?

- A— ☐ Un diagrama de organización que instala canales de comunicación en vertical, horizontal y diagonal.
- B— ☐ Un sistema informático que facilita la TDD con una puesta en contacto interactiva.
- C— ☐ La determinación de la secuencia de actividades más adecuada para llevar a cabo un proyecto en el mínimo tiempo e inutilizando recursos productivos lo menos posible.
- D— ☐ Un sistema informático que mantiene foros de consulta entre las distintas organizaciones para enriquecer la TDD.

263. ¿Qué es el “síndrome de la jaula de oro”?

- A— ☐ Es el síndrome que algunos directivos sufren al encontrarse acotados en sus decisiones pero que renuncian al enfrentamiento por temor a perder su puesto.
- B— ☐ Son las sensaciones que perciben los altos directivos los primeros meses de su gobierno al conocer el poder y las consecuencias económicas que supone.
- C— ☐ Conseguir recursos materiales valiosos y sin embargo los trabajadores no colaboran en el buen funcionamiento de éstos.
- D— ☐ Ninguna es correcta.

264. ¿Qué significan las siglas GDR?

- A— ☐ Glosario de Diagnósticos por Resultados.
- B— ☐ Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- C— ☐ Resultados de Grandes Dimensiones.
- D— ☐ Grupos Relacionados con el Desarrollo sanitario.

265. ¿Cuáles de estos medios se pueden incluir en la TDD?

- A— ☐ Teoría de la probabilidad, simulación, modelos y juegos, diagrama de Gantt y árboles de decisiones.
- B— ☐ Un medio autoritario, que al mismo tiempo utilice el dialogo y la facilitación.
- C— ☐ El coloquio, el discurso, los torbellinos de ideas y las consultorías.
- D— ☐ a y c son correctas.

266. ¿Cuál de estos sistemas de asignación de personal responde al método de casos?

- A— ☐ El personal de enfermería es distribuido por tareas o funciones.
- B— ☐ Cada paciente es asignado a una enfermera.
- C— ☐ A la enfermera se le asignan cuatro o seis pacientes y es responsable de sus planes de cuidados durante las 24 h.
- D— ☐ Ninguno es correcto.

267. ¿Cómo se puede prevenir el conflicto dentro de una organización?

- A— ☐ Con un conocimiento de la organización superior a la de los subordinados y colocando al personal según sus preferencias.
- B— ☐ Con una buena planificación estratégica y excelente selección y colocación del personal.
- C— ☐ Con una buena planificación estratégica, buena política de personal y excelente administración y desarrollo organizativo.
- D— ☐ Confiando siempre en los trabajadores y dejando el control bajo su responsabilidad.

268. ¿Cuál de las siguientes opciones considera que es la esencia de la dirección de las organizaciones?

- A— ☐ La máxima retribución y el mayor tiempo de descanso.
- B— ☐ Desarrollar una amistad con el equipo de trabajo.
- C— ☐ La competitividad.
- D— ☐ La motivación.

269. Según las teorías de Frederick Herzberg, ¿cuáles de estos factores le parece que pueden ofrecer una gran motivación al trabajador?

- A— ☐ El salario y las condiciones de trabajo (en cuanto al confort, habitabilidad, etc.).
- B— ☐ Una buena calidad técnica en sus supervisores que le solucionen dudas, buen salario y excelentes relaciones con sus superiores.



- C— ☐ El reconocimiento, la responsabilidad, la posibilidad de desarrollo y la autorrealización.
- D— ☐ a y b son correctas.

270. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta respecto a la delegación de una dirección?

- A— ☐ La TDD y la responsabilidad no se pueden delegar.
- B— ☐ Cualquier toma de decisión directiva se puede delegar en el personal de plantilla porque aumenta su motivación.
- C— ☐ Una dirección puede delegar todo siempre y cuando su personal esté capacitado para afrontarlo.
- D— ☐ Ninguna es correcta.

271. ¿Cuál es la diferencia entre la clasificación CIE y la WONCA?

- A— ☐ CIE responde a una clasificación de intervenciones de enfermería y WONCA a una de auxiliares de enfermería.
- B— ☐ CIE responde a una clasificación internacional de enfermedades hospitalarias y WONCA es una clasificación de diagnósticos médicos e intervenciones en atención primaria.
- C— ☐ CIE es una clasificación de diagnósticos de enfermería y WONCA de médicos.
- D— ☐ CIE es una clasificación de intervenciones de enfermería y WONCA es una clasificación de intervenciones de enfermería medida en tiempos.

272. ¿Qué es el proyecto SIGNO II?

- A— ☐ Un proyecto para crear una nomenclatura de diagnósticos enfermeros adaptados a la sanidad española.
- B— ☐ Un proyecto de un nuevo estilo de dirección que se aplicó por primera vez en el mundo de la banca y que se ha adaptado actualmente a la sanidad.
- C— ☐ Una herramienta para la gestión de unidades de enfermería en el ámbito hospitalario.
- D— ☐ Es un proyecto de marketing sanitario.

273. ¿Qué es el sistema PRN?

- A— ☐ Es un proyecto de remuneración para enfermeras, que se inició en EE.UU y fue consensuado con representantes sindicales y directivos de las instituciones.
- B— ☐ Es un sistema de información para la gestión del personal de enfermería en el medio hospitalario.

- C- ☐ Es un programa informático que registra los errores de medicación.
- D- ☐ Es un estudio que observó el consumo de narcóticos por los profesionales sanitarios.

274. Los sistemas de clasificación de pacientes:

- A- ☐ Utilizan siempre como criterio la dependencia del enfermo.
- B- ☐ Sirven para apoyar el cálculo de plantillas de personal de enfermería.
- C- ☐ Sólo pueden hacerse de forma informatizada.
- D- ☐ Utilizan los diagnósticos de enfermería en su formulación.

275. La distribución de pacientes en una Unidad de Cuidados Enfermeros depende de:

- A- ☐ El número de enfermeras.
- B- ☐ El grado de capacitación de enfermeras y auxiliares.
- C- ☐ La complejidad de la atención requerida por los pacientes.
- D- ☐ Todo lo anterior.

276. Los planes de cuidados estandarizados (señale la opción incorrecta):

- A- ☐ Se apoyan siempre en sistemas informáticos.
- B- ☐ Favorecen la eficiencia del trabajo enfermero.
- C- ☐ Precisan una adaptación a las características personales de cada paciente.
- D- ☐ Proporcionan mayor seguridad en la actuación de las enfermeras y auxiliares.

277. El dossier de enfermería...

- A- ☐ Por lo general, es más útil en un entorno de cuidados a pacientes crónicos.
- B- ☐ Contiene todos los datos relevantes del cuidado prestado a un paciente.
- C- ☐ Se refiere principalmente a la valoración de las necesidades de cuidados.
- D- ☐ Se establece fundamentalmente en función del cálculo de los costes de la atención enfermera.

278. Los sistemas de taxonomía y nomenclatura utilizados en enfermería (NANDA, NIC, NOC, NIPE) sirven para (señale la opción incorrecta):

- A- ☐ Facilitar la adopción del tratamiento médico.
- B- ☐ Clasificar a los pacientes.
- C- ☐ Apoyar la elaboración de planes de cuidados.
- D- ☐ Unificar el lenguaje enfermero y facilitar la transmisión de la información.



279. ¿Cuál es la finalidad principal del control?

- A— ☐ Observar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- B— ☐ Mantener actualizada la información referida al plan.
- C— ☐ Introducir medidas correctoras adecuadas.
- D— ☐ Todo lo anterior es correcto.

280. Señale cuál de estas opciones respecto a la acreditación de un servicio sanitario es incorrecta:

- A— ☐ Es el reconocimiento oficial de un determinado nivel de calidad del servicio.
- B— ☐ Se basa en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados.
- C— ☐ Es un método de evaluación prospectivo.
- D— ☐ Tiene en cuenta el análisis retrospectivo.

281. El enfoque clásico de la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, propugnado por A. Donabedian:

- A— ☐ Se dirige principalmente a la observación de los resultados, como aspecto de rendimiento del plan.
- B— ☐ Tiene en cuenta sobre todo los aspectos de efectividad y coste relacionados.
- C— ☐ Se centra en el estudio de la estructura, el proceso y los resultados.
- D— ☐ Toma como referente el estudio retrospectivo de la realización de los procesos asistenciales.

282. Para llevar a cabo acciones de control en un centro sanitario, no se considera como requisito previo:

- A— ☐ La existencia de planes con objetivos debidamente especificados y conocidos.
- B— ☐ La indicación en el sistema de control de desviaciones y acciones correctoras.
- C— ☐ La aceptación democrática de las actividades de control por los trabajadores implicados.
- D— ☐ La relativa flexibilidad de los planes de control.

283. El concepto de calidad total se refiere a:

- A— ☐ La participación de todos los profesionales.
- B— ☐ La idea de "cero" errores.
- C— ☐ La inclusión de todas las áreas y trabajadores.
- D— ☐ La satisfacción de los profesionales, como elemento fundamental del servicio.

284. Cuando se lleva a cabo una evaluación a lo largo de todas las etapas del proceso, estamos hablando de:

- A— ☐ Evaluación sumativa.
- B— ☐ Evaluación formativa.
- C— ☐ Evaluación específica (de cada tramo).
- D— ☐ Evaluación final.

285. Un mapa de competencias...

- A— ☐ Describe las actividades a realizar por cada trabajador.
- B— ☐ Es una herramienta de gestión de personas, orientada a los valores de éstas y los de la propia organización.
- C— ☐ Tiene utilidad principalmente en los sistemas sanitarios de gestión privada.
- D— ☐ Todo lo anterior es correcto.

286. ¿A qué se llama en la literatura profesional enfermera "hospital magnético"?

- A— ☐ A aquel que atrae a más usuarios, por los buenos servicios que presta.
- B— ☐ Al centro que recluta y conserva a las mejores enfermeras, por su buena organización.
- C— ☐ Al que demuestra los mejores rendimientos de coste-beneficio.
- D— ☐ A aquel que promueve actividades de captación de usuarios y financiación.

287. ¿Cuál de éstas no es una característica de los cambios presentes en los servicios sanitarios de nuestro país?

- A— ☐ Se busca una mayor autonomía en la gestión.
- B— ☐ Existe una tendencia al diseño de nuevos entornos de atención.
- C— ☐ Se trata de relacionar al máximo los sistemas de atención especializada y primaria.
- D— ☐ Se pretende unificar los sistemas de financiación y de provisión de los servicios.

288. Si en una institución sanitaria existe una correcta descripción de los puestos de trabajo adecuados, se puede afirmar que (señale la opción incorrecta):

- A— ☐ Se delimitan con más facilidad las responsabilidades de cada trabajador.
- B— ☐ Se orienta a los nuevos trabajadores en el desempeño de sus actividades.
- C— ☐ Se dispone de un instrumento de ayuda para la elaboración de las plantillas.
- D— ☐ Son imprescindibles para el cumplimiento de las normas de la organización.



289. En un hospital, la plantilla de personal de enfermería:

- A- ☐ Se refiere al número de enfermeras disponibles.
- B- ☐ Depende exclusivamente del cálculo de tiempos de cada actividad.
- C- ☐ Se calcula teniendo en cuenta la actividad enfermera, así como otros factores del hospital y del resto del personal.
- D- ☐ Viene siempre determinada en su número por la Administración Central (Servicio Regional de Salud, por ejemplo).

290. ¿A qué se denomina "coste directo"?

- A- ☐ A la suma del coste fijo y el variable.
- B- ☐ Al que una institución debe soportar independientemente de si lleva a cabo los procesos previstos.
- C- ☐ Al coste medio o estándar por producto.
- D- ☐ Al atribuible a un producto o actividad concretos.

291. Cuando hablamos de la posibilidad de analizar los costes y resultados alternativos para alcanzar un mismo objetivo, nos referimos a uno de estos tipos de análisis:

- A- ☐ Coste-utilidad.
- B- ☐ Coste-efectividad.
- C- ☐ Coste-beneficio.
- D- ☐ Coste-eficiencia.

292. Cuando nos referimos a la posibilidad de acción en un determinado plan para conseguir objetivos en relación con los costes, nos referimos a uno de estos tipos de análisis:

- A- ☐ Coste-utilidad.
- B- ☐ Coste-efectividad.
- C- ☐ Coste-beneficio.
- D- ☐ Coste-eficiencia.

293. La competencia profesional:

- A- ☐ Es la capacidad de las personas para utilizar plenamente sus conocimientos y recursos.
- B- ☐ Es el mantenimiento de un sistema de enfrentamiento entre los profesionales para alcanzar mejores niveles en la organización.

- C— ☐ Se demuestra fundamentalmente por el título de que se dispone, siendo más valorable el de mayor rango académico.
- D— ☐ Para su evaluación se suelen utilizar métodos observacionales.

294. El concepto de accesibilidad de un servicio sanitario tiene que ver con:

- A— ☐ Las cuestiones de transporte.
- B— ☐ Los aspectos normativos y legislativos.
- C— ☐ Las cuestiones culturales y de valores.
- D— ☐ Todo lo anterior es correcto.

295. La idea de *marketing* aplicada a los servicios sanitarios (señale la opción correcta):

- A— ☐ Es un proceso de gestión que trata de identificar los deseos y necesidades en materia de salud de los usuarios.
- B— ☐ No es aplicable a la atención sanitaria, por su excesivo sesgo economicista.
- C— ☐ Como cualquier otra técnica de mercado, tiene en primer lugar una orientación de obtención de beneficios para la empresa.
- D— ☐ Sólo es aplicable a las instituciones que se gestionan de forma privada.

296. En los servicios enfermeros, los estándares de calidad:

- A— ☐ Pueden ser de atención, desempeño profesional y práctica profesional de la enfermería.
- B— ☐ Se fijan por cada unidad o servicio.
- C— ☐ Se establecen siempre por la asociación profesional.
- D— ☐ Existen modelos internacionales de obligado cumplimiento.

297. Señale cuál de estas opciones respecto a un sistema de información es incorrecta:

- A— ☐ Depende en su diseño de las posibilidades informáticas del centro.
- B— ☐ Es la forma de estructurar y explotar la información que circula por una institución.
- C— ☐ Recoge y analiza los datos referidos al paciente para ayudar en su atención.
- D— ☐ Es el conjunto de datos organizados que ayudan en la TDD.

298. El índice de ocupación de un centro hospitalario (señale la opción incorrecta):

- A— ☐ Es el número de ingresos en un periodo determinado, en relación con el número de camas disponibles en el mismo periodo.



- B- ☐ Expresa el porcentaje medio de las camas útiles en un periodo fijo.
- C- ☐ Es un cálculo de utilidad de las camas hospitalarias, en relación con los pacientes asistidos.
- D- ☐ Es el número de estancias producidas en un periodo determinado, por lo general anual.

299. En contabilidad analítica hospitalaria, los Grupos Funcionales Homogéneos (GFH):

- A- ☐ Son la unidad mínima de gestión, con un único responsable, unos objetivos propios y una responsabilidad definida.
- B- ☐ Son lo mismo que un servicio funcional.
- C- ☐ Se clasifican en finales e intermedios.
- D- ☐ Son el nivel máximo de estructuración del hospital a efectos contables.

300. El método Delphi:

- A- ☐ Sirve para realizar una evaluación, por lo general estratégica, de diversas alternativas, sobre la base del consenso entre expertos.
- B- ☐ Utiliza el debate directo entre las personas consultadas.
- C- ☐ Es una forma de evaluación de la calidad.
- D- ☐ Es un método rápido y eficaz para alcanzar una valoración de objetivos.

301. La Técnica de Grupo Nominal (TGN)...

- A- ☐ Sirve para realizar una evaluación, por lo general estratégica, de diversas alternativas, sobre la base del consenso entre expertos.
- B- ☐ Utiliza el debate directo entre las personas consultadas.
- C- ☐ Es una forma de evaluación de la calidad.
- D- ☐ Es un método rápido y eficaz para alcanzar una valoración de objetivos.

302. ¿Para qué sirven los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR)?

- A- ☐ Para el cálculo de costes de un centro sanitario.
- B- ☐ Para la recogida de información referida al paciente.
- C- ☐ Para determinar el nivel de cuidados preciso en cada caso.
- D- ☐ Todas las anteriores son correctas.

303. ¿Qué significa la evaluación del desempeño?

- A- ☐ La valoración de la actuación individual de cada trabajador.
- B- ☐ La observación de la consecución de los objetivos.

- C- ☐ La valoración del desarrollo profesional individual y colectivo.
- D- ☐ a y b son ciertas.

304. ¿Para qué sirve un pacto de consumo?

- A- ☐ Para promover el ahorro.
- B- ☐ Para determinar costes.
- C- ☐ Para mantener actualizada la información respecto al stock necesario de cada artículo.
- D- ☐ Es un instrumento de gestión, que marca límites correctos de gasto y uso de material.

305. Una organización centralizada se caracteriza por:

- A- ☐ La concentración del poder en un lugar determinado.
- B- ☐ La distribución de la TDD a través de toda la organización.
- C- ☐ La TDD por parte de los gestores de alto nivel.
- D- ☐ La transmisión de la información, desde abajo hacia arriba.

306. ¿Cuál de éstas es una característica de las formas de gestión privada en las empresas públicas?

- A- ☐ La selección del personal por concurso oposición, lo que asegura una gran imparcialidad.
- B- ☐ La valoración de la antigüedad en la organización como un elemento básico para la promoción de las personas.
- C- ☐ La evaluación de las competencias personales, para la selección y promoción de los trabajadores.
- D- ☐ Todo lo anterior es cierto.

307. El desarrollo de una disciplina surge de una necesidad social que evoluciona desde el conocimiento común al conocimiento científico, pasando por diferentes etapas, como son:

- A- ☐ La sociedad se estructura en forma de redes que tengan capacidad de dar respuesta organizada para cubrir las necesidades sociales.
- B- ☐ La observación del contexto que constituye la necesidad social definida, la sistematización del trabajo, la incorporación de conocimiento universal que, tras su validación en el marco teórico de la disciplina, permite la construcción de teorías propias.



- C— ☐ Una disciplina surge desde el conocimiento y el método determinado por los científicos que integran dicha disciplina, y sólo desde ella y para ella, es válido el conocimiento disciplinar.
- D— ☐ a y b son ciertas.

308. La función de la administración en los servicios de salud implica:

- A— ☐ Tener definidas las actitudes y capacidades diferenciadas que determinan el perfil de los gestores de los servicios de salud, gerentes, direcciones médica y de enfermería, supervisiones y responsables de áreas de gestión.
- B— ☐ Un enfoque dinámico de la organización de servicios, que permite el conocimiento de la organización para alcanzar la mayor rentabilidad de los recursos sanitarios en orden a su adecuada utilidad.
- C— ☐ Partir de un problema que se relaciona con una necesidad social de salud, elaborar un plan de actuación, registrar y analizar los datos obtenidos para evaluar la calidad y el coste de la atención de salud y la organización de los servicios, así como la planificación de nuevas prestaciones y de la docencia y la investigación.
- D— ☐ Todas las anteriores son ciertas.

309. A mayor complejidad de la organización social, mayor importancia del conocimiento de los métodos de la administración. Es ésta una cuestión que indica:

- A— ☐ Que se hace necesario que las organizaciones complejas cuenten con gestores y empresarios.
- B— ☐ La importancia de la enseñanza de la administración en las profesiones de la salud, para poder participar en la consecución de los objetivos de salud que tiene la organización.
- C— ☐ La necesidad de definir criterios de productividad en la organización sanitaria, para garantizar la motivación económica del grupo humano.
- D— ☐ La importancia de la orientación de servicios con criterios de accesibilidad y satisfacción.

310. La administración como ciencia se caracteriza por:

- A— ☐ Expresar los principios de la organización a través de un esquema metodológico con instrumentos propios.
- B— ☐ Potenciar la coordinación de recursos y medios para la satisfacción de los objetivos y el desarrollo personal de los grupos humanos.
- C— ☐ Centrar su objetivo en las necesidades de salud y la satisfacción de los objetivos de los individuos en la organización.

- D— ☐ Tener un campo delimitado por un marco de referencia, tener aceptación universal, poseer un cuerpo de conocimiento demostrado y demostrable y tener un método de aplicación.

311. El enfoque de la Escuela de Taylor y de Fayol...

- A— ☐ Da paso a la administración científica desde el Enfoque de Proceso.
 —B— ☐ Incorpora, con la Escuela Sociológica, un enfoque burocrático.
 —C— ☐ Se define por una estructura autoritaria y jerarquizada que permite la libre TDD.
 —D— ☐ Pertenece a la historia de la administración desde un enfoque empírico.

312. Según el modelo de dos factores de Herzberg para la satisfacción de necesidades en el desempeño del empleo, en el nivel más básico se establecen:

- A— ☐ Condiciones de trabajo, salario y vida personal.
 —B— ☐ Ascenso, reconocimiento y responsabilidad.
 —C— ☐ Relaciones interpersonales y supervisión.
 —D— ☐ Seguridad en el empleo y política de la empresa.

313. La Escuela Sociológica que influye en el pensamiento administrativo se caracteriza por lo siguiente:

- A— ☐ Las relaciones humanas dan el significado y los resultados en términos de éxito o fracaso a la organización social y de los grupos.
 —B— ☐ La no superación de necesidades de alto nivel es un hándicap para la organización de los grupos.
 —C— ☐ La división del trabajo y la responsabilidad están identificados en sistemas organizados jerárquicamente.
 —D— ☐ a y b son ciertas.

314. El principio de autoridad, según Weber, se asienta en esquemas definidos por lo siguiente:

- A— ☐ La autoridad tradicional es aceptada.
 —B— ☐ El carisma del dirigente es condición de la autoridad.
 —C— ☐ a y b son ciertas.
 —D— ☐ Ninguna es cierta.

315. A partir de la Escala de Desarrollo Profesional definida por Dorothea Orem: rol de empleado, rol profesional y rol científico, determine cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta:

- A— ☐ El rol científico es una aspiración a la que llega sólo un grupo reducido de enfermeras en su trayectoria profesional.
- B— ☐ El rol profesional es un nivel que alcanzan todas las enfermeras tras superar la licencia.
- C— ☐ El rol de empleado es el que cubre sus expectativas en el empleo y las normas contractuales en el régimen laboral.
- D— ☐ Orem establece la escala de forma progresiva a lo largo de la vida profesional de la enfermera.

316. Definir las competencias específicas de cada una de las partes o sectores de la organización en el contexto general de la estructura sanitaria es seguir un enfoque:

- A— ☐ Sociológico.
- B— ☐ Sistémico.
- C— ☐ Conductual.
- D— ☐ Burocrático.

317. Señale cuál de las siguientes opciones es correcta:

- A— ☐ El Enfoque de Sistemas en la administración proviene de las teorías de la Escuela de la *Gestalt*.
- B— ☐ La Teoría General de Sistemas (TGS) fue enunciada por Bertalanfy, con aplicación exclusiva a la biología ya que él era biólogo.
- C— ☐ El Enfoque de Sistemas parte de una teoría definida para la administración de forma ajena a la TGS.
- D— ☐ El concepto de "sistema" que surge de la TGS ha invadido la cultura actual y se aplica en diversos campos, entre ellos, la administración.

318. Entre las propiedades fundamentales de los sistemas, aplicados en los servicios de salud, podemos contemplar que:

- A— ☐ Los sistemas parten de objetivos propios y funcionan para la satisfacción de éstos.
- B— ☐ El ambiente del sistema o suprasistema es el que provee de información al sistema.
- C— ☐ El sistema responde a sus necesidades con la información que existe en su interior.
- D— ☐ a y b son ciertas.

319. El Enfoque de Contingencias en el pensamiento administrativo, según Likert, sugiere que:

- A— ☐ La idea de control autocrático es el mejor sistema para organizar los grupos de trabajo.
- B— ☐ La administración participativa es el desempeño más efectivo.
- C— ☐ El factor de la comunicación adquiere gran relevancia para la TDD.
- D— ☐ b y c son ciertas.

320. Determine cuál de las siguientes aseveraciones es la que define, según el método, el concepto y proceso de planificación:

- A— ☐ Análisis de factores determinantes del problema, identificación de prioridades, definición de las acciones y métodos para resolver problemas, y evaluación, para orientar nuevas alternativas.
- B— ☐ Es un proceso sistemático de la administración que consta de cuatro etapas: planificar, organizar, dirigir y evaluar.
- C— ☐ La definición de Políticas de Salud, determinación de recursos, integración del contexto cultural y coordinación de servicios.
- D— ☐ Describe la misión de la organización, los problemas de salud atendidos, la utilización de recursos del sistema y la organización en relación con los resultados.

321. Planificar es un proceso que, partiendo de un análisis actual y retrospectivo de un sistema, y después de una evaluación de fines y recursos, define:

- A— ☐ El lugar de realización y los responsables de un programa.
- B— ☐ Los objetivos a lograr y las políticas para alcanzar los objetivos, actividades a desarrollar y normas de ejecución y evaluación.
- C— ☐ El orden y procesamiento de los datos y la jerarquización de las prioridades para alcanzar el objetivo.
- D— ☐ La demanda de servicios para el establecimiento de metas y objetivos.

322. Los objetivos en la planificación describen aquello que queremos alcanzar en relación con un problema definido, por ello, los clasificamos por su alcance y por su enfoque. ¿Cuál de las siguientes opciones no describe objetivos de planificación?

- A— ☐ Por su alcance los objetivos pueden ser generales, intermedios y operativos.
- B— ☐ Los objetivos en planificación son la búsqueda de la respuesta a lo que se pretende alcanzar.



- C— ☐ Los objetivos se describen en función de los recursos y actividades de que disponemos.
- D— ☐ Los objetivos por su enfoque pueden ser de servicio, sociales y económicos.

323. En la determinación de prioridades para la resolución de problemas en planificación se establece un esquema lógico y consecuente que permite definir la capacidad de afrontar un problema, esto es:

- A— ☐ Estimación, preselección y criterio.
- B— ☐ Importancia, criterio y preselección.
- C— ☐ Estimación, comparación, criterio y selección.
- D— ☐ Criterio, preselección, estimación e importancia.

324. En el análisis de las necesidades de salud se incorporan aspectos cualitativos y perceptivos que tienen las personas sobre su proceso de salud y enfermedad. Determine cuál de las siguientes respuestas reafirma esta aseveración:

- A— ☐ El concepto de enfermedad se refiere a la percepción subjetiva que tienen las personas sobre su situación particular.
- B— ☐ El cambio de paradigma en el concepto de salud incluye los determinantes subjetivos de salud y los determinantes de enfermedad.
- C— ☐ Las políticas actuales de salud asientan el análisis de los problemas en la morbilidad y la mortalidad como indicadores de necesidades de salud.
- D— ☐ La planificación asentada en los indicadores internos del sistema responde a las necesidades de salud de la población.

325. El concepto de necesidad, según Donabedian, se refiere a una perturbación de la salud y el bienestar. Así, podemos afirmar que existen diferentes enfoques en el análisis de las necesidades, de ello, la Necesidad Percibida es aquella que:

- A— ☐ Responde a una necesidad de salud que experimenta un individuo o grupo y que se expresa en forma de demanda de servicios.
- B— ☐ Permite establecer un nivel deseado para comparar con una situación real que se oferta a otros en igualdad de condiciones.
- C— ☐ Es la carencia subjetiva del estado de salud que indica la expresión del estado actual, en función del estado deseado.
- D— ☐ Aparece cuando un grupo de población recibe un servicio y otro, con las mismas necesidades, no lo recibe.

326. El análisis del contexto de la planificación en salud y sus determinantes para la organización de los servicios de salud adquiere relevancia porque:

- A— ☐ En el contexto externo de la organización es donde se generan los problemas de salud y enfermedad, lo que deberá ser analizado en el diseño de las políticas de salud.
- B— ☐ Actualmente se entiende por contexto de la planificación, en los servicios de salud, los factores derivados de la evolución científica y tecnológica, así como el desarrollo de la Salud Pública y de las Ciencias Humanas y Sociales.
- C— ☐ El aumento del gasto sanitario en la actualidad es el mayor determinante en la planificación y está marcando la orientación de la planificación en los servicios de salud.
- D— ☐ El contexto de la planificación está determinado por el conocimiento de los factores de riesgo de salud y enfermedad, como son la morbilidad y la mortalidad.

327. Define qué características identifican el modelo de planificación de la economía de la salud:

- A— ☐ Los sistemas de financiación y evaluación de costes.
- B— ☐ El gasto sanitario y el control del déficit presupuestario.
- C— ☐ La naturaleza y el valor de la salud y la oferta y demanda de cuidados.
- D— ☐ Todas las anteriores son ciertas.

328. La clave de la planificación estratégica reside en:

- A— ☐ Definir las necesidades y planes del futuro, no en prescribir las tácticas de ayer para mañana.
- B— ☐ Conocer los resultados de la planificación en el pasado para no caer en los mismos errores en un futuro.
- C— ☐ Partir de datos anteriormente elaborados para orientar el futuro.
- D— ☐ Definir los servicios de salud en relación con los servicios prestados en anteriores periodos.

329. ¿Cuáles de estas opciones caracteriza a la planificación estratégica?

- A— ☐ La definición de la planificación en el nivel más alto de la organización, lo que permite estructurar una política coherente con todo el sistema.
- B— ☐ La planificación estratégica adquiere cada vez mayor relevancia en la organización del sistema de salud por el carácter integrador de todos los agentes implicados a que hace referencia.



- C— ☐ Los objetivos definidos en una secuencia lógica que permite abordar los problemas desde la definición de programas de corto, medio y largo alcance, para alcanzar estos objetivos.
- D— ☐ La evaluación de resultados como elemento que determina la planificación futura.

330. En la planificación, la asignación de recursos y actividades para alcanzar los objetivos son competencia del nivel:

- A— ☐ Operativo.
- B— ☐ Táctico.
- C— ☐ Directivo.
- D— ☐ Estratégico.

331. El desarrollo de actividades en el tiempo y el espacio para la atención directa son competencia del nivel:

- A— ☐ Operativo.
- B— ☐ Táctico.
- C— ☐ Directivo.
- D— ☐ Estratégico.

332. En la planificación táctica se determinan los programas concretos en el marco de objetivos a medio plazo a través de:

- A— ☐ La definición de la población que abarca el programa.
- B— ☐ La determinación de las actividades para alcanzar los objetivos.
- C— ☐ La previsión de recursos incluyendo los costes.
- D— ☐ Todas son ciertas.

333. Los requerimientos previos para la elaboración de un plan estratégico, podemos definirlos en:

- A— ☐ Planificación, organización, dirección y control.
- B— ☐ La información como instrumento, la integración de la creatividad, el método para el diseño del plan estratégico y la planificación de contingencias.
- C— ☐ Definición de la misión, establecimiento de metas y objetivos de largo alcance, y evaluación continuada.
- D— ☐ Diseño de la planificación, elaboración de un plan, comunicación a los agentes y difusión de la estrategia para hacer cumplir el plan diseñado.

334. La información necesaria para la planificación estratégica, la cual juega un papel relevante en ella, es:

- A— ☐ Externa y referida al ámbito de la planificación y de la población atendida.
- B— ☐ Interna y sobre la estructura, el proceso y los resultados en términos de salud y coste.
- C— ☐ Ninguna es cierta.
- D— ☐ a y b son ciertas.

335. La planificación de contingencias:

- A— ☐ Hace referencia a la explicación de las razones de los planificadores.
- B— ☐ La contingencia es en sí misma el objeto de lo planificado.
- C— ☐ Se aplica a las cosas que han sucedido tras la planificación.
- D— ☐ Se aplica a las cosas que pueden suceder.

336. La capacidad de respuesta enfermera a la demanda social de cuidados para la vida y la salud de las personas y su entorno está respaldada por el ejercicio del liderazgo profesional. Esta reflexión conlleva que...

- A— ☐ La actividad profesional de la enfermera integra prestar cuidados directos a la población y gestionar y administrar el entorno de cuidados en el contexto social.
- B— ☐ La actividad enfermera implica coordinar los servicios y prestaciones de servicios de salud que intervienen en la producción de servicios y la atención de cuidados para la salud y la vida.
- C— ☐ Ninguna de las anteriores afirmaciones tiene que ver con la identidad del liderazgo enfermero.
- D— ☐ a y b son ciertas.

337. La práctica de la enfermería hoy se da en contextos diversos como son hospitales, centros de atención primaria, domicilios de los pacientes y el sociosanitario. La atención enfermera abarca una dimensión mucho más amplia que la mera atención a la resolución de un problema de salud concreto que afecta a una persona. Esto significa que...

- A— ☐ Las intervenciones de la enfermera se abordan con el equipo de salud interdisciplinar ejerciendo el liderazgo en la coordinación de las necesidades de salud en relación con los recursos sanitarios y atendiendo los requisitos de cuidados para la vida y la salud que son de entidad disciplinar de la enfermería.



- B— ☐ La coordinación de recursos del entorno y la asignación de responsabilidades a cada miembro del equipo de salud es responsabilidad de la enfermera que ejerce el liderazgo en el medio sanitario y social.
- C— ☐ Los cambios en la esfera social y de los sistemas de salud requieren de la gestión técnica actualizada a las demandas de un entorno cambiante, por ello la dimensión enfermera abarca la capacidad y acreditación para responder con exactitud a los avances de la tecnología y de la ciencia.
- D— ☐ Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

338. La enfermera ejerce el liderazgo social de los cuidados cuando:

- A— ☐ Participa directamente en cargos políticos que le permiten orientar la atención sanitaria en relación con los cuidados enfermeros.
- B— ☐ Consolida la integración de todos los recursos del sistema que hacen referencia a la atención sanitaria en su totalidad.
- C— ☐ Convoca y aglutina a todas las partes implicadas en el proceso de atención de salud con el fin de asegurar la más alta calidad para los pacientes.
- D— ☐ a y b son ciertas.

339. Los matices y características que se asignan al liderazgo y a la dirección ejecutiva son:

- A— ☐ El liderazgo influencia a las personas y los grupos y gestiona la cultura asentada en actitudes y valores propios del cuidado enfermero.
- B— ☐ La dirección de la organización tiene que ver con la orientación a los profesionales y empleados en relación con la misión de la empresa para el cumplimiento de sus metas y objetivos.
- C— ☐ La dirección y el liderazgo son conceptos similares ya que no es factible ejercer el liderazgo si no es desde una responsabilidad asignada por la organización sanitaria.
- D— ☐ a y b son ciertas.

340. En la teoría de situación, el líder favorece la "conducta de relación" cuando:

- A— ☐ Organiza y define las funciones que deben realizarse para alcanzar los fines de la organización.
- B— ☐ Mantiene relaciones interpersonales al abrir la comunicación y el apoyo para facilitar las conductas.
- C— ☐ Determina cuándo, dónde y cómo se deben realizar las tareas, y anima en las conductas para alcanzar el propósito.
- D— ☐ Crea un ambiente positivo donde confluye el equipo en un clima favorable para alcanzar los objetivos.

**341. Establezca cuál de estas opciones define al líder democrático:**

- A— ☐ El líder orienta la tarea transmitiendo las decisiones tomadas previamente.
- B— ☐ El líder presenta al grupo el análisis de la situación y las alternativas, pero la decisión última es exclusiva del que dirige.
- C— ☐ El líder establece una orientación en la toma de decisiones y comparte con el grupo las responsabilidades.
- D— ☐ El líder promueve la libertad del grupo siendo éste quien toma las decisiones.

342. “El que fija las metas en función de lo que se puede esperar del grupo”, ésta es la definición del modelo de líder...

- A— ☐ Liberal.
- B— ☐ Autocrático.
- C— ☐ Transaccional.
- D— ☐ Participativo.

343. “El que fija las metas ofreciendo una razón y sentido a la dirección del grupo, lo que le permite alcanzar un alto nivel de motivación en el propósito colectivo”: ésta es la definición del modelo de líder...

- A— ☐ Transformador.
- B— ☐ Democrático.
- C— ☐ Autocrático.
- D— ☐ Transaccional.

344. Considerando una definición genérica de la acción de dirigir, podemos convenir que ésta es:

- A— ☐ La función que permite conocer los recursos necesarios para alcanzar un fin.
- B— ☐ El proceso que conduce a alcanzar las metas deseadas.
- C— ☐ a y b son ciertas.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

345. Asumimos que dirigir es iniciar el proceso de la acción cuando culmina el diseño de una organización. Esto significa que:

- A— ☐ Dirigir es estructurar e instalar los medios en una organización.
- B— ☐ Dirigir es medir lo planificado.
- C— ☐ Dirigir es comunicar, motivar y hacer que se cumplan las prestaciones de un servicio.
- D— ☐ Todas son ciertas.

346. Dentro de las características que definen la dirección, el concepto de "orientación en el servicio" hace referencia a:

- A— ☐ Particularizar el trabajo a las capacidades y competencias individuales de cada trabajador, eliminando barreras para la realización del mismo.
- B— ☐ Establecer la carrera profesional para asignar competencias a cada trabajador.
- C— ☐ Optimizar la eficiencia en relación con los objetivos establecidos para cada servicio.
- D— ☐ Todas son ciertas.

347. De las siguientes opciones señale la que no es correcta:

- A— ☐ La función de dirección no es privativa del cargo de gestor de una organización.
- B— ☐ La enfermera, cuando presta cuidados de atención directa, tiene competencias de dirección cuando se propone conseguir el mayor potencial de autocuidado en la persona y su entorno.
- C— ☐ El alto nivel de complejidad de las organizaciones requiere cada vez mayor competencia en actividades ligadas a la dirección.
- D— ☐ La función de dirección del gestor de una organización no conlleva como requisito el acercamiento al nivel operativo donde se lleva a cabo la atención directa.

348. "La dirección enfermera de una organización está inmersa en un contexto de política sanitaria que determina la orientación y la dirección del servicio enfermero." Esta aseveración indica que:

- A— ☐ La dirección enfermera no debe tener identidad propia, ya que se debe a la organización y al marco de su política particular.
- B— ☐ La dirección enfermera establece sus objetivos específicos en el marco de las políticas de salud definidas.
- C— ☐ La dirección enfermera tiene definidos los objetivos previamente por el contexto de la política sanitaria dominante en cada situación.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

349. Los objetivos de salud, definidos en los Planes Autonómicos de Salud y los contratos-programa en cada institución, implican su jerarquización secuencial y el pacto de objetivos en cada Unidad de Cuidados Enfermeros. Esta manera de abordar las prioridades de servicios de salud es un instrumento de gestión para la dirección enfermera que responde a:

- A— ☐ Un elemento estratégico para la planificación, dirección y evaluación de las prestaciones de cuidados enfermeros.
- B— ☐ Un hecho que está determinado por el nivel central de la administración y que encorseta el modelo de gestión de cuidados enfermeros.
- C— ☐ Una cuestión irrelevante, ya que la planificación centralizada no contempla prestaciones de cuidados enfermeros.
- D— ☐ Todas las respuestas son válidas.

350. La dirección de cualquier departamento u organización debe estar definida en relación con la misión y la filosofía que la guía. A partir de ello, los principios de la dirección son:

- A— ☐ Determinar la estructura, evaluar el proceso y medir los resultados.
- B— ☐ Definir la misión, motivar para alcanzar las metas propuestas, delegar actividades y resolver problemas.
- C— ☐ Planificar y definir lo que se quiere alcanzar, gestionar los recursos y evaluar resultados.
- D— ☐ Establecer una filosofía propia, hacer que se cumplan los objetivos y evaluar los resultados finales de la actividad.

351. La motivación como instrumento de la dirección es:

- A— ☐ La actividad que impulsa y dirige al personal para llevar a cabo las acciones planificadas.
- B— ☐ Una estrategia condicionada por el nivel de desarrollo del grupo debiendo adecuar instrumentos específicos en cada caso.
- C— ☐ Ninguna es cierta.
- D— ☐ a y b son ciertas.

352. “Los incentivos económicos son el elemento de motivación esencial para el desarrollo profesional del trabajador.” Valore esta aseveración y determine la contestación más adecuada:

- A— ☐ Es cierto que la motivación para el trabajo profesional está determinada por los incentivos económicos, partiendo de un sueldo adecuado.
- B— ☐ Los incentivos económicos son esenciales para poder aspirar a otros mecanismos de motivación profesional.
- C— ☐ Los incentivos económicos no constituyen la base de la motivación profesional, ésta se centra en el asesoramiento y apoyo en la formación, así como en el reconocimiento a la profesionalidad y el desarrollo científico.
- D— ☐ Al no tener sueldos socialmente adecuados, los incentivos económicos juegan un papel determinante en la motivación profesional.



353. En la misión de un departamento, la dirección se responsabiliza de afrontar las innovaciones que surgen de la política de salud. Para ello, delega las responsabilidades en cada uno de los componentes de la estructura de mando a través de acciones de supervisión y guía en el cumplimiento de las tareas. Esto quiere decir que:

- A— ☐ La dirección delega la responsabilidad del cumplimiento de los objetivos y de sus resultados en cada unidad de mando.
- B— ☐ El director es, en último caso, el responsable de la calidad y cantidad de los aspectos delegados a la supervisión.
- C— ☐ La delegación de una responsabilidad conlleva la delegación absoluta en términos de resultados.
- D— ☐ La dirección tiene la potestad de nombrar o cesar a aquellos a quienes asigna la responsabilidad en la dirección de los procesos de la organización.

354. Al director le corresponde la función de evaluación y control de las acciones delegadas. Ésta precisa de los criterios siguientes:

- A— ☐ La delegación implica que el supervisor responsable lleve a cabo las acciones para que los objetivos se cumplan quedando la competencia de evaluar para el director.
- B— ☐ El director es el responsable último de la organización y por ello, es a quien compete la evaluación de todo el proceso de dirección en la organización.
- C— ☐ Determinación de objetivos, asignación de financiación y recursos y sistemas de evaluación con patrones predeterminados.
- D— ☐ Todas son ciertas.

355. Para que la misión conceptual de una dirección sea comprendida y sean efectivas las habilidades del director, es necesario:

- A— ☐ Un proceso de comprensión y comunicación de la filosofía y metas que se propone la dirección, así como el establecimiento de incentivos que oriente el servicio que dirige.
- B— ☐ La misión en la dirección es un componente ideológico y, como tal, no está sujeto a la actividad de dirección en la empresa.
- C— ☐ La gestión en la dirección comprende técnicas y habilidades del gestor para hacer cumplir los objetivos de la organización. En ella, la filosofía y orientación conceptual ocupan un plano que se corresponde más con aspectos de opinión que de ejecución.
- D— ☐ Ninguna de las anteriores es cierta.

356. La resolución de problemas en la dirección de la organización conlleva:

- A— ☐ Definir objetivos, gestionar y evaluar.
- B— ☐ Evaluar el ambiente, los procesos y los resultados.
- C— ☐ Definir problemas, establecer estrategias para resolverlos y comunicar los resultados.
- D— ☐ Comunicar controlando la información, liderar y cohesionar el grupo, y supervisar y negociar los conflictos para alcanzar los objetivos.

357. Pero no sólo dirige aquel al que se le asigna un cargo de responsabilidad en la dirección de la organización. La dirección de los procesos de atención de cuidados enfermeros implica a cada enfermera asistencial. Esto significa que:

- A— ☐ La enfermera que no tiene un cargo de responsabilidad en la cadena de mando de una organización y no aporta elementos cualificados al proceso de dirección.
- B— ☐ La enfermera que presta cuidados enfermeros, define sus objetivos y es responsable último de la actividad que realiza, por ello no tiene implicación con la organización y el sistema de cuidados que presta.
- C— ☐ La enfermera participa en el proceso de dirección cuando presta cuidados enfermeros y en ello se propone mejorar la eficiencia de las prestaciones de cuidados y la productividad de la organización.
- D— ☐ Todas las anteriores son ciertas.

358. La descentralización de la gestión implica:

- A— ☐ La coordinación de la gestión, compartiendo la responsabilidad y asignando presupuestos.
- B— ☐ La presencia de la dirección en las Unidades de Cuidados.
- C— ☐ Delegar la responsabilidad a las supervisiones de Unidades de Cuidados.
- D— ☐ Todas son ciertas.

359. La gestión es un concepto que incorpora los valores de la economía de la salud y los métodos de la administración sanitaria. La gestión de servicios de salud tiene por objeto:

- A— ☐ El mayor rendimiento de los recursos sanitarios y de las prestaciones de servicios de salud.
- B— ☐ La racionalidad del gasto asentada en criterios de equidad económica y solidaridad social.



- C— ☐ El control del gasto de servicios de salud y el control de los sistemas de financiación.
- D— ☐ La medida del coste por proceso y la evaluación de resultados.

360. El debate suscitado en los últimos años, sobre la eficacia de las direcciones enfermeras en la organización sanitaria, nos lleva a plantear una cuestión clave, como es, ¿cuál es la misión de la dirección enfermera? En este sentido, podemos decir que:

- A— ☐ La misión de la dirección enfermera es la gestión de los recursos humanos de enfermeras y de los recursos materiales e instrumentales que utilizan las prestaciones que dan las enfermeras.
- B— ☐ La misión de la dirección enfermera es ser parte de un equipo de gerencia y como tal, no tiene objetivos propios de la dirección, sino que está determinada por los objetivos de la gerencia.
- C— ☐ La misión de la dirección enfermera parte de un modelo de gestión asentado en la definición de un modelo sanitario y en ello, evalúa según la clasificación de los diagnósticos enfermeros.
- D— ☐ La misión de la dirección enfermera es la esencia de la naturaleza de los cuidados enfermeros y, a partir de ello, la dirección orienta y define los objetivos propios del cuidado enfermero, en el marco de las políticas de salud.

361. La enfermera profesional abarca todos los ámbitos de la vida y la salud cuando las personas y su entorno requieren cuidados. La actividad de cuidar comprende:

- A— ☐ Enseñar, ayudar o suplir los cuidados de salud, cuando las demandas de cuidado superan la capacidad de las personas y su entorno.
- B— ☐ Dar cuidados especializados cuando la complejidad técnica o el riesgo de vida es crítico en la persona.
- C— ☐ Todas las acciones definidas en la organización de salud que son el resultado de la demanda de cuidados que hace la población a los servicios de salud.
- D— ☐ a y b son ciertas.

362. Los espacios del cuidado enfermero se encuentran en:

- A— ☐ La atención primaria o ambulatoria.
- B— ☐ La atención hospitalaria y los centros de larga estancia.
- C— ☐ La atención sociosanitaria, atención primaria y especializada.
- D— ☐ Todas son ciertas.

363. La enfermera es un recurso social y del sistema sanitario cuyo perfil profesional se centra en potenciar los recursos de autocuidado de las personas y suplir el cuidado enfermero cuando es superada la capacidad individual y del entorno. Esto significa que:

- A— ☐ La enfermería no tiene definida una especificidad en el cuidado de la salud ya que es éste un saber popular que conoce y maneja toda persona en su contexto de vida y salud.
- B— ☐ La enfermería como profesión es ejercitada por toda persona que cuida, de forma independiente a su regulación profesional.
- C— ☐ La especificidad del cuidado enfermero está delimitado en el contexto teórico de la disciplina enfermera y, como tal, el sistema social es el beneficiario de las prestaciones de cuidados enfermeros.
- D— ☐ La enfermería responde a las demandas de la organización en los aspectos relativos al cuidado de la salud.

364. En relación con los principios de la gestión de cuidados enfermeros, podemos establecer que:

- A— ☐ La planificación de cuidados estará orientada a las necesidades de salud de la persona y a la gestión del entorno como condicionante de salud y vida.
- B— ☐ Gestionar los valores del cuidado significa la consideración de la persona por su dignidad humana, como ser unitario.
- C— ☐ El análisis de las necesidades de cuidados incluye métodos de valoración cuantitativos y cualitativos, que incluyen la percepción de las personas y su entorno sobre su propio cuidado.
- D— ☐ Todas son ciertas.

365. En salud, la especificidad de la gestión de los cuidados enfermeros, se refiere a:

- A— ☐ Hace referencia a la misma estructura del conocimiento y de los valores propios del cuidado enfermero que serán la esencia de la gestión.
- B— ☐ Los recursos materiales y humanos de enfermeras que dan prestaciones de servicios de salud son independientes del contexto teórico y de la naturaleza de la enfermería.
- C— ☐ El cálculo del coste de los cuidados enfermeros como elemento del proceso de atención.
- D— ☐ Todas son ciertas.

366. La estructura de la gestión de cuidados hace referencia a la utilización del conocimiento enfermero; el proceso se refiere a los métodos utilizados para



dar cuidados enfermeros y los resultados se relacionan con el nivel alcanzado de autonomía de los cuidados que tienen las personas que son dependientes de prestaciones de cuidados enfermeros. Estos tres elementos definen:

- A— ☐ El modelo de gestión de la atención primaria.
- B— ☐ El modelo de gestión de la atención especializada y ambulatoria.
- C— ☐ El concepto del SER (conocimiento), el HACER (método) y el ESTAR (valores), que define la finalidad de la gestión de cuidados en términos de calidad.
- D— ☐ Un modelo de evaluación que tiene más que ver con filosofías particulares que con un modelo operativo de gestión de cuidados.

367. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta, en relación con la orientación del cuidado enfermero en los servicios de salud?

- A— ☐ Existen como problema aquellos cuidados que son consecuencia de una enfermedad y que se reconocen como déficit de cuidados.
- B— ☐ Las desviaciones de salud son consecuencia del cuidado derivado de alteraciones producidas por el modo de vida y hábitos de salud.
- C— ☐ a y b son ciertas.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

368. Las maneras de intervención de la enfermera en el cuidado de las personas y su entorno están definidas, en relación con la forma de organizar las prestaciones de salud, de la manera siguiente:

- A— ☐ La enfermera atiende el cuidado en acción interdisciplinar de equipo cuando el problema de salud está definido con carácter multifactorial, funcional y biológico, social y psíquico, y ético y cultural.
- B— ☐ El problema siempre está definido con carácter multifactorial y por lo tanto, siempre se aborda en equipo, desde la orientación de las diversas perspectivas de profesionales.
- C— ☐ La enfermera no tiene responsabilidad de prescripción y diagnóstico, por lo que no puede actuar de forma autónoma.
- D— ☐ La autonomía de la enfermera se centra en la determinación del grado de dependencia de la persona, en la resolución de sus necesidades de cuidados y actúa de forma independiente en la resolución de estos problemas.

369. La particularidad o especificidad de la gestión de los cuidados enfermeros hace referencia a:

- A— ☐ Que no pueden ser gestionados los recursos enfermeros por quien no es enfermero profesional.

- B— ☐ Que el gestor de cuidados requiere del conocimiento enfermero y del conocimiento técnico de la gestión de servicios.
- C— ☐ Que los servicios enfermeros son responsabilidad exclusiva de la dirección enfermera.
- D— ☐ Que la organización de servicios de salud atiende los problemas de salud en relación con la organización y funciones de los grupos de profesionales.

370. Gestionar el conocimiento enfermero hace referencia a:

- A— ☐ Gestionar el conocimiento universal.
- B— ☐ Gestionar los servicios enfermeros.
- C— ☐ Gestionar el conocimiento teórico disciplinar en su aplicación al cuidado de la salud.
- D— ☐ Gestionar los diagnósticos enfermeros y aplicar las clasificaciones NIC y NOC a la gestión de servicios enfermeros.

371. El conocimiento y el saber de la enfermería se asienta en:

- A— ☐ La enfermería es una ciencia aplicada que estudia las relaciones existentes entre la persona y su entorno en relación con el cuidado de la salud y la vida.
- B— ☐ La enfermería es un saber que surge de forma empírica del conocimiento del experto en su trabajo y, por ello, tiene la dificultad del reconocimiento en el contexto de los servicios de salud.
- C— ☐ La investigación Enfermera Basada en la Evidencia (EBE) es la respuesta a la necesidad científica que requiere la enfermería para su reconocimiento en las prestaciones y servicios de salud.
- D— ☐ Todas son ciertas.

372. El conocimiento enfermero aplicado a la gestión de cuidados, ¿puede considerarse que tiene utilidad práctica? Elija la opción adecuada:

- A— ☐ Permite diferenciar los procesos enfermeros que tienen carácter independiente y que precisan de la asignación de los recursos necesarios para resolver problemas.
- B— ☐ El conocimiento tiene configuración abstracta y por ello es de difícil aplicación en los problemas que surgen en la gestión cotidiana del cuidado de la salud.
- C— ☐ El gestor de cuidados debe ante todo ser un buen técnico en el conocimiento de las técnicas y habilidades de la gestión. El conocimiento de los cuidados deberá ser llevado por expertos enfermeros en la asistencia.
- D— ☐ a y b son ciertas.



373. Las intervenciones enfermeras estarán determinadas por la especificidad del cuidado asentado en el conocimiento disciplinar de la enfermería. Esto es:

- A— ☐ Las intervenciones enfermeras están definidas en los diagnósticos NANDA, que son lo que determina el conocimiento enfermero en la organización sanitaria.
- B— ☐ Las intervenciones enfermeras están definidas por la implantación de un modelo teórico en la práctica enfermera y sólo desde esta definición se aplica el conocimiento a la práctica del cuidado.
- C— ☐ La gestión deberá estar orientada a partir de la definición de problemas de salud que son elaborados desde el conocimiento disciplinar enfermero. De ello debe derivarse la clasificación de intervenciones enfermeras y la evaluación de resultados.
- D— ☐ Todas son ciertas.

374. La gestión de los valores del cuidado es un concepto que nace ante la deshumanización de la asistencia derivada del auge de la tecnología. El cuidado enfermero en su más profunda tradición se ha caracterizado por el carácter humanitario y de proximidad entre la enfermera y la persona cuidada. Hablar hoy de valores en el cuidado significa que:

- A— ☐ La atención enfermera integra la sabiduría humana del cuidado de la salud y la vida.
- B— ☐ La persona es comprendida por su dignidad humana y como ser sujeto a la moral.
- C— ☐ El respeto a la persona y la orientación del servicio en relación con sus necesidades humanas es la esencia del cuidado de la salud.
- D— ☐ Todas son ciertas.

375. Una de las dimensiones de la gestión de los valores humanos en el cuidado hace referencia al estado de vulnerabilidad de la persona dependiente de cuidados. Esto quiere decir que:

- A— ☐ La persona cuidada no tiene capacidad para conocer o saber de sí misma ante la situación de salud en que se encuentra y esto la hace vulnerable.
- B— ☐ La persona cuidada se encuentra en estado dependiente y por ello carece de la autonomía que le permite resolver su estado de salud. Este carácter la hace vulnerable.
- C— ☐ La persona cuidada no tiene libertad para tomar decisiones por sí misma y pone en manos del profesional las acciones de su cuidado, lo cual la hace vulnerable.
- D— ☐ Todas son ciertas.

376. La gestión de los valores deberá tener una vertiente aplicada; esto implica:

- A— ☐ Hacer participar a la persona en su proceso de cuidados para que la toma de decisiones sea adecuada a sus necesidades y expectativas en el cuidado de sí misma.
- B— ☐ La información y el consentimiento, la educación para la salud y la continuidad de los cuidados son la manera de gestionar los valores del cuidado.
- C— ☐ Un entorno adecuado y un contexto que potencie el respeto a la intimidad y a la dignidad humana son elementos de la gestión de valores.
- D— ☐ Todas son ciertas.

377. La tecnología del cuidado hace referencia a un componente de calidad que mejora las maneras y formas de dar el cuidado, menos traumático, más cómodo, más accesible. Gestionar la tecnología del cuidado implica:

- A— ☐ Aplicar las técnicas instrumentales del cuidado en la actividad de la enfermera determinada por la investigación y la evidencia científica.
- B— ☐ Incorporar los avances del desarrollo científico y tecnológico al cuidado de la vida y la salud.
- C— ☐ a y b son ciertas.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

378. La tecnología del cuidado afecta a los diferentes entornos donde se presta el cuidado enfermero. Esto implica que:

- A— ☐ La tecnología del cuidado hace referencia a las técnicas más sofisticadas de la atención especializada.
- B— ☐ La tecnología del cuidado es una cuestión de investigación que no corresponde a las enfermeras ya que viene determinada por la suma de acciones de Investigación y Desarrollo (I+D).
- C— ☐ La tecnología del cuidado incorpora el cuidado cotidiano, el cuidado terapéutico y la información y comunicación.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

379. La tecnología de la información aplicada al cuidado de la salud...

- A— ☐ Es una cuestión general que no es específica del cuidado y por lo tanto no es un elemento de gestión enfermera.
- B— ☐ Es una cuestión esencial para resolver situaciones de educación y manejo de la salud atendidas a distancia, es de utilidad en la orientación de los pacientes en la organización sanitaria y es relevante para hacer accesible a la persona su entorno, como instrumento de desarrollo del autocuidado.



- C— ☐ El desarrollo de la comunicación e información en una organización sanitaria es competencia específica de la dirección de gestión, ya que el sistema de información no incorpora la especificidad de indicadores del cuidado enfermero.
- D— ☐ La información en la empresa está orientada para su utilización por la organización y gestión de los servicios; la información orientada al usuario no es requerimiento específico de la organización.

380. Los instrumentos y técnicas de la gestión son elementos que el gestor de cuidados incorpora a la acción de dirección y evaluación de los servicios. Esto requiere un aprendizaje y educación en contenidos que son de carácter:

- A— ☐ Los métodos de gestión son universales en su aplicación en todas las esferas de la organización de grupos humanos; lo que determina un campo concreto es su uso.
- B— ☐ Los métodos de gestión de servicios de salud son determinantes de las características del campo de la salud y tienen un aprendizaje diferenciado de otras disciplinas.
- C— ☐ Los métodos de gestión de servicios enfermeros son determinantes de las características del campo de la enfermería y tienen un aprendizaje diferenciado de otras disciplinas.
- D— ☐ La formación en dirección y gestión de servicios de salud y de enfermería es una especialización derivada del concepto de cuidados enfermeros.

381. El papel de la información en la gestión de cuidados es determinante para la orientación de los servicios. Esto es, de la información que tengamos, determinaremos la planificación de las acciones. Esta realidad, hoy, implica en la gestión de cuidados:

- A— ☐ La necesidad de definir políticas de salud que establezcan los contenidos de la actividad enfermera.
- B— ☐ Establecer un Sistema de Información Sanitario que incorpore los resultados de la atención enfermera.
- C— ☐ La necesidad de crear indicadores de cuidados y de calidad de vida, indicadores de riesgo de salud y de déficit de cuidados.
- D— ☐ La necesidad de crear indicadores de morbilidad y mortalidad, de incapacidad y de riesgo de salud.

382. Para el sistema de información, el análisis de necesidades en relación con la calidad de vida y cuidados de la salud deberá partir de la recogida de datos por métodos cuantitativos y cualitativos. Ello nos va a permitir:

- A— ☐ Integrar las necesidades de atención que surgen de la demanda de cuidado sanitario y que son la base de datos de la organización.
- B— ☐ Incorporar al sistema de información las necesidades percibidas y sentidas por la población de referencia, así como las demandas de cuidado sanitario.
- C— ☐ El conocimiento de las necesidades de salud, que proceden de la demanda e incorporan las necesidades sentidas y de calidad de vida y cuidados.
- D— ☐ El conocimiento de la morbilidad y la mortalidad como indicadores de calidad de vida y cuidado de la salud.

383. Las variables de estudio precisas para conocer las necesidades de cuidados enfermeros de la población, en la información sanitaria, deberán abarcar el conocimiento de:

- A— ☐ La actividad que llevan a cabo las enfermeras en las consultas y Unidades de Cuidados.
- B— ☐ Las demandas y servicios prestados por las enfermeras en los diferentes modelos de organización sanitaria.
- C— ☐ Las necesidades sentidas por la persona en relación con su cuidado y los condicionantes del entorno de salud.
- D— ☐ Todas son ciertas.

384. Los métodos de gestión, cuando se aplican al contexto del cuidado enfermero, están determinados por:

- A— ☐ La orientación definida en protocolos de cuidados determinados desde la dirección.
- B— ☐ La propia estructura del conocimiento enfermero.
- C— ☐ La actividad y la clasificación de problemas que atienden las enfermeras.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

385. Hemos establecido que el conocimiento enfermero es el que determina la manera de orientar y gestionar los servicios enfermeros. Esto implica que:

- A— ☐ Las prestaciones enfermeras serán la consecuencia de definir las actividades que surgen de las relaciones entre la persona y su entorno en relación con el cuidado de la salud.
- B— ☐ Las prestaciones enfermeras estarán determinadas por el Catálogo de Actividades Enfermeras definidas a partir de los indicadores de morbilidad, mortalidad e incapacidad que están definidos en el Sistema de Información Sanitario (SIS).

- C— ☐ Las prestaciones enfermeras son el resultado de la planificación que procede del SIS, y que está establecido como orientación de las políticas de salud prevalentes.
- D— ☐ Las prestaciones enfermeras son el resultado del consenso de aquellas actividades que están determinadas por grupos de enfermeras que, perteneciendo a una organización profesional, se establecen como líneas de cuidados.

386. La disociación que existe entre los perfiles de formación de la enfermera (pre y post-grado) y la indeterminación de los requerimientos que se le confieren en el sistema está llevando a generar políticas de motivación específicas para las enfermeras en la organización de servicios de salud. Esta motivación está orientada hacia:

- A— ☐ Los intereses de colectivos y grupos con aspiraciones similares que ejercen un poder y que deberán ser tenidos en cuenta en la gestión de la organización.
- B— ☐ Los deseos de las personas para adecuar los intereses individuales con los objetivos y metas de la empresa.
- C— ☐ Los requerimientos de la organización misma y de grupos corporativos que requieren que sus reivindicaciones sean resueltas.
- D— ☐ Todas son ciertas.

387. Entre los instrumentos de motivación, es correcto que los más destacados son:

- A— ☐ Los incentivos económicos, que son el elemento de motivación que más atrae al grupo a cumplir los objetivos de la organización.
- B— ☐ Las relaciones personales, que son de vital importancia ya que son la base para el ejercicio realizado con profesionalidad.
- C— ☐ Los incentivos directamente relacionados con una conducta por la que se recibe una compensación.
- D— ☐ El grado de cohesión del grupo.

388. La dirección enfermera deberá encontrar también elementos de motivación para el desarrollo profesional en el contexto de las políticas de salud. Esto indica que:

- A— ☐ El sentimiento de pertenencia al grupo, la satisfacción de un trabajo efectivo y la sistematización de las prestaciones enfermeras son elementos que se derivan de las políticas de la organización.
- B— ☐ Las estrategias de promoción y del cuidado de la salud como responsabilidad principal que recae en la enfermera deberán ocupar cada vez mayor representación en la orientación de los servicios.

- C— ☐ Las estrategias están orientadas a la implicación del colectivo para alcanzar metas comunes.
- D— ☐ Todas son ciertas.

389. La dirección enfermera deberá tener un plan estratégico que oriente al colectivo que dirige. Esta estrategia deberá estar trazada desde:

- A— ☐ El entorno de la organización como contexto en el que se trabaja y la actividad enfermera como servicio que se presta.
- B— ☐ Los requerimientos profesionales de las enfermeras y poner los medios para poderlos manifestar.
- C— ☐ La imagen de la enfermera ante la sociedad y la difusión científica.
- D— ☐ La comunicación interna entre los diferentes colectivos de profesionales.

390. El entorno de los servicios de salud, como factor de motivación para el ejercicio profesional, está constituido por:

- A— ☐ La información, señalización e indicaciones de orientación dentro de la organización, así como el estado de la estructura física.
- B— ☐ Las influencias de la totalidad de la organización sobre el colectivo de enfermeras y las relaciones de éstas con el resto de profesionales.
- C— ☐ Las relaciones de poder en la organización como factor determinante del entorno.
- D— ☐ b y c son ciertas.

391. El contexto de la estructura física en la organización cumple un papel primordial en la imagen de la organización hacia el exterior, hacia el medio social. Determine en las respuestas siguientes cuál de ellas hace relación al entorno:

- A— ☐ Las prestaciones que dan las enfermeras se deberán reflejar en carteles y signos explícitos en la estructura.
- B— ☐ El significado de la estructura física como entorno sanitario lleva implícito la atención enfermera y no precisa de ninguna programación especial.
- C— ☐ La cultura de los cuidados es un elemento de estrategia que deberá estar reflejado en el entorno de la estructura física.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

392. La manera de hablar y el lenguaje técnico en las relaciones entre profesionales y usuarios es:

- A— ☐ Una barrera para la comunicación entre los distintos profesionales de la organización.



- B— ☐ La enfermera, por su propio perfil profesional, es un elemento clave en la información y comunicación.
- C— ☐ El médico tiene un lenguaje técnico, pero la enfermera no.
- D— ☐ El lenguaje técnico permite un distanciamiento necesario para que el profesional no se implique en el dolor y los afectos de las relaciones.

393. La identificación corporativa de la enfermera como profesional en su relación con el paciente o persona que cuida se justifica por:

- A— ☐ No es necesario que la enfermera lleve atuendos de imagen corporativa especiales como el uniforme que la distinga u otras identificaciones.
- B— ☐ Los símbolos tradicionales de la enfermera, uniforme con delantal, cobertura de la cabeza, etc., como signos que han indicado subordinación, deben quitarse y no ser sustituidos por ningún otro.
- C— ☐ Llevar significados en la imagen que la identifiquen en su perfil profesional, ligado al respeto a la persona, la accesibilidad y la profesionalidad.
- D— ☐ La enfermera no requiere signos de identidad específica en el contexto de los servicios, el paciente la conocerá por su actividad.

394. Sobre las relaciones de poder en la organización, señale cuáles son las que la enfermera puede llevar a cabo por su propia razón de ser profesional:

- A— ☐ El poder del conocimiento enfermero y el arte de cuidar.
- B— ☐ El poder en las relaciones con compañeros del puesto de trabajo.
- C— ☐ El poder que otorga un cargo de responsabilidad.
- D— ☐ El poder económico asentado en su nivel adquisitivo.

395. Cuando el entorno laboral genera estrés, las estrategias de la dirección estarán encaminadas hacia:

- A— ☐ Eliminar los factores de estrés motivados por condiciones personales.
- B— ☐ Identificar los factores derivados de causas de género y actuar sobre ellos.
- C— ☐ Favorecer el estrés que estimula la motivación y el desarrollo profesional.
- D— ☐ Todas son ciertas.

396 Los elementos básicos en la toma de decisiones son:

- A— ☐ Identificar problemas, contrastar posibles soluciones y prever consecuencias.
- B— ☐ Identificar necesidades, actuar y evaluar.
- C— ☐ Seleccionar un método de TDD y actuar.
- D— ☐ Establecer estrategias, valorar alternativas y evaluarlas.

397. El árbol de decisiones es:

- A— ☐ Un gráfico que establece diferentes vías o alternativas de la decisión tomada.
- B— ☐ Una cadena explicativa de los problemas y soluciones que presenta una alternativa.
- C— ☐ Cuadros de dos columnas que identifican posibles causas de un problema.
- D— ☐ Un modelo gráfico de TDD que muestra por anticipado las opciones, los resultados y los riesgos.

398. La incorporación de los valores éticos y culturales que lleva consigo la TDD hace referencia a que:

- A— ☐ Los sistemas de valores dan a la persona una estructura que le permite armonizar la TDD con el posible daño moral.
- B— ☐ Los valores y la cultura son elementos abstractos que no requieren una particular atención en la TDD cuando ésta afecta a cuestiones pragmáticas.
- C— ☐ Los valores y creencias se deben tener en cuenta en relación con los usuarios del sistema, pero no afectan directamente a las decisiones profesionales.
- D— ☐ Ninguna es cierta.

399. El segundo ciclo y el doctorado en enfermería es una necesidad para el desarrollo profesional porque:

- A— ☐ La enfermería tiene que responder a la demanda social de la titulación de licenciado.
- B— ☐ El sistema sanitario está demandando una titulación superior en enfermería para poder resolver los problemas en esta área.
- C— ☐ La generación de conocimiento deberá orientar la investigación y los métodos para hacer enfermería.
- D— ☐ Todas son ciertas.

400. La tecnología de los cuidados en la atención enfermera es:

- A— ☐ La aplicación de técnicas que son responsabilidad de la investigación de laboratorios y casas comerciales acreditadas.
- B— ☐ Nuevas formas de cuidar que mejoran la calidad del cuidado y el bienestar de las personas.
- C— ☐ Las enfermeras aplican la tecnología del cuidado cuando ésta se incorpora en el sistema sanitario, pero no interviene en el proceso de investigación.
- D— ☐ Un instrumento que facilita la atención y reduce costes en términos de eficiencia.



PATRÓN DE RESPUESTAS

200 preguntas de Administración y Gestión

(test)

A continuación se propone un patrón de respuestas de las 200 preguntas pertenecientes a Administración y Gestión de Enfermería. Recuerde que de las cuatro opciones que se dan en cada una de ellas, sólo una es correcta o, en su defecto, la más completa. Señale con un lapicero el ítem que considera verdadero y compruebe en las páginas de respuestas la justificación y el total de preguntas acertadas.

- 201 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 202 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 203 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 204 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 205 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 206 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 207 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 208 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 209 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 210 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 211 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 212 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 213 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 214 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 215 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 216 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 217 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 218 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 219 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 220 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 221 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 222 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 223 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 224 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 225 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 226 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 227 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 228 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 229 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 230 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 231 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 232 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 233 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 234 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 235 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 236 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 237 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 238 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 239 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 240 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 241 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 242 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 243 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 244 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 245 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 246 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 247 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 248 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 249 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 251 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 252 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 253 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 254 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 255 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 256 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 257 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 258 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 259 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 260 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 261 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 262 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 263 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 264 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 265 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 266 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 267 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 268 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 269 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 270 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 271 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 272 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 273 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 274 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 275 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 276 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 277 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 278 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 279 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 280 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 281 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 282 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 283 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 284 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 285 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 286 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 287 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 288 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 289 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 290 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 291 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 292 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 293 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 294 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 295 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 296 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 297 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 298 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 299 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 301 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 302 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 303 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 304 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 305 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 306 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 307 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 308 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 309 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 310 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 311 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 312 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 313 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 314 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 315 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 316 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 317 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 318 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 319 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 320 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 321 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 322 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 323 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 324 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 325 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 326 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 327 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 328 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 329 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 330 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 331 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 332 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 333 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 334 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 335 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 336 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 337 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 338 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 339 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 340 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 341 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 342 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 343 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 344 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 345 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 346 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 347 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 348 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 349 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 351 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 352 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 353 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 354 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 355 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 356 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 357 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 358 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 359 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 360 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 361 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 362 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 363 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 364 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 365 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 366 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 367 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 368 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 369 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 370 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 371 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 372 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 373 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 374 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 375 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 376 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 377 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 378 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 379 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 380 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 381 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 382 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 383 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 384 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 385 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 386 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 387 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 388 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 389 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 390 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 391 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 392 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 393 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 394 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 395 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 396 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 397 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 398 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
- 399 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

200
Preguntas

(test)

comentadas

Test
Enfermería

2/5

Ética y Legislación

Carmen Delia Medina Castellano

Enfermera y Doctora en Derecho.

Directora del Departamento de Enfermería

de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Preguntas

401. ¿Quién fue el que utilizó por vez primera el término *bioética*?

- A— ☐ Van Rensselaer Potter.
- B— ☐ Richard Hastings.
- C— ☐ Edmund Helleger.
- D— ☐ David Thomasma.

402. ¿Cuál fue el primer centro dedicado al estudio de la bioética en el mundo?

- A— ☐ El Centro Hastings.
- B— ☐ El Instituto Kennedy.
- C— ☐ El Instituto Borja de Bioética.
- D— ☐ El Centro de Bioética de Montreal.

403. Las razones históricas para el nacimiento de la bioética, según Diego Gracia, son:

- A— ☐ Los avances en biología y ecología humana y la llamada revolución sanitaria.
- B— ☐ La revolución industrial y los descubrimientos médicos.
- C— ☐ El cambio de mentalidad en los profesionales sanitarios y la escasez de recursos.
- D— ☐ La necesidad de protegernos frente a los totalitarismos.

404. A la bioética le interesan:

- A— ☐ Los problemas morales.
- B— ☐ Los dilemas éticos.
- C— ☐ Toda la conducta humana que se sustenta en valores y creencias.
- D— ☐ La conducta humana que se manifiesta en relación con las ciencias de la vida y que reviste una connotación ética.

405. El primer centro de bioética creado en España fue:

- A— ☐ El Instituto Borja de Bioética.
- B— ☐ La Cátedra de Medicina de Diego Gracia.
- C— ☐ El Grupo de Investigación en Bioética de Galicia.
- D— ☐ El Centro Diego Gracia de Bioética de Madrid.

406. El núcleo conceptual en el que funda Potter el nacimiento de la bioética es:

- A— ☐ La necesidad de evitar los desastres ecológicos.
- B— ☐ Propiciar el debate ciudadano sobre avances científicos.



- C— ☐ Establecer un puente entre la ética y las ciencias de la vida.
- D— ☐ Dictar normas morales en materia de investigación.

407. Según la Enciclopedia de bioética, esta disciplina puede definirse como:

- A— ☐ El examen de la conducta humana en relación con las ciencias de la vida a la luz de valores y principios morales.
- B— ☐ El examen de la conducta humana en relación con las ciencias de la vida a la luz de normas morales.
- C— ☐ El examen de la conducta humana en relación con las ciencias de la vida a la luz de normas jurídicas.
- D— ☐ El examen de la conducta humana en todos los ámbitos a la luz de valores y principios morales.

408. El Informe Belmont fue elaborado por:

- A— ☐ La *National Commission*.
- B— ☐ La *President's Commission*.
- C— ☐ La *Kennedy Commission*.
- D— ☐ La *Carter Commission*.

409. El fin moral de la asistencia dentro del modelo de beneficencia es:

- A— ☐ Fomentar los mejores intereses del paciente tal y como son entendidos desde el punto de vista del profesional.
- B— ☐ Fomentar los mejores intereses del paciente tal y como son entendidos desde su punto de vista.
- C— ☐ Fomentar la autonomía del paciente.
- D— ☐ Evitar todo daño al paciente, aunque ello suponga no intervenir.

410. La beneficencia paternalista estricta supone:

- A— ☐ Considerar al paciente como un sujeto necesitado de información para tomar decisiones.
- B— ☐ Considerar al paciente como un incompetente moral.
- C— ☐ Considerar al paciente como un sujeto autónomo.
- D— ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

411. El principio de autonomía incorpora dos convicciones éticas:

- A— ☐ Los individuos deben ser tratados como seres autónomos, menos cuando son incapaces.

- B— ☐ Los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección.
- C— ☐ Los individuos deben ser tratados como seres autónomos siempre que sea posible.
- D— ☐ Los individuos deben ser tratados como seres autónomos y los recursos sanitarios deben repartirse equitativamente.

412. La expresión jurídica del principio de autonomía es:

- A— ☐ La posibilidad de demandar a los profesionales sanitarios.
- B— ☐ La Ley General de Sanidad.
- C— ☐ El consentimiento informado.
- D— ☐ La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

413. Beauchamp y McCullough propugnan el uso de modelos de responsabilidad moral y no de los principios bioéticos aisladamente considerados sobre la base de que:

- A— ☐ Su intención es desarrollar una teoría ética del deber.
- B— ☐ Su intención es establecer un código deontológico de aplicación universal.
- C— ☐ Su intención es desarrollar una teoría ética de la virtud.
- D— ☐ Su intención es considerar las consecuencias que se derivan de la aplicación de los principios.

414. Cuando la falta de autonomía es reversible el profesional:

- A— ☐ Debe procurar los medios más adecuados para que el paciente recupere su autonomía y tome decisiones acordes a sus creencias y valores.
- B— ☐ Debe valorar decisiones autónomas anteriores que permitan reconstruir cuál puede ser la voluntad del paciente.
- C— ☐ Debe acudir al modelo de beneficencia y fomentar los mejores intereses para el paciente.
- D— ☐ Debe pedir a la familia que tome las decisiones por el paciente.

415. El respeto a la autonomía debe ser:

- A— ☐ Absoluto.
- B— ☐ Depende del criterio del profesional.
- C— ☐ Depende de la información que nos proporcione la familia acerca del estado del paciente.
- D— ☐ Depende de que las personas estén capacitadas para entender la información y ordenar sus creencias y valores para actuar sin controles externos.



416. El Modelo de Henderson se basa en dos premisas desde el punto de vista ético:

- A— ☐ La función de la enfermera es una función siempre de ayuda y la actuación es integral.
- B— ☐ La función de la enfermera es de ayuda, aunque en determinados estados puede ser de sustitución y su objeto de interés es eminentemente biológico.
- C— ☐ La función de la enfermera es normalmente de ayuda, salvo cuando la dependencia es absoluta y su objeto de interés es el sujeto considerado como un todo.
- D— ☐ Todas las anteriores son correctas.

417. Dentro del Modelo de Henderson, el fin moral de la asistencia es:

- A— ☐ Promover los mejores cuidados para el paciente fomentando su autonomía en todas las esferas de la vida.
- B— ☐ Promover los mejores cuidados del paciente fomentando su autonomía cuando sea posible.
- C— ☐ Promover los mejores cuidados del paciente previniendo su dependencia.
- D— ☐ Evitar el daño a los pacientes y promover su autocuidado.

418. De acuerdo al Modelo de Henderson:

- A— ☐ La falta de conocimientos justifica que la enfermera sustituya al paciente en sus decisiones.
- B— ☐ La falta de voluntad del paciente puede ser sustituida por la enfermera.
- C— ☐ La falta de voluntad del paciente no puede ser sustituida por la enfermera.
- D— ☐ La falta de fuerza nunca condiciona la autonomía del paciente.

419. De acuerdo al Modelo de Henderson, la persona que es dependiente para satisfacer alguna de sus necesidades:

- A— ☐ No es autónoma en ningún caso.
- B— ☐ Puede ser autónoma.
- C— ☐ Depende de lo que sea capaz de hacer por sí misma.
- D— ☐ La dependencia para satisfacer las necesidades básicas no está en relación directa con la autonomía del paciente.

420. El fin moral de un modelo hace referencia:

- A— ☐ Al objetivo que persigue la asistencia.
- B— ☐ Al principio desde el que plantear la vía de solución.

- C— ☐ Al objetivo que persigue el modelo.
- D— ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

421. Beauchamp y McCullough dicen que para que una decisión sea autónoma debe reunir los siguientes requisitos:

- A— ☐ La persona debe poseer un conocimiento suficiente de los hechos y una comprensión adecuada de los mismos y no estar sujeta a coacciones externas.
- B— ☐ La persona debe poseer una información suficiente y no estar sujeta a coacciones internas.
- C— ☐ La persona debe poseer un conocimiento suficiente y no estar sujeta a coacciones externas.
- D— ☐ La persona debe poseer un conocimiento suficiente de los hechos y una comprensión adecuada y no estar sujeta a ningún tipo de coacción.

422. Los comités nacionales de ética:

- A— ☐ Se ocupan sólo de problemas éticos.
- B— ☐ Se ocupan de problemas éticos y jurídicos que surgen en la práctica asistencial.
- C— ☐ Se ocupan de desarrollar líneas de trabajo o enunciar principios generales en materia bioética.
- D— ☐ Se ocupan de estudiar y analizar las normas y leyes que regulan la buena práctica.

423. Los comités éticos de investigación clínica son:

- A— ☐ Comisiones creadas en los centros sanitarios para verificar el adecuado comportamiento de los profesionales que se dedican a la investigación.
- B— ☐ Comisiones creadas en los centros sanitarios para decidir los temas de investigación que se desarrollarán en él.
- C— ☐ Comisiones creadas en los centros sanitarios para verificar si los protocolos de investigación clínica cumplen los requisitos éticos y legales correspondientes.
- D— ☐ Comisiones creadas en los centros sanitarios para verificar si los protocolos de investigación clínica cumplen los requisitos éticos, legales y metodológicos correspondientes.

424. Entre las prohibiciones para constituir un comité de ensayos clínicos no se encuentra:

- A— ☐ Ninguno de los miembros podrá percibir ningún tipo de remuneración por parte del promotor del ensayo.



- B- ☐ Ninguno de los miembros del comité podrá percibir dietas en concepto de gastos de desplazamiento, cuando éste sea necesario en razón de la investigación.
- C- ☐ El titular del centro sanitario debe garantizar que el comité cuenta con los medios necesarios para llevar a cabo su trabajo.
- D- ☐ El comité estará formado por un mínimo de siete miembros.

425. Las funciones básicas de los comités de ética asistencial son:

- A- ☐ Proteger los derechos de los pacientes, realizar el análisis ético de los casos y verificar que el protocolo de investigación es correcto.
- B- ☐ Proteger los derechos de los pacientes, realizar el análisis ético de los casos, formular normas y protocolos de investigación.
- C- ☐ Proteger los derechos de los pacientes, realizar el análisis ético de los casos, formular normas y protocolos y formar en bioética al personal del centro sanitario.
- D- ☐ Formular protocolos de procedimientos clínicos, proteger los derechos de los pacientes, formar al personal sanitario y realizar el análisis ético de los casos.

426. Los postulados éticos que deben presidir la realización de un ensayo clínico determinan que:

- A- ☐ No debe existir ningún riesgo para las personas que participan en el ensayo.
- B- ☐ Debe existir una proporción entre riesgos y beneficios.
- C- ☐ Se admiten riesgos extremos si el ensayo está dirigido a curar enfermedades que afectan a un gran volumen de población.
- D- ☐ Se admiten los riesgos que la persona que participa en el ensayo esté dispuesta a asumir.

427. El promotor del ensayo clínico es:

- A- ☐ La persona física o jurídica que financia el ensayo.
- B- ☐ La persona física o jurídica que firma la solicitud de autorización y se responsabiliza del ensayo.
- C- ☐ La persona física que dirige la realización práctica del ensayo.
- D- ☐ El encargado del seguimiento directo de la realización del ensayo.

428. Entre las funciones que el Real Decreto 561/1993 asigna a los comités de ensayos clínicos no se encuentra:

- A- ☐ Evaluar la idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del ensayo.

- B— ☐ Evaluar la idoneidad del equipo investigador para el ensayo propuesto.
- C— ☐ Comprobar la previsión de la compensación y tratamiento que se ofrecerá a los participantes en caso de ser necesario.
- D— ☐ Recaudar los fondos precisos para atender a las compensaciones en caso de que se produzca algún daño a los participantes en el ensayo.

429. Los comités éticos de investigación clínica deben estar formados por:

- A— ☐ 10 miembros, de los cuales 3 serán ajenos a las profesiones sanitarias.
- B— ☐ 7 miembros, de los cuales 2 deben ser ajenos a las profesiones sanitarias y uno de ellos, Licenciado en Derecho.
- C— ☐ 8 miembros, de los cuales 2 deben ser ajenos a las profesiones sanitarias.
- D— ☐ 7 miembros, de los cuales 2 deben ser ajenos a las profesiones sanitarias.

430. Los elementos básicos de todo procedimiento de Toma de Decisiones (TDD) son, fundamentalmente, los siguientes:

- A— ☐ Análisis de los hechos, identificación de conflictos, decisión final.
- B— ☐ Análisis de los hechos, identificación de conflictos, decisión final y evaluación.
- C— ☐ Análisis de los hechos, identificación de problemas en la relación sanitaria y decisión final.
- D— ☐ Análisis de los hechos, identificación de los problemas legales y de autonomía, decisión final y evaluación.

431. El Enfoque Principalista para la resolución de problemas bioéticos...

- A— ☐ Está basado en el Informe Belmont y en los principios que de él se desprenden.
- B— ☐ Está basado en la práctica clínica.
- C— ☐ Está basado en el Informe Belmont y en la resolución de cuestiones concretas.
- D— ☐ Es una mezcla de diversos principios.

432. Cualquier método de resolución de problemas bioéticos debe tener en cuenta en su análisis de los hechos los siguientes elementos:

- A— ☐ Problemas biológicos, de autonomía, de la relación sanitaria, socioeconómicos y legales.
- B— ☐ Problemas biológicos, de autonomía, de incapacidad, socioeconómicos y legales.
- C— ☐ Problemas biológicos, familiares, de autonomía y legales.
- D— ☐ Problemas de autonomía, de la relación sanitaria y legales.



433. El Enfoque Clínico para resolver problemas bioéticos:

- A— ☐ Deriva de los trabajos de la *National Commission*.
- B— ☐ Deriva de los trabajos del Instituto Kennedy.
- C— ☐ Deriva de los trabajos de Beauchamp y Childress.
- D— ☐ Deriva del procedimiento de elaboración de la historia clínica.

434. El Enfoque Casuístico se caracteriza por:

- A— ☐ El rechazo a una teoría ética de carácter universal y por la afirmación de que el procedimiento debe partir de situaciones individuales y no de principios.
- B— ☐ El rechazo a una teoría ética universal y la incorporación de los principios como un medio de explicar las situaciones concretas.
- C— ☐ La incorporación de las máximas como enunciados plenamente demostrables.
- D— ☐ La formulación de tópicos como juicios ciertos.

435. Los procedimientos sincréticos:

- A— ☐ Surgen como un intento de conciliar los aspectos positivos de distintos métodos de resolución de problemas bioéticos.
- B— ☐ Surgen como resultado de la necesidad de establecer un único procedimiento de validez universal.
- C— ☐ Surgen como consecuencia de la necesidad de tomar en cuenta las consecuencias de la aplicación habitual de una norma.
- D— ☐ Surgen como reacción a los trabajos realizados por la *National Commission*.

436. Los comités de ética asistencial:

- A— ☐ Deben escoger su propia metodología de trabajo con el consenso de sus miembros.
- B— ☐ Deben consultar con la dirección del centro asistencial al que pertenecen antes de decidirse por un determinado método.
- C— ☐ Deben trabajar con el método propuesto por la comisión de historias clínicas.
- D— ☐ Deben hacer una encuesta entre los trabajadores para elegir el método que más guste a todos.

437. De acuerdo a la Ley General de Sanidad, el consentimiento informado debe ser:

- A— ☐ Verbal.

- B— ☐ Voluntario y sin ningún tipo de coacción.
- C— ☐ Sólo para supuestos de extrema gravedad.
- D— ☐ Sólo para intervenciones quirúrgicas.

438. La expresión jurídica del principio de autonomía es:

- A— ☐ La posibilidad de demandar a los profesionales sanitarios.
- B— ☐ La Ley General de Sanidad.
- C— ☐ El consentimiento informado.
- D— ☐ La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

439. De acuerdo a la Ley General de Sanidad, los receptores de la información que deben dar los profesionales sanitarios son:

- A— ☐ El paciente y su familia.
- B— ☐ El paciente o su familia.
- C— ☐ El paciente y su familia o allegados.
- D— ☐ El paciente o su familia y allegados.

440. ¿Un paciente con una enfermedad infecto-contagiosa se puede negar a recibir tratamiento?

- A— ☐ No, nunca.
- B— ☐ Sí, siempre.
- C— ☐ No, si supone un riesgo para la salud pública.
- D— ☐ Sí, si toma las medidas necesarias para no infectar a nadie.

441. ¿Qué obligación legal tiene el paciente que se niega a recibir tratamiento?

- A— ☐ Firmar el alta voluntaria.
- B— ☐ Firmar el alta voluntaria siempre y cuando se le hayan ofertado todas las alternativas de tratamiento de las que dispone el sistema sanitario.
- C— ☐ No tiene ninguna obligación legal.
- D— ☐ Depende del centro sanitario.

442. De acuerdo a la Ley General de Sanidad, el consentimiento informado es:

- A— ☐ Un proceso de comunicación entre el profesional y el paciente respecto a su problema de salud.
- B— ☐ Un acto puntual de información del profesional sanitario al paciente de determinados aspectos relativos a la salud de éste.



- C— ☐ Un hecho asilado que aparece en determinadas circunstancias, normalmente relacionadas con el empleo de procedimientos terapéuticos agresivos.
- D— ☐ Un acto de información cuya frecuencia depende del criterio del personal sanitario.

443. En virtud de lo dispuesto en la Ley General de Sanidad:

- A— ☐ El paciente está obligado a recibir información sobre su proceso.
- B— ☐ El paciente no está obligado a recibir información sobre su proceso.
- C— ☐ El profesional sanitario tiene derecho a informar al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, incluso aunque éste no quiera recibir dicha información.
- D— ☐ a y c son correctas.

444. El paciente en situación de terminalidad es aquel que:

- A— ☐ Ha perdido la conciencia y se espera que muera en pocas horas.
- B— ☐ Tiene un encefalograma plano.
- C— ☐ Recibe cuidados y tratamiento con el objetivo de promover su mejoría, aunque no pueda curarse.
- D— ☐ Tiene un pronóstico de muerte en un plazo no superior a seis meses, sin que existan posibilidades terapéuticas razonables para promover su curación.

445. La atención al paciente terminal se dirige:

- A— ☐ A la curación.
- B— ☐ A la mejoría.
- C— ☐ A prolongar su vida.
- D— ☐ A preservar su dignidad y a promover el máximo bienestar posible.

446. La alimentación del paciente con una enfermedad terminal:

- A— ☐ Es una necesidad que no necesita ser satisfecha.
- B— ☐ Es una necesidad que debe ser siempre satisfecha.
- C— ☐ La satisfacción de esta necesidad se acomodará a la demanda del paciente y a su situación.
- D— ☐ Se realizará teniendo en cuenta las preferencias de los familiares y allegados.

447. La alimentación del paciente con enfermedad terminal a través de gastrostomía:

- A— ☐ Es siempre un cuidado extraordinario.

- B— ☐ Pertenece al núcleo mínimo de cuidados que se debe prestar, siempre que no sea posible la alimentación por otra vía.
- C— ☐ Está indicada si se espera un periodo razonable de supervivencia y no es posible la alimentación por otra vía.
- D— ☐ Está indicada si se espera un periodo razonable de supervivencia y el paciente no tolera la alimentación por vía oral.

448. Al paciente con enfermedad terminal:

- A— ☐ Nunca se le debe contar la realidad de su situación.
- B— ☐ Deben ser sus familiares los que decidan si se le debe informar de su estado.
- C— ☐ Se le debe proporcionar información de acuerdo a las necesidades manifestadas expresa o tácitamente por el paciente y a su estado.
- D— ☐ Se le dará la información que el personal sanitario considere oportuno.

449. La atención espiritual al paciente:

- A— ☐ Debe ser una de las necesidades a valorar durante toda la relación de ayuda.
- B— ☐ Debe ser una de las necesidades a valorar cuando el paciente es religioso.
- C— ☐ Debe ser una de las necesidades a valorar en los pacientes terminales.
- D— ☐ Pertenece a la esfera íntima del paciente y la enfermera no debe entrar en ella.

450. ¿El aborto es legal en España?

- A— ☐ Sí, en todos los casos.
- B— ☐ No, pero existen causas de exención de la responsabilidad penal.
- C— ☐ Sí, porque la Ley del Aborto está fuera del Código Penal.
- D— ☐ Es legal en los supuestos de riesgo para la vida o la salud de la madre y si el feto sufre malformaciones.

451. El Código Deontológico de la Enfermería Española:

- A— ☐ Regula de forma expresa la participación de los profesionales de enfermería en prácticas abortivas.
- B— ☐ No regula de forma expresa la participación de los profesionales de enfermería en prácticas abortivas.
- C— ☐ Admite el aborto en todos los supuestos.
- D— ☐ No existe en el Código Deontológico de la Enfermería Española ninguna norma que se pueda relacionar directa o indirectamente con el aborto.



452. El instrumento conocido como DIU o espiral impide la anidación del óvulo fecundado en el útero. ¿Tiene por ello su uso la consideración de una práctica abortiva desde el punto de vista legal?

- A— ☐ Sí, en todos los casos.
- B— ☐ No.
- C— ☐ Depende de las circunstancias del cigoto.
- D— ☐ Depende de las circunstancias de la mujer.

453. La conducta de una mujer que se somete a un aborto:

- A— ☐ Siempre es punible.
- B— ☐ No es punible en los supuestos de exención de la responsabilidad penal siempre que se realice en centros acreditados.
- C— ☐ No es punible en los supuestos de exención de la responsabilidad penal aunque no se realice en centros acreditados.
- D— ☐ No es punible en ningún caso.

454. El sistema de plazos referido a la interrupción voluntaria del embarazo defiende:

- A— ☐ La despenalización absoluta del aborto.
- B— ☐ El aborto libre hasta cierto momento de la gestación.
- C— ☐ La prohibición absoluta en cualquier momento de la gestación.
- D— ☐ La indicación de causas por las que la práctica del aborto estaría despenalizada.

455. El sujeto pasivo del delito de aborto es:

- A— ☐ La mujer embarazada.
- B— ☐ El profesional que lo practica.
- C— ☐ El feto.
- D— ☐ La madre en los supuestos de abortos no consentidos y el feto en todos los casos.

456. Los requisitos comunes a todos los supuestos de despenalización del aborto que contempla la legislación española son:

- A— ☐ El consentimiento de la embarazada.
- B— ☐ El consentimiento de la embarazada y que sea practicado por un médico competente.

- C— ☐ El consentimiento de la embarazada y que sea practicado en un centro acreditado.
- D— ☐ El consentimiento de la embarazada y que sea practicado en un centro autorizado y por un médico competente.

457. En la indicación ética del aborto, los bienes jurídicos protegidos son:

- A— ☐ El honor y la libertad de la mujer.
- B— ☐ La salud o la vida de la mujer.
- C— ☐ El derecho a una vida digna.
- D— ☐ La economía familiar.

458. El Convenio de Oviedo, en materia de investigación sanitaria, establece que:

- A— ☐ Las personas incapaces no podrán ser sujetos de experimentación en ninguna circunstancia.
- B— ☐ Las personas incapaces podrán participar en los proyectos de investigación, siempre que los resultados previstos tengan un beneficio real y directo sobre su salud.
- C— ☐ Las personas incapaces podrán participar en los proyectos de investigación siempre que los resultados previstos tengan un beneficio directo o indirecto sobre su salud.
- D— ☐ Las personas incapaces podrán participar en los proyectos de investigación siempre que sus representantes legales lo consientan, aunque el incapaz haya expresado su rechazo.

459. El Convenio de Oviedo:

- A— ☐ Permite la creación de embriones humanos con fines de experimentación.
- B— ☐ Permite la creación de embriones humanos siempre que sea para investigar en células madre.
- C— ☐ No permite la creación de embriones humanos con fines de experimentación.
- D— ☐ No permite la creación de embriones humanos con fines de experimentación o reproductivos.

460. Según el Convenio de Oviedo, la protección de las personas que se presten a un experimento requiere:

- A— ☐ Que no exista un método alternativo al experimento en seres humanos, que los riesgos no sean desproporcionados, que el proyecto haya sido



autorizado por la autoridad competente y que la persona haya prestado un consentimiento debidamente informado.

- B— ☐ Que el sujeto haya dado su consentimiento, que se trate de una persona mayor de edad y que el experimento suponga un beneficio para la humanidad.
- C— ☐ Que el proyecto haya sido autorizado por la autoridad competente y que los resultados previstos supongan un beneficio.
- D— ☐ Que los resultados previstos en el experimento supongan un beneficio y que la persona haya sido informada.

461. El marco general que establece el Convenio de Oviedo se apoya en los siguientes pilares:

- A— ☐ El genoma humano, la investigación científica, la extracción de órganos y tejidos de donantes y el consentimiento.
- B— ☐ El genoma humano, la investigación científica, la extracción de órganos y tejidos de donantes vivos y el consentimiento.
- C— ☐ La investigación científica, el genoma humano y el consentimiento.
- D— ☐ El genoma humano, la extracción de órganos y tejidos de donantes y el consentimiento.

462. De acuerdo al Convenio de Oviedo:

- A— ☐ El interés exclusivo de la sociedad prevalecerá sobre el interés del individuo.
- B— ☐ El interés científico prevalecerá sobre el interés social.
- C— ☐ El interés humano prevalecerá sobre el interés exclusivo de la sociedad y de la ciencia.
- D— ☐ Todos los intereses en juego deben ser considerados en términos de igualdad.

463. ¿Cuáles son dos de las inquietudes más importantes que concurren en torno al SIDA?

- A— ☐ El derecho de la población a la protección de su salud y el derecho del paciente a no ser discriminado.
- B— ☐ El derecho de la población a no ser discriminada y el derecho del paciente a la protección de su salud.
- C— ☐ El derecho de la población a aislar a todos aquellos que puedan ser fuente de contagio de enfermedades infecto-contagiosas y el derecho a ser informada de los nuevos casos de SIDA que aparezcan.
- D— ☐ El derecho del paciente a ser debidamente informado y a no ser discriminado.

464. ¿Está permitido en nuestro país la realización de *screening* o pruebas masivas de detección de VIH?

- A— ☐ Depende de si hay una epidemia.
- B— ☐ Depende de los criterios fijados en las políticas sanitarias.
- C— ☐ Se admite en todos los supuestos de prácticas de riesgo.
- D— ☐ No existe regulación legal al respecto en la actualidad.

465. Los profesionales sanitarios que sean portadores del VIH tienen la obligación de comunicarlo a los usuarios de sus servicios:

- A— ☐ En todos los casos.
- B— ☐ Sólo los dentistas.
- C— ☐ Sólo los cirujanos.
- D— ☐ No tienen obligación legal de informar.

466. La provocación a la discriminación de los enfermos o portadores de SIDA:

- A— ☐ No puede evitarse, ya que no se contempla ningún tipo de sanción para los que discriminan o promueven la discriminación.
- B— ☐ Sólo puede evitarse si las fuerzas de orden público lo estiman oportuno y aceptan la denuncia.
- C— ☐ Puede ser sancionada por vía penal.
- D— ☐ a y b son correctas.

467. El derecho a la confidencialidad:

- A— ☐ Es un derecho absoluto frente a terceros.
- B— ☐ No existe para los pacientes con una enfermedad infecto-contagiosa o portadores de la misma.
- C— ☐ Es un derecho relativo modulado por el derecho a la vida y la salud de terceros.
- D— ☐ Es un derecho relativo modulado por criterios médicos.

468. Las enfermedades vergonzosas o secretas, entre las cuales se han situado en algún momento de la historia dolencias como la tuberculosis, la sífilis o el SIDA, se caracterizan por ser:

- A— ☐ Enfermedades crónicas o de larga evolución y estar relacionadas con la biografía del sujeto.
- B— ☐ Enfermedades agudas o crónicas y estar relacionadas con la biografía del sujeto.



- C— ☐ Enfermedades dolorosas de larga evolución.
- D— ☐ Enfermedades terminales, de las cuales el sujeto es responsable por su modo de vida.

469. La Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, de 14 de abril de 1986, establece:

- A— ☐ Que las autoridades sanitarias no establecerán coacciones externas sobre los pacientes y respetarán en todo caso su decisión.
- B— ☐ Que las autoridades sanitarias están facultadas para adoptar medidas tendentes al control de las enfermedades, entre las que se incluye el tratamiento obligatorio.
- C— ☐ Que las autoridades sanitarias podrán establecer mecanismos de control obligatorios para los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, pero no sobre las personas que hayan estado en contacto con ellos.
- D— ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

470. La Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, de 14 de abril de 1986, al adoptar medidas de protección de la salud de la población:

- A— ☐ Hace prevalecer el principio de no maleficencia sobre el de autonomía.
- B— ☐ Hace prevalecer el principio de beneficencia sobre el de justicia.
- C— ☐ Hace prevalecer el principio de autonomía sobre el de no maleficencia.
- D— ☐ Hace prevalecer el principio de justicia sobre el de autonomía.

471. ¿Qué aspecto de la ética trata del bien y el mal de las acciones humanas?

- A— ☐ El formal.
- B— ☐ El subjetivo.
- C— ☐ El material.
- D— ☐ El conceptual.

472. Si afirmamos que el hombre es libre para elegir, estamos diciendo que:

- A— ☐ Es responsable de sus actos.
- B— ☐ Su vida es más fácil.
- C— ☐ Está socialmente integrado.
- D— ☐ Sus acciones no tienen límites.

473. Si la moral humana en el niño es heterónoma, en el adulto es:

- A- ☐ Heterogénea.
- B- ☐ Libre.
- C- ☐ Autónoma.
- D- ☐ Disyuntiva.

474. ¿Qué etapas implica la actuación racional?

- A- ☐ Lógica y visual.
- B- ☐ Intelectual y de ejecución.
- C- ☐ Abstracta y manual.
- D- ☐ Kantiana y cartesiana.

475. Con respecto a la sociedad, la actividad profesional es una tarea:

- A- ☐ Interesante y preferente.
- B- ☐ Indispensable y esencial.
- C- ☐ Obligatoria y prudente.
- D- ☐ Aleatoria y proporcionada.

476. La *proairesis* como capacidad de elección otorga a la actividad profesional:

- A- ☐ Sabiduría.
- B- ☐ Poder.
- C- ☐ Tranquilidad.
- D- ☐ Responsabilidad.

477. ¿Cómo son los bienes internos de una profesión?

- A- ☐ Comunes.
- B- ☐ Privativos.
- C- ☐ Orientativos.
- D- ☐ Indistintos.

478. La Reforma Protestante aporta la idea del trabajo como:

- A- ☐ Castigo divino.
- B- ☐ Modo de agradar a Dios.
- C- ☐ Necesidad de supervivencia.
- D- ☐ Obligación social.



479. ¿Los derechos humanos son verdaderas normas jurídicas?

- A- ☐ Sí.
- B- ☐ Cuando coincide con la legislación.
- C- ☐ No.
- D- ☐ Según el tipo de gobierno.

480. En cuanto a la formulación en relación a criterios políticos, culturales, religiosos o de cualquier otra índole, los derechos humanos son:

- A- ☐ Dependientes.
- B- ☐ Característicos.
- C- ☐ Independientes.
- D- ☐ Atípicos.

481. Los derechos fundamentales constituyen la positivización de los derechos humanos cuando son incorporados:

- A- ☐ A las costumbres de los países.
- B- ☐ A las obligaciones de los países.
- C- ☐ A las tradiciones de los países.
- D- ☐ A las constituciones de los países.

482. El Consejo Internacional de Enfermería estableció en la Declaración de Brasilia que la responsabilidad de las enfermeras en materia de derechos humanos es parte de:

- A- ☐ Su conciencia individual.
- B- ☐ Su responsabilidad profesional.
- C- ☐ Su conciencia profesional.
- D- ☐ Su responsabilidad individual.

483. El derecho a la vida es un derecho:

- A- ☐ Colectivo.
- B- ☐ Pasivo.
- C- ☐ Potestativo.
- D- ☐ Individual.

484. La titularidad del derecho a la vida dura:

- A- ☐ Hasta la muerte.

- B— ☐ Hasta los 80 años o hasta la pérdida de la capacidad de raciocinio.
- C— ☐ Hasta que aparece una enfermedad terminal.
- D— ☐ Ilimitadamente.

485. El precedente de las declaraciones de derechos de los usuarios en nuestro país se encuentra en:

- A— ☐ El Código Civil.
- B— ☐ La Constitución Española.
- C— ☐ El Real Decreto 7127 de 31 de octubre de 1982.
- D— ☐ El Real Decreto 2082 de 25 de agosto de 1978.

486. El derecho a la protección de la salud en España alcanza a:

- A— ☐ Los ciudadanos españoles.
- B— ☐ Los asalariados.
- C— ☐ Los extranjeros residentes.
- D— ☐ Los ciudadanos españoles y extranjeros residentes.

487. El concepto de consentimiento informado es formulado por primera vez en:

- A— ☐ La Declaración de Helsinki.
- B— ☐ La Declaración de Roma.
- C— ☐ El Código de Núremberg.
- D— ☐ La Declaración de Tokio.

488. En caso de rehusar el tratamiento propuesto, la firma del alta voluntaria por parte del paciente de los centros sanitarios españoles es:

- A— ☐ Voluntaria.
- B— ☐ Obligatoria.
- C— ☐ Indiferente.
- D— ☐ Informal.

489. Los códigos deontológicos son normas que regulan el ejercicio profesional y establecen la responsabilidad de los profesionales de enfermería ante:

- A— ☐ Los tribunales.
- B— ☐ Las autoridades.
- C— ☐ Los colegios profesionales.
- D— ☐ La Seguridad Social.



490. El precedente de los códigos deontológicos en el ámbito de las ciencias de la salud lo constituye:

- A- ☐ El Código de Hammurabi.
- B- ☐ El Juramento Hipocrático.
- C- ☐ El Juramento de Santa Gadea.
- D- ☐ El Código de Marco Polo.

491. Los códigos deontológicos han basado su exigencia en la existencia de la llamada responsabilidad fuerte, que se funda en:

- A- ☐ Razones constitucionales.
- B- ☐ Razones de humanidad y misericordia.
- C- ☐ Razones extrajurídicas o transjurídicas.
- D- ☐ Razones profesionales.

492. ¿Quién redactó la primera declaración de deberes de las enfermeras, llamada Juramento Florence Nightingale?

- A- ☐ Elizabeth Fry.
- B- ☐ Comisión del Colegio Farrand.
- C- ☐ Florence Nightingale.
- D- ☐ Consejo Superior de la Enfermería Española.

493. El Código Deontológico de la Enfermería Española prohíbe de manera expresa la eutanasia:

- A- ☐ Sí.
- B- ☐ En algunos supuestos.
- C- ☐ En caso de enfermedad terminal.
- D- ☐ Establece una obligación general de protección de la vida.

494. ¿Cuándo termina la obligación de guardar el secreto profesional que recoge el Código Deontológico?

- A- ☐ Nunca.
- B- ☐ Con la muerte del paciente.
- C- ☐ Por orden médica.
- D- ☐ Por orden de la Seguridad Social.

495. El cumplimiento de las normas del Código Deontológico de la Enfermería Española por parte de las enfermeras es:

- A— ☐ De carácter voluntario.
- B— ☐ De carácter obligatorio.
- C— ☐ De carácter aleatorio.
- D— ☐ De carácter orientativo.

496. Las fuentes de las normas morales son:

- A— ☐ Externas.
- B— ☐ Internas.
- C— ☐ Mixtas.
- D— ☐ Las normas morales carecen de fuentes definidas.

497. Los elementos que están implicados en la valoración moral son:

- A— ☐ El valor atribuible, el objeto valorado y el sujeto que valora.
- B— ☐ El valor atribuible y el sujeto que valora.
- C— ☐ El objeto valorado y el sujeto que valora.
- D— ☐ La valoración y el objeto valorado.

498. Las normas morales tienen un ámbito de aplicación:

- A— ☐ General dentro de un país.
- B— ☐ Circunscrito a un grupo con cultura, creencias y valores comunes.
- C— ☐ Racial.
- D— ☐ Mundial.

499. Se espera del profesional que se entregue a su profesión y dedique a ella parte de su tiempo de ocio:

- A— ☐ Porque se considera una vocación o llamada.
- B— ☐ Porque se considera una tarea esencial.
- C— ☐ Porque sus prestaciones están definidas.
- D— ☐ Porque es un servicio único.

500. El uso extensivo del término *profesión*:

- A— ☐ Incorpora a los que cuentan con una preparación específica y un grado académico acorde a ella.
- B— ☐ Incluye muchas actividades humanas que requieren cierta preparación o diploma, aunque no necesariamente universitario.
- C— ☐ Incluye sólo a los profesionales de la medicina, el derecho y la teología.
- D— ☐ a y c son correctas.



501. La ética, en su aspecto material:

- A— ☐ Coincide con la moral.
- B— ☐ Coincide con el derecho.
- C— ☐ a y b son correctas.
- D— ☐ Se pregunta por el porqué del actuar humano.

502. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en la Declaración de Brasilia de 1983, estableció que:

- A— ☐ La responsabilidad de los profesionales de enfermería en materia de salvaguardia de los derechos humanos está especialmente referida a las situaciones de conflictos armados.
- B— ☐ La responsabilidad de los profesionales de enfermería en materia de salvaguardia de los derechos humanos está referida a todas las situaciones.
- C— ☐ Los profesionales no tenían responsabilidad en la salvaguardia de los derechos humanos, ya que esto es algo que corresponde a los Estados.
- D— ☐ Se hizo un llamamiento a la conciencia individual de los profesionales de enfermería para que cada uno en su entorno social y familiar promoviera la defensa de los derechos humanos.

503. Una de las características definitorias de una profesión es que:

- A— ☐ Quienes la ejercen obtienen a través de ella su medio de vida.
- B— ☐ Quienes la ejercen buscan sus bienes internos.
- C— ☐ Quienes la ejercen desean su desarrollo personal.
- D— ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

504. El Código Deontológico de la Enfermería Española:

- A— ☐ No prevé ningún tipo de sanción para los supuestos de incumplimiento.
- B— ☐ Prevé las correspondientes sanciones en los supuestos de incumplimiento.
- C— ☐ Sanciona tras agotar la vía administrativa.
- D— ☐ Sanciona sólo en los supuestos de faltas graves.

505. Los actos humanos:

- A— ☐ Son susceptibles de valoración moral.
- B— ☐ No son susceptibles de valoración.
- C— ☐ Sólo algunos actos humanos son susceptibles de valoración moral.
- D— ☐ Todo tipo de actos humanos no son susceptibles de valoración moral.

506. Los valores morales dependen de...

- A- ☐ La libertad humana.
- B- ☐ La percepción humana.
- C- ☐ Las normas deontológicas.
- D- ☐ Las normas jurídicas.

507. La moral humana es:

- A- ☐ Normalmente autónoma.
- B- ☐ Normalmente heterónoma.
- C- ☐ a y b son correctas.
- D- ☐ Fundamentalmente autónoma, aunque en ciertas etapas de desarrollo o bajo determinadas circunstancias puede ser heterónoma.

508. Las prescripciones que contienen los códigos deontológicos son:

- A- ☐ De carácter moral.
- B- ☐ De carácter legal.
- C- ☐ Gozan de una naturaleza mixta legal y moral.
- D- ☐ Son normas peculiares, no enteramente morales, ni enteramente legales.

509. Los códigos deontológicos:

- A- ☐ Necesitan de un marco de referencia.
- B- ☐ No necesitan de un marco de referencia.
- C- ☐ Su necesidad de una marco de referencia es relativa, pues está condicionada por las circunstancias en que se desenvuelve el trabajo profesional.
- D- ☐ Sólo necesitan de un marco de referencia en los momentos iniciales de profesionalización de una actividad humana.

510. La ética en su aspecto formal:

- A- ☐ Indaga las motivaciones del actuar.
- B- ☐ Es la ciencia que estudia lo bueno y lo malo en la conducta humana.
- C- ☐ Es un conjunto de normas que regulan la conducta moral del hombre.
- D- ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

511. La ética estudia la conducta humana, entendida como un conjunto de acciones:

- A- ☐ Inconscientes.
- B- ☐ Conscientes.



- C- ☐ Interesadas.
- D- ☐ Bondadosas.

512. Con el término *moral* designamos a un conjunto de normas aceptadas como válidas por un grupo determinado y que permiten catalogar las conductas humanas como:

- A- ☐ Verdaderas o falsas.
- B- ☐ Eficaces o ineficaces.
- C- ☐ Trascendentes o intrascendentes.
- D- ☐ Buenas o malas.

513. La deontología se ocupa de los derechos y deberes de:

- A- ☐ Todos los ciudadanos.
- B- ☐ Los grupos profesionales.
- C- ☐ Los enfermeros y enfermeras.
- D- ☐ Los comités de ética.

514. Las normas legales se diferencian de las morales en que:

- A- ☐ No se diferencian.
- B- ☐ Las primeras son internacionales y las segundas nacionales.
- C- ☐ Las primeras son civiles y las segundas clericales.
- D- ☐ En las primeras se conoce con precisión su vigencia, mientras que en las segundas no.

515. La valoración moral consiste en:

- A- ☐ La atribución del valor correspondiente a los actos o productos humanos.
- B- ☐ La atribución de las consecuencias a los actos o productos humanos.
- C- ☐ La atribución de la responsabilidad a los actos o productos humanos.
- D- ☐ La atribución de la culpa a los actos o productos humanos.

516. En España, los derechos de los usuarios de los servicios de salud se recogen en el:

- A- ☐ Artículo 10 de la Ley General de Sanidad.
- B- ☐ Artículo 10 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- C- ☐ Artículo 10 de la Ley del Consumidor.
- D- ☐ Artículo 10 de la Ley de Colegios Profesionales.

517. Los derechos de los usuarios son iguales en todas las Comunidades Autónomas.

- A— ☐ Sí.
- B— ☐ Cada Comunidad tiene su propia carta de derechos.
- C— ☐ Son internacionales.
- D— ☐ Vienen definidos por la legislación de la Comunidad Europea.

518. El derecho a la protección de la salud implica que toda persona tiene derecho a:

- A— ☐ Estar sana.
- B— ☐ Que se le proporcionen todos los productos farmacéuticos que desee.
- C— ☐ Que se establezcan medidas para proteger su salud.
- D— ☐ Que se suministre vigilancia médica personalizada.

519. Decimos que una profesión se desmoraliza cuando trata de alcanzar...

- A— ☐ Sólo bienes económicos.
- B— ☐ Sólo bienes internos y olvida los externos.
- C— ☐ Sólo bienes externos y olvida los internos.
- D— ☐ Sólo bienes morales.

520. El Código Deontológico de la Enfermería Española:

- A— ☐ Obliga a todas las enfermeras de este país y a las extranjeras residentes sin exclusión.
- B— ☐ Obliga a todas las enfermeras de este país y a las extranjeras residentes que trabajen como tales.
- C— ☐ Obliga a todas las enfermeras de este país y a las extranjeras residentes que realicen cualquier tipo de trabajo remunerado.
- D— ☐ Obliga, exclusivamente, a todas las enfermeras de este país.

521. Decimos que el derecho no es neutral porque:

- A— ☐ Se inspira para su formulación y desarrollo en los valores que imperan en un lugar dado y en un momento histórico determinado.
- B— ☐ Depende del partido político mayoritario.
- C— ☐ No es justo para todos.
- D— ☐ Depende de la interpretación de los jueces.



522. El ordenamiento jurídico es:

- A- ☐ El conjunto de normas que imperan en un momento histórico dado y en un lugar determinado.
- B- ☐ El conjunto de costumbres que han estado vigentes en un país.
- C- ☐ El orden que pretende facilitar la convivencia humana a lo largo del tiempo.
- D- ☐ La colección de jurisprudencia emanada de los tribunales de justicia.

523. En las normas jurídicas, los supuestos de hecho se regulan de un modo general y abstracto porque:

- A- ☐ Tratan de regular todas y cada una de las posibles circunstancias que puedan aparecer en el seno de un determinado grupo social.
- B- ☐ Pretenden regular de un modo igual casos iguales.
- C- ☐ Deben interpretarse libremente por los jueces.
- D- ☐ Pueden permanecer vigentes durante más tiempo.

524. De las siguientes afirmaciones sobre las normas jurídicas, ¿cuál es falsa?

- A- ☐ Sólo regulan actos exteriorizables.
- B- ☐ Son imperativas.
- C- ☐ Son incoercibles.
- D- ☐ Regulan las relaciones entre los seres humanos.

525. El control de la legalidad de las leyes es llevado a cabo por:

- A- ☐ Los tribunales ordinarios.
- B- ☐ El Congreso de los Diputados.
- C- ☐ El Senado.
- D- ☐ El Tribunal Constitucional.

526. Para la aprobación de las leyes ordinarias se requiere:

- A- ☐ Mayoría simple.
- B- ☐ Mayoría absoluta.
- C- ☐ Mayoría absoluta cualificada.
- D- ☐ Mayoría simple efectiva.

527. Los decretos leyes son:

- A- ☐ Disposiciones jurídicas dictadas por el Gobierno para desarrollar legislación delegada.

- B- ☐ Disposiciones jurídicas dictadas por el Congreso de los Diputados para establecer principios generales de armonización de la normativa autonómica.
- C- ☐ Disposiciones jurídicas dictadas por el Gobierno en supuestos extraordinarios y urgentes.
- D- ☐ Disposiciones jurídicas por medio de las cuales las Cortes Generales delegan en el Gobierno la potestad de dictar normas con rango de ley.

528. Entre las disposiciones jurídicas que puede dictar el Gobierno no se encuentran:

- A- ☐ Los reglamentos.
- B- ☐ Los decretos legislativos.
- C- ☐ Los decretos-leyes.
- D- ☐ Las leyes de bases.

529. La costumbre, como fuente del derecho, es:

- A- ☐ Un uso social que por estar muy arraigado se respeta.
- B- ☐ Una norma jurídica de origen extraestatal.
- C- ☐ Una norma jurídica de origen estatal.
- D- ☐ Un principio deducido del ordenamiento jurídico.

530. ¿Cuál de las siguientes no es una característica de la costumbre?

- A- ☐ Es una fuente independiente del derecho.
- B- ☐ Es una fuente jurídica subsidiaria.
- C- ☐ Es una fuente jurídica principal.
- D- ☐ Puede ser general, regional y comarcal o local.

531. Los principios generales del derecho son:

- A- ☐ Los juicios de valor que se formulan respecto a las normas jurídicas.
- B- ☐ Normas fundadas en la autoridad del Estado.
- C- ☐ Normas fundadas en la autoridad de los jueces y tribunales.
- D- ☐ Normas jurídicas que suministran modelos o pautas de conducta y criterios interpretativos.

532. El deber de cumplimiento de la norma jurídica implica:

- A- ☐ La obligación primaria de conocer el ordenamiento jurídico.
- B- ☐ La exigencia de una determinada conducta que se ha considerado como la más idónea para garantizar el orden social.



- C- ☐ La exigencia de una determinada conducta por ser coincidente con los valores individuales.
- D- ☐ La posibilidad de excusar la obediencia a la norma por desconocimiento de la misma.

533. El fraude de ley supone:

- A- ☐ Incumplir voluntaria y conscientemente la norma jurídica.
- B- ☐ Usar la ley para robar dinero a alguien con engaño.
- C- ☐ Tramitar de manera ilegal la aprobación de una ley.
- D- ☐ Frustrar el adecuado y recto cumplimiento de la norma sin llegar a desobedecerla.

534. La declaración de nulidad de un acto jurídico tiene por finalidad:

- A- ☐ Resarcir al perjudicado por los daños sufridos.
- B- ☐ Obligar por la fuerza a cumplir con la obligación contratada.
- C- ☐ Castigar a una persona, privándola de derechos o de bienes jurídicos.
- D- ☐ Declarar la ineficacia de un acto realizado en contra de lo dispuesto en la ley.

535. Toda persona:

- A- ☐ Posee capacidad jurídica.
- B- ☐ Posee capacidad de obrar.
- C- ☐ Puede perder la capacidad jurídica.
- D- ☐ a y c son correctas.

536. La capacidad de obrar se encuentra limitada cuando el sujeto...

- A- ☐ Pierde la capacidad jurídica.
- B- ☐ Puede realizar por sí mismo y con eficacia actos jurídicos.
- C- ☐ Es mayor de setenta años.
- D- ☐ Está enfermo.

537. Para que un consentimiento sea jurídicamente eficaz en el ámbito sanitario, se requiere:

- A- ☐ Que el sujeto esté bien informado.
- B- ☐ Que el sujeto sea competente.
- C- ☐ Que no existan limitaciones a su capacidad de obrar.
- D- ☐ Que el sujeto no sea un enajenado.

538. El plazo máximo para proceder a la inscripción de un recién nacido sin necesidad de expediente gubernativo es de:

- A— ☐ Veinticuatro horas.
- B— ☐ Cinco días.
- C— ☐ Ocho días.
- D— ☐ Dieciséis días.

539. ¿Cuáles son las limitaciones a la capacidad jurídica que contempla la legislación española?

- A— ☐ La enfermedad mental y la menor edad.
- B— ☐ La menor edad y la incapacitación judicial.
- C— ☐ La capacidad jurídica es una cualidad o atributo de la persona y no tiene límites.
- D— ☐ Las enfermedades físicas o psíquicas de carácter permanente.

540. ¿Cuáles son las causas de extinción de la personalidad?

- A— ☐ La pérdida de la libertad.
- B— ☐ La muerte.
- C— ☐ La menor edad.
- D— ☐ La demencia y cualquier causa de incapacitación.

541. La determinación del nacimiento de la persona:

- A— ☐ Señala el momento en que el sujeto puede ser titular de derechos.
- B— ☐ Señala el momento en que el sujeto puede realizar con eficacia actos jurídicos.
- C— ☐ No tiene ninguna importancia a efectos jurídico-legales.
- D— ☐ Se produce siempre cuarenta y ocho horas después del parto.

542. El menor emancipado:

- A— ☐ No puede prestar su consentimiento para una intervención quirúrgica por sí mismo.
- B— ☐ No puede prestar su consentimiento para ningún tipo de acto jurídico.
- C— ☐ Las limitaciones de su capacidad afectan sólo a su patrimonio.
- D— ☐ No puede comparecer por sí mismo en un juicio.



543. Al recién nacido se le reconoce la personalidad:

- A- ☐ Desde el momento del parto.
- B- ☐ Desde el momento en que sale del útero materno.
- C- ☐ Pasadas veinticuatro horas desde el momento del parto.
- D- ☐ Sobrevividas las primeras veinticuatro horas desde el parto se le reconoce la personalidad desde el momento del nacimiento.

544. La viabilidad, como aptitud para poseer o continuar poseyendo vida:

- A- ☐ Es un requisito contemplado en nuestro ordenamiento jurídico para la adquisición de personalidad.
- B- ☐ Sólo se contempla la viabilidad impropia, que es la que se posee si se carece de vicios orgánicos funcionales.
- C- ☐ Sólo se contempla la viabilidad propia, que es la que se posee después de una gestación de seis meses de duración como mínimo.
- D- ☐ Sólo se contempla la viabilidad legal, que es la que se posee cuando el recién nacido sobrevive veinticuatro horas fuera del claustro materno y desprendido de éste.

545. Las únicas excepciones que contempla el ordenamiento jurídico español para considerar persona al concebido y no nacido son:

- A- ☐ Los supuestos de aborto.
- B- ☐ Los supuestos de infanticidio.
- C- ☐ Para todos aquellos efectos que le sean favorables.
- D- ☐ Nunca se considera al concebido y no nacido como persona.

546. En el caso de los recién nacidos abandonados, debe formular la declaración de nacimiento:

- A- ☐ La matrona que atendió el parto.
- B- ☐ La enfermera de admisión.
- C- ☐ La persona que lo haya recogido.
- D- ☐ La policía.

547. El estado civil de incapaz supone:

- A- ☐ Una presunción de incapacidad.
- B- ☐ Una falta de competencia.
- C- ☐ Una limitación de la capacidad jurídica.
- D- ☐ Una limitación de la capacidad de obrar.

548. Las personas que pueden proponer la modificación de medidas en la incapacidad son:

- A— ☐ El padre y la madre, y el Ministerio Fiscal.
- B— ☐ Los cónyuges y ascendientes, y los que ejerzan cargo tutelar.
- C— ☐ Los cónyuges o asimilados, los hermanos, los ascendientes y el Ministerio Fiscal.
- D— ☐ El Ministerio Fiscal, los cónyuges o asimilados, los hermanos, los ascendientes, los descendientes, los que ejerzan cargo tutelar y el propio incapaz.

549. Los cargos tutelares:

- A— ☐ Son inexcusables.
- B— ☐ Admiten sólo las excusas establecidas en la ley.
- C— ☐ Admiten excusas sólo a las personas físicas.
- D— ☐ Admiten las excusas establecidas en la ley, aunque el listado no es taxativo.

550. Las resoluciones judiciales sobre incapacidad:

- A— ☐ Se anotarán en el Registro Civil.
- B— ☐ Se anotarán en la historia clínica del paciente incapaz.
- C— ☐ Se anotarán en la sentencia judicial.
- D— ☐ No precisan inscripción.

551. La sentencia de incapacitación:

- A— ☐ Tiene para siempre el valor de cosa juzgada.
- B— ☐ Tiene durante seis meses el valor de cosa juzgada.
- C— ☐ Puede ser modificada si cambian las circunstancias del incapaz.
- D— ☐ Puede ser modificada por el Ministerio Fiscal.

552. El defensor judicial del incapaz:

- A— ☐ Es el abogado que dirige el proceso.
- B— ☐ Es el juez.
- C— ☐ Es el Ministerio Fiscal, si no ha sido quien ha promovido el proceso.
- D— ☐ Siempre es el Ministerio Fiscal.

553. Los internamientos forzosos requieren:

- A— ☐ En todo caso la previa autorización judicial.
- B— ☐ La previa autorización judicial salvo en los supuestos urgentes.



- C— ☐ La previa autorización judicial en los supuestos urgentes.
- D— ☐ La previa autorización judicial salvo en los supuestos urgentes, que puede ser posterior.

554. El internamiento forzoso por razón de trastorno psíquico requiere:

- A— ☐ La autorización judicial cuando el sujeto no pueda decidir por sí y no esté sujeto a patria potestad.
- B— ☐ La autorización judicial cuando el sujeto no pueda decidir por sí y está sujeto a patria potestad o tutela.
- C— ☐ La autorización judicial cuando el sujeto no pueda decidir por sí, aunque esté sujeto a patria potestad o tutela.
- D— ☐ La autorización judicial cuando el sujeto ha sido declarado incapaz por sentencia judicial firme y con efecto de cosa juzgada.

555. Antes de conceder la autorización o de ratificar un internamiento forzoso, el tribunal está obligado a:

- A— ☐ Examinar por sí mismo a la persona afectada y oír el dictamen de un facultativo por él designado.
- B— ☐ Solicitar al Ministerio Fiscal que examine a la persona afectada.
- C— ☐ Oír el dictamen de un facultativo designado por el defensor judicial.
- D— ☐ Solicitar a un tercero imparcial que examine a la persona afectada.

556. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para ratificar o denegar la medida corresponde:

- A— ☐ Al juez de la localidad de residencia de la persona afectada por la medida.
- B— ☐ Al juez de la localidad donde radique el centro en que se ha producido el internamiento.
- C— ☐ Al juez de la localidad de residencia de la persona que solicita la medida.
- D— ☐ A cualquier juez del territorio español.

557. Con carácter general, el tribunal que acuerda adoptar la medida de internamiento debe recabar informes con una periodicidad:

- A— ☐ Semestral.
- B— ☐ Trimestral.
- C— ☐ Mensual.
- D— ☐ Anual.

558. En los supuestos de internamientos forzosos urgentes, ¿quién tiene la obligación de notificarlo al tribunal competente?

- A— ☐ El familiar que lo llevó al centro sanitario.
- B— ☐ El médico que atiende al paciente.
- C— ☐ La enfermera clasificadora de urgencias.
- D— ☐ El responsable del centro en el que se haya producido el internamiento.

559. La Real Orden de 1860 establece:

- A— ☐ Los conocimientos prácticos que han de tener los que aspiren al título de practicante.
- B— ☐ Los conocimientos prácticos que han de tener los que aspiren al título de matrona.
- C— ☐ Los conocimientos prácticos que han de tener los que aspiren al título de enfermera.
- D— ☐ Todas las anteriores son correctas.

560. El Decreto de 10 de agosto de 1904:

- A— ☐ Reorganiza los estudios de practicantes y matronas.
- B— ☐ Reorganiza los estudios de enfermeras y matronas.
- C— ☐ Reorganiza los estudios de practicantes y enfermeras.
- D— ☐ Explica el arte de los vendajes.

561. La creación de un colegio profesional único por provincia para practicantes, matronas y enfermeras data de:

- A— ☐ 1944.
- B— ☐ 1948.
- C— ☐ 1954.
- D— ☐ 1978.

562. ¿Cuál es el precedente más temprano en la formación de enfermeras en nuestro país?

- A— ☐ La Escuela de Santa Isabel de Hungría (1898).
- B— ☐ La Escuela de Santa María de la Cabeza (1900).
- C— ☐ La Escuela de Rubio y Solana (1895).
- D— ☐ La Escuela de las Siervas de María (1915).



563. En qué año se organizan los estudios de ATS:

- A— ☐ 1953.
- B— ☐ 1957.
- C— ☐ 1977.
- D— ☐ 1960.

564. Los trabajos de la Comisión Interministerial para la reforma de los estudios de ATS, creada en 1976, se centraron, entre otras cosas, en:

- A— ☐ Estudiar la necesidad de formación profesional para cualificar a los auxiliares de clínica.
- B— ☐ Estudiar la necesidad de mejorar la formación de los fisioterapeutas.
- C— ☐ Estudiar la necesidad de mejorar la formación de los practicantes.
- D— ☐ a y c son correctas.

565. Las directrices para la elaboración del plan de estudios conducente a la obtención del título de Diplomado en Enfermería de 1977 establecen:

- A— ☐ Una duración máxima de 900 horas.
- B— ☐ Una duración máxima anual de 400 horas.
- C— ☐ Una duración mínima de 4.600 horas.
- D— ☐ Una duración mínima de tres años de formación.

566. La Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros establece una duración de la formación profesional de:

- A— ☐ 4.600 horas.
- B— ☐ 4.600 horas y tres años de estudios.
- C— ☐ Tres años de estudios.
- D— ☐ 4.600 horas o tres años de estudios.

567. El Decreto de competencia profesional de 1960 establece:

- A— ☐ Las funciones que deberán desempeñar todas las enfermeras del país.
- B— ☐ Las funciones que podrán desarrollar las enfermeras que se dediquen al ejercicio privado de la profesión.
- C— ☐ La competencia que corresponde a enfermeras, matronas y ATS, cualesquiera que sea el ámbito en que presten sus servicios.
- D— ☐ Las competencias que corresponden a los profesionales de enfermería en instituciones sanitarias abiertas.

568. El Decreto de 1960 faculta a los ATS para asistir:

- A— ☐ En todos los partos.
- B— ☐ En los partos normales hasta la llegada del facultativo.
- C— ☐ En los partos distócicos hasta la llegada del facultativo y la matrona.
- D— ☐ En los partos distócicos que se producen en territorios aislados.

569. El Decreto de 1960 justifica la aparición de un nuevo trabajador sanitario, el auxiliar de enfermería, sobre la base de:

- A— ☐ La escasez de ATS.
- B— ☐ La falta de cualificación de los ATS para las tareas de higiene y alimentación.
- C— ☐ El aumento de las camas hospitalarias.
- D— ☐ La necesidad de fomentar el empleo femenino.

570. El Decreto de 1960 sobre competencia profesional:

- A— ☐ Ha sido derogado expresamente.
- B— ☐ Ha sido derogado por los jueces.
- C— ☐ Sigue siendo utilizado en las resoluciones judiciales.
- D— ☐ Es adecuado a la actual realidad profesional.

571. El Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo:

- A— ☐ No se aplica a los profesionales de enfermería extranjeros que prestan sus servicios en centros sanitarios de titularidad pública.
- B— ☐ Se aplica a todos los profesionales de enfermería que ejercen por cuenta ajena.
- C— ☐ Se aplica a todos los que ejercen la profesión por cuenta propia.
- D— ☐ Se aplica a todos los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en centros sanitarios de titularidad pública.

572. A la organización colegial pueden pertenecer:

- A— ☐ Personas físicas exclusivamente.
- B— ☐ Personas jurídicas exclusivamente.
- C— ☐ Personas físicas y personas jurídicas.
- D— ☐ Personas jurídicas e instituciones sanitarias públicas.

573. La colegiación en España:

- A— ☐ Es obligatoria para todas las enfermeras españolas.
- B— ☐ Es obligatoria para todas las enfermeras que trabajan en nuestro país.

- C— ☐ Es obligatoria para todas las españolas que trabajan en nuestro país y para todas las extranjeras cuando así lo exija la legalidad vigente.
- D— ☐ Es obligatoria para todas las enfermeras extranjeras que trabajan en centros privados.

574. Las competencias externas de los colegios profesionales regulan:

- A— ☐ Las relaciones de la corporación con otras entidades o instituciones públicas.
- B— ☐ Las relaciones de la corporación con otras entidades o instituciones públicas o privadas.
- C— ☐ Las relaciones de la corporación con otras entidades y con los colegiados.
- D— ☐ Las relaciones de la corporación con las Autoridades Públicas.

575. De acuerdo a la Ley de Colegios Profesionales, los fines que éstos persiguen son los siguientes:

- A— ☐ La ordenación del ejercicio de las profesiones.
- B— ☐ La representación exclusiva.
- C— ☐ La defensa de los intereses profesionales de los colegiados.
- D— ☐ Todas las anteriores son correctas.

576. Una de las limitaciones a la libertad de circulación de los profesionales sanitarios es:

- A— ☐ El empleo en centros sanitarios públicos.
- B— ☐ Los empleos que impliquen ejercicio de autoridad pública.
- C— ☐ Los empleos que impliquen estancias superiores a seis meses.
- D— ☐ El empleo en centros sanitarios privados.

577. Cuando la prestación de servicios implique un establecimiento temporal en el territorio:

- A— ☐ El profesional está obligado a realizar una declaración relativa a las actividades que va a desarrollar.
- B— ☐ El profesional puede realizar una declaración relativa a las actividades que va a desarrollar, siempre que lo estime conveniente.
- C— ☐ El Estado de acogida puede exigir al profesional que haga una declaración relativa a las actividades que va a desarrollar.
- D— ☐ El Estado de acogida debe exigir al profesional que haga una declaración relativa a las actividades que va a desarrollar.

578. Cuando un Estado miembro de la CEE exija de sus nacionales la inscripción o afiliación a un organismo profesional para acceder al desarrollo de actividades profesionales:

- A— ☐ Dispensará de esta exigencia a los nacionales de los Estados miembros en los supuestos de prestación de servicios.
- B— ☐ Exigirá la incorporación en una organización profesional a los profesionales de Estados miembros en los supuestos de prestación de servicios.
- C— ☐ En función del currículum del profesional determinará si debe incorporarse o no a una organización profesional en los supuestos de prestación de servicios.
- D— ☐ Deja al profesional que va a prestar servicios la libertad de elegir si desea o no incorporarse a una organización colegial.

579. En los supuestos de prestación de servicios, con carácter general, los documentos que puede exigir el Estado de acogida al profesional no podrán tener una antigüedad superior a:

- A— ☐ Doce meses.
- B— ☐ Seis meses.
- C— ☐ Tres meses.
- D— ☐ Dos años.

580. En los supuestos de ejercicio del derecho de establecimiento, con carácter general, los documentos que puede exigir el Estado de acogida al profesional no podrán tener una antigüedad superior a:

- A— ☐ Doce meses.
- B— ☐ Seis meses.
- C— ☐ Tres meses.
- D— ☐ Dos años.

581. Entre las causas del incremento de demandas por presuntas negligencias profesionales no se encuentra:

- A— ☐ El aumento del número de actos profesionales.
- B— ☐ La difusión de los avances científicos y tecnológicos en medios profanos.
- C— ☐ Un mayor acercamiento del profesional a los usuarios de sus servicios.
- D— ☐ La superespecialización médica.



582. La diferencia fundamental entre la responsabilidad contractual y la extracontractual es:

- A— ☐ La existencia de una obligación genérica en la contractual y de una específica en la extracontractual.
- B— ☐ La existencia de una obligación determinada en la contractual y de una indeterminada en la extracontractual.
- C— ☐ La existencia en la contractual de un conjunto de obligaciones que nacen de un contrato y en la extracontractual de un deber genérico que nace de la necesidad de mantener la paz y el orden social.
- D— ☐ La existencia en la contractual de obligaciones que nacen de un contrato y en la extracontractual de un deber que nace del acuerdo del grupo social.

583. La culpa civil:

- A— ☐ Requiere que el deudor haya asumido una voluntad deliberada de incumplir.
- B— ☐ No requiere que el deudor haya asumido una voluntad deliberada de incumplir.
- C— ☐ Requiere que el acreedor de la prestación haya asumido una voluntad deliberada de no recibir.
- D— ☐ No requiere que el acreedor de la prestación haya asumido una voluntad deliberada de no recibir.

584. La obligación de los profesionales sanitarios es:

- A— ☐ Siempre de medios.
- B— ☐ De medios en la responsabilidad contractual y de resultados en la extracontractual.
- C— ☐ Depende del tipo de contrato.
- D— ☐ Generalmente de medios y excepcionalmente de resultados.

585. La responsabilidad civil se basa en:

- A— ☐ Una culpa incierta.
- B— ☐ Una culpa defectuosa.
- C— ☐ Una culpa incontestable.
- D— ☐ Una culpa imperita.

586. La responsabilidad extracontractual requiere:

- A— ☐ Lesión a terceros, acción u omisión culpable y una relación de causalidad entre la conducta y el daño.
- B— ☐ Lesión a terceros, nexo causal y una relación entre la acción y la omisión.
- C— ☐ Lesión a terceros y una acción u omisión culpable.
- D— ☐ Nexo causal y acción u omisión culpable.

587. ¿Puede existir culpa sin nexo causal?

- A— ☐ Sí, siempre.
- B— ☐ No, nunca.
- C— ☐ Sí, a veces.
- D— ☐ Depende de las circunstancias del caso.

588. La responsabilidad jurídica implica la obligación de reparar:

- A— ☐ Cuando uno ha producido el daño.
- B— ☐ Cuando uno, u otro que de él depende, ha producido el daño.
- C— ☐ Cuando uno, aun sin producir el daño, pone a alguien en situación de riesgo incierto.
- D— ☐ a y c son correctas.

589. En materia de responsabilidad contractual del personal sanitario:

- A— ☐ El daño se produce con dolo.
- B— ☐ El incumplimiento contractual se produce por dolo, negligencia y morosidad.
- C— ☐ Normalmente, el incumplimiento contractual será debido a negligencia y morosidad y raramente por dolo.
- D— ☐ Normalmente, el incumplimiento contractual será debido a dolo y morosidad y raramente por negligencia.

590. Cuando se habla del principio de división del trabajo se está haciendo referencia a:

- A— ☐ Una actividad colectiva en la que varias personas trabajan para conseguir un objetivo común.
- B— ☐ Una actividad colectiva en la que varias personas trabajan para conseguir un objetivo común o individual.



- C- ☐ Una actividad colectiva en la que varias personas trabajan y depositan su confianza en el jefe.
- D- ☐ Una actividad colectiva en la que varias personas trabajan y el jefe confía en ellas y ellas en el jefe.

591. La antijuridicidad supone:

- A- ☐ Una confrontación entre el acto realizado y lo que la ley penal pretendía que se realizase.
- B- ☐ Una confrontación entre el acto realizado y lo que el grupo social esperaba que el sujeto realizase.
- C- ☐ Una confrontación entre el acto realizado y lo que las autoridades esperaban que el sujeto realizase.
- D- ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

592. Un sujeto que ha realizado una conducta típicamente antijurídica:

- A- ☐ Es culpable si no concurre en él una causa de exclusión de la responsabilidad.
- B- ☐ Es culpable aun cuando concorra alguna causa de exclusión de la culpabilidad.
- C- ☐ No es culpable si no se ha señalado una pena a esa conducta.
- D- ☐ Es culpable aunque la conducta no sea típica.

593. El consentimiento de la víctima exime de responsabilidad en los supuestos de esterilización de los incapaces:

- A- ☐ Siempre.
- B- ☐ Nunca.
- C- ☐ Depende de las causas que llevaron a la esterilización.
- D- ☐ Depende de las causas que llevaron a la incapacidad.

594. El consentimiento de la víctima exime de responsabilidad en los supuestos de:

- A- ☐ Trasplantes de órganos, cirugía plástica y esterilizaciones.
- B- ☐ Trasplantes de órganos, esterilizaciones y operaciones de cambio de sexo.
- C- ☐ Cirugía plástica, operaciones de cambio de sexo y esterilizaciones.
- D- ☐ Cirugía plástica, operaciones de cambio de sexo y trasplante de órganos.

595. ¿Quién está obligado a no abandonar el servicio?

- A- ☐ El profesional que está unido a la víctima por un vínculo jurídico.
- B- ☐ Todos los profesionales por un deber específico de solidaridad.

- C- ☐ El profesional que está obligado a permanecer en el servicio.
- D- ☐ a y c son correctas.

596. En el delito de abandono de servicio:

- A- ☐ El riesgo para la salud se configura como algo abstracto.
- B- ☐ El riesgo para la salud se configura como algo concreto.
- C- ☐ Se requiere la producción de un daño cierto.
- D- ☐ Se requiere la solicitud de asistencia.

597. El delito de intrusismo se configura como:

- A- ☐ El ejercicio de una profesión sin el título oficial o académico correspondiente.
- B- ☐ El ejercicio de una profesión sin el título oficial o académico correspondiente y la pública atribución de la cualidad de profesional.
- C- ☐ La pública atribución de la cualidad de profesional por quien no lo es.
- D- ☐ Ninguna de las anteriores es correcta.

598. El delito de abandono de jeringas requiere:

- A- ☐ En todo caso la producción de un resultado de contagio.
- B- ☐ En algunos casos la producción de un resultado de contagio.
- C- ☐ En todo caso la creación de una situación de riesgo de contagio.
- D- ☐ En algunos casos la creación de una situación de riesgo de contagio.

599. A la hora de valorar la corrección del acto profesional, entre otras cosas, se ha de tener en cuenta:

- A- ☐ La propia capacidad y la actualización de conocimientos.
- B- ☐ La propia capacidad.
- C- ☐ La posesión de diplomas de postgrado.
- D- ☐ Ninguna de las anteriores es cierta.

600. La valoración de la corrección del acto profesional, entre otros criterios, debe tener en cuenta:

- A- ☐ Las circunstancias de tiempo y lugar.
- B- ☐ La edad del profesional.
- C- ☐ Las circunstancias de lugar y la edad del profesional.
- D- ☐ Las circunstancias de tiempo y la edad del profesional.



PATRÓN DE RESPUESTAS

200 preguntas de Ética y Legislación

(test)

A continuación se propone un patrón de respuestas de las 200 preguntas pertenecientes a Ética y Legislación de Enfermería. Recuerde que de las cuatro opciones que se dan en cada una de ellas, sólo una es correcta o, en su defecto, la más completa. Señale con un lapicero el ítem que considera verdadero y compruebe en las páginas de respuestas la justificación y el total de preguntas acertadas.

- 401 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
402 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
403 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
404 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
405 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
406 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
407 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
408 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
409 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
410 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
411 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
412 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
413 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
414 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
415 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
416 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
417 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
418 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
419 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
420 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
421 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
422 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
423 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
424 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
425 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
426 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
427 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
428 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
429 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
430 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
431 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
432 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
433 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
434 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
435 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
436 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
437 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
438 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
439 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
440 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
441 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
442 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
443 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
444 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
445 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
446 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
447 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
448 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
449 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 451 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
452 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
453 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
454 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
455 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
456 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
457 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
458 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
459 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
460 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
461 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
462 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
463 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
464 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
465 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
466 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
467 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
468 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
469 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
470 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
471 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
472 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
473 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
474 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
475 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
476 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
477 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
478 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
479 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
480 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
481 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
482 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
483 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
484 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
485 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
486 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
487 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
488 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
489 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
490 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
491 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
492 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
493 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
494 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
495 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
496 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
497 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
498 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
499 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 501 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
502 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
503 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
504 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
505 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
506 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
507 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
508 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
509 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
510 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
511 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
512 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
513 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
514 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
515 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
516 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
517 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
518 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
519 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
520 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
521 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
522 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
523 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
524 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
525 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
526 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
527 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
528 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
529 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
530 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
531 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
532 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
533 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
534 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
535 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
536 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
537 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
538 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
539 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
540 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
541 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
542 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
543 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
544 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
545 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
546 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
547 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
548 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
549 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

- 551 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
552 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
553 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
554 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
555 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
556 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
557 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
558 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
559 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
560 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
561 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
562 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
563 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
564 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
565 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
566 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
567 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
568 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
569 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
570 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
571 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
572 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
573 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
574 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
575 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
576 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
577 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
578 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
579 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
580 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
581 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
582 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
583 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
584 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
585 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
586 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
587 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
588 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
589 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
590 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
591 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
592 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
593 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
594 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
595 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
596 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
597 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
598 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
599 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

200
Respuestas

(test)

comentadas

Test
Enfermería

2/5

Fundamentos en Enfermería

M^a Amparo Benavent Garcés

Esperanza Ferrer Ferrandis

Cristina Francisco del Rey



Respuestas

1. **—B—** La idea de cuidado personal es una construcción cultural que da lugar a percepciones diferentes sobre las necesidades y las formas de satisfacer los cuidados. Por ejemplo, los cuidados que se consideran óptimos en relación con la alimentación, ejercicio, etc., difieren de unas personas a otras y de unos grupos a otros.
2. **—D—** Los cuidados enfermeros encuentran su razón de ser en los cuidados humanos o personales, como actividades cotidianas que las personas llevan a cabo para su funcionamiento normal. Cuando los cuidados humanos tienen una finalidad relacionada con la salud y/o la enfermedad, adquieren la categoría conceptual de cuidados de salud, éstos pueden ser satisfechos por la propia persona o por la enfermera. Lo que caracteriza a los cuidados enfermeros es que siempre tienen una finalidad relacionada con la salud de la persona y que tienen en cuenta los aspectos culturales que para cada persona detentan sus cuidados personales.
3. **—A—** Los cuidados dirigidos a potenciar y mantener la salud se reconocen como las acciones que tienen por finalidad el óptimo funcionamiento y bienestar de la persona. Desde la perspectiva enfermera se trata de desarrollar, en la persona y su entorno, hábitos de cuidados o estilos de vida saludables.
4. **—A—** La consideración del papel de la enfermera, dentro del paradigma de categorización, responde al momento en el que se encuentra la enfermería. A principios del siglo XX, la profesión enfermera emerge como tal y mantiene una fuerte dependencia de la disciplina y la profesión médica.
5. **—D—** El *design* de cuidado, según Kérouac, se trata de un concepto que da un carácter innovador al cuidado. Para esta autora, reúne la ciencia y el arte enfermeros, y se centra en la persona, entendida en continua interacción con su entorno y viviendo su salud como una experiencia única y personal.
6. **—A—** La orientación de los cuidados enfermeros ha evolucionado de forma pareja a los cambios sociales y de atención a la salud, que a su vez han estado influenciados por la evolución de los conceptos de salud y persona imperantes en cada época. Desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, se pueden distinguir orientaciones que han ido pasando de estar centradas en el entorno a dar mayor importancia a la enfermedad, posteriormente a la persona, hasta llegar a la situación actual, en la que adquiere gran importancia la interacción de la persona y sus recursos internos con el entorno y los recursos externos.
7. **—B—** Diversas autoras, Orem, Peplau, Hall, etc., destacan la importancia de potenciar el “empoderamiento” de la persona en sus propios cuidados de salud,

para esto hay que reconocer la capacidad de la persona para aprender y cambiar.

8. —A— La propia naturaleza del cuidado le hace, muchas veces, invisible. Según Collière, "a menudo el cuidado es invisible. Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle lograr la esperanza, acompañarle en su camino estando presente son acciones invisibles".
9. —A— Los modelos del paradigma de transformación definen el fenómeno enfermero como único, complejo y global.
10. —B— La enfermera reconoce la importancia de la persona en el acto del cuidado, y las relaciones e interacciones entre la persona y la enfermera están marcadas por el respeto mutuo. Para la enfermera, tienen gran interés las opiniones y valores de la persona, las considera y tiene en cuenta las capacidades, las aprovecha y propicia el desarrollo personal de quien atiende.
11. —C— Para conseguir un cuidado individualizado se deben recoger datos nuevos o modificados de manera constante a lo largo de todo el proceso de cuidados, tanto sobre la experiencia de salud como sobre el entorno de la persona. Los nuevos datos proporcionan información actualizada que confirma o modifica la información disponible sobre la persona.
12. —B— Leininger sostiene que el cuidado humano es esencial para la supervivencia de los pueblos, el desarrollo de los seres humanos, para la recuperación y promoción de la salud. También pone de manifiesto que el cuidado ofrecido a la población en general es transmitido y aprendido en una cultura, y que existen características universales en el modo de cuidar, así como numerosas características que diferencian una cultura de otra.
13. —A— El cuidado informal difiere del cuidado profesional en que este último es un servicio especializado que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas y de los demás. El cuidado informal es realizado por personas no profesionales, por esto, cuando se llevan a cabo cuidados informales, quienes los efectúan requieren de apoyo profesional.
14. —D— La consideración del papel de colaboración de la persona en el proceso de cuidados, dentro del paradigma de transformación, responde a que la persona ha dejado de ser para la enfermera un mero "paciente" o sujeto pasivo pasando a ser un ser activo en su proceso de cuidados. Esta transformación se produce en respuesta a la consideración de la persona como un ser único, complejo y global.



15. —B— El uso de tecnologías requiere de una buena elección y utilización, se precisa de un proceso de pensamiento crítico para decidir qué usar o eliminar; compartir con otros colegas o profesionales la oportunidad del empleo de una técnica concreta y asegurarse de sus fines.
16. —C— La funcionalidad puede evaluarse en términos de poder: lo que la persona puede hacer sola, con ayuda o que ya no puede hacer. El sentimiento puede evaluarse en términos de deseo o no deseo, aunque la mayoría de las veces es una encrucijada de un deseo y un contra-deseo. La identificación de la naturaleza del problema facilita elegir el cuidado más apropiado, de compensación, confirmación, etc.
17. —B— Henderson dice que a la persona hay que mantenerla en el *río de la vida*, hasta el punto que sea posible según el plan terapéutico. Y dice también que si durante demasiado tiempo se priva a una persona de lo que más valora, esa enfermedad suele ser peor que la que se intenta curar.
18. —A— Esta definición corresponde a Virginia Henderson, y es una concepción que goza de gran aceptación entre la *comunidad* enfermera.
19. —C— La consideración del papel de la enfermera dentro del paradigma de categorización responde al momento en el que se encuentra la enfermería. A principios del siglo XX, la profesión enfermera está emergiendo como tal y mantiene una fuerte dependencia de la disciplina y la profesión médica. Del mismo modo que la evolución del conocimiento en torno al proceso salud/enfermedad ha influido sobre el concepto de salud, también lo ha hecho sobre el concepto de entorno. El paradigma de categorización, que se sitúa entre los siglos XVIII y XIX, está marcado por la importancia que en ese momento tienen el control de las enfermedades infecciosas y la salubridad.
20. —C— La relación de ayuda es una habilidad imprescindible para la competencia profesional, se podría llegar a decir que inherente a los cuidados. Para conocer la realidad que hace necesarios los cuidados enfermeros e intervenir eficazmente en ella, es imprescindible el establecimiento de una relación de ayuda.
21. —A— Una teoría es científica cuando los hechos, que la describen, se apoyan en explicaciones basadas en observaciones y experimentaciones que dan sentido al conjunto de fenómenos que la componen.
22. —B— Las ciencias prácticas o ciencias aplicadas son las que se refieren *al principio y las causas de las cosas a hacer*, e incluyen el conocimiento especulativo, teórico y el conocimiento práctico.

23. —A— Según Esteban M., una disciplina debe estar pensada y construida desde su historia, la práctica profesional, la filosofía de la ciencia y la historia comparada de las ciencias, y basándose en ello se va configurando el estatuto disciplinar con el desarrollo científico de conocimientos y tecnologías que delimitan y explican el objeto específico de su interés.
24. —D— El desarrollo de la teoría enfermera sólo es posible desde la investigación enfermera, y la teoría enfermera adquiere su verdadero sentido cuanto se aplica en la práctica, en los diferentes campos, donde se demuestra su validez, se refuta y consolida como conocimiento teórico.
25. —D— Durante mucho tiempo se ha dado más importancia al hacer que al pensar en enfermería, la formación se desarrollaba alrededor del hospital con el fin de preparar enfermeras para que ejercieran en el mismo ámbito en el que habían aprendido. Así, se las formaba como ayudantes de los médicos concediendo gran importancia al desarrollo de habilidades manuales de modo que la repetición de técnicas en la práctica clínica fue hasta los años setenta la base de la formación enfermera.
26. —B— La práctica enfermera debe ser concebida como las experiencias donde se viven simultáneamente las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleve a intervenciones reflexionadas, metódicas.
27. —C— El pensamiento inductivo parte de fenómenos particulares para llegar a generalizaciones, no precisa de conocimientos previos y permite una rápida adaptación a la realidad.
28. —D— El pensamiento deductivo parte de generalizaciones para explicar los fenómenos particulares, precisa conocer las generalizaciones y exige de un proceso planificado para adaptarlo a la realidad.
29. —A— El método semiótico hace aportaciones científicas a través del estudio del significado del lenguaje que se utiliza para la descripción de los términos y fenómenos que se conceptualizan y hacerlos así comprensibles con el significado que se les pretende dar.
30. —C— El método científico es un procedimiento de pensamiento y acción. Según Hernández Conesa, "El método científico posee características propias y permite la solución de problemas para conocer más y mejor la realidad, o parcelas de la misma".



31. **—D—** Según Kérouac, una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera particular de examinar los fenómenos.
32. **—A—** Diferentes teóricas (Fawcett, Flaskerud, etc.) han concluido que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los modelos de cuidados. Desde esta perspectiva, Kérouac concluye que "es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, que se clarifica el campo de la disciplina enfermera".
33. **—B—** Los cuatro conceptos gozan de cierto consenso y con una importancia similar; en base a ello, autoras como Kérouac y colaboradoras analizan la evolución y corrientes de pensamiento existentes actualmente en la enfermería.
34. **—C—** La Historia es la descripción exacta de los hechos acontecidos; la historia de la enfermería será por tanto la descripción de los hechos enfermeros. Estudiar la historia de la enfermería significa hacerlo encuadrándola en el entorno social en el que se producen sus prácticas y relacionarla con los cuidados humanos como hilo conductor del estudio.
35. **—B—** Diferentes autores, Collière, Siles, Francisco, etc., analizan la evolución de la enfermería en función del proceso de profesionalización de la práctica de los cuidados que llevan a cabo, y aunque dan diferentes denominaciones a las distintas etapas, es la respuesta b la que se expresa con un proceso cronológico.
36. **—A—** D. Hall describe así la función social de esta disciplina siendo responsable de enfermería de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
37. **—D—** Los estudios sobre la historia de la enfermería se producen mucho más tarde que los de otras prácticas con orígenes similares. Autores como Siles, Hernández Conesa, Collière, etc., justifican este retraso en las características propias de las enfermeras y de la enfermería. Sus antecedentes relacionados con lo femenino y lo religioso, entre otros, dificultaron el desarrollo de un espíritu crítico y de estudio entre quienes practicaban los cuidados.
38. **—B—** Las imágenes de cada época, grabados, pinturas, esculturas, etc., aportan una información de gran importancia sobre lo que acontece en cada momento. Las actividades relacionadas con el cuidado de los enfermos, alrededor del nacimiento y la muerte, etc., aportan información muy valiosa sobre quienes realizaban estas prácticas y en qué consistían. Un análisis riguroso

de las obras de cada época permite conocer quiénes, dónde y qué se hacía en relación con los cuidados a las personas.

39. —B— En un documento hindú se describen las características que deben reunir las enfermeras y los médicos. En relación a las enfermeras, apunta que deben tener "conocimiento sobre la forma en que deben prepararse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al paciente que se atiende y pureza, tanto de cuerpo como de mente".
40. —A— La Diosa de la Salud griega fue Higea, hija de Esculapio, Dios de la Medicina.
41. —D— Febe es citada por San Pablo y era una Diaconisa que visitaba y cuidaba a los enfermos en sus casas.
42. —A— Desde siempre, incluso en la actualidad, ha habido personas que han considerado el poder de los santos para sanar. Cuestiones como las oraciones y las promesas forman parte de las prácticas terapéuticas de quienes creen en fuerzas sobrenaturales relacionadas con la salud y la enfermedad.
43. —D— Las súplicas y oraciones son prácticas que llevan a cabo personas de las diferentes creencias y que se dirigen a su Dios, o Ser Sobrenatural, para rogar sobre su salud, destino, deseos, etc.
44. —C— La nodriza prestaba los cuidados al recién nacido. La obstetrix o matrona se ocupaba de los cuidados de la mujer durante el embarazo y en el parto. Los auxiliares del médico (esclavos que cuando perdían esta condición ayudaban al profesional en la preparación y administración de terapias) dispensaban cuidados en las casas.
45. —A— Los responsables de la atención a los enfermos en los hospitales medievales daban gran importancia a su alimentación. Procuraban que fuese abundante y rica en nutrientes; alimentos como el vino se consideraba que tenían valores terapéuticos.
46. —D— Las diferentes órdenes militares se dedicaban a diversas actividades relacionadas con la guerra, el cuidado de enfermos en hospitales y la acogida de peregrinos. En cada una de ellas adquiría más o menos relevancia una u otra actividad. Por ejemplo, la Orden de San Juan de Jerusalén fue eminentemente hospitalaria.
47. —B— Las beguinas fue una orden fundada en Bélgica a finales del siglo XIII. Eran mujeres que no tomaban votos definitivos y llegaron a contar con hospitales propios. Cuidaban a los enfermos en los hospitales y en las casas de éstos, y

les cobraban una cuota según el poder adquisitivo de cada uno. Fueron perseguidas por ser consideradas brujas.

48. —A— Según el cristianismo, a través de la caridad con el enfermo se consigue la salvación, pero no así para los protestantes. La pérdida de este valor se traduce en el deterioro de los cuidados enfermeros.
49. —B— Las mujeres sanadoras fueron consideradas brujas y acusadas de tener poderes mágicos sobre la salud y la vida de las personas, con capacidades para curar y también para provocar males.
50. —D— Desde 1498 hasta 1558, para ejercer como matrona se debía superar un examen en el Tribunal del Promedicato. Se pretendía, con la exigencia del examen para el ejercicio de la profesión, controlar a quienes la ejercían y evitar el intrusismo.
51. —C— La actividad profesional de los practicantes se comienza a regular en el siglo XVIII, se forman en los colegios de cirugía para ser ayudantes de los médicos. La exigencia de formación para ejercer como matronas es muy anterior, en el siglo XVI debían superar un examen en el Tribunal del Promedicato, más tarde se instruyen, al igual que los practicantes, en los colegios de cirugía, aunque en una sección especial. Ambas profesiones eran consideradas socialmente. Las enfermeras tendrán que esperar.
52. —A— Las Hijas de la Caridad comenzaron a instalarse en los hospitales españoles a finales del siglo XVIII, y han estado presentes en ellos hasta muy avanzado el siglo XX, dedicándose a la atención de los enfermos y dirigiendo escuelas de enfermeras. En 1917 se publica el *Manual de la carrera de enfermeras para el uso de las Hijas de la Caridad Españolas*. Las Hermanas de la Caridad Santa Ana también se ocupan del cuidado de los enfermos, compatibilizando esta misión con la de la educación, pero tienen una repercusión menos significativa que la de las Hijas de la Caridad.
53. —C— El primer centro en el que se regula formalmente la formación para ejercer como enfermeras es el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth en 1836. Hasta este momento no existía una formación reglada, pero con la creación de este centro el pastor protestante Theodor Fliedner trata de poner remedio al deterioro que habían experimentado los cuidados enfermeros en el mundo protestante. Florence Nightingale permaneció un tiempo en este centro antes de fundar su escuela en 1860.
54. —C— La filosofía desarrollada por Nightingale en la formación de enfermeras sirvió como modelo para las escuelas que se fueron creando en la cultura occidental,

R

Fundamentos
de Enfermería

fundamentalmente en Europa y América, y en los países en los que estos continentes tienen influencia. Las influencias van desde los sistemas de ingreso hasta el internado para el estudio de la enfermería y los contenidos de estudio.

- 55. —B—** Florence Nightingale publicó *Notas sobre la Enfermería* en 1859. Esta obra ha sido considerada de gran importancia para la enfermería.
- 56. —B—** La Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría fue fundada por el Dr. Federico Rubio y Galí. Este médico fue embajador en el Reino Unido y en 1896 fundó la escuela en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa de Madrid, inspirada en la filosofía Nightingale.
- 57. —A—** Los datos tanto objetivos como subjetivos que obtenemos en la etapa de valoración van a ser las claves que nos dirijan en las hipótesis diagnósticas y posterior verificación del diagnóstico enfermero. Es necesario que durante ese proceso incorporemos el pensamiento crítico y procedamos a verificar o validar dicha información, eso nos permitirá no omitir información importante o hacer juicios de valor o asunciones personales.
- 58. —D—** El periodo que se ha dado en llamar como la *etapa técnica de la enfermería* se corresponde con un fuerte desarrollo de hospitales en España a mediados del siglo xx. La atención a los enfermos en los hospitales provoca una gran demanda de enfermeras y consecuentemente el aumento de escuelas para su formación, en muchos casos anexas al hospital que posteriormente va a ser el empleador.
- 59. —D—** Durante los años sesenta se produce en España un importante desarrollo de hospitales; el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad era el objetivo fundamental de la atención sanitaria como consecuencia del concepto de salud imperante: *la salud es considerada como la ausencia de enfermedad*. Tanto la formación enfermera como la práctica de la enfermería giran en torno al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y a la profesión que se considera responsable de ello, la medicina.
- 60. —C—** Tanto Collière como otras autoras, además de estudios recientes, ponen de manifiesto el interés de las enfermeras por consolidar su identidad profesional sobre la base de su desarrollo disciplinar, coincidiendo que entre sus intereses más significativos no figura el conseguir mayor estatus económico.
- 61. —D—** Una comisión de estudios del Consejo General de Enfermería elaboró las áreas de actuación de las enfermeras y sobre esta base se construyeron los planes de estudio. Estas áreas quedan definidas como aparece en la pregunta.



- 62. —C—** Los enfermeros y enfermeras formados como ATS que estaban desarrollando su actividad profesional tuvieron la posibilidad de nivelar conocimientos y homologar la titulación académica entre los años 1980 y 1990, a través del Curso de Nivelación de Conocimientos para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Un 60% de profesionales superaron esta formación.
- 63. —A—** El desarrollo de la atención primaria de salud con la creación de las estructuras básicas de salud. Mediante Real Decreto se definen las funciones que desarrollará el equipo de salud, en el que se incorporan las enfermeras haciendo su aportación específica, los cuidados enfermeros. El Nuevo Modelo de Gestión, que en su apartado Nuevo Modelo de Gestión en Enfermería reconoce la necesidad de la organización de la estructura funcional de la enfermería por las propias enfermeras. En los hospitales y en las áreas de atención primaria de salud se incorporan las direcciones de enfermería.
- 64. —C—** Orem conceptualiza el autocuidado de la manera expresada en la pregunta.
- 65. —B—** Para Orem, las acciones de autocuidado son intencionadas: autónomas y controladas por quien realiza la acción, dentro del entorno en el que tienen lugar dichas acciones. Requieren de dos tipos de procesos: las operaciones estimativas y transaccionales, y las operaciones de producción.
- 66. —D—** El Modelo de Orem presenta una estructura dividida en tres subteorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.
- 67. —B—** La agencia de cuidado dependiente son las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir demandas de autocuidados terapéuticos de quienes dependen de ellas.
- 68. —B—** Con la expresión "requisitos de autocuidado", Orem se refiere a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento humano y desarrollo continuado, o en condiciones o circunstancias específicas.
- 69. —D—** Los requisitos de autocuidado universal son ocho, comunes a todas las personas y se requieren a largo de toda la vida y en todas las situaciones de salud. Cubren aspectos fundamentales para la vida y la salud de la persona.
- 70. —A—** El estado de salud, y más concretamente la *desviación de la salud*, puede influir en los requerimientos de las tres categorías de requisitos de autocuidado (universal, del desarrollo y de desviación de la salud) como factor básico con-

dicionante y además generar requisitos específicos: los requisitos de desviación de la salud.

71. —D— La edad, y más concretamente el *estado de desarrollo*, puede influir en los requerimientos de las tres categorías de requisitos de autocuidado (universal, del desarrollo y de desviación de la salud) como factor básico condicionante y además generar requisitos específicos: los requisitos del desarrollo.
72. —D— Es un resultado negativo de la relación entre la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y la demanda de autocuidado terapéutico, en la que la agencia de autocuidado no es operativa y/o adecuada para afrontar la demanda de autocuidado terapéutico, debido a las limitaciones existentes en ésta.
73. —B— El déficit de autocuidados determina la situación y razones por las que se necesita de la enfermería (agencia de enfermería), para satisfacer los requisitos de autocuidado mediante el diseño del sistema de enfermería apropiado y la aplicación de los cuidados a través de los modos de ayuda adecuados, procurando siempre el desarrollo de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.
74. —C— Orem, dentro de su teoría de los sistemas de enfermería, desarrolla tres tipos de sistemas: totalmente compensadores, parcialmente compensadores y de apoyo- educación. Los conceptualiza como series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, planificadas en coordinación con las acciones de sus enfermos.
75. —B— Orem, dentro de su teoría de los sistemas de enfermería, desarrolla cinco métodos enfermeros: actuar por otra persona, guiar a otro, apoyar a otro, proporcionarle un entorno que fomente el desarrollo y enseñar a otro. Los conceptualiza como secuencias de acciones que las enfermeras llevan a cabo para compensar las limitaciones de sus enfermos.
76. —D— El Proceso de Atención de Enfermería proporciona el método para valorar la situación del cliente y llevar a cabo los cuidados enfermeros a través de sus fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Pero es necesario contar con un marco teórico, un modelo de cuidados, que proporcione los conocimientos enfermeros, la filosofía o el esquema mental que impregne y guíe las acciones del plan.
77. —B— El origen del Proceso de Atención de Enfermería se relaciona con Lidia Hall (1955). Esta enfermera es la primera en plantear la atención enfermera como



un proceso que guíe un objetivo y que se pueda evaluar. Por otro lado, Orlando, a principios de los años sesenta, describe el Proceso de Asistencia Sanitaria diferenciando una serie de fases interpersonales y teóricas.

Estas dos autoras dieron origen a la concepción vigente, aunque las fases y conceptos actuales se deben al trabajo realizado, a finales de los años sesenta, por un grupo de profesores de la Universidad Católica de Norteamérica.

78. —B— Es fundamental documentar las acciones del proceso de enfermería, para ello se requiere contar con los registros adecuados que permitan anotar las valoraciones, juicios, el plan de cuidados, la evolución del cliente y la evaluación del plan. Los registros, además, sirven para facilitar la información entre los miembros del equipo, proporcionar una base de datos para la evaluación, la investigación y planes de mejora de calidad, y como documento legal sobre los cuidados ofrecidos.
79. —A— Todo el proceso de cuidados se desarrolla en el marco de la interacción entre la persona cuidada y la enfermera, lo que requiere de una relación interpersonal que esté marcada por las expectativas y las aportaciones de ambas. Esta relación, según diversos autores, es la relación de ayuda.
80. —C— Cuando se toma como referente un modelo de cuidados para explicar y sustentar las acciones del proceso de enfermería, se utiliza un método deductivo. Las generalizaciones se encuentran en el modelo y se particularizan en cada una de las situaciones y acciones del proceso de cuidados.
81. —D— La sistematización de los cuidados precisa de un proceso metodológico y para ello se requiere un pensamiento científico.
82. —D— Según diferentes autoras, el ofrecer los cuidados enfermeros sistematizados por el Proceso de Atención de Enfermería tiene una serie de ventajas para el cliente y para la enfermera. El hecho de documentar el plan de cuidados mejora la calidad de los mismos, proporciona información valiosa para posibles investigaciones, delimita el campo profesional y facilita la comunicación entre los profesionales.
83. —A— Un plan de cuidados estandarizado está preestablecido para ser usado como guía en el desarrollo de un plan para una persona concreta. Se desarrolla a partir de la definición del problema o diagnóstico para el que se ha elaborado y, a modo de orientación, ofrece objetivos e intervenciones que han de concretarse para el caso que se utiliza; de igual manera, proporciona una guía de criterios de resultados que igualmente deberán ser individualizados.

84. —B— Los planes de cuidados estandarizados proporcionan una guía documentada para el desarrollo y documentación del plan de cuidados contemplando, al menos, un nivel mínimo de cuidados.
85. —C— La exploración física tiene como finalidad la valoración del estado de la persona y se realiza por inspección, palpación, auscultación y percusión. Con la entrevista se pretende obtener información del cliente. Ambas técnicas proporcionan información necesaria y a veces se complementan.
86. —C— Los planes de cuidados estandarizados recogen los cuidados habituales a los pacientes en la situación definida en el plan. Según los criterios utilizados en su elaboración pueden desarrollarse con un nivel mínimo de cuidados o con un nivel máximo de los cuidados necesarios para la situación de que se trate. Su finalidad es servir de guía, siendo por lo tanto necesario individualizarlo para la situación concreta en la que se vaya a aplicar.
87. —A— Al tratarse de una guía bien elaborada y documentada, facilita el trabajo a las enfermeras menos expertas, pues proporcionan información que puede servirles de base para la elaboración del plan de cuidados concreto.
88. —A— La finalidad de la valoración del proceso de enfermería es obtener la máxima información sobre el estado de salud y las necesidades de cuidados de la persona. Los datos que se obtienen, con diferentes técnicas, pueden ser objetivos y subjetivos.
89. —D— Durante la entrevista, es fundamental que la enfermera propicie una relación de confianza. Observar y escuchar son imprescindibles para que se produzca una interrelación positiva que facilite el conocimiento de la situación. Diferentes autoras señalan que emitir opiniones durante la entrevista dificulta la libertad de expresión del cliente, ya que éste puede considerar que la opinión de la enfermera es la válida.
90. —B— Una pregunta cerrada es aquella que no admite interpretaciones. Se recomienda evitarlas cuando sea posible. Por ejemplo, es más adecuado preguntar, ¿qué recuerdo tiene de su anterior hospitalización?, que hacerlo como, ¿tiene buen recuerdo de su anterior hospitalización?
91. —C— Los datos objetivos se basan en lo que la enfermera observa; es la información mensurable y observable. Los datos subjetivos se obtienen como resultado de la información que facilita el cliente y/o sus allegados.



92. **—D—** La clasificación y organización de los datos es un paso previo fundamental para obtener una visión de la situación del cliente y poder llegar a emitir un juicio crítico sobre su estado, el diagnóstico de los problemas.
93. **—B—** La valoración es el primer paso para determinar la situación de la persona. Para ello se requiere recoger datos sobre el cliente, analizarlos e interpretarlos.
94. **—B—** La interpretación de los datos, recogidos en la fase de valoración, requiere de un proceso de análisis y síntesis de los mismos que conduce a la identificación del problema, es decir, al diagnóstico.
95. **—C—** El diagnóstico enfermero es un juicio clínico que identifica un problema que requiere intervención enfermera. El campo de intervención de la enfermería son los cuidados de salud, por lo tanto, el diagnóstico enfermero identifica problemas de cuidados de salud.
96. **—D—** La etapa de planificación consiste en determinar las prioridades del plan de cuidados, establecer los resultados esperados, diseñar las intervenciones y registrar el plan.
97. **—A—** La enfermera es la responsable del proceso de cuidados y por lo tanto del proceso de planificación: fijar prioridades, establecer criterios de resultados, determinar las actividades enfermeras y registrar el plan.
98. **—B—** Los planes de cuidados tienen tres componentes principales: diagnósticos o problemas que van a ser tratados, planificación con los objetivos o resultados que se pretenden conseguir con el plan de cuidados y ejecución con las intervenciones que se van a llevar a cabo para conseguir los resultados.
99. **—B—** Los objetivos deben estar centrados en el cliente: qué se espera que consiga y cuándo se espera que lo haga. Este enunciado sería más correcto: *el enfermo mantendrá la zona de inserción del catéter venoso en buenas condiciones.*
100. **—D—** Los objetivos tienen que ser específicos y concretos, para lo que deben reunir los componentes siguientes: sujeto, verbo, condición, criterio de realización y momento; además de observables y cuantificables, para lo que deben utilizarse verbos mensurables, como por ejemplo: hacer un listado, aumentar, mostrar, etc.
101. **—A—** La determinación de la consecución de los objetivos corresponde a la etapa de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería. Es necesario tener presente que las etapas se superponen en el tiempo y pueden coincidir fina-

lidades de varias etapas, pero cuando se comprueba la consecución de objetivos se está evaluando.

- 102. —D—** Llevar a cabo una intervención enfermera requiere de un proceso de razonamiento para valorar la acción más apropiada: revisar el plan, el estado actual de la persona, los recursos disponibles, prever complicaciones, asegurarse de estar cualificada y en base a ello determinar la acción adecuada.
- 103. —A—** A través de la observación y los registros se valora la evolución del enfermo y la consecución de los objetivos propuestos en la planificación. Mediante las sesiones de enfermería y los sistemas de control de calidad se evalúa la calidad de los planes de cuidados y su contribución a la salud de las personas atendidas.
- 104. —D—** La evaluación de un plan de cuidados incluye: determinar el logro de los objetivos y decidir si hay que mantener, modificar o dar por concluido el plan.
- 105. —A—** La evaluación tiene por finalidad comprobar el proceso de consecución de los objetivos enunciados en la planificación y asegurarse del estado de los diagnósticos identificados; esto se consigue mediante evaluaciones periódicas o concurrentes a lo largo del proceso. También es finalidad de la evaluación hacer una valoración del plan realizado, para determinar si el proceso utilizado ha sido el adecuado y si el cliente satisface plenamente sus necesidades de cuidados. La evaluación es final o terminal al dar por terminado el proceso.
- 106. —D—** Al evaluar se pretende determinar los cambios en el estado de salud de la persona; asegurarse de los problemas identificados, la evolución y los cambios que se producen en los mismos; comprobar la consecución de los objetivos; determinar la oportunidad y adecuación de las acciones realizadas y comprobar que el plan de cuidados ejecutado ha sido eficaz, o identificar los factores que han dificultado su realización.
- 107. —A—** La resistencia que poseen algunas personas al cambio hace que se constituya como una de las barreras que impiden el desarrollo de un pensamiento crítico; muchas veces se dan de lado nuevas ideas sin que éstas hayan sido suficientemente analizadas o informadas.
- 108. —A—** El diagnóstico como fase del proceso nos permite identificar los problemas y planificar el plan de cuidados. Las explicaciones sobre lo que son las respuestas de la persona o grupo a las necesidades de cuidados de salud, en qué áreas de la persona se consideran estas respuestas y las explicaciones para intervenir en los problemas identificados las proporciona el modelo de cuidados, no la metodología.

- 109. —D—** Para D. Orem, el déficit de autocuidados es el resultado negativo de la relación entre la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y la demanda de autocuidado terapéutico. La existencia de un déficit de autocuidados hace necesaria la agencia de enfermería.
- 110. —B—** Tomar como referencia, para el proceso de cuidados, un modelo de cuidados; se trata de contar con el referente conceptual que proporcione los elementos teóricos para desarrollar los cuidados enfermeros con la sistemática que proporciona el Proceso de Atención de Enfermería.
- 111. —A—** Abdellah, 1960, propone un sistema de clasificación que recoge 21 problemas enfermeros, *Patient-Centered Approaches to Nursing*. Fry, en 1953, había introducido el diagnóstico como paso necesario para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería. Lavin y Gebbie convocaron en 1973 la *First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis*, donde se formó la *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis* que, posteriormente, se convertiría en la *North American Nursing Diagnosis Association*.
- 112. —C—** Según M. Gordon, los diagnósticos enfermeros describen problemas de salud que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello.
- 113. —D—** Se entiende como *respuesta humana* a las reacciones de las personas o grupos ante los problemas o los riesgos que puedan aparecer. Para la enfermería, una *respuesta humana negativa* es una reacción negativa de las personas o grupo ante un problema de cuidados de salud, o situación de riesgo, que altera la vida cotidiana.
- 114. —A—** Según la taxonomía NANDA, los diagnósticos de salud identifican situaciones de mejora de salud de la persona o grupo. Se enuncian con la etiqueta simplemente, ya que no existen ni causas ni manifestaciones de problema.
- 115. —B—** Los diagnósticos potenciales o de riesgo no se identifican con un problema que exista en el momento, pero sí reconocen aquellas respuestas que pueden desembocar en problemas si no se actúa sobre ellas. En este tipo de diagnósticos se identifican factores etiológicos o de riesgo por los que pueden aparecer problemas.
- 116. —C—** M. Gordon desarrolla una estructura para el enunciado del diagnóstico en tres partes: problema, etiología y signos y síntomas. El problema describe el patrón disfuncional o potencialmente disfuncional, la respuesta negativa, de



la persona o el grupo. La etiología recoge los factores que son la causa del problema. Los signos y síntomas se corresponden con los datos observados que indican la existencia del problema.

- 117. —D—** Para relacionar el problema con la causa, o etiología, Gordon y otras autoras recomiendan utilizar el término *relacionado con*, para expresar la relación causal identificada. No se recomiendan términos como *causado por o debido a*, pues se trata de una relación causal y no se puede asegurar que no existan otras causas.
- 118. —A—** El problema, primer componente del enunciado diagnóstico, expresa el estado de la persona. En base al problema se enuncian los objetivos de la planificación, ya que éstos tienen por finalidad reducir o eliminar el problema. En el caso de un diagnóstico potencial o de riesgo, los objetivos tendrán como finalidad evitar su aparición. Cuando se trate de un diagnóstico de salud, los objetivos estarán encaminados a mejorar la situación de la persona.
- 119. —C—** Desde la perspectiva metodológica, el diagnóstico es la conclusión de la valoración, y una vez enunciado se convierte en el referente para el plan de cuidados.
- 120. —B—** El enunciado de un diagnóstico real se apoya en la existencia de un problema, en la existencia de factores etiológicos y en la evidencia de signos y síntomas, que indican la existencia del problema. Se recomienda enunciarlo como: nombre del problema, *relacionado con* la etiología y *manifestado por* los signos y síntomas identificados.
- 121. —A—** Los signos y síntomas son los datos objetivos y subjetivos indicativos de la existencia de un problema y de sus causas, son por tanto las manifestaciones de la existencia del problema.
- 122. —C—** El signo es un dato objetivo que identifica la enfermera y que a ella corresponde identificar. El síntoma es un dato subjetivo que proporciona el cliente o su familia. Siempre que sea posible se profundizará en el estudio e identificación del síntoma para transformarlo en signo.
- 123. —A—** Cuando procedemos a evaluar el plan de cuidados individual, determinamos si se cubrieron los objetivos propuestos. Para identificar las causas que afectaron al logro de los objetivos será necesario analizar la información que recogimos en la valoración y los registros que tenemos del cliente, y así comprobar si eran realistas e identificar los factores que dificultaron el progreso de los mismos.

- 124. —A—** La parte de la P, del formato PES, en la clasificación NANDA se corresponde con la etiqueta; ésta es una frase concisa que nombra la situación. Se acompaña de la definición que trata de expresar la naturaleza de la etiqueta, delimitar su significado y diferenciar las etiquetas entre sí.
- 125. —C—** La parte de la E, del formato PES, en la clasificación NANDA se corresponde con los factores relacionados en los diagnósticos reales, y con los factores de riesgo en los diagnósticos de riesgo.
- 126. —D—** La parte de la S, del formato PES, en la clasificación NANDA se corresponde con lo que en la clasificación se denomina características definitorias, y que se conceptualizan como las evidencias clínicas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- 127. —B—** La NANDA, en un esfuerzo por desarrollar un lenguaje propio más específico y concreto para definir las diferentes situaciones, ha propuesto una serie de modificaciones a su taxonomía. Entre las modificaciones se encuentra agrupar las etiquetas diagnósticas por dominios en lugar de hacerlo por patrones de respuesta humana. Los nueve patrones de respuesta humana pasan a ser doce dominios.
- 128. —C—** La taxonomía NANDA II cuenta en su estructura con doce dominios y sus respectivas definiciones; dentro de cada dominio se especifican entre seis y dos clases, y dentro de las clases se ordenan las etiquetas diagnósticas con sus respectivas definiciones.
- 129. —A—** La NOC es una clasificación de 260 resultados con sus definiciones correspondientes, indicadores y escalas de medidas. Esta clasificación se puede utilizar complementariamente con la taxonomía NANDA u otra clasificación diagnóstica.
- 130. —B—** La ontología se centra en el estudio de la naturaleza de un fenómeno, es decir, de aquello que es eje y esencia de dicho fenómeno.
- 131. —C—** Si definimos el modelo como una representación de la realidad, los modelos de enfermería recogen y expresan cómo interpretan sus autoras el *proceso de cuidar*, entendido éste como la acción propia de la enfermera.
- 132. —A—** Los modelos no sólo nos muestran una manera de entender la realidad, sino que son el elemento clave para el desarrollo del contenido disciplinar. Los modelos nos hacen propuestas para actuar, nos señalan (en algunos casos) qué vamos a conseguir a partir de la actuación que proponen, es decir,

son marcos teóricos para la investigación y por tanto para la generación de conocimiento.

- 133. —D—** Si los modelos nos señalan aquello que las enfermeras consideran como propio, el modelo permitirá la identificación de las semejanzas y diferencias con otros profesionales de la salud.
- 134. —B—** Una teoría siempre queda plasmada gracias a un modelo. Ahora bien, un modelo puede representar una teoría en cualquiera de sus niveles de elaboración. Un modelo puede limitarse a describir la relación de los conceptos implicados en la teoría sin explicar cuál es la relación de coexistencia y causalidad que presentan, por tanto representará un nivel de elaboración de la teoría pero no a la *teoría* misma.
- 135. —D—** La NIC es una clasificación normalizada de 433 intervenciones enfermeras. Cada una de las intervenciones consta de su definición, las actividades que componen la intervención y la bibliografía en la que se apoya. Esta clasificación se puede utilizar complementariamente con la taxonomía NANDA u otra clasificación diagnóstica.
- 136. —A—** La epistemología, a diferencia de la ontología, se centra en el estudio de la ciencia y de los métodos que ésta utiliza para validar su producto como conocimiento científico.
- 137. —B—** La producción del conocimiento enfermero ha estado sometido a los planteamientos epistemológicos prevalentes en el momento en que se han desarrollado. Por tanto, el positivismo les ha influido. Ahora bien, la realidad es que la esencia de la enfermería, su elemento ontológico, es tan compleja que la epistemología positivista ha sido, desde el origen de la disciplina enfermera, insuficiente.
- 138. —D—** El concepto cuidar o cuidados forma parte del metaparadigma enfermero. Ciertamente fue Florence Nightingale quien lo asoció directamente a la acción profesional de la enfermera, pero en estos momentos su importancia radica en que se considera el eje o esencia de la disciplina sin que por ello podamos decir que sea una acción exclusiva de la profesión enfermera, puesto que todos los profesionales de salud también llevan a cabo acciones de cuidado profesional.
- 139. —D—** En el ámbito de la filosofía de la ciencia, se constata que la respuesta a la pregunta *¿qué es o qué no es ciencia?* exige identificar cuál es el planteamiento epistemológico utilizado por el investigador y cuál el planteamiento epistemológico desde el que se formula la pregunta y desde donde buscamos la respuesta.



- 140. —C—** La epistemología de la ciencia nomotética, también llamada lógica o metodológica, está fundamentada sobre lo que se denomina *monismo metodológico*, que ha sido fuertemente criticado por la corriente idiográfica y hemenéutica.
- 141. —D—** Ciertamente, el positivismo ha tenido y tiene una gran influencia sobre el desarrollo de la ciencia, siendo uno de sus principios llegar a obtener leyes generales o generalizaciones causales que permitan describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.
- 142. —A—** La corriente hermenéutica surge en oposición al positivismo. Como ejemplos: la hermenéutica critica fuertemente el monismo metodológico; opta decididamente por el valor de lo cualitativo frente al carácter cuantitativo del positivismo; no cree en la objetividad de la ciencia puesto que afirma que sobre ella influyen elementos psicológicos, sociales, económicos, etc.
- 143. —B—** La objetividad, racionalidad y contrastabilidad son atribuciones del método científico muy apreciadas desde la epistemología positivista.
- 144. —A—** La producción del conocimiento enfermero ha estado sometido a los planteamientos epistemológicos prevalentes en el momento en que se han desarrollado. Por tanto, el positivismo les ha influido. Ahora bien, la realidad es que la esencia de la enfermería, su elemento ontológico, es tan compleja que la epistemología positivista ha sido, desde el origen de la disciplina enfermera, insuficiente.
- 145. —D—** Como decíamos en el comentario de la respuesta a la pregunta 12, desde la hermenéutica se ha criticado fuertemente el principio de *objetividad de la ciencia* planteado desde el positivismo. Tan sólo teniendo en cuenta que cada persona percibe la realidad de un modo distinto, queda cuestionado dicho principio.
- 146. —D—** El conocimiento de los diferentes planteamientos epistemológicos nos permite analizar de manera más cuidadosa la producción del conocimiento en la disciplina enfermera e identificar el valor de los modelos desde su consideración como conocimiento científico.
- 147. —B—** Thomas Khun hace un análisis histórico del desarrollo de la ciencia, lo que le permite diferenciar en él una serie de etapas: el periodo preparadigmático; el momento de ciencia normal, en el que el conocimiento se genera a partir de los planteamientos del paradigma predominante; el momento de crisis del paradigma y el momento de revolución con la aparición de un nuevo paradigma.

- 148. —D—** Como ya hemos dicho anteriormente, desde la corriente *idiográfica y hermenéutica* se considera que, además de los factores intelectuales, lógicos y racionales, intervienen en la producción del conocimiento científico factores actitudinales, afectivos, sociales y políticos.
- 149. —D—** Según estos modelos, la naturaleza es realmente la que produce salud. La enfermedad se interpreta como un proceso reparador de la naturaleza para poder devolver al sujeto la salud perdida (Ver Modelo de F. Nightingale).
- 150. —A—** El proceso de cuidar se lleva a cabo en términos de intercambio y conservación de energía (Ver Modelo de M. Rogers).
- 151. —B—** La relación que, según estos modelos, se produce entre enfermera y paciente es una relación de beneficio mutuo (Ver Modelo de H. Peplau).
- 152. —C—** Los modelos de Tendencia Cósmica relacionan la salud con el cosmos. El cosmos es un sistema abierto y, por tanto, la salud estará condicionada por la relación que se establezca entre dicho cosmos y la persona. (Ver Modelo de M. Rogers).
- 153. —A—** La categorización es una característica del positivismo. Los modelos que consideramos dentro del paradigma de categorización muestran claramente la influencia de la epistemología positivista (Ver Modelo de F. Nightingale).
- 154. —B—** En los modelos del paradigma de integración, se considera que el fenómeno enfermero no es "homogéneo", sino que se verá modificado por el contexto en el que se produzca y por tanto será variable.
- 155. —D—** De los métodos que emplea la enfermera para recoger datos durante la valoración, la observación es de gran utilidad; a través de ella podremos identificar aquellos comportamientos o actitudes que el cliente no reconoce y ser un refuerzo para focalizar o indagar situaciones que no han quedado del todo claras durante la entrevista.
- 156. —A—** En estos modelos prevalece el interés por demostrar cuál es el efecto que tienen los cuidados (Ver Modelo de C. Roy).
- 157. —D—** El positivismo deja sentir su influencia en los modelos de este paradigma. Esta influencia se plasma en la necesidad de categorizar, dividir y fraccionar el fenómeno para estudiarlo.
- 158. —D—** El paradigma de transformación y los modelos que recoge son relativamente recientes por lo que la influencia más directa la han tenido de la hermenéuti-

ca, de ahí que los principios de globalidad y unicidad sean claves en dichos modelos (Ver Modelo de R. Rizzo-Parse).

- 159. —A—** El diagnóstico enfermero es la pieza clave del proceso de cuidados enfermeros, instrumento metodológico que las enfermeras utilizan en el proceso de cuidar. Además éstas utilizan el proceso de toma de decisiones para elaborar todo el proceso de razonamiento diagnóstico.
- 160. —C—** Los cuidados tienen la finalidad de: promover, mantener y recuperar la salud, prevenir y adaptarse a las limitaciones o condiciones de la enfermedad. Formas de llevar a cabo el cuidado, que les confiere la naturaleza al mismo, son: educar, ayudar, hacer por la persona, apoyar para que haga, etc. Educar para la salud es una forma más de cuidar.
- 161. —C—** La consideración del papel de colaboración de la persona en el proceso de cuidados, dentro del paradigma de transformación, responde a que la persona ha dejado de ser para la enfermera un mero "paciente" o sujeto pasivo, pasando a ser un ser activo en su proceso de cuidados. Esta transformación se produce en respuesta a la consideración de la persona como un ser único, complejo y global.
- 162. —C—** Ya hemos dicho que la categorización es una característica del positivismo. Los modelos que consideramos dentro del paradigma de categorización muestran claramente la influencia de la epistemología positivista (ver Modelo F. Nightingale). El positivismo ha dejado de sentir su influencia en los modelos. Esta influencia se plasma en la necesidad de categorizar, dividir, fraccionar el fenómeno para estudiarlo.
- 163. —C—** Collière afirma que cuidar es ante todo un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir a ésta que se reproduzca.
- 164. —D—** La evolución del conocimiento en torno a la salud, la enfermedad, los factores que la provocan y los medios para prevenir o recuperar la salud han influido claramente en la manera de entender y definir la salud en los distintos paradigmas.
- 165. —D—** Del mismo modo que la evolución del conocimiento en torno al proceso salud/enfermedad ha influido sobre el concepto de salud, también lo ha hecho sobre el concepto de entorno. El paradigma de categorización, que se sitúa entre los siglos XVIII y XIX, está marcado por la importancia que en ese momento tienen el control de las enfermedades infecciosas, la salubridad, etc.

- 166. —A—** En el paradigma de transformación, el entorno debe ser el universo, puesto que el fenómeno enfermero ha sido considerado como único, global y complejo.
- 167. —D—** Los cuidados enfermeros requieren, además de conocimientos científicos y habilidades tecnológicas, valores profesionales que orientan sobre lo que debe hacerse y cómo debe hacerse. Estos valores se encuentran en la ética profesional.
- 168. —D—** La consideración del entorno como la totalidad del universo y la unicidad, complejidad y globalidad del fenómeno enfermero determinan una gestión descentralizada y una apertura hacia el mundo. Contribuye a ello el nivel de profesionalización y autonomía que va alcanzando la enfermería.
- 169. —A—** El alma y la mente de la persona no tienen limitaciones. Al cuerpo podemos acceder, pero la mente y el alma sólo pueden ser "tratadas" desde la globalidad.
- 170. —B—** El objeto de investigación en el paradigma de categorización se sitúa entre la observación y recopilación estadística; la determinación de índices o las enfermedades infecciosas y planes de cuidados específicos. En el paradigma de integración, el objeto de investigación es el cliente y su entorno, y el desarrollo de conocimiento específico.
- 171. —A—** Efectivamente, el paradigma de transformación promueve el conocimiento de la propia disciplina enfermera y la creatividad, mientras que en el paradigma de categorización la formación se sustenta sobre la disciplina médica y el aprendizaje de habilidades técnicas.
- 172. —A—** Es en el paradigma de integración donde se recoge por primera vez el interés por el conocimiento específico de la enfermería y el desarrollo disciplinar.
- 173. —C—** Siendo así que el modelo está integrado en el paradigma de categorización, la persona es definida por Nightingale como un ser pasivo (paciente) que está sujeto a la acción del entorno, de la naturaleza y de la enfermera. (Ver respuestas anteriores).
- 174. —D—** La pertenencia de Peplau a la tendencia de interrelación y existencialista permite comprender la definición que hace de salud en términos de desarrollo de la persona.
- 175. —C—** Para Henderson, las personas tenemos 14 necesidades. La satisfacción de estas necesidades nos sitúa en una posición de salud, mientras que la no satis-

facción nos reporta problemas a los que tendremos que atender. La necesidad es por tanto previa al problema. Si no tuviéramos las necesidades, no se produciría la insatisfacción y no surgiría el problema.

- 176. —A—** La definición de la persona como un ser íntegro (holístico) indica que existe una relación mutua entre las partes diversificadas dentro de una totalidad.
- 177. —C—** La pertenencia de Abdellah a la tendencia de suplencia y ayuda y la consideración que hace de la salud como un estado en que la persona no tiene ninguna necesidad y de la persona como un ser con necesidades físicas, emocionales y espirituales, explican que defina el cuidado como una acción de ayuda.
- 178. —B—** Su experiencia con personas que padecían trastornos biológicos graves y su creencia en la integración de estas personas en su entorno, explican la definición que hace de persona como un ser que consta de tres aspectos esenciales: cuerpo, patología y personalidad.
- 179. —D—** Limita el significado de entorno al contexto en el que se desarrolla el cuidado. Concreta este entorno en el tiempo y espacio en el que se establece el contacto entre la enfermera y el paciente.
- 180. —C—** M. Allen afirma que para hablar de salud óptima debe darse una situación en la que no exista enfermedad pero que además estén presentes elementos de salud.
- 181. —C—** Aunque no define explícitamente el entorno, sus referencias continuas a las experiencias de vida de las personas (sufrimiento, esperanza, dolor, enfermedad) hacen pensar en la equiparación de dichas experiencias con el entorno.
- 182. —A—** Aunque no consta en su modelo una referencia explícita en cuanto a la definición de salud, si analizamos la definición que hace del concepto persona podemos decir que la salud quedará definida en términos de independencia y autodeterminación.
- 183. —B—** La pertenencia de Johnson a la tendencia de interrelación y la consideración que hace de la salud como un estado dinámico y de la persona como un sistema conductual, explican que defina el cuidado como restaurador del equilibrio dinámico del sistema conductual.
- 184. —D—** El significado que tiene para I. King el concepto de persona puede explicar cómo define la salud. La persona es un sistema en interacción continua con otros sistemas; esta interacción tiene como resultado el crecimiento y desa-

rollo de la persona, es decir, la salud. Ahora bien, matiza King que ese proceso de interacción no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos.

- 185. —A—** La salud está considerada como un valor y un proceso de intercambio energético. La interacción entre los campos humanos y el entorno proporciona bienestar e influye en la salud. La consideración de la salud como un valor vincula su definición a la cultura y a la propia persona.
- 186. —D—** Para C. Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación en el que se encuentran para obtener un nivel óptimo de bienestar. Es por esto que define el cuidado como la contribución de la enfermera a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida del sujeto.
- 187. —A—** La definición de persona como un sistema biológico inter e intrapersonal explica que la salud se considere como el completo bienestar físico, mental y social. Hay que señalar que M. K. Chrisman y J. Riehl-Sisca han adoptado la definición de salud de la OMS.
- 188. —B—** La observación es una de las cualidades que tenemos las personas consciente y deliberada para obtener información relevante. Las enfermeras deben desarrollar habilidades que potencien las dotes de observación, por lo que necesitarán conocimientos y práctica. La observación tiene dos momentos cruciales, que son la percepción del estímulo y seleccionar, organizar e interpretar la información que te proporciona el dato observado.
- 189. —A—** La salud está definida desde una perspectiva totalmente subjetiva. Referirse a *estado altamente positivo* significa que el concepto salud no tiene una definición universal y que lo realmente importante es el significado que tenga para cada individuo.
- 190. —B—** La influencia de la antropología sobre el modelo es evidente. Los comportamientos en salud están vinculados a la cultura del grupo.
- 191. —C—** El concepto *patrón* le permite describir mejor el sentido unitario y total que tiene para ella el ser humano. La *consciencia* es una capacidad del sistema para relacionarse: la persona es "consciencia". *El movimiento, tiempo y espacio* le permiten poder percibir la realidad e incorporarlo al sentido de la perspectiva, pudiendo explicar cómo situaciones objetivamente iguales pueden provocar percepciones distintas.
- 192. —A—** El nivel de desarrollo de la enfermería y las características del sistema sanitario del momento explican el tipo de gestión propuesto en el paradigma de integración.

- 193. —A—** Este potencial de salud que tratará de alcanzarse con el cuidado no es universal, sino que está referido a cada persona en particular.
- 194. —A—** *Actividades de vida* son aquellas que las personas señalamos cuando queremos describir el significado de vivir. *Etapas de la vida* o momentos comprendidos dentro del espacio de vida de la persona. *Grado de dependencia/independencia* resultante de la relación entre las etapas de la vida y las actividades de vida señala el punto en el intervalo limitado por la independencia y la dependencia total del sujeto en relación con la realización de cada una de las actividades de vida.
- 195. —B—** La definición de Parse está fundamentada en el holismo. Al considerar al ser humano como más y diferente de la suma de sus partes, se ve obligada a formular los principios de *estructuración de significado, de cocreación y de cotrascendencia*.
- 196. —D—** Si la persona está en un continuo proceso de estructuración, creando su realidad a partir de la imaginación, la valoración y el lenguaje, el cuidado deberá centrarse en la participación cualitativa de la persona, permitiendo así mantenerse en los principios de cocreación y cotrascendencia.
- 197. —C—** Para Henderson, paciente y familia forman una unidad. Esta unidad es parte fundamental en el proceso de cuidados y va aumentando o modificando su responsabilidad en dicho proceso en la medida en que está preparado para ello.
- 198. —B—** Una de las fuentes de error más frecuentes durante el proceso diagnóstico es el recoger e interpretar los datos incorrectamente; esto puede ser debido a barreras lingüísticas, a la realización de preguntas intencionadas durante la entrevista, a que se oculte información o a la distracción de los profesionales por cargas excesivas de trabajo, falta de intimidad, etc.
- 199. —D—** En este momento, la NANDA no hace diferencias entre las características definitorias, como en ediciones anteriores a 1998 en las que se presentaban tres categorías (críticas, mayores y menores), desapareciendo la cuantificación de las mismas. En la actualidad se presentan todas agrupadas dentro del mismo concepto.
- 200. —B—** Los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias, dado que el problema no se ha evidenciado; sólo conocemos el problema que puede aparecer si no minimizamos o quitamos los factores de riesgo que comprometen la situación.

200
Respuestas

(test)

comentadas

Test
Enfermería



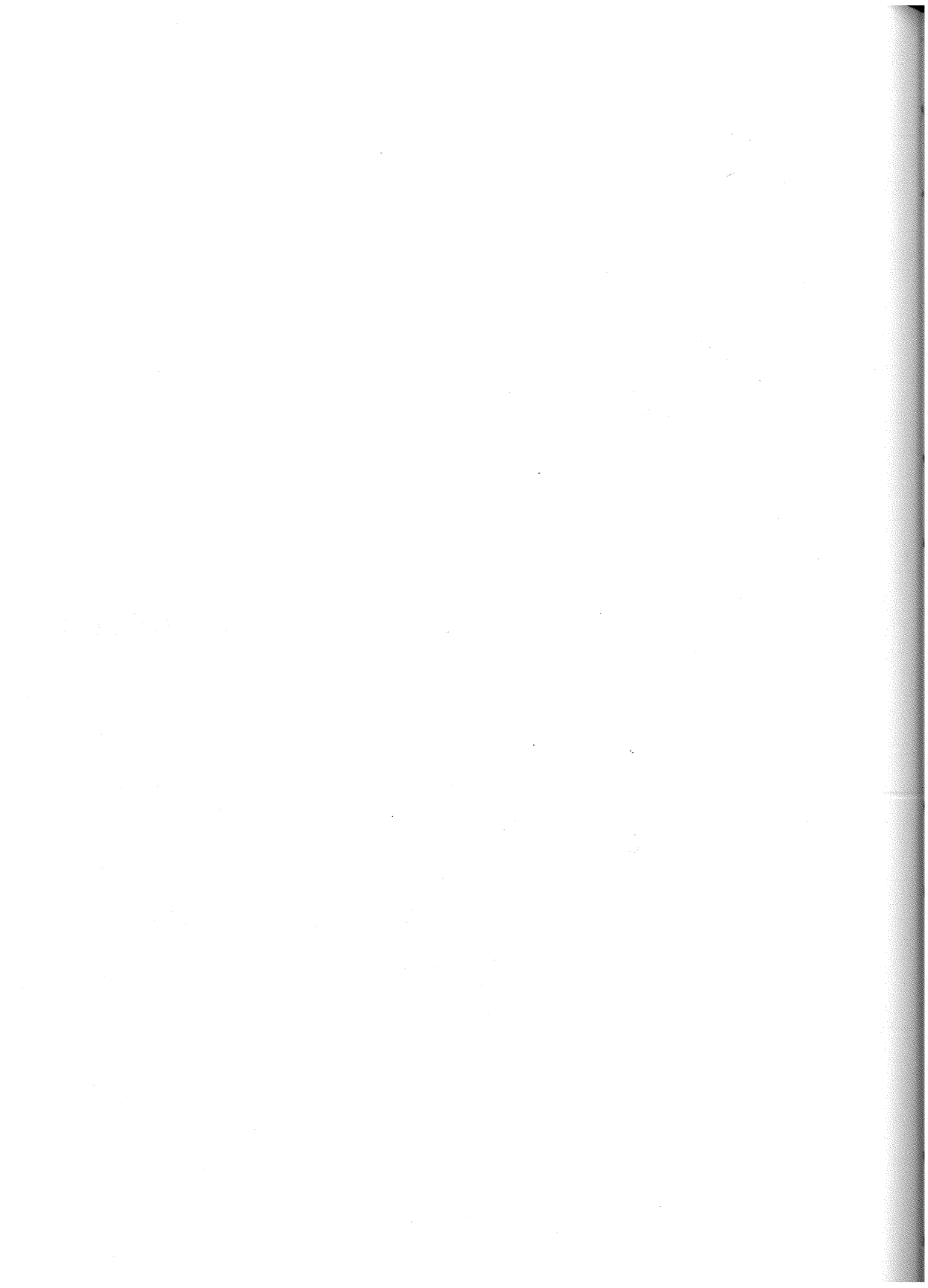
Administración y Gestión

María Paz Mompert García

Marta Durán Escribano

Pilar Marqués Sánchez

Francisco Javier del Río Sainz



Respuestas

- 201. —D—** En nuestro país, la Constitución señala al Estado como responsable del bienestar y del desarrollo de la sociedad y de cada uno de los ciudadanos, por lo que reconoce el papel del mismo en la afirmación de que “todos tienen derecho a la salud” que figura en su articulado.
- 202. —D—** Aunque frecuentemente recurrimos a la explicación de los errores en la gestión o el poco control sobre los precios de los productos sanitarios, la realidad es que el gasto en sanidad se ha visto incrementado de manera exponencial en los últimos años debido en buena manera a causas “naturales”, como el de una población progresivamente envejecida, que demanda más servicios; causas sociales, como la ampliación de la cobertura y causas tecnológicas, de mayor utilización de aparataje y métodos sofisticados de diagnóstico y tratamiento.
- 203. —A—** La consolidación de los sistemas de salud públicos es un proceso complejo que tiene que ver con las situaciones por las que han atravesado los países occidentales en el pasado siglo, pero sobre todo con la concienciación del papel del Estado como garante del bienestar de los ciudadanos, que se consagra en la mayoría de las normas vigentes en la actualidad. La salud, como un exponente de ese bienestar, es por tanto objeto de regulación en su aspecto de atención y servicios.
- 204. —A—** Como tales, es decir, como la integración de todos los recursos y prestaciones sanitarias, el concepto de sistema tienen su origen en la legislación proteccionista de la Alemania de Bismark, a finales del siglo pasado, siendo en España coincidente, tras varios intentos anteriores, con diversa legislación, especialmente la Ley de Bases de Sanidad de 1944.
- 205. —D—** La intervención del Estado, por sí sólo, no contribuye al abaratamiento de los costes en materia de atención de salud. Probablemente, suceda en ocasiones lo contrario, ya que una empresa pública por lo general es más rígida en su funcionamiento y por tanto permite menos las adaptaciones que puedan abaratar costes, como el recorte de plantillas, de material, etc.
- 206. —C—** El gasto en salud se comporta como el de otro tipo de consumos: superados unos niveles de cobertura de las exigencias de mantenimiento de bienestar y salud, se asciende en una escala de menor necesidad de esos consumos.
- 207. —A—** Una cuestión que caracteriza al mercado sanitario, en relación con otro tipo de intercambios, es justamente que los intereses de los diversos agentes que intervienen, es decir, de los consumidores y de los proveedores en lenguaje de mercado, son diferentes, aunque en principio todos persiguen una adecuada atención de salud.

R

Administración
y Gestión

- 208. —A—** Como cualquier otro sistema de mercado, el sanitario busca que la oferta por parte del proveedor se adecue a la demanda del consumidor o demandante de los servicios, de manera que todos encuentren satisfacción a sus intereses, alejados en principio, pero necesitados de convergencia.
- 209. —C—** La oferta puede jugar un papel regulador en la demanda de atención sanitaria, pero en principio no es determinante, ya que la población realiza sus demandas basándose en las necesidades presentes, que tienen que ver con cuestiones demográficas, de valores, de capacidad de resolución de sus propios problemas, etc.
- 210. —B—** Los sistemas de aseguramiento se basan en la previsión ante futuros y posibles daños o problemas de salud, ante los que los ciudadanos, las empresas y la administración pública buscan una cobertura adecuada de forma previa.
- 211. —D—** Aunque a veces, la palabra organización se confunde con el propio concepto de administración en la definición de un proceso, tal como explica la opción b) es en realidad un intento de relacionar todos los elementos de la empresa, de forma que se consigan más fácilmente los objetivos.
- 212. —B—** Al relacionar las personas y medios disponibles y propiciar su distribución de forma lógica, la organización provee de un entorno seguro para las acciones, de manera que además, se mantenga la continuidad de éstas.
- 213. —B—** Todos los actos administrativos descansan en dos pilares fundamentales: la fijación de unos objetivos claros y oportunos y la organización de personas y medios tanto humanos y físicos como financieros.
- 214. —C—** Clásicamente, se acepta que en una tarea organizativa, realizada según un proceso lógico, se procede en primer lugar a la estructuración, que sería algo así como dar forma y relacionar los diversos componentes, en segundo lugar, propiciar que las acciones programadas se lleven a cabo mediante sistemas claros de trabajos y finalmente, dotar tanto a la estructura como a los sistemas de los recursos necesarios.
- 215. —C—** La cultura de una organización es un elemento constitutivo de su ambiente interno que refleja de forma especial los valores de los profesionales y de la propia organización, de manera que hace a ésta distinguible de otras de similares características y funciones.
- 216. —B—** Una organización estable se caracteriza, entre otras cosas, por la permanencia de las personas y de ciertos hábitos de trabajo, lo que contribuye a que

los empleados, profesionales y trabajadores se encuentren seguros en el entorno de trabajo, lo que, si no llega a extremos de inmovilismo, puede ser de provecho para la organización.

- 217. —B—** Los denominados “poderes de” recompensa (sistema premio-castigo), de información (manejo interesado de la misma) o de experto (dominio de un campo de actuación profesional por encima de otros trabajadores) son empleados habitualmente en las instituciones sanitarias.
- 218. —C—** La autoridad es una capacidad que se concede a algunos miembros de la empresa para ordenar determinadas acciones. Por ello, se afirma que debe estar relacionada con el poder, dependiendo además de que la persona tenga ese poder, que, como se recordará, es la capacidad de influir para que otros actúen en determinada dirección.
- 219. —C—** Por el contrario, en las empresas, se observa que los roles, como cualquier otra característica o función de tipo social son variables en el tiempo y dependiendo de la evolución de la organización.
- 220. —C—** La determinación del tipo y número de trabajadores depende justamente de la estructura de la organización, por lo que ésta sería previa. Todas las demás propuestas son claramente influyentes en la estructura organizativa.
- 221. —B—** El organigrama es una herramienta de gestión que, fundamentalmente, sirve para la representación gráfica de la estructura, de manera que informe con precisión de las líneas de dependencia y las divisiones funcionales.
- 222. —A—** Contra lo que es en ocasiones práctica corriente en nuestros centros sanitarios, la historia clínica no debe ser accesible a todos los profesionales, sino solamente a aquellos que están directamente relacionados con la atención al usuario y para los cuales es información necesaria.
- 223. —A—** La historia clínica es un documento fundamental para la atención del usuario de las instituciones sanitarias que registra y almacena la información referida al mismo, de manera que los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeras, psicólogos y otros, puedan apoyarse en ella para el diagnóstico y el seguimiento de la terapia y los cuidados.
- 224. —D—** CMBD son las siglas que corresponden a esta propuesta, aprobadas por el Consejo Interterritorial de Sanidad para su aplicación en todo el territorio del Estado español.

- 225. —C—** El CMBD es un registro de tipo general, que mantiene la información del sistema de salud español, recogiendo, al alta del paciente, una serie de datos "mínimos y básicos", relacionados con datos de: diagnóstico del paciente, tipo de ingreso, atención prestada, tipo de misma, días de estancia, etc.
- 226. —A—** El poder o la capacidad de influencia que tienen algunas personas para hacer que los demás hagan cosas que de otra forma no harían, es un elemento básico en una organización. Mientras que el significado más tradicional de este concepto se identifica con la autoridad rígida, en la actualidad se habla del poder como el proceso en el que se facilita la participación de otros en la Toma de Decisiones (TDD). De esta forma el poder no se pierde, sino que se incrementa participando en un continuo desarrollo del potencial de poder.
- 227. —C—** La estructura es una forma estable de relación entre los grupos humanos y el trabajo, de manera que no puede estar influida por las características de éstos más que de forma adicional, y nunca puede depender de las finalidades propias de cada grupo de empleados.
- 228. —A—** Cuando se trata de diagnosticar a una organización, se pretende sobre todo establecer la situación concreta en la que se encuentra, para tratar de sacar el mejor partido de la misma, de manera que se trabaje de forma adecuada a las circunstancias o se mejoren éstas.
- 229. —C—** Los modelos organizativos presentan diferencias en su diseño por sus circunstancias de complejidad, nivel de formalización o de firmeza en la estructura y grado de centralización en la TDD. La difusión sería más bien una situación que se podría dar en la transmisión de la información o el reparto de poder.
- 230. —B—** Por lo general, se reconoce una estructura que cumple las condiciones de formalización en aquella que tiende a un funcionamiento estable y permanente, en el que se producen pocos cambios y escasas variaciones en sus relaciones.
- 231. —D—** Las características de mayor apertura y menor formalización hacen a las estructuras matriciales ser mucho más adaptables que otros modelos, lo que les permite dar mejores respuestas a las situaciones de cambio de la organización.
- 232. —A—** Se contempla una estructura horizontal en aquella que ha eliminado niveles organizativos, difuminando la autoridad y haciendo de los gestores intermedios más bien unos facilitadores del trabajo de su equipo que unos controladores o personas que dan órdenes, siendo justamente la descentralización del poder uno de los aspectos más relevantes de estas estructuras.

- 233. —D—** La aplicación de uno u otro de los modelos teóricos enfermeros no tiene mayor influencia en la determinación, el incremento o la contención de costes, ya que es una orientación previa al diseño de los sistemas de cuidado.
- 234. —D—** Gestionar los recursos que tiene a su disposición pone a la enfermera en una situación idónea para conseguir una actuación lo más eficaz y eficiente no sólo para conseguir mejores resultados económicos en los niveles superiores de la organización, sino en cualquiera de ellos y en todos los aspectos de su trabajo.
- 235. —C—** El concepto de liderazgo hace referencia a actitudes y valores y al talante humano del líder, a quien se le da por supuesta su capacidad técnica y científica. La función de dirección pone el énfasis en la capacidad de gestionar recursos y medios, y el liderazgo lo hace en las capacidades humanas.
- 236. —B—** La dirección enfermera gestiona los recursos de salud en el contexto de las políticas generales de salud, pero aporta la especificidad del cuidado enfermero a la salud. La directora lleva a cabo un proceso de descentralización de la gestión, pero en ningún caso delega la responsabilidad última de su ámbito de gestión.
- 237. —D—** La TDD es un proceso de pensamiento que se desarrolla allá donde hay que resolver un problema, en la actividad diaria de la enfermera profesional, en la actividad del director de una organización o en el proceso educativo de ayuda a un grupo. Cualquier decisión afecta no sólo a la relación con el paciente o con el grupo, sino también al contexto de la organización.
- 238. —C—** El modelo organizativo es la estructura de organización que desarrolla una empresa para cumplir con sus necesidades de producción, eficiencia, distribución del personal, etc.
- 239. —A—** El concepto de departamento parte del principio de especialización. Al intentar reunir actividades afines, medios y personal para la consecución de un objetivo, consigue una fórmula más eficaz y unas áreas donde los gestores tienen una capacidad de resolución y control más fácil. Los criterios empleados para la departamentalización pueden ser: número de personas, tiempo u horarios, área funcional, área territorial, por producto o por proceso.
- 240. —B—** La estructura burocrática es rígida, basada en principios de mando y responsabilidad; su consecuencia más negativa es la falta de iniciativa de sus trabajadores cuando se altera la norma o la rutina. La estructura de *staff* no ejerce poder ni autoridad, sino apoyo y asesoría, como por ejemplo el departamento de personal, la unidad de formación o calidad. La matricial es una combinación de las dos anteriores, con lo cual tiene una capacidad de mayor flexi-



bilidad ante los cambios. La estructura horizontal es una estructura plana donde se descentraliza la TDD y el profesional tiene mucha autoridad y responsabilidad en su campo de actuación.

- 241. —D—** A partir de esta Ley comienzan a desarrollarse las Fundaciones, Fundaciones Públicas Sanitarias, Consorcios, Sociedades Estatales y Cooperativas en un intento de centrar la gestión sanitaria lo más próxima posible a las situaciones reales de las organizaciones, atribuyendo costes, seleccionando proveedores y consiguiendo resultados económicos. Cada una de ellas tiene su definición concreta, y se rige según un modelo de legislación determinado, una política de personal, una autoridad que dirige y una financiación que sustenta la organización.
- 242. —A—** Las Fundaciones Sanitarias Públicas son entidades descentralizadas, dependientes de la administración, a las que se encomiendan actividades de asistencia, que se rigen por el derecho público con legislación específica, con un personal estatutario, si procede de entidades transformadas, y laboral. La Fundación, por el contrario, está dirigida por un Patronato, legislada por el derecho privado y administrativo y con personal laboral. También marcaremos la diferencia con las Sociedades Estatales, empresas o entes públicos, definidos como organismos públicos con patrimonio de origen público, cuyas actividades son encomendadas por la autoridad financiadora (actividades asistenciales, gestión de servicios, etc.), sujetas al derecho privado y con un personal contratado laboral.
- 243. —C—** El consorcio significa la unión por convenio de entidades dependientes de la empresa privada o de dos o más administraciones públicas, admitiendo la inserción de entidades privadas sin ánimo de lucro, regidas por el derecho privado y con personal de carácter laboral. Las cooperativas o entidades de autoconcertación están formadas por un grupo de profesionales con capacidad de ofertar sus propios servicios al amparo del derecho privado.
- 244. —C—** La finalidad de la gestión de casos es alcanzar los resultados clínicos previstos y negociados, tratando de conseguir el menor coste, la duración más oportuna y la mejora de la calidad de la asistencia.
- 245. —D—** Los cambios tienen su interés en la dinámica de las organizaciones y en el entorno sociológico de las mismas. Las fases del proceso del cambio han sido enunciadas hace años por Lewin como: descongelación, movimiento o experimentación del cambio, y recongelación.
- 246. —D—** La respuesta más usual ante un proceso de cambio es la resistencia. Ésta viene justificada, normalmente, por un control de la situación de trabajo por parte del

profesional, al que además le asusta tener que cambiar, volver a formarse y poder tener una disminución retributiva. A ello se suman los puestos de mando o dirección, que pueden verse alterados, y por supuesto todos aquellos trabajadores desmotivados con un total desinterés por su vida laboral. Por eso las estrategias que se suelen emplear para vencer esta resistencia se fundamentan en el conocimiento de la situación, de las personas y de la organización.

- 247. —C—** A medida que se asciende en la escala organizativa, la enfermera gestora se aleja de los cuidados y se acerca más a los recursos humanos, materiales y financieros. Las enfermeras que se encuentran más en contacto con el paciente y los usuarios son las dedicadas a la atención directa; las supervisoras o coordinadoras se hallan en un nivel intermedio y están centradas en sus plantillas y en sus pacientes; el jefe de Área tiene un mando situado a nivel superior, con dirección logística y dedicado al personal y los recursos; por último, el director se encuentra en el máximo nivel, con una dirección estratégica y enfocando sus acciones a políticas y recursos.
- 248. —B—** El estándar de cuidados de enfermería para una institución, o una unidad de enfermería determinada, es aquel nivel de cuidados que ha sido reconocido por los profesionales de enfermería como el indispensable para conseguir la calidad de cuidados adecuada y los objetivos asistenciales.
- 249. —D—** Las normas son en general una guía para la acción, ya que al especificar claramente la situación idónea que se pretende conseguir, así como los medios para obtenerla y el nivel esperado, determinan sin duda la actividad necesaria. Las normas pueden ser generales (describen el funcionamiento de una empresa), de cuidados o de competencia profesional, que son las que determinan el comportamiento laboral.
- 250. —A—** Dentro de la gestión enfermera, la tarea principal viene dada por la necesidad de que los cuidados de enfermería contribuyan al cumplimiento de los objetivos de la organización. Por lo tanto, el gestor tiene la responsabilidad de diseñar procesos de cuidados y de procedimientos. Un ejemplo de proceso, es decir, de situaciones parecidas en usuarios semejantes, puede ser: enfermo diabético, la puérpera y el niño recién nacido, el paciente post-quirúrgico abdominal, etc.
- 251. —C—** Un procedimiento debe contener: la especificación de cuál es la actividad que se debe llevar a cabo, por lo que su denominación debe ser única y no inducir a error; la definición del receptor de la actividad, el personal que lo lleva a cabo y las circunstancias; la descripción de los medios materiales a utilizar y sus condiciones; los resultados esperados y cómo ha de quedar registrado.



- 252. —D—** Unificar criterios marcando pautas concretas y correctas, facilitar el trabajo a los profesionales de nueva incorporación, disminuir costes al estandarizar la utilización de medios y tiempos, y sistematizar la información facilitando el registro de las actividades.
- 253. —A—** Los conocimientos básicos han de ser: de la enfermería, especialmente del área más cercana y teniendo en cuenta que cuanto más se aleje del cuidado directo su conocimiento se convertirá en más conceptual y menos concreto; de principios de gestión relacionados con materia de sanidad y siempre actualizándose en el campo de su competencia; de relaciones personales y liderazgo, ya que muchos conflictos están relacionados con recursos humanos.
- 254. —D—** La filosofía de un departamento de enfermería expresará las creencias del colectivo acerca de la finalidad de los cuidados de enfermería, la necesidad de servicios de enfermería en su área de salud, la relación existente entre recursos de enfermería y las expectativas de los pacientes, y la naturaleza de las relaciones de las enfermeras con los usuarios y los compañeros de trabajo.
- 255. —C—** La estructura formal del departamento de enfermería ha de responder a los objetivos y filosofía de la institución. Consiste en un esquema que muestra las relaciones entre los diferentes puestos de trabajo, dentro del departamento, y en cómo éste se relaciona con los demás (departamento médico, departamentos de recursos humanos, departamentos de servicios, etc.).
- 256. —A—** El liderazgo actúa sobre valores y actitudes de personas y/o grupos. Con ello se consiguen metas y objetivos. Algunos autores describen como características comunes del líder, la comunicación, el conocimiento, el entusiasmo, la visión global de las situaciones, el valor y la capacidad de tomar decisiones arriesgadas. El matiz que diferencia, principalmente, el liderazgo de la dirección es que el primero está relacionado más con las relaciones personales de sus trabajadores en la gestión de la cultura empresarial, y el segundo con la misión o el nivel de cumplimiento diseñado. Actualmente se comienza a hablar de estilos de dirección que se definen al modo del liderazgo como es la dirección por valores.
- 257. —C—** Si por liderazgo entendemos la capacidad de una persona para inspirar confianza y el reconocimiento del grupo, la enfermera es líder cuando convoca a todas las partes que participan en un proceso de atención de salud (usuarios/pacientes, familia, colegas, etc.) para conseguir la más alta calidad en la atención a los pacientes. El liderazgo de la enfermería lleva implícito su participación en políticas de salud y su incorporación en la organización sanitaria.

- 258. —B—** El conocimiento, método y contexto de los cuidados definen el ser, el hacer y el estar del cuidado enfermero. Por lo tanto, hemos de definir el espacio de la gestión de los servicios enfermeros y sus competencias desde su campo disciplinar. Ello daría respuesta a una demanda social de tener cuidados con calidad técnica y humana.
- 259. —A—** Con el conocimiento, la enfermera diferencia procesos enfermeros independientes de aquellos que tienen un carácter de coordinación y de trabajo en equipo, detecta problemas, selecciona intervenciones y evalúa resultados. Gestionar los valores significa favorecer una organización donde se respeten las creencias de los usuarios, se vele por su vulnerabilidad y se facilite su independencia. Gestionar la tecnología del cuidado incluye la tecnología del cuidado cotidiano, del terapéutico y de la información y la comunicación.
- 260. —B—** La TDD es una de las funciones directivas. Significa elegir entre varias alternativas, por lo que necesitamos diversas opciones para poder plantear un sí o un no, actuar o no actuar, dejar las cosas como están o hacer un cambio. Dirigir supone decidir.
- 261. —C—** Un modelo racional que pretende la consecución de la mejor decisión posible en cada caso se articula a través de varias etapas: definir la decisión con la formulación más adecuada, fijar qué criterios son importantes para que la decisión sea buena, identificar las alternativas posibles haciendo un inventario de todas las soluciones posibles, contrastar las alternativas identificadas con los criterios catalogados, identificar las consecuencias de las alternativas y tomar la mejor decisión. En la actualidad, donde se le da gran importancia al tiempo, la TDD se convierte en más práctica: se centra en los problemas más llamativos, aunque no sean los más importantes, intenta correr pocos riesgos y la búsqueda de alternativas es más limitada aceptando aquellas que resulten más familiares.
- 262. —C—** Conjunto de técnicas cuantitativas para la TDD en relación con la mejor ordenación de las actividades y los recursos para desarrollar un proyecto con el menor coste en tiempo y la mejor coordinación. Los más conocidos son el CMP (método del camino crítico) y el PERT (técnica de evaluación y revisión de proyectos).
- 263. —C—** Es la situación en la que la dirección de una empresa logra recursos materiales valiosos, pero sin conseguir que los empleados se esfuercen para obtener un alto rendimiento de los mismos.
- 264. —B—** *Diagnosis-related groups*: sistemas de clasificación de pacientes en grupos de isoconsumo de recursos o clases clínicamente coherentes respecto del mismo consumo de recursos. Clasificación de los procesos asistenciales a través

de la agrupación homogénea de los pacientes según diagnósticos principales, subgrupos médicos o quirúrgicos, edad y existencia o no de complicaciones. Constituyen el principal de los sistemas de *case mix* orientados al procedimiento de pago por proceso.

- 265. —A—** La teoría de la probabilidad se puede aplicar cuando se presenta el riesgo de incertidumbre en una decisión. Se basa en la suposición de que los factores se suceden de acuerdo con un patrón predecible. Con la simulación, modelos y juegos, se imaginan situaciones donde se emplea el ensayo y el error, donde se manipulan las consecuencias e incluso se utilizan juegos bélicos para entrenar al personal en comportamientos de estrategia de grupos. El diagrama de Gantt consiste en listas muy detalladas que permiten la observación de múltiples tareas que se deben llevar a cabo. En él se refleja la tarea, asignación de responsabilidad y marco temporal. El árbol de decisiones consiste en un método gráfico con probabilidad de auxiliar a la administradora en la observación de las alternativas disponibles, las consecuencias y los riesgos, y aporta la información necesaria para solucionar un problema específico durante un lapso.
- 266. —B—** Según este modelo, se asigna cada paciente a una enfermera aunque haya distinto personal por turno e incluso por días. Fue un modelo puesto en marcha en 1920 y respondía mucho a las órdenes médicas. La organización por tareas o funciones responde a un sistema de enfermería funcional que no satisface ni al profesional ni al usuario. La enfermería primaria se pone de manifiesto a finales de 1960 y principios de 1970, dando mucha autonomía a los profesionales de enfermería. La enfermera primaria recibía al paciente y era responsable de diseñar su plan de cuidados y de velar por su cumplimiento. Las demás enfermeras tendrían que llevarlo a cabo, ante su ausencia, y comentarle cualquier cambio para la oportuna toma de decisión.
- 267. —C—** El desarrollo cuidadoso de una estructura organizativa, una planificación estratégica y completa, la administración y el desarrollo organizativo, así como una selección y colocación cuidadosas del personal, contribuyen a evitar el conflicto en la organización. Las mismas estrategias también previenen conflictos que no siempre se pueden evitar y que a menudo nos enseñarán si somos capaces de reconocer los aspectos positivos y negativos.
- 268. —D—** En la administración y gestión de las organizaciones de servicios, la función directiva encuentra su esencia y su sentido estratégico en la capacidad para inyectar incentivo y motivación para la acción. Se dice de una persona que tiene la habilidad de proporcionar recompensas y de motivar cuando dice o hace cosas que provocan en su personal un estado de bienestar y satisfacción, que tiene un camino mucho más fácil para la gestión de su organización.

- 269. —C—** Estudios realizados por Herzberg demostraron que hay necesidades que cuando no están colmadas provocan en el hombre una gran insatisfacción y cuando lo están sólo causan una pequeña satisfacción; son las llamadas necesidades higiénicas. Hay otras que cuando no se atienden provocan una pequeña insatisfacción y que cuando lo están el trabajador se encuentra con un alto grado de satisfacción; éstas serían las motivadoras. A las medidas higiénicas pertenecen: la retribución, las condiciones físicas laborales, las relaciones con los superiores y la buena preparación técnica de sus supervisores. A las medidas motivadoras pertenecen: el reconocimiento, la responsabilidad, la posibilidad de desarrollo, la autorrealización y el trabajo interesante.
- 270. —A—** Para una dirección es importante delegar porque aumenta la eficacia y evita saturaciones. Lo ha de hacer definiendo el objetivo y el modo de controlarlo y por supuesto a quien se encuentre capacitado y con actitud de colaboración. Pero lo que es indelegable es la TDD y la responsabilidad.
- 271. —B—** La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) aparece en 1948 a cargo de la Organización Mundial de la Salud. Esta clasificación surge a raíz del estudio de William Farr sobre las causas de muerte. La propia clasificación CIE sufre varias revisiones para identificarse con los grupos de diagnósticos hospitalarios, y a partir de 1978 se programan actualizaciones cada diez años. WONCA es una clasificación propia de la atención primaria que al desarrollar una serie de estudios desemboca en las siguientes clasificaciones: Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIP-SAP), Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPAP), Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP).
- 272. —C—** El proyecto Signo II es un proyecto realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica). Pretende ser una herramienta para la gestión de unidades de enfermería en el ámbito hospitalario y el cálculo de su coste. Se fundamenta en el registro de las intervenciones de enfermería sobre cada paciente y en un periodo de 24 horas, con una ponderación para cada una de las intervenciones en tiempos de enfermería, que permite conocer el tiempo total de enfermería que se ha consumido en dicha franja y, en consecuencia, el coste atribuible a los cuidados enfermeros.
- 273. —B—** El estudio de este sistema comenzó en 1969 bajo la dirección de Monique Chagnon de la Orden de Enfermería de Québec (Canadá). Después de un largo camino de desarrollo, donde se editaron varias modificaciones, aparece en la Universidad de Montreal el Sistema PRN 80, que se convierte en un sistema de información para la gestión del personal de enfermería en el medio hospitalario. Su objetivo es evaluar el nivel de cuidados enfermeros re-



queridos por el paciente y por un periodo de 24 horas. Las actividades de cuidados contempladas derivan de las catorce necesidades fundamentales de Henderson y están integradas en las categorías de autocuidado de Orem.

- 274. —B—** Los sistemas existentes de clasificación de pacientes tienen en su base diversos criterios: la dependencia de los pacientes, el tiempo empleado por las enfermeras en las acciones necesarias, y pueden o no utilizar variedades de denominación de las situaciones de cuidado (diagnósticos). Su principal finalidad, sin embargo, es la de poder realizar un cálculo ajustado de los costes enfermeros y el de servir de apoyo a la elaboración de plantillas de enfermería, en función del tipo de pacientes que se atienda.
- 275. —D—** Cuando las circunstancias de presión asistencial lo permiten, la enfermera debe tender a distribuir a los pacientes en la unidad, asignando un número de ellos a cada enfermera, de acuerdo a criterios de mejor asistencia, control más cercano, etc. Todos los criterios que se enuncian en la pregunta influyen a la hora de hacer esta distribución de pacientes por enfermera.
- 276. —A—** Cuando las enfermeras trabajan para poner a punto planes de cuidados estandarizados, deben tender a disponer de un soporte informático que permita el acceso a la información y al registro de las actividades realizadas de forma rápida. Sin embargo, aunque muy conveniente, no es imprescindible.
- 277. —B—** El denominado en algunos entornos sanitarios dossier de enfermería es un conjunto de registros que recogen todos los datos tanto del paciente en su valoración inicial, como de la planificación de los cuidados y del resultado de las acciones enfermeras.
- 278. —A—** Aun cuando la administración del tratamiento médico es una de las actividades interdependientes de la enfermera, los sistemas de denominación y taxonomía empleados actualmente no tienen en principio que ver con él. Éste en algunos casos se enumerará o tendrá en cuenta para delimitar las actividades a realizar por la enfermera.
- 279. —D—** La finalidad fundamental del control es ayudar a mejorar constantemente el proceso: aun cuando los objetivos se hayan cumplido, el proceso debe tender a producir el resultado esperado de la mejor manera (más barato, más rápido, con mayor satisfacción, etc.). Por ello, se lleva a cabo en diversas etapas, de modo que todas las propuestas son correctas.
- 280. —C—** La acreditación de un centro sanitario para llevar a cabo cualquier actividad de relevancia (trasplantes, enseñanza universitaria, etc.) se basa en información ya

disponible respecto bien a su estructura, bien a resultados obtenidos en la atención, por lo que en ningún caso puede considerársele un método prospectivo.

- 281. —C—** Donabedian, en su clásico trabajo de 1966 sobre la calidad de la asistencia sanitaria, elaboró un planteamiento evaluador basado en la observación de cómo eran las instituciones (la estructura), cómo trabajaba la organización y sus empleados (el proceso) y qué conseguía (los resultados).
- 282. —C—** Los sistemas de evaluación, tanto de los procesos como de los propios trabajadores, han de contar con la aceptación de los mismos, si bien esta aceptación no se debe llevar a los extremos de lo que se entiende habitualmente como participación democrática. Es más bien un consenso generalizado que los gestores deben impulsar con medidas de motivación y estímulo.
- 283. —C—** La calidad total y su aseguramiento es una de las aspiraciones más importantes de cualquier servicio sanitario que trata de alcanzar la satisfacción de los usuarios a su cargo. Tiene en cuenta diversos aspectos, pero el más importante es la participación de todas las áreas de atención y auxiliares de la misma, lo que garantiza que los profesionales también se involucren en los temas de calidad.
- 284. —B—** Se denomina evaluación formativa, término similar al empleado en la enseñanza, a las actividades de control que se llevan a cabo en el transcurso del proceso, de manera que vamos observando el progreso del mismo.
- 285. —B—** La descripción de las competencias esperadas de cada trabajador en un puesto determinado es lo que se denomina “mapa de competencias”, que es un instrumento de gestión basado no sólo en la propia determinación de la competencia esperada, sino también en los valores que rigen a la institución y a los que se pretende se adhiera el trabajador (capacitación, evaluación, motivación, etc.).
- 286. —B—** Descrito por la profesora Aiken, de la Universidad de Pensilvania, el hospital magnético es aquel que dispone de una organización de las enfermeras que otorga una especial responsabilidad a estos profesionales en el cuidado de los enfermos que les son confiados. Por ello, la autora afirma que estos hospitales atraen a las mejores enfermeras debido al mayor nivel de satisfacción obtenido, cuestión que es de capital importancia en entornos de escasez de personal de enfermería, como son los EE.UU, pero también en centros que aspiren a mantener una elevada calidad de atención.
- 287. —D—** Justamente, los cambios observados en el sistema sanitario español en general manifiestan un interés por conseguir la separación de los sistemas de fi-

nanciación de los de prestación o provisión de los servicios necesarios. A este fin, se observa un incremento notable de las contrataciones externas, los contratos con empresas privadas, etc.

- 288. —D—** La descripción de puestos de trabajo es una herramienta de gestión en la organización de los servicios sanitarios que no demuestra su utilidad en relación con el cumplimiento de normas.
- 289. —C—** Los elementos indispensables para establecer una plantilla de personal son la determinación del tipo de paciente o usuario y sus necesidades, si bien también es preciso tener en cuenta otras cuestiones referidas a la institución (normas, distribución arquitectónica, sistematización, informática, etc.), así como a otros trabajadores (número de médicos, tipo de trabajo de éstos, otro personal -técnicos, auxiliares-, etc.).
- 290. —D—** El término "coste directo" se refiere a la atribución de un gasto a un determinado producto o a una unidad de gasto concreta, que debe estar bien identificada.
- 291. —A—** Se denomina "coste-utilidad" al análisis que trata de identificar y cuantificar los costes y los resultados de procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo. Los costes son valorados en términos monetarios y el resultado (consecuencias o utilidades percibidas por los usuarios) se mide en términos de valor social: calidad de vida, por ejemplo.
- 292. —C—** El análisis "coste-beneficio" pone en relación el coste monetario con el resultado esperado u obtenido, y parte del principio según el cual no deberíamos realizar acciones en las que los beneficios no superaran a los costes.
- 293. —A—** El término *competencia* se utiliza de variadas maneras en el lenguaje común, sin embargo, en aspectos de gestión de personas, se acepta que no tiene que ver con la competitividad, ni siquiera con la disponibilidad por parte de la persona de un título que la capacite legalmente para realizar determinadas funciones, sino, sobre todo, con las capacidades de todo tipo que se dan en una persona y la hacen disponible para ocupar determinado puesto.
- 294. —D—** La accesibilidad de un servicio sanitario debe asegurar la remoción de cualquier barrera existente entre el usuario y la prestación del servicio. Estas barreras pueden ser de muchas formas, desde la cercanía o distancia física y los sistemas de transporte de que dispone el usuario, hasta la existencia de normas restrictivas o de cuestiones culturales o de valores que dificulten la comunicación y, en definitiva, la atención sanitaria.

- 295. —A—** La aplicación del término *marketing* al campo de los servicios de salud es una tendencia reciente que trata de gestionar éstos con atención prioritaria a los deseos y necesidades, sanitarias y logísticas, de los clientes, a cuya satisfacción se orienta el análisis, la planificación, organización y control de los recursos. Como tal técnica, es aplicable en cualquier entorno sanitario que busque prioritariamente proporcionar unos servicios no sólo de calidad técnica, sino ajustados lo más posible a las expectativas de los usuarios o clientes.
- 296. —A—** La literatura profesional reconoce que los estándares de calidad de los cuidados enfermeros, como de otros profesionales, afectan a tres áreas: la atención en sí misma, es decir, la corrección de los procesos, las acciones profesionales; el desempeño de la actividad confiada a cada trabajador y, finalmente, los referidos al conjunto profesional, estándares de la práctica. Son éstos los que por lo general se establecen por las asociaciones profesionales, bien sean sectoriales (Enfermería de Urgencias, por ejemplo) o nacionales (la *American Nurses Association* es en este terreno un ejemplo a seguir).
- 297. —B—** Un sistema de información sanitaria se refiere al conjunto de datos que se pueden recoger, analizar e interpretar en una institución, concernientes a todos los aspectos de la atención prestada, no sólo a un paciente concreto y con la finalidad de orientar en la TDD, planificación, mejora, etc.
- 298. —A—** El índice de ocupación expresa el porcentaje medio de camas ocupadas, es decir, el número de estancias producidas en un año.
- 299. —A—** En el proyecto Signo I, dedicado a establecer las bases de la contabilidad analítica de las instituciones sanitarias públicas, se define el GFH como una unidad de gasto, que puede ser final (un servicio del hospital), intermedio (laboratorio, por ejemplo) o estructural (servicios de apoyo administrativo).
- 300. —A—** Es un método utilizado frecuentemente en estudios prospectivos para elegir una de entre varias alternativas. Dado que se produce una consulta por correo en diversas etapas a un grupo de expertos que no se relacionan personalmente, se considera que es un método lento.
- 301. —B—** El grupo nominal se compone de un número determinado de participantes, expertos en el tema a abordar, que, tras una sesión silenciosa de generación de prioridades, intercambian opiniones para llegar a un listado priorizado de alternativas a elegir.
- 302. —A—** Los GDR son en realidad una agrupación de diagnósticos médicos factibles con toda una gama de posibilidades de mayor o menor complejidad, a los que se ha



calculado un coste estándar y establecido en función del mismo. Sirven, por tanto, principalmente como un instrumento de cálculo y atribución de costes.

- 303. —A—** La evaluación del desempeño es una herramienta de valoración de la capacidad de las personas en su actuación individual, aunque se consideran en ella también aspectos colectivos, como, por ejemplo, la habilidad de trabajar en equipo.
- 304. —D—** Un pacto de consumo se enmarca dentro del concepto contrato-programa y de dirección por objetivos, y trata de establecer un límite ajustado a las posibilidades de gasto en material que genera cada unidad de enfermería.
- 305. —C—** La centralización y descentralización organizativas tienen como principal característica las circunstancias de la TDD: en una centralizada, ésta se realiza por los más altos directivos, transmitiéndose hacia abajo la decisión, frecuentemente en forma de órdenes.
- 306. —C—** La denominada gestión privada de la empresa pública tiene como uno de sus componentes básicos la gestión de personas, que se inicia con las formas de selección y promoción, basadas siempre en aspectos competenciales y no en otras cuestiones como la antigüedad en la empresa.
- 307. —B—** El conocimiento es universal y toda disciplina se construye desde él para desarrollar teorías propias a partir de las teorías generales o universales. La administración es un ejemplo de ello, de la misma manera que el incipiente conocimiento generado desde la disciplina enfermera.
- 308. —C—** La función de la administración abarca a la totalidad de los procesos que se generan en el sistema sanitario para responder a las necesidades de salud, no así para dar respuesta a intereses parciales de la organización, referidos a requisitos de los gestores u otros aspectos relativos a determinantes económicos o de utilidad. Estos intereses parciales estarán supeditados a uno principal cuyo objeto es atender las necesidades de salud de la población.
- 309. —B—** El pensamiento de la administración permite a los profesionales de la salud comprender la complejidad de la organización sanitaria en la prestación de servicios de salud, y con ello les permite incorporar una forma de trabajo asentada en objetivos concretos de las prestaciones que deberán estar en relación con los objetivos generales de la organización y así participar en todo el contexto.
- 310. —D—** La administración como disciplina científica sigue la estructura de cualquier campo de la ciencia, por ello se determina con las mismas características que otras disciplinas.

- 311. —A—** A Taylor y Fayol se les considera los padres de la administración científica. Ésta se caracteriza por la incorporación del método que permite analizar los problemas que requieren administración. Introducen el proceso administrativo.
- 312. —A—** Cuando una persona se incorpora a un empleo, el primer nivel de necesidades se centra en las condiciones de trabajo, el salario y su implicación en la vida personal que tiene. Una vez superada esta primera etapa, las necesidades crecen en ascenso.
- 313. —C—** Los gestores no son dueños de lo que administran, sino que es el Estado. Esta característica, que ha determinado el concepto del funcionario de la administración a lo largo del siglo XX, es una de las aportaciones que vienen del pensamiento burocrático influido de Max Weber, definido por la división del trabajo en especialidades y estructuras jerárquicas verticales.
- 314. —C—** La autoridad es reconocida en relación con el conocimiento y la capacidad del gestor y su carisma, que se asienta en su trayectoria y reconocimiento, por lo que el pasado y la tradición adquieren relevancia.
- 315. —B—** Se trata de una afirmación que no es correcta. Por ello, el rol profesional, al ser considerado un nivel intermedio en la Escala de Desarrollo Profesional, no puede ser alcanzado tras la licencia académica que permite a la enfermera ejercer la profesión, es necesario que exista desarrollo profesional para alcanzar el rol profesional. El rol científico, al ser el nivel superior de desarrollo, implica sólo a un grupo reducido de enfermeras y el rol de empleado cubre expectativas básicas.
- 316. —B—** El Enfoque Sistémico se caracteriza por la división del sistema en subsistemas, lo que permite analizar cada una de las partes en la totalidad.
- 317. —D—** Las teorías generales son universales y, por lo tanto, de aplicación en diversos campos de la ciencia y la vida social. El Enfoque de Sistemas en la administración proviene de la Teoría General de Sistemas.
- 318. —D—** La delimitación de un sistema se fundamenta por la especificidad de los objetivos que pretende, los recursos del sistema son aquellos que están en su interior y se organizan para alcanzar los objetivos. La información del sistema proviene del exterior y es a través de un proceso de adaptación como se incorpora la nueva información en la resolución de los problemas.
- 319. —D—** El Enfoque de Contingencias se caracteriza por la especificidad que aporta cuando aparecen tensiones o nuevas demandas de adaptación del grupo que afectan a la organización. En ello, el modelo de participación y el factor

de comunicación interna adquieren gran relevancia para la incorporación de políticas de resolución, y en la adquisición de actitudes y motivación para la adaptación del grupo.

- 320. —A—** El concepto de planificación es descriptivo de la estructura y proceso que determina el análisis de un problema y los métodos para resolverlo. Las alternativas c y d) describen factores externos e internos de la planificación, pero no determinan el concepto y el método.
- 321. —B—** Si bien pueden existir tantas definiciones como maneras de hacerse una pregunta ante una cuestión determinada, en este caso, sobre qué es planificar; una definición genérica es la que está en la respuesta b), ya que contempla todos los elementos que se constituyen el propio concepto de la planificación. El concepto de proceso, la incorporación del análisis externo e interno de los determinantes de las necesidades que son susceptibles de resolver como problemas de salud, la evaluación como instrumento de re-orientación continua y el método definido por los objetivos, políticas, actividades y normas de ejecución y evaluación. Ninguna de las otras respuestas establece de forma estructurada una definición completa del proceso de planificación.
- 322. —C—** La pregunta está redactada en sentido negativo, "cuál no describe". Por ello, la respuesta c), en la que se subordina el objetivo a los recursos y actividades, no es correcta, ya que los objetivos siempre deben estar relacionados con el problema de salud y los recursos y actividades serán la consecuencia de la planificación para resolver los objetivos.
- 323. —D—** Antes de poder decidir sobre la capacidad para afrontar un problema, es necesario definir el criterio que prevalece en el grupo para resolverlo (qué entiende el grupo por factibilidad, sensibilización en la población, determinantes éticos y culturales, etc.). Una vez enunciados todos los problemas posibles, se hace una preselección y, sobre ésta, se estiman los factores prevalentes en relación con los criterios, lo que permite definir la importancia de los problemas.
- 324. —B—** El análisis de necesidades de salud está definido por la incorporación de factores positivos de salud (cuidado de la salud y calidad de vida) y factores de salud negativa (morbilidad y mortalidad), así como determinantes socioeconómicos, demográficos y de cobertura de servicios.
- 325. —C—** La necesidad percibida no se expresa en demanda al no conocerse la oferta de servicios que se relaciona con la percepción del problema de salud. En la necesidad percibida se encuentra la mayoría de las necesidades de cuidados

que resuelve la atención enfermera. De ahí la importancia de su conocimiento y análisis en el sistema.

- 326. —B—** El contexto de la planificación hace referencia a los determinantes que influyen en la definición de políticas de salud, por lo tanto, no se corresponde directamente con la organización de los servicios, sino que tiene que ver con la cultura social y los valores que afectan a la salud y la enfermedad. Por ello, la opción a hace referencia a la organización y no es válida; la opción c también hace referencia a la organización porque habla del gasto sanitario y la d) también porque menciona indicadores de salud que se miden desde la organización.
- 327. —C—** El modelo de economía de la salud versa sobre aquello que la gente valora sobre su salud y la de su entorno y sobre cómo maximizar el valor de lo que se obtiene por medio de los recursos que se aplican a una actividad concreta. Un modelo, como orientación del sistema, nada tiene que ver con aplicaciones concretas de aspectos económicos, ya que éste determina la orientación, la misión y de ello se deriva la planificación específica.
- 328. —A—** La planificación estratégica no contempla tanto las decisiones futuras, como el futuro de las decisiones que se toman hoy; se trata de analizar el futuro como un potencial abierto y sin los condicionantes del pasado. Es indiscutible que en el análisis estratégico se contemplan los datos y resultados del pasado, pero éstos se valorarán meramente como datos que propician definir el futuro desde su más amplia perspectiva; en ningún caso el hecho de no haber abordado anteriormente un problema puede presuponer que no se contemple en el futuro de la planificación.
- 329. —C—** Existen diversos modelos de planificación estratégica, pero en todos ellos la perspectiva de la gestión por objetivos se define como el procedimiento que caracteriza el modelo. La pregunta hace referencia explícita al instrumento y no así a otras características del modelo de planificación estratégica que pueden estar contempladas en otras respuestas.
- 330. —B—** Si en la etapa de la planificación estratégica se han diseñado los grandes objetivos, ahora corresponde la asignación de recursos. El nivel estratégico se equipara con la administración central (planificación a largo plazo) y el nivel táctico (planificación a medio plazo); es donde la gerencia y gestión de los centros manejan los recursos sanitarios y se prestan las actividades asistenciales.
- 331. —A—** El nivel operativo es el que desarrolla los objetivos operativos, también llamados objetivos específicos. En la acción directa es donde la acción se orienta



en el tiempo (distribución de la actividad en calendarios) y espacio (lugar de la prestación, centro sanitario, domicilio, etc.).

- 332. —D—** En la planificación de la actividad de un centro sanitario se definen programas a través de la cartera de servicios o contratos-programa que establecen la actividad en relación con objetivos y su financiación, y en ellos se determinan las características que se definen en las opciones b, c y d.
- 333. —B—** La finalidad de un plan estratégico no es tanto que se cumpla el plan en sí mismo, como resaltar la importancia de alcanzar los resultados. El plan ha de ser flexible y para ello, la creatividad y la planificación de contingencias definen la cuestión clave que caracteriza los requisitos necesarios para la planificación estratégica en relación con otros modelos de planificación.
- 334. —D—** La planificación requiere el conocimiento de los factores externos y de la población (indicadores sociodemográficos y análisis cualitativo de necesidades de salud) y la información interna (problemas atendidos y prestaciones y servicios utilizados).
- 335. —D—** Hace referencia a la eventualidad de que algo ocurra de forma ajena a lo que queremos alcanzar. Las eventualidades como situaciones de catástrofes, o cuestiones de repercusión en la organización (huelgas, cambio de leyes, etc.), deben estar previstas en la planificación.
- 336. —D—** El ejercicio de liderazgo tiene que ver con el reconocimiento social a la respuesta ofertada por un colectivo en relación con una necesidad social. Así, la enfermera ejercerá el liderazgo cuando adquiera el reconocimiento del cuidado de la vida y la salud en toda la esfera social donde exista una demanda no satisfecha por la propia persona y su contexto familiar y social.
- 337. —A—** No compete a la enfermera asignar responsabilidades a otros miembros del equipo, como establece la respuesta b), ni la dimensión enfermera se restringe a respuestas exactas ante situaciones concretas que reflejaría la respuesta c). La enfermera aborda la especificidad del cuidado de la vida y la salud en un contexto de servicios de salud integrado; a ella corresponde atender las necesidades del cuidado enfermero y coordinar dentro del equipo la derivación de otras necesidades de salud que afectan a la persona y su entorno. Este papel se le asigna a la enfermera a diferencia de otros miembros del equipo porque la especificidad del cuidado enfermero lo lleva implícito, ya que por propia definición el cuidado es integral y continuado, dándole a la enfermera la doble dimensión en su función profesional: la de atender cuidados y la de gestionar el contexto del cuidado.

- 338. —C—** El liderazgo social no conlleva el ejercicio de cargos de responsabilidad como se asigna en la respuesta a), ni tiene que ver con la integración de recursos del sistema en su conjunto como afirma b). El liderazgo social se relaciona con el reconocimiento social y del entorno sanitario en cuanto a la capacidad para aglutinar a todas las partes implicadas con el objetivo de la mayor calidad de atención.
- 339. —D—** Se puede ejercer el liderazgo enfermero sin tener responsabilidades de cargos de gestión como puede ser la dirección de una organización y en ello, el liderazgo atiende a los componentes humanos de la organización y la dirección se atiene al cumplimiento de los objetivos.
- 340. —B—** La “conducta de relación”, según Blanchard (1993), se significa por la participación activa del líder en las relaciones interpersonales pasando el liderazgo de una persona a otra en función de las características de cada uno de los miembros del grupo, depositándose en el líder del grupo la coordinación del proceso. Este ejercicio de liderazgo reafirma la personalidad del líder en el manejo de cada situación.
- 341. —C—** La característica del líder democrático es que no delega su responsabilidad en la TDD, sino que la comparte a través del reparto de influencia del grupo. Si el grupo no es maduro, este modelo puede caer en la ineficacia al tomarse decisiones de forma permisiva.
- 342. —C—** El líder transaccional es el que hace girar la gestión alrededor de las actividades de la vida diaria, por ello, su enfoque se centra en aquello que el grupo puede alcanzar, no estableciendo metas en función de objetivos de alcance social o basado en estudios de necesidades de mayor complejidad.
- 343. —A—** El líder transformador es el que motiva utilizando el carisma y la consideración individualizada, estimulando intelectualmente a las personas y al grupo que lidera.
- 344. —B—** Conocer los recursos para alcanzar un fin es función de la planificación (a). La dirección se propone orientar, coordinar y motivar para alcanzar metas definidas.
- 345. —C—** Estructurar e instalar se corresponde con el proceso de organización (a) y medir resultados es evaluar (b). Así, dirigir es comunicar, motivar y hacer.
- 346. —A—** La orientación en el servicio permite adecuar las competencias que se exigen en una prestación de servicios de salud a cada profesional según su perfil y, a su vez, posibilita conocer los requerimientos de formación cuando existen carencias para ofertar prestaciones de calidad.

- 347. —D—** Esta opción no es cierta, porque sí es requisito necesario alcanzar la mayor aproximación del gestor (director) al medio donde se presta el servicio acercando los objetivos de la organización a los propios de los trabajadores.
- 348. —B—** La dirección enfermera tiene competencias específicas para gestionar los servicios y prestaciones enfermeras, por lo que deberá establecer objetivos propios, pero éstos deberán estar enmarcados en las políticas de salud de la organización e incluidos en los presupuestos determinados para alcanzar los objetivos.
- 349. —A—** Los objetivos que se determinan para la actividad de una Unidad de Cuidados Enfermeros no sólo deben responder al análisis de necesidades desde el conocimiento de dicha Unidad, sino que deberán estar diseñados en el marco de las políticas de salud y de la propia institución en la que se ofertan los servicios. Esto requiere de un Plan Estratégico que integre en una visión de conjunto a la totalidad del sistema de salud.
- 350. —B—** Partir de la misión definida en relación con el objeto de aquello que se pretende gestionar es la primera pieza que debe definirse y, tras ella, comunicarla y motivar a los miembros de la organización para alcanzarla. Desde una dirección participativa habrá que delegar las actividades implicando a todos los agentes del proceso e ir hacia la resolución de problemas para alcanzar resultados óptimos.
- 351. —D—** Siendo la motivación un instrumento que modula actitudes, estará siempre condicionado a las características propias del grupo, lo que va a permitir que éste se oriente hacia la consecución de las acciones planificadas.
- 352. —C—** Un incentivo es algo que se considera un añadido, por encima de la retribución económica que percibe un profesional. Los incentivos económicos son importantes en la consecución de objetivos de actividad, pero no tanto en la motivación hacia la profesionalidad y la excelencia. En este caso, los incentivos de asesoramiento, formación y apoyo para la actividad científica son de mayor relevancia.
- 353. —B—** El director delega la supervisión y la orientación en el servicio a través de las unidades de mando para la consecución de los objetivos, pero en ningún caso pondrá en manos de otros la responsabilidad de los resultados; su función principal es la de coordinar a los grupos responsables de unidades y servicios compartiendo la responsabilidad.
- 354. —C—** La evaluación es un proceso compartido con el equipo de mando en la dirección; para ello, los criterios de valoración deberán estar previamente establecidos y aceptados por cada persona implicada en el proceso de dirección.

- 355. —A—** La misión o filosofía de una dirección es el componente esencial que guía el debate sobre los objetivos y la cultura de la organización, siendo elemento esencial a la hora de definir los objetivos y evaluar los resultados. Una dirección que no tiene orientación de ideas está abocada a perderse en su destino.
- 356. —D—** La resolución de problemas conlleva la integración de la función de dirección en tres niveles claramente definidos: la información (comunicación), el nivel de personal (liderazgo) y la acción (supervisión).
- 357. —C—** Las prestaciones de cuidados enfermeros incluyen recursos sociales y sanitarios, y, de la misma manera, son objeto derivado de las políticas de salud. El propósito de la atención de salud y la implicación de recursos son los elementos que determinan la dirección del proceso de cuidados, que puede ser eficiente y adecuado (gestionado) o, por el contrario, resultado de una acción no gestionada en donde los recursos del sistema no serán efectivos en términos de salud y de coste de las prestaciones.
- 358. —A—** La descentralización implica definir objetivos, asignar presupuestos y compartir la responsabilidad de la evaluación.
- 359. —B—** El control del gasto de las prestaciones demandadas, ajeno al análisis de necesidades de salud sentidas, desde una perspectiva social e integral de los factores que determinan los procesos de salud y de vida, es una perspectiva anacrónica de la gestión de servicios en los modelos sanitarios actuales que se precien. El análisis desde la economía de la salud nos aporta poner el énfasis en la naturaleza y valor de la salud desde la percepción del usuario y, para ello, habrá que considerar la dimensión social, económica y de distribución equitativa de la salud.
- 360. —D—** La dirección enfermera se integra en un equipo de gerencia y en ello asume las políticas generales de salud, pero no tiene significado la dirección si no es porque aporta lo específico de la naturaleza disciplinar y del hacer profesional que se le pide a las enfermeras en atención de salud. La misión principal de la dirección enfermera es pensar y hacer-hacer enfermería.
- 361. —D—** La actividad de cuidar abarca la promoción del cuidado de la salud (enseña y ayuda a las personas a cuidar de sí mismas) y la atención de cuidados complejos por su especialización cuando la persona no puede atender sus necesidades de cuidados.
- 362. —C—** Atención primaria no es lo mismo que ambulatoria, por lo tanto la opción a no es cierta. Los centros de larga estancia son una modalidad de la atención

hospitalaria, por lo tanto es una redundancia y la opción b no es válida tampoco. Hoy se entiende por atención sociosanitaria toda actividad de cuidados que está en la red social (no institucional) y que demanda cuidado sanitario, de la misma manera la atención primaria y la atención especializada (red institucional) incorporan el cuidado enfermero como eje central de la organización de los servicios de salud.

- 363. —C—** La enfermería es un recurso social que relaciona su razón de ser en las necesidades sociales del cuidado de la salud y la vida. El cuidado enfermero parte de una contextualización teórica que determina y establece la delimitación profesional de la enfermera.
- 364. —D—** Las características de la gestión de cuidados enfermeros están determinadas por la naturaleza y los conceptos nucleares que definen la enfermería desde una orientación teórica, para desarrollar los elementos sustantivos que orientan la gestión de cuidados enfermeros.
- 365. —A—** La especificidad de la gestión no la dan los recursos. Éstos se gestionan de igual manera por todos los gestores y es un aprendizaje común. La especificidad de los cuidados la da el conocimiento particular que debe determinar qué es gestionar cuidados y qué no es específico de la gestión de cuidados enfermeros. La directora enfermera tiene la responsabilidad propia de la gestión de cuidados aunque comparta ámbitos de la gestión general con el equipo de gestión.
- 366. —C—** Cualquier modelo para evaluar la gestión es útil siempre que permita definir lo específico de la gestión encomendada. El modelo de Donabedian nos aporta compartir qué es la estructura enfermera en la gestión, qué es aquello específico que debe gestionar la dirección enfermera y qué significado tiene el conocimiento enfermero en la gestión de cuidados. De ello se deriva el resto, cuáles son los métodos y procesos que se deberán gestionar y qué se espera de los resultados.
- 367. —C—** Las dos respuestas indican las causas que originan la necesidad de cuidados enfermeros, bien por alteración del cuidado de la salud, consecuencia de una enfermedad, bien por nuevas demandas de cuidado, consecuencia de desviaciones de la salud provocadas por el entorno y modo de vida.
- 368. —D—** La enfermera en la organización de servicios atiende problemas de salud, derivados de otros profesionales o por demanda de la población a los servicios de enfermería, pero, en cualquier caso, cuando la enfermera atiende un problema de salud define el problema en términos de cuidados y resuelve de forma autó-

noma ese problema; distinto será que la persona tenga otros problemas de salud secundarios o causales que deban ser abordados por otros profesionales, en donde el trabajo en equipo y la coordinación serán la manera de abordarlo.

- 369. —B—** La organización de servicios de salud debe ser abordada por equipos de gestión y en ello, la dirección de cuidados enfermeros es una parte del equipo. Los recursos humanos pueden ser gestionados por una dirección de recursos humanos sin diferenciar enfermeras, médicos u otros grupos, porque una cosa es la organización y gestión de los recursos del sistema y otra diferente la gestión de cuidados del producto de la salud en términos de cuidados, para lo que se requiere un gestor de cuidados con el conocimiento específico y teórico del cuidado enfermero.
- 370. —C—** La orientación de los cuidados en la organización deberá estar determinada por el conocimiento teórico y refrendada por la investigación para la validación de los resultados de la atención de cuidados enfermeros. Cualquier orientación del servicio enfermero deberá incorporar los elementos nucleares de la disciplina como son: la atención a la persona y su entorno en el cuidado de la salud. Sin esta orientación, podemos dirigir el servicio de cuidados en cualquier otro destino.
- 371. —A—** El conocimiento enfermero no se asienta en la medida de resultados de la investigación en la práctica enfermera solamente. El conocimiento es la estructura teórica (abstracta) que determina, orienta y conduce el debate sobre lo que es y no es la enfermería, y de ello se deriva la definición de las acciones que resuelven la atención de cuidados enfermeros. La investigación deberá estar de igual manera determinada por el conocimiento enfermero.
- 372. —A—** El gestor de cuidados es, ante todo, el primer experto en el conocimiento del cuidado enfermero. Las habilidades técnicas son del conocimiento de cualquier gestor, la diferencia substancial del gestor de cuidados es que debe manejar con habilidad y destreza el conocimiento enfermero.
- 373. —C—** Los diagnósticos enfermeros son un instrumento que permiten la clasificación de los problemas atendidos por las enfermeras; no son "el conocimiento", sino un instrumento llevado a la práctica que deberá ser validado desde el conocimiento teórico. Por otra parte, los modelos enfermeros son una representación explicativa del conocimiento teórico que pueden ser la guía de orientación para un modelo de organización, pero no necesariamente un modelo de organización enfermero debe estar supeditado a un modelo teórico concreto; lo que adquiere mayor relevancia es que la orientación esté definida desde la estructura de los elementos nucleares que definen el conocimiento disciplinar.



- 374. —D—** La enfermería es una ciencia incipiente y un arte en el cuidado humano de la salud. No integrar estos dos elementos es caer en la deshumanización de la práctica enfermera que tiene su objeto en el cuidado de la persona y su entorno. La gestión de los valores es un concepto que deberá quedar reflejado en el modelo de gestión de cuidados, ya que de no ser así se perderá la relevancia que adquiere el valor humano de los cuidados.
- 375. —B—** La persona que requiere cuidados no pierde su condición humana de conocer y saber de sí misma, y nunca pierde la libertad de decidir por sí sola aquello que ella decide que es bueno para su salud, por lo tanto, las opciones a y c) no son ciertas. La opción b es la respuesta adecuada, ya que la pérdida de la autonomía en una parcela del cuidado de uno mismo hace a la persona dependiente del profesional de ayuda, y en ello se establece la vulnerabilidad que deberá ser manejada por la destreza enfermera en la atención humana a la persona que cuida.
- 376. —D—** La gestión de valores debe permitir llegar más allá de un catálogo de intenciones, debe ser práctica y definida en términos de acciones concretas que deberán ser evaluadas.
- 377. —C—** Tener la garantía de la mejor calidad de los cuidados implica incorporar los avances científicos y validar su aplicación en la práctica.
- 378. —D—** La tecnología del cuidado es un campo que la enfermera deberá desarrollar a través de la investigación, ya que es el resultado de la búsqueda del bienestar y comodidad de la persona en su acción de cuidar de sí misma (cuidado cotidiano), del cuidado dependiente (terapéutico) y de la accesibilidad (comunicación).
- 379. —B—** La tecnología de la información es cada vez más un instrumento que se acopla al desarrollo de la vida en nuestro contexto cultural. Por ello, las personas que abandonan temporalmente su entorno cotidiano requieren de los medios de comunicación e información en los que están integrados para dar continuidad a su entorno, de modo que la gestión del cuidado enfermero deberá poner el énfasis en esta cuestión como instrumento de calidad en la atención de cuidados.
- 380. —A—** La gestión es un aprendizaje universal y como tal la especificidad la da la aplicación a un campo determinado.
- 381. —C—** La información de los indicadores de salud negativa orienta la planificación hacia las intervenciones de patrones de enfermedad, y si bien son incuestionables en

la información sanitaria, la ausencia de otros indicadores de salud positiva está determinando la falta de orientación hacia la promoción y el cuidado de la salud.

- 382. —B—** La recogida de datos por métodos cuantitativos responde a la información que está dentro del sistema y por lo tanto la planificación a partir de la información procedente de la demanda y la atención de cuidados no hace sino perpetuar el modelo establecido. Para poder planificar en relación con las necesidades de salud percibidas por la población, es necesario utilizar la combinación de ambos métodos, ya que sólo de la opinión de los usuarios sobre lo que ellos consideran que es la salud conoceremos sus propias necesidades y de ahí, en particular, las necesidades del cuidado enfermero.
- 383. —C—** Las variables que determinan las necesidades de cuidados de la persona y su entorno serán las que perfilen la información necesaria para orientar el servicio enfermero, ya que es el elemento constitutivo del conocimiento enfermero y de ello se deriva su capacidad para responder a esas necesidades de cuidados.
- 384. —B—** La estructura del conocimiento enfermero parte de conceptos subjetivos (persona/entorno/salud/cuidar) que provienen de la percepción y por lo tanto del análisis cualitativo. Cuando una dirección de cuidados trata de incorporar métodos de gestión que analizan la actividad enfermera desde una perspectiva meramente cuantitativa, el resultado siempre estará sesgado. Por ejemplo, los tiempos en enfermería no pueden ser medidos por tarea predefinida ya que la particularidad del contexto y percepción del problema en cada persona cuidada es diferente; será posible medir otros parámetros ligados a procedimientos concretos, pero el tiempo de atención será en este caso la suma de diferentes procedimientos en los que hay que incluir conceptos cualitativos de medida.
- 385. —A—** Los elementos nucleares que son constitutivos del conocimiento enfermero deberán ser la base de estudio para la orientación de los servicios. Las prestaciones de servicios enfermeros no pueden estar definidas en catálogos ya que deben partir de modelos de planificación dinámicos y adecuados a cada situación. De la misma manera, los indicadores de morbilidad y mortalidad son indicadores secundarios para la planificación de cuidados.
- 386. —B—** Se define la motivación como una predisposición que induce a las personas a trabajar en un determinado sentido. Por ello, la motivación consiste en aproximar los intereses personales y los institucionales; en ningún caso los requerimientos de la organización, los de los profesionales o los de grupos corporativos serán objeto de gestión en la organización ni de orientación de políticas de motivación.



- 387. —C—** Los incentivos económicos por sí solos no tienen el efecto motivador que se pretende, pero unidos a conductas orientadas con una valoración positiva (por ejemplo, difundir un trabajo, asumir docencia, etc.) tienen los efectos deseados de motivación personal y del grupo.
- 388. —D—** Definir políticas en el sistema sanitario y en las organizaciones de servicios es un elemento de motivación necesario, ya que cuando el colectivo de enfermeras se siente reconocido en las políticas generales es más tendente a agruparse y a acordar estrategias comunes para con la organización.
- 389. —A—** La estrategia de la dirección enfermera de una organización para orientar al colectivo de enfermeras estará determinada por el medio y por la misión que debe tomar el trabajo de éstas.
- 390. —D—** El concepto de entorno tiene más que ver con los condicionantes culturales y del contexto, que dan motivación a los grupos para desarrollar una función o ejercen de elementos detractores de la actividad que se pretende. Por lo tanto, todas las influencias de la estructura física y de la señalización son elementos del entorno, pero no actúan sobre la motivación.
- 391. —C—** Las prestaciones que dan las enfermeras no es una cuestión del entorno, sí lo es la cultura de los cuidados, la creación de un espacio ambiental que promueva el cuidado de la salud y relaciones a la enfermera en la solución de estos problemas. En cualquier caso, se precisa una estrategia que se incorpore a esta cultura en el contexto de las relaciones con los usuarios.
- 392. —B—** La continuidad de los cuidados, el tiempo de permanencia de la enfermera junto a los pacientes y personas que requieren cuidados, hace de la enfermera un profesional estratégico para la comunicación y la seguridad de los pacientes en el cuidado del entorno.
- 393. —C—** Todo profesional en la organización debe estar identificado frente a los pacientes y usuarios del sistema ya que es un derecho del paciente saber con quién habla y a quién se dirige cuando requiere atención. Individualmente, cada profesional llevará su identidad, pero además es necesario en el cuidado del entorno transmitir los valores y cultura profesional de cada colectivo a través de signos de identidad que permitan a la persona saber a quién se dirige.
- 394. —A—** El poder profesional de la enfermera se lo da el conocimiento y su capacidad para responder a las necesidades humanas de las personas, que es el arte de la enfermería. La autoridad que proporciona un cargo, o el nivel económico, es temporal y no significa tal poder de no ir acompañado del rigor en la re-

solución de problemas. El poder en las relaciones no difiere en nada de las características de cualquier otra relación.

- 395. —C—** Los factores estresantes pueden actuar como elementos negativos o como factores estimulantes. La dirección deberá saber manejar los factores motivadores y enseñar a los profesionales que actúan su desarrollo profesional, tratando los conflictos que de ello se derivan hacia el crecimiento del grupo.
- 396. —A—** Éstas son las etapas en términos generales, existen varias estrategias según diferentes autores para llegar a la TDD.
- 397. —D—** La respuesta d) es, la que describe con exactitud la definición del “Árbol de Toma de Decisiones” ya que es ésta una estrategia que se utiliza con anterioridad a tomar una decisión concreta. Es por ello una forma de presentar alternativas a un problema para alcanzar la decisión más adecuada y oportuna, que incluye las circunstancias previsibles a cada alternativa y sus posibles resultados. La respuesta a), habla de una “decisión tomada” con anterioridad a definir un modelo de TDD y por lo tanto, no cabe estrategia alguna. La respuesta b), no es correcta porque el orden de presentación metodológicamente no es correcto alternativa-problema-solución, la cadena correcta es, problema-alternativas/circunstancias-soluciones. Por último, la respuesta c), no se corresponde con el modelo estratégico del árbol de decisiones, sino que es la definición de la estrategia de “cuadro de causas y efectos”.
- 398. —A—** Los valores afectan a todas las decisiones que tienen que ver con un componente humano, ya sea paciente, profesional o directivo. El concepto de la moral en las decisiones profesionales es un deber.
- 399. —C—** El desarrollo académico de enfermería se justifica desde la necesidad de generar conocimiento que respalde la actividad profesional.
- 400. —B—** La tecnología del cuidado ligada a la calidad de las prestaciones enfermeras es una cuestión de investigación de la enfermera, y si bien la reducción de costes es una de las metas de la mejora del servicio, no es el principal objetivo, que se ha de centrar en el bienestar del paciente.



200
Respuestas

(test)

comentadas

Test
Enfermería



Ética y Legislación

Carmen Delia Medina Castellano

Respuestas

- 401. —A—** El oncólogo Van Rensselaer Potter fue el primero en utilizar el término bioética en un artículo llamado *The science of survival*, en un intento de designar un área de trabajo, en ese momento todavía en gestación, cuya finalidad era tender puentes entre la ciencia y la ética.
- 402. —A—** El centro Hastings se crea por iniciativa del filósofo norteamericano Daniel Callahan y el psiquiatra de igual nacionalidad Willard Gaylin con la finalidad de discutir algunos problemas que se planteaban en torno a las ciencias de la vida.
- 403. —A—** Los avances técnicos y científicos que se han producido en el ámbito de las ciencias de la vida a partir de la segunda mitad del siglo XX han venido a poner de manifiesto el alto potencial de intervención que sobre la naturaleza y los seres vivos en general puede tener el hombre, lo que llevó a considerar la necesidad de establecer espacios de reflexión y deliberación multidisciplinar que permitan tomar decisiones adecuadas para proteger la dignidad del hombre y garantizar su supervivencia y la del entorno en que vive.
- 404. —D—** La bioética nace con la vocación de abordar de una manera integral las cuestiones que le afectan, pero sólo éstas, de ahí que su objeto de trabajo sea la conducta humana desplegada en relación con las ciencias de la vida.
- 405. —A—** El Instituto Borja de Bioética se crea en la década de los setenta como resultado de una serie de seminarios desarrollados en la Facultad de Teología de San Cugat del Vallés.
- 406. —C—** En la década de los setenta, Potter alertaba en sus trabajos acerca del riesgo que corría la supervivencia de todo el ecosistema si no se fijaban criterios éticos, junto con los científicos, a la hora de adoptar decisiones que implicaran un riesgo para la dignidad, la vida, la salud de las personas, o más allá, del mundo tal y como lo conocemos.
- 407. —A—** La Enciclopedia de Bioética es una obra de obligada consulta para todos los estudiosos de la bioética y fue desarrollada en el seno del Instituto Kennedy de Bioética, siendo su primera edición de 1978.
- 408. —A—** En 1977 comienza a reunirse en Estados Unidos la *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que fue creada por el Congreso americano con el objetivo de asesorarse sobre la mejor manera de proteger a los sujetos que participaban en investigaciones biológicas y médicas. El resultado del trabajo de esta Comisión fue el Informe Belmont.



- 409. —A—** El Informe Belmont establece que un trato ético a las personas requiere, entre otras cosas, que se procure su bienestar. En este criterio se basa el principio de beneficencia, cuyo objetivo asistencial se centra en buscar lo que más conviene al paciente. El problema que plantea una beneficencia muy estricta es que resta autonomía al paciente, ya que es el profesional el que decide qué es lo mejor para aquél.
- 410. —B—** La beneficencia estricta priva al paciente de la capacidad de tomar decisiones respecto a su salud porque asocia, en cierta medida, la enfermedad con la pérdida de competencia moral. Éste fue el modelo dominante en el ámbito médico a lo largo de la historia.
- 411. —B—** De acuerdo al Informe Belmont, el respeto a la autonomía, para ser plenamente válido desde el punto de vista ético, requiere no sólo que se respeten las decisiones del paciente, sino que cuando éste no pueda tomarlas por sí mismo se le proteja de eventuales daños, ya que en otro caso quedaría desasistido.
- 412. —C—** El principio de autonomía supone reconocer que, en principio, cualquier persona bien informada es capaz y libre de tomar sus propias decisiones, en este caso, en lo que conciernen a su salud. Este reconocimiento ético carecería de eficacia si no se establecieran mecanismos jurídicos que garantizaran el derecho a decidir y afirmaran el correlativo deber de respetar las decisiones adoptadas por el titular de dicho derecho.
- 413. —C—** Las virtudes suponen la predisposición del individuo que las posee a actuar en determinado sentido. Beauchamp y McCullough, al desarrollar su teoría de la responsabilidad moral, proponen que las personas obren no sólo movidas por el deber de hacer lo correcto, sino porque tienen una predisposición a actuar en el sentido correcto. No se trata de elaborar un principio o una norma de aplicación puntual, sino de crear un ideal de conducta.
- 414. —A—** El principio de autonomía establece la necesidad de proteger al paciente cuando éste ha perdido o ha disminuido su capacidad de deliberación y decisión, pudiendo llegar incluso a tomar decisiones por él, pero su prioridad fundamental debe ser, siempre que sea posible, ayudar al paciente a recuperar sus facultades para tomar las decisiones que le conciernen.
- 415. —D—** La autonomía no existe, y por tanto no es posible sostenerla, cuando el paciente está incapacitado para entender la información que se le ha suministrado, decidir conforme a ella y actuar de acuerdo a lo deliberado; por esta razón, no podemos entender como absoluto el respeto por la autonomía.

- 416. —C—** Desde el punto de vista ético, el Modelo de Henderson tiene notables similitudes con el modelo de autonomía, ya que el fin moral de la asistencia es fomentar su capacidad de autogobierno en todas las esferas de su vida.
- 417. —A—** Cuando Virginia Henderson define el rol de la enfermera, establece como función singular de ésta la de ayudar al individuo a satisfacer sus necesidades básicas cuando él no pueda hacerlo por sí mismo, lo que es equiparable a prestarle los mejores cuidados. Junto a ello, la enfermera debe proponerse como objetivo primordial en su plan de cuidados promover la máxima autonomía del paciente.
- 418. —B—** Según Henderson, las causas que impiden que el individuo pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas deben ser compensadas por la actuación de la enfermera. Cuando hay falta de voluntad, el paciente sabe qué hacer, cómo hacerlo, e incluso puede hacerlo, pero es incapaz de desearlo con la suficiente intensidad para llevarlo a cabo. Éste sería uno de los supuestos en que inicialmente no sería suficiente con la función de ayuda, ya que acciones que pueden ser necesarias para el sostenimiento de la vida no son realizadas por el paciente. Un ejemplo práctico podría ser el del paciente que se niega a comer: sabe que debe comer, cómo comer y puede comer, pero su estado anímico le impide desearlo.
- 419. —D—** El grado de autonomía que el paciente puede llegar a desarrollar no depende sólo de la capacidad de satisfacer sin ninguna clase de ayuda sus necesidades básicas, ya que entonces bastaría la existencia de una prótesis para considerar que una persona es dependiente. El grado de autonomía de una persona está en relación con la capacidad de resolver por sí misma, o procurando los medios adecuados, sus necesidades fundamentales.
- 420. —A—** El fin moral de un modelo de responsabilidad busca definir los objetivos de carácter ético que subyacen al objetivo asistencial, y, sobre todo, hace referencia al nivel de implicación que va a tener el paciente en la toma de decisiones respecto a los cuidados o el tratamiento que vaya a recibir.
- 421. —D—** La información es un requisito fundamental para que el paciente pueda ejercer su derecho a decidir libremente; sin embargo, con ser importante, se convierte en insuficiente cuando no es capaz de comprender adecuadamente la información proporcionada, pudiendo asemejarse la situación a la ausencia de información. Junto a ello, completa la autonomía de decisión la falta de coacciones internas o externas, es decir, que la persona tome una decisión acorde a sus creencias y valores, y no motivada por influencias de familiares o amigos o de la propia situación en la que se encuentra.

- 422. —C—** Los comités de ética nacional son grupos multidisciplinares, generalmente propuestos desde diversos sectores de interés y nombrados por el gobierno o el Senado, para debatir y proponer líneas de actuación en determinados asuntos del ámbito de la bioética que resultan controvertidos o que requieren un especial pronunciamiento por parte de expertos debido a sus implicaciones.
- 423. —D—** Los comités éticos de investigación clínica tienen como misión asegurar la protección de los sujetos humanos que participan en un ensayo o investigación clínica y examinar la relevancia y corrección científica del protocolo de investigación que se somete a su consideración y con este propósito fueron regulados por la Ley 25/1990 del Medicamento y por el R.D. 561/1993.
- 424. —B—** Los comités éticos de investigación clínica deben ser órganos independientes, de ahí la necesidad de que la participación en los mismos no sea remunerada. Ello no implica que la pertenencia a uno de estos comités deba ocasionar una merma patrimonial a sus miembros, por lo que es perfectamente legal que los gastos generados con motivo de la actividad de los comités sean asumidos por el centro sanitario al que pertenecen.
- 425. —C—** Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de las ciencias médicas que han acaecido en los últimos años han hecho cada vez más compleja la relación entre el profesional sanitario y el usuario de sus servicios, lo que ha llevado aparejada la necesidad de hacer trascender las decisiones del ámbito individual. A esta finalidad responden los comités de ética asistencial que pretenden cooperar en la toma de decisiones que afectan a la calidad de vida de los pacientes y, sobre todo, con el deseo de promover la autonomía de éstos.
- 426. —B—** Los riesgos para las personas que participan en los ensayos deben ser admisibles, según establece la Ley del Medicamento, de manera que debe existir una ponderación entre los riesgos y los beneficios.
- 427. —B—** De conformidad a lo establecido en la Ley del Medicamento pueden ser personas físicas o jurídicas que tienen interés en la realización del ensayo y se responsabilizan de él. Normalmente, el promotor del ensayo es también el que financia con sus propios fondos la investigación y suelen ser empresas farmacéuticas.
- 428. —D—** Los comités éticos de ensayos clínicos deben garantizar en todo momento su imparcialidad y su independencia respecto al proyecto de investigación sometido a su consideración, y ambas se verían gravemente afectadas si fuera competencia del comité recaudar fondos para financiar la investigación.
- 429. —B—** La composición de los comités éticos de investigación clínica viene determinada por las normas que lo regulan.

- 430. —B—** Los procedimientos de TDD no son más que métodos de resolución de problemas, por lo cual comparten estos cuatro elementos esenciales, aunque después cada uno de ellos ponga el énfasis en uno u otro aspecto, o use diferentes razonamientos para fundamentar las decisiones finales.
- 431. —A—** Los procedimientos que se acogen a este enfoque toman como elemento de comparación para determinar el curso de acción más adecuado los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía y la justa ponderación entre ellos.
- 432. —A—** El análisis de los hechos requiere de un conocimiento detallado de todo lo que concierne al paciente, de ahí que sea necesario determinar no sólo el concreto problema biológico, que es el que suele dar lugar a que se establezca la relación terapéutica de ayuda, sino también todas aquellas otras cuestiones que pueden incidir en la situación planteada. La determinación del nivel de competencia del paciente para tomar decisiones, la adecuación de éstas a la legalidad vigente, los posicionamientos sostenidos por los agentes sanitarios o las características socioculturales y económicas del paciente y su entorno se constituyen en cuestiones básicas para definir y resolver de la manera más satisfactoria posible los problemas o conflictos éticos que se puedan plantear.
- 433. —D—** El Enfoque Clínico nace como alternativa a los procedimientos cuyo origen se encuentra en el Informe Belmont, al que critican que está especialmente dirigido a las cuestiones relativas a la investigación con seres humanos. El Enfoque Clínico se basa en el procedimiento de elaboración de historia clínica, como un método más adecuado a la práctica asistencial.
- 434. —A—** El Enfoque Casuístico tiene su arranque en la *National Commission*, concretamente en Jonsen y Toulmin, que discrepaban de la interpretación dada por Beauchamp respecto al método de trabajo seguido por la comisión, la cual, según estos autores, pudo llegar a acuerdos debido a que se centraron en cuestiones concretas y no en principios, de manera que éstos fueron descubiertos a medida que avanzaban en el análisis de los distintos supuestos.
- 435. —A—** Los procedimientos sincréticos tratan de aprovechar lo mejor de todos los enfoques en el entendimiento de que ninguno de ellos, aisladamente considerado, puede dar una visión completa del supuesto analizado.
- 436. —A—** El único modo de que el trabajo de los comités de ética asistencial sea dinámico, flexible y permita la participación igualitaria de todos sus miembros, es que sean éstos los que escojan el método de trabajo que mejor se adapte al contexto en el que desarrollan su labor.

- 437. —B—** De conformidad a lo establecido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, el consentimiento que presta el paciente debe ser totalmente libre.
- 438. —C—** La garantía jurídica del libre ejercicio de la autonomía del paciente es la regulación del consentimiento informado, que reúne los dos elementos necesarios para la manifestación de una voluntad libre y que son la información y la expresión expresa de la decisión adoptada.
- 439. —C—** El artículo 10 de la Ley General de Sanidad coloca en un plano de igualdad al paciente y a su familia como receptores de la información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico previsible de la enfermedad.
- 440. —C—** Una de las excepciones al consentimiento que contempla la Ley General de Sanidad es precisamente cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. Aquí se antepone el interés general al particular, el derecho de todos al de uno; en definitiva, se dio una solución acorde con los principios que preconiza la Constitución, de forma que el derecho a elegir encuentra uno de sus límites en el bienestar, la vida o salud de otros.
- 441. —B—** La ley establece la obligación de los profesionales sanitarios de ofertar al paciente todas las alternativas terapéuticas de las que el sistema dispone, y en el caso de que el paciente las rechace, viene obligado a solicitar el alta voluntaria, que realmente no lo es, ya que no es potestativo del paciente el firmarla o no.
- 442. —A—** La ley establece que la información que se da al paciente debe ser continuada a lo largo de toda la relación terapéutica, y aunque nada se dice acerca del consentimiento, es posible interpretar que también éste es parte del proceso, ya que se mantiene, mientras no se diga lo contrario, pero también se renueva a medida que van modificándose los objetivos asistenciales.
- 443. —B—** La Ley General de Sanidad consagra el derecho del paciente a ser informado, pero en ningún caso le impone la obligación de recibir una información que no desea. No obstante, en estos supuestos conviene reflejar por escrito la renuncia del paciente a recibir la información.
- 444. —D—** Aunque existen diversas definiciones de la enfermedad terminal, todas ellas coinciden en señalar dos características fundamentales: una supervivencia inferior a seis meses y la ausencia de un tratamiento eficaz para la curación o la mejoría. Estas dos características permiten excluir del ámbito de las enfermedades terminales a las incurables crónicas, a las agudas graves y a los síndromes apáticos o estados vegetativos permanentes.

- 445. —D—** Por sus características, la atención al paciente terminal no puede dirigirse a promover la curación o la mejoría, porque esta posibilidad ya ha sido desestimada por imposible, de ahí que la actividad de los profesionales sanitarios, y especialmente de las enfermeras, deba ir dirigida a *bien morir* preservando de una manera especial su dignidad.
- 446. —C—** La alimentación del paciente terminal por vía oral estará indicada si las condiciones lo permiten y siempre y cuando no suponga una incomodidad añadida al paciente; cuando así sea se deberán buscar vías alternativas de alimentación.
- 447. —C—** Aunque la práctica de una gastrostomía es, cuando menos, incómodo, si no es posible la alimentación por vía oral o nasogástrica, y el plazo de supervivencia es alto, dentro de los límites de la terminalidad, es una decisión éticamente adecuada y no contraria a los intereses del paciente el usar esta vía de alimentación.
- 448. —C—** La situación de terminalidad no conlleva necesariamente la pérdida de la competencia moral del paciente para tomar las decisiones que le afectan. Siempre es necesario adaptar la información al estado del paciente, y en las situaciones de terminalidad este cuidado se debe extremar atendiendo a la gravedad de las circunstancias, y al alto desgaste emocional que conllevan.
- 449. —A—** De acuerdo al Modelo de Henderson, uno de los aspectos que la enfermera debe valorar es la necesidad de toda persona de vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores, y esto no se refiere exclusivamente a participar de un sistema ordenado de creencias, como puede ser una religión, sino que habla de aquello en lo que la persona ha basado las elecciones que ha realizado a lo largo de toda su vida. Se refiere a lo que le da sentido y fundamento, razón de ser a su existencia, pertenezca o no al orden de lo religioso, y, por tanto, debe ser abordado a lo largo de toda la relación de ayuda.
- 450. —B—** El aborto voluntario es ilegal en España, según se recoge en los artículos 144 y 145 del Código Penal, y se castiga tanto al que lo practica como a la mujer que lo consiente. Sin embargo, la disposición transitoria 1. a) declara expresamente en vigor el artículo 417 bis del anterior Código Penal, que declara no punible el aborto en los supuestos de peligro para la salud de la madre, riesgo de malformaciones en el feto y cuando el embarazo es fruto de una violación.
- 451. —B—** El Código Deontológico de la Enfermería Española no regula de forma expresa la participación de los profesionales en prácticas abortivas; no obstante, existe un pronunciamiento general a favor de la vida, ponderado con la promoción de los mejores intereses del paciente, y siempre atendiendo a lo que establezca la legalidad vigente en esta materia.



- 452. —B—** El uso del DIU (Dispositivo Intrauterino) es común en nuestro país como método anticonceptivo, aunque en sentido propio no impide la concepción, ya que el óvulo puede ser fecundado; el DIU lo que hace es impedir la anidación en el útero del zigoto, pero en ningún caso se considera una práctica abortiva.
- 453. —C—** El número 2 del artículo 417 bis establece que no será punible la conducta de la embarazada, aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro acreditado o no se hayan emitido los dictámenes correspondientes. Lógicamente, la embarazada deberá probar que cuando abortó se encontraba en alguno de los tres supuestos de exclusión de la responsabilidad penal.
- 454. —B—** El sistema de plazos está vigente en algunos países del entorno europeo, lo que ha hecho de ellos lugares de destino del llamado *turismo abortivo*. Los plazos para realizar este aborto varían de unos países a otros y alcanzan desde los tres hasta los seis meses de gestación.
- 455. —D—** Cuando el aborto es consentido, es lógico pensar que no puede ser la mujer que consiente el aborto partícipe del tipo delictivo y víctima al mismo tiempo. El titular del bien jurídico protegido, que es la vida humana dependiente, es el propio feto. El único caso en el que la madre podría ser víctima es en los supuestos de abortos realizados sin su consentimiento.
- 456. —D—** Cada uno de los supuestos de despenalización tiene unos requisitos específicos; no obstante, son comunes a todos ellos, según establece la Ley, el consentimiento de la embarazada y que sea practicado en un centro acreditado y por un médico competente.
- 457. —A—** La referencia al honor o a la honorabilidad de la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación conecta con valores que pueden ser considerados en desuso. En lo que sí hay un absoluto acuerdo es en que el delito de violación es un grave atentado contra la libertad de la mujer que lo sufre, hasta el punto de despenalizar el aborto cuando se produce un embarazo como consecuencia de ese acto delictivo.
- 458. —B—** El Convenio de Oviedo establece una especial protección sobre las personas incapaces, estableciéndose la regla general de la no participación de incapaces en proyectos de investigación. La única excepción a esta regla es cuando la investigación suponga un beneficio directo para el incapaz, y aun así, se establecen mecanismos para que su opinión pueda ser oída.
- 459. —C—** En lo que se refiere a la experimentación con embriones *in vitro*, el artículo 18 del Convenio remite a la ley nacional para su protección, que en el caso

de España es la Ley 427/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, y también prohíbe la creación de embriones con fines de experimentación. La finalidad de esta norma es proteger la dignidad humana, pues al margen de lo que las distintas posiciones ideológicas y religiosas sostengan al respecto, el embrión tiene naturaleza humana, ya que su biología es humana, aunque su morfología aún no lo manifieste como tal.

- 460. —A—** Las reglas generales para la admisión de un experimento con seres humanos se recogen en el artículo 16 del Convenio, siendo preciso para ello la autorización de la autoridad competente, la proporcionalidad de riesgos-beneficios, el consentimiento escrito de la persona y que no exista un método alternativo de experimentación.
- 461. —B—** Estos cuatro grandes temas son los ejes en torno a los cuales se articula el Convenio, lo cual es lógico, porque son las cuestiones que más conflictos éticos suscitan. Unos han sido tratados en otros documentos y declaraciones internacionales, como el consentimiento, y otros son de más reciente incorporación, como el genoma, respondiendo, en este último caso, a la necesidad de dar respuesta a los posibles conflictos que la investigación y la terapéutica genómica puedan provocar.
- 462. —C—** El Convenio de Oviedo hace prevalecer el bienestar del individuo y su protección de cualquier amenaza derivada del uso inadecuado de los avances científicos sobre el interés de la sociedad. No se trata aquí de hacer prevalecer el principio de justicia sobre la autonomía, sino de que, como señala Cár-cava Fernández, el ser humano es protegido desde una triple perspectiva: como ser humano individual, como miembro de la sociedad y como miembro de la especie humana.
- 463. —A—** El incremento del número de casos de portadores de VIH o enfermos de SIDA, así como la incurabilidad de la enfermedad, enfrentó desde el principio dos derechos básicos: uno que asistía al individuo, portador o enfermo, a no ser discriminado; y otro que descansaba en el derecho de todos los ciudadanos a tener una protección efectiva de la salud. En la práctica, la conciliación de ambos intereses ha sido más sencilla de lo que inicialmente se auguraba, y las primeras propuestas que se hicieron de crear centros especiales para los enfermos, de recluir a los portadores y otras medidas represivas han quedado en el olvido, sin perjuicio de que se puedan adoptar medidas, como la excepción al consentimiento, en los supuestos en que existan datos objetivos para estimar la existencia de un riesgo serio de contagio.

- 464. —D—** No existe una regulación legal en nuestro país dirigida con carácter específico a prescribir o prohibir la realización de *screenings* masivos. No obstante, la determinación de la presencia del VIH en sangre es obligatoria en los supuestos de trasplantes y donaciones, debiéndose comunicar a la persona el resultado del análisis. En otros supuestos hay que considerar que se trata de una práctica discriminatoria.
- 465. —D—** No existe ninguna norma que obligue a los profesionales sanitarios a informar a sus pacientes de que son portadores del VIH. En todo caso, si por las características de su desempeño profesional se considera que existe una situación de riesgo, debe solicitar un cambio de lugar de trabajo o considerar la posibilidad de un cambio de actividad, y que su obligación es preservar la salud y la vida de los usuarios de sus servicios.
- 466. —C—** Además de los preceptos constitucionales que consagran el derecho a no ser discriminado, el Código Penal contempla en su articulado diversos supuestos de discriminación, entre otras causas, por razón de enfermedad, y, particularmente, en el artículo 510 se tipifica la provocación a su discriminación, estableciéndose una pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. La pena de multa consiste en la imposición de una sanción pecuniaria, que en el Código Penal del año 1995 se impone por el sistema de días-multa. La cuota diaria de multa puede tener un valor mínimo de 1,2 euros y máximo de trescientos, y en tiempo, su duración mínima es de cinco días y la máxima de dos años.
- 467. —C—** Como todos los derechos, el relativo a guardar la confidencialidad no es ilimitado, ya que encuentra su techo cuando se enfrenta a bienes que pueden ser considerados superiores, como la vida o la salud de otros. Eso puede hacer al profesional considerar la posibilidad de revelar hechos del paciente conocidos en el ámbito de la relación terapéutica, cuando, por ningún otro medio, es posible preservar otros bienes superiores.
- 468. —A—** Este tipo de enfermedades se caracteriza porque se introduce en ellas un elemento de culpabilidad del sujeto al considerarse que su dolencia es consecuencia directa de su estilo de vida y de las elecciones que realiza.
- 469. —B—** La citada ley faculta a las autoridades sanitarias a omitir el consentimiento del paciente cuando la falta de tratamiento constituya un riesgo para la salud pública. Se hace prevalecer, así, el principio de justicia frente al de autonomía.
- 470. —D—** El nacimiento de la Ley de Medidas Especiales coincide con el de la Ley General de Sanidad, y en ambas es posible apreciar la primacía del interés ge-

neral sobre el particular, de la justicia sobre la autonomía, de manera que en los supuestos de que la falta de tratamiento o de internamiento en centro asistencial constituya un riesgo para la salud pública, se produce una excepción al derecho a consentir, de manera que la persona puede ser obligada a recibir tratamiento.

- 471. —B—** La ética, como parte de la filosofía, tiene tres proyecciones: una formal, una subjetiva y una material. El aspecto formal se ocupa sólo de la bondad o maldad de las acciones; el aspecto material hace referencia al contenido normativo de la ética; y, por último, el aspecto subjetivo indaga sobre el porqué del actuar humano. En realidad el aspecto formal puede ser considerado como la primera aproximación a la valoración ética de una conducta.
- 472. —A—** La libertad es la condición indispensable para exigir a la persona que responda de sus acciones. Si una persona no es en absoluto libre no puede responder por aquello que no pudo elegir hacer u omitir.
- 473. —C—** Las personas, en las primeras etapas de su vida, reciben sus contenidos morales del exterior. El niño considera bueno o malo lo que le dicen sus padres, sus maestros y otras personas cercanas que lo es. Sin embargo, a medida que va creciendo va realizando sus propias elecciones, va prefiriendo unos valores a otros y va construyendo su propia moralidad. Cuando alcanza la madurez, podemos decir que tiene una moral autónoma, porque ya no procede del exterior, de lo que otros le dicen, sino de sus propias elecciones.
- 474. —B—** Para que podamos considerar una acción como dotada de racionalidad debe haber pasado necesariamente por una fase intelectual previa. El sujeto ha de analizar el problema, considerar los cursos de acción posibles y las consecuencias de cada uno de ellos, y después preferir uno sobre todos los demás.
- 475. —B—** La actividad profesional es aquella que si faltara la sociedad se perdería una cuota importante de alguna necesidad fundamental para su supervivencia o progreso. Así, por ejemplo, si la actividad profesional de enfermería desapareciera, la sociedad perdería una cuota importante de salud.
- 476. —D—** La *proairesis* representa la libertad de elegir en el ámbito profesional. En la medida en que el profesional tiene más independencia de juicio, mayor será su responsabilidad.
- 477. —B—** Los bienes internos de una profesión son los que le dan sentido, constituyen su esencia y definen su naturaleza. En el caso de la profesión enfermera, su bien interno es el cuidado orientado a la protección y promoción de la salud,

su recuperación cuando se ha perdido, la rehabilitación y la ayuda a una muerte pacífica cuando no sea posible la recuperación.

- 478. —B—** Frente a la tradicional concepción católico-romana, la Reforma Protestante afirma que el trabajo no es producto del castigo de Dios al hombre por haberle desobedecido, sino que éste formaba parte de la vida del hombre desde su creación: Dios le encargó específicamente cuidar y administrar el huerto de Edén. El pecado que le arroja del Paraíso lo que produce, en relación con el trabajo, es que se haga más penoso, más difícil, pero no lo “inventa” en ese momento.
- 479. —C—** Los derechos humanos representan el ideal de justicia al que aspira la humanidad y sirven como criterios o pautas de actuación moral, pero carecen de poder coercitivo, que es una de las características más destacadas de las normas jurídicas.
- 480. —C—** Los derechos humanos no se basan en criterios políticos, religiosos o de otro orden, sino que pertenecen a lo que podemos considerar una ética de mínimos; un núcleo irreductible al que no se puede renunciar sin perder parte de lo que nos caracteriza como seres humanos.
- 481. —D—** Cuando los derechos humanos se incorporan a las constituciones de los países se convierten en derechos fundamentales, los cuales deben respetarse en todas las normas que se desarrollen dentro del Estado que los promulgó y pueden ser exigidos ante los tribunales a través de procedimientos especiales.
- 482. —B—** La defensa por parte de los profesionales de enfermería de los derechos humanos no está sujeta sólo a su conciencia personal, sino que se trata de una obligación de carácter profesional que está directamente relacionada con la propia naturaleza de la profesión, en la medida en que el cuidado del otro trasciende de la dimensión meramente biológica.
- 483. —D—** El derecho a la vida es de carácter individual porque corresponde a cada persona que lo posee y sólo puede ser ejercido por ella, aunque todos tengamos la obligación de respetarlo.
- 484. —A—** Una vez que el sujeto muere, como es natural, su derecho individual a la vida desaparece, ya que el derecho a la vida no es el derecho a seguir viviendo, sino a que nadie atente contra la vida de otro.
- 485. —D—** El Real Decreto 2082 de 25 de agosto de 1978 iba dirigido a establecer las normas de gobierno y administración de los servicios sanitarios, así como a establecer ciertas garantías para los usuarios de los mismos. Tras la llegada

de la democracia, era la primera vez que en nuestro país, por vía legislativa, se establecían ciertas garantías en la atención de los pacientes. Sin embargo, esta norma fue declarada nula por el Tribunal Constitucional precisamente porque contenía cuestiones –como las relativas a los derechos de los usuarios– que en virtud de lo establecido en la Constitución debían ser reguladas necesariamente por ley.

- 486. –D–** En virtud de lo establecido en el artículo 2 de la Ley General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
- 487. –C–** Finalizada la Segunda Guerra Mundial se conocieron las atrocidades realizadas por el ejército alemán en los campos de concentración, y particularmente las relativas a ciertas investigaciones llevadas a cabo con judíos, gitanos, polacos y con otras personas de raza no aria, la mayoría de ellas sin razones científicas claras. En la ciudad de Nüremberg fueron juzgados veinte de los médicos que habían participado en estos experimentos, y el Tribunal, en su resolución final, reconoce la importancia que tienen la información y el consentimiento en la experimentación con seres humanos y establece diez principios básicos que vienen a constituir el Código de Nüremberg.
- 488. –B–** En virtud de lo establecido en el artículo 11 de la Ley General de Sanidad, el paciente que rehúsa el tratamiento propuesto está obligado a solicitar el alta voluntaria.
- 489. –C–** Las normas que contienen los códigos deontológicos son dictadas por el colectivo profesional para su autorregulación, depositándose la valoración de su cumplimiento en los colegios profesionales, los cuales deben contar con un comité deontológico que pueda hacer un seguimiento de las conductas que se denuncien como contrarias a la buena práctica profesional. Este comité, a su vez, realizará una propuesta de sanción que debe ser ratificada por la junta de gobierno del colegio profesional. Otra cuestión diferente es que los hechos constitutivos de mala práctica desde el punto de vista deontológico puedan ser también ilícitos penal, civil o administrativamente, en cuyo caso, previa denuncia o demanda, pasarán al conocimiento de los tribunales correspondientes.
- 490. –B–** La primera regulación deontológica específica de la actividad profesional médica la constituye el Juramento de Hipócrates, que contiene una serie de compromisos que debe asumir aquel que se quiere dedicar al ejercicio de esta profesión y finaliza con una sanción de carácter ético-religiosa, dándole así a sus normas un carácter extrajurídico o transjurídico.

- 491. —C—** La responsabilidad deontológica de los profesionales se plantea como algo que está más allá del gobierno de los hombres y de las normas jurídicas. Cuando la responsabilidad es fuerte se responde frente a aquel ante el que se ha asumido el compromiso, y no ante los jueces y tribunales humanos.
- 492. —B—** Aunque en muchas ocasiones el Juramento Florence Nightingale se ha atribuido a esta insigne enfermera, la realidad es que fue elaborado por una comisión especialmente nombrada para ello del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit en 1893.
- 493. —D—** Al igual que hace con el aborto, el Código Deontológico establece una obligación general de protección de la vida de las personas, como se puede apreciar en los artículos 14 al 16 del mismo.
- 494. —A—** Aunque no se establece de forma expresa en el articulado del Código, es posible deducir que la obligación de guardar el secreto no finaliza con la muerte de la persona, ya que en ningún momento se establece un límite temporal al deber de confidencialidad, además de que ésta es la interpretación más acorde con la Constitución y con la Ley Orgánica de Protección del Honor, la Intimidad y la Propia Imagen.
- 495. —B—** El Código Deontológico contiene entre sus prescripciones normas dirigidas a sancionar a aquellos profesionales de enfermería que estando obligados a obedecerlo no lo hagan.
- 496. —C—** El hombre es un ser social y en buena medida su ser depende de otros, es con otros. Por ello decimos que su ética no es sólo personal, sino también social. No encuentra sólo en sí mismo la norma moral, sino también en los otros con los que convive.
- 497. —A—** La valoración moral es el proceso por el cual atribuimos un valor a un acto o producto humano. Por ello decimos que son tres los elementos implicados en este proceso: el sujeto que valora, el acto humano valorado y el valor que le atribuye.
- 498. —B—** Las normas morales, al contrario que las legales, tienen un ámbito geográfico de aplicación indefinido, de forma que su obligatoriedad viene determinada por las creencias y valores de la persona que las acepta, y que normalmente comparte con otras personas de su entorno.
- 499. —A—** Una de las características de esta actividad profesional es su componente vocacional, de manera que el que la ejerce se identifica con las pautas ideales de su profesión, y por ello está dispuesto a sacrificar parte de su tiempo libre,

a continuar su formación, a comunicarse con otros colegas y, en definitiva, a mejorar su calidad profesional.

- 500. —B—** En rigor, el término *profesional* debe aplicarse de manera exclusiva a aquellos que cuentan con una preparación específica y un grado académico acorde a ella, normalmente universitario, ya que son éstos los que reúnen las características que hacen de un acto humano una actividad profesional. Sin embargo, cada vez más se usa la interpretación extensiva del término *profesión*, tal vez debido a que por distintas razones se han desprestigiado socialmente otras ocupaciones.
- 501. —A—** La ética en su aspecto material se concibe como un conjunto de normas que regulan la conducta moral del hombre.
- 502. —A—** Aun cuando el CIE ha mostrado una preocupación por los derechos humanos en cualquier circunstancia, no se escapa a esta organización la especial situación de quiebra de estos derechos que se produce en los conflictos armados, de ahí que haya mostrado una especial sensibilidad en su Declaración de 1983 hacia esta cuestión.
- 503. —B—** Aunque es cierto que una profesión, de ordinario, proporciona un medio de vida a aquellos que la ejercen, no es esta cuestión la que define la actividad desplegada como tal profesión, sino la búsqueda de sus bienes internos, que son definidos de una manera peculiar para cada ejercicio profesional.
- 504. —B—** La última parte del Código Deontológico está justamente destinada a establecer la obligación de los colegios profesionales de velar por el justo cumplimiento del mismo, así como de establecer las sanciones que procedan, tras el debido procedimiento, a aquellos que lo incumplan.
- 505. —C—** Sólo son susceptibles de valoración moral aquellos actos humanos que se realizan en libertad, de forma que las personas pueden apropiarse de las consecuencias de los actos, y que tienen una repercusión, directa o indirecta, en otras personas.
- 506. —A—** Los valores morales están condicionados por la libertad del ser humano, de una parte, para su *apropiación*, es decir, para que la persona libremente pueda escoger aquellos valores que considera más apetecibles; y de otra, para su *realización*, es decir, para poder materializarlos en las conductas que se despliegan.
- 507. —D—** En las primeras etapas de desarrollo, el niño recibe valores y normas de conducta del entorno social y familiar, de forma que podemos hablar de cierta heteronomía moral, pero también es cierto que en condiciones normales, y especialmente



a medida que va creciendo y madurando, va haciendo sus propias elecciones y apreciando unos valores y desechando otros, de ahí que afirmemos que la moral humana es fundamentalmente autónoma, en condiciones normales. Es por ellos, entre otras razones, que respetamos las decisiones que hacen otras personas.

- 508. —C—** Por su propia naturaleza y contenido, las prescripciones de los códigos deontológicos son morales a la par que legales en muchos de los supuestos, ya que muchas de ellas están inspiradas en derechos que recogen las propias normas fundamentales de los países. Además, a diferencia de las normas morales, su cumplimiento no es libre para el profesional, de tal manera que es posible sancionar a aquel que incumpla las normas deontológicas.
- 509. —A—** Los códigos deontológicos necesitan, con carácter general, de un marco de referencia que guíe de manera continuada la práctica profesional, ya que en otro caso sus enunciados se convertirían en meras declaraciones de principios que podrían ser relativizados en virtud de las concepciones que cada profesional hubiera adoptado en su ejercicio.
- 510. —B—** La ética, en su aspecto formal, se define como ciencia que estudia la conducta humana orientada a un fin (no instintiva ni casual) valorando o emitiendo juicios de bondad o maldad sobre la misma.
- 511. —B—** La ética, que con carácter general se ocupa de la bondad y la maldad de las acciones humanas, parte para su realización de dos condiciones fundamentales: la racionalidad y la libertad. Es decir, la ética sólo se ocupa de las acciones humanas como productos de las elecciones conscientes y libres de una persona.
- 512. —D—** La moral, como parte de la ética, no se ocupa de la realidad, de lo que es, sino de lo que debe ser. La norma moral pertenece al mundo de lo ideal, no de lo real, y por ello no es posible afirmar su certeza o falsedad. Tampoco importa a la valoración moral, al menos de modo inmediato, la trascendencia o intrascendencia de la conducta, ni tampoco su eficacia o la ausencia de ésta.
- 513. —B—** La deontología, aunque puede ser considerada una parte de la ética, no es de aplicación universal, sino que sólo afecta al colectivo profesional que ha dictado sus normas para autorregularse.
- 514. —D—** Las normas jurídicas nacen para regular la vida social durante un periodo de tiempo; éste a veces se conoce desde el momento de la publicación de la norma, y en otras ocasiones por su derogación expresa o tácita por la publicación de otra norma posterior a la cual contraviene. Sin embargo, las normas morales aparecen en el grupo social, que reconoce su presencia en el

momento en que es aceptada por un buen número de personas, de la misma manera que asume su desaparición cuando observa que la misma no se cumple, pero en ambos casos no es posible precisar en qué momento concreto comenzó a estar en vigor y en qué fecha dejó de estarlo.

- 515. —A—** La valoración moral es el proceso por el cual una persona atribuye una valor moral a una conducta humana, resultando de ello su calificación como buena o mala, justa o injusta, etc.
- 516. —A—** Con un cierto retraso respecto al resto del continente europeo, en 1986 se aprueba en nuestro país la Ley General de Sanidad, en cuyo artículo 10 se regulan los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios.
- 517. —B—** Aunque la mayoría de las Comunidades Autónomas que se han hecho cargo de competencias en materia de sanidad han asumido en sus leyes de ordenación sanitaria el catálogo de derechos recogido en la Ley General de Sanidad, tienen la facultad de, respetando el mínimo establecido por la ley nacional, ampliar dicho catálogo. Esto es lo que ha sucedido, por ejemplo, en Cataluña o en el País Vasco.
- 518. —C—** El derecho a la protección de la salud en ningún caso puede alcanzar límites imposibles, porque entonces dejaría de ser efectivo. Por tanto, no incluye una promesa de completa sanidad o de financiación ilimitada de servicios médicos y farmacéuticos; pero sí incide en la obligación de los poderes públicos de establecer todas las medidas que estén a su alcance para cuidar de la salud de los ciudadanos.
- 519. —C—** Lo que da sentido y razón de ser a una profesión, lo que la legitima frente a la sociedad a la que sirve son sus bienes internos; cuando olvida éstos, se convierte en una actividad vacía de contenido.
- 520. —B—** El capítulo I del Código Deontológico establece que sus disposiciones se aplican a todas las enfermeras pertenecientes a la Organización Colegial, así como a las extranjeras que puedan ejercer en nuestro país. No obstante, la aplicación práctica de esta normativa se traduce a las enfermeras nacionales que trabajan en nuestro país, o extranjeras establecidas, ya que las normas están todas dirigidas a la ordenación del ejercicio profesional, por lo que una enfermera colegiada que no ejerza como tal no encuentra aplicación a esta normativa.
- 521. —A—** La formulación de las normas jurídicas concretas que imperan en un país en un momento determinado viene condicionada por la concepción de justicia que tenga el grupo social para el que se dictan. Este ideal de justicia se apoya en la cultura, en las creencias y en los valores que en cada momento imperan.

- 522. —A—** El ordenamiento jurídico nace para ordenar la vida en sociedad durante un determinado periodo histórico y en un lugar geográfico concreto, y es cambiante, como lo es la sociedad para la que se dicta.
- 523. —B—** El supuesto de hecho debe ser enunciado de una forma lo suficientemente general y abstracta para dar cabida a todos los casos posibles, con sus correspondientes variaciones del asunto que es objeto de regulación, a la vez que permita realizar una interpretación coherente por parte de los jueces y tribunales.
- 524. —C—** Una de las características fundamentales de las normas jurídicas es su coercibilidad, es decir, que su cumplimiento puede ser exigido usando las medidas de fuerza que la legislación vigente permita.
- 525. —A—** Al Tribunal Constitucional le corresponde verificar que las normas jurídicas son conformes con lo establecido en la Constitución, y a esta revisión se la llama control de constitucionalidad. Sin embargo, el llamado control de legalidad de las normas jurídicas corresponde a los tribunales ordinarios.
- 526. —A—** En virtud de lo establecido en los artículos 79 y 81 de la Constitución y disposiciones complementarias, los acuerdos de las Cámaras se adoptarán por la mayoría de los miembros presentes, salvo las leyes orgánicas, otras mayorías especiales que prevea la Constitución y las que para la elección de personas contemplen los reglamentos de las Cámaras.
- 527. —C—** En virtud del artículo 86 de la Constitución, en los supuestos de extraordinaria y urgente necesidad el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales, que en ningún caso podrán afectar al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos fundamentales, al régimen de las Comunidades Autónomas ni al derecho electoral.
- 528. —D—** Las leyes de bases son normas jurídicas cuya aprobación corresponde a las Cortes Generales, por las que éstas delegan en el Gobierno la potestad de dictar textos articulados en materias no reservadas a leyes orgánicas.
- 529. —B—** Las costumbres, como fuentes del derecho, son normas nacidas sin la intervención del Estado, y que poseen una vigencia efectiva.
- 530. —C—** La costumbre cumple siempre una función supletoria de la ley, de manera que sólo se admiten las costumbres que se producen en materias no reguladas por ley, o en las cuales la propia ley remite de manera especial a la costumbre.

- 531. —D—** Los principios generales del derecho son verdaderas normas jurídicas que se caracterizan porque no se encuentran fundadas en la autoridad del Estado, como la ley, ni en los usos o prácticas sociales, como la costumbre. Ellos reflejan los valores que subyacen en el ordenamiento jurídico de un país, teniendo, por tanto, su fundamento en las convicciones y creencias de la comunidad social en la que están vigentes.
- 532. —B—** El deber de cumplimiento hace referencia a la obligación que tienen las personas que quedan bajo el ámbito de aplicación de las normas jurídicas de ajustar su conducta a lo que la norma establece, no existiendo más excepciones a este deber que las que las propias normas establezcan.
- 533. —D—** El fraude de ley supone realizar actos al amparo del texto de una norma, pero persiguiendo resultados prohibidos o contrarios a ella, de tal manera que se produce una apariencia de cumplimiento de la misma, aunque, en realidad, se ha vulnerado plenamente el espíritu de la norma.
- 534. —D—** La declaración de nulidad tiene el efecto de retrotraer las cosas al estado en que estaban antes de la realización del acto jurídico que ahora se declara nulo, de tal manera que es como si nunca hubiera acontecido, y por lo tanto sus efectos son inexistentes. En el caso en que esta declaración produzca daños ilegítimos a alguna persona que haya obrado de buena fe, es posible pedir la reparación de daños a quien corresponde, pero no como un efecto del acto invalidado, ya que éste, para el derecho, nunca existió.
- 535. —A—** La capacidad jurídica es la aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones, y corresponde por igual a todas las personas por el mero hecho de serlo, de manera que sólo se extingue con la muerte.
- 536. —B—** Ni la enfermedad ni la edad constituyen causas de limitación de la capacidad de obrar. La capacidad de obrar como principio general se entiende plena en todas las personas, por lo que sus límites deben ser expresamente fijados por las normas a través de los procedimientos que éstas establezcan.
- 537. —C—** Lo que podríamos llamar *eficacia ética* del consentimiento existe desde que el sujeto ha sido debidamente informado y, habiendo entendido, ha conformado su voluntad libre hacia una determinada vía de actuación. Sin embargo, aunque estos requisitos se den, si el sujeto carece de capacidad de obrar, o ésta se encuentra limitada, el consentimiento prestado carece de relevancia jurídica y es por tanto insuficiente para legitimar la actuación del profesional.



- 538. —D—** La inscripción en el Registro es la que da prueba del nacimiento de una persona, y el plazo normal para realizarla es desde las veinticuatro horas desde el nacimiento, hasta los ocho días siguientes, que se pueden extender hasta dieciséis cuando se acredite una causa justificativa.
- 539. —C—** La capacidad jurídica es una característica inherente de la persona, de manera que el derecho no concibe la existencia de persona sin capacidad jurídica, de ahí que se equiparen los conceptos de capacidad jurídica y personalidad jurídica, pues ser persona equivale a tener aptitud para ser titular de derechos y obligaciones.
- 540. —B—** La personalidad o capacidad jurídica no se pierde ni disminuye a lo largo de la vida del sujeto. Esa especial aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones que sólo posee la persona humana únicamente se pierde cuando la propia persona se extingue.
- 541. —A—** La persona es el hombre revestido de dignidad y titular de derechos inviolables, por lo que la determinación del momento del nacimiento permite no sólo el reconocimiento de la existencia del ser, sino que desencadena mecanismos de protección de sus derechos.
- 542. —C—** De conformidad a lo establecido en el artículo 323 del Código Civil, las limitaciones a la capacidad de obrar del menor emancipado afectan únicamente a su esfera patrimonial.
- 543. —D—** El Código Civil establece en el artículo 30 dos requisitos para proceder al reconocimiento de la personalidad del recién nacido, siendo uno de ellos que viva veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno; ello no quiere decir que el recién nacido sea persona a partir de las veinticuatro horas, sino que se establece este plazo de supervivencia para reconocer la personalidad desde el momento del nacimiento.
- 544. —D—** La legislación española no establece ningún requisito relativo a una supervivencia superior a las veinticuatro horas o a la presencia del algún tipo de malformación incompatible con la vida a corto o medio plazo, de acuerdo a lo establecido en los artículos 29 y 39 del Código Civil.
- 545. —C—** Sólo es persona el recién nacido que vive veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno y tiene figura humana. No obstante, para los efectos que puedan ser favorables al recién nacido, el ordenamiento jurídico realiza una ficción anticipando en el tiempo el reconocimiento de la personalidad, siempre y cuando en el momento del nacimiento cumpla con los requisitos generales.

546. —C— De acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

547. —D— El estado civil de incapaz es aquel que tienen los menores de 18 de edad o aquellas personas que han sido declaradas incapaces por sentencia judicial firme, y supone una restricción de la capacidad de ejercer los derechos y de responder de las obligaciones. Los menores de edad legal —salvo que estén emancipados— necesitan de la autorización de sus padres o representantes legales para todos los actos que afecten a su esfera personal y patrimonial y que puedan tener efectos jurídicos. Por su parte, las personas que han sido incapacitadas por sentencia judicial firme pueden ver limitada su capacidad de obrar de una manera absoluta, o puede tratarse de una restricción parcial de dicha capacidad. También existen limitaciones a la capacidad de obrar en los supuestos de quiebra, concurso y prodigalidad, pero sólo afectan a la esfera patrimonial de los sujetos que se encuentren en esas situaciones.

548. —D— La Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil amplía considerablemente el círculo de personas que pueden proponer una modificación de la sentencia por la que se declara la incapacidad, siendo lo más destacado de ella que se faculta al propio incapaz para iniciar el proceso. En todo caso, en el supuesto en que la declaración de incapacidad impida al sujeto comparecer en juicio por sí mismo, antes de instar el procedimiento de modificación de medidas debe pedir autorización judicial para actuar en el proceso por sí mismo.

549. —D— De conformidad a lo establecido en el artículo 217 del Código Civil, no se admite la excusa de los cargos tutelares, salvo en los supuestos legalmente previstos, como es el caso del artículo 251 del mismo cuerpo legal, en el que se hace un listado no exhaustivo de posibles causas de excusa, como la edad, la enfermedad, las ocupaciones personales o profesionales, la falta de vínculos de cualquier clase entre el tutor y el tutelado, o *cualquier otra causa* que haga gravoso el ejercicio de la tutela.

550. —A— Dado que la declaración de incapacidad supone que el sujeto no puede realizar por sí mismo actos con eficacia jurídica, su nuevo estado civil puede afectar a los intereses de terceras personas, por lo que se hace necesaria la inscripción en el Registro Civil de esta circunstancia sobrevenida a un sujeto previamente capaz.

551. —C— La declaración de incapacidad afecta a bienes de la personalidad de suma importancia, como es la facultad de realizar con eficacia actos jurídicos; por ello no puede tener el valor de cosa juzgada, sino que por el contrario, sobrevenidas nuevas circunstancias que lo aconsejen, se podrán modificar las medidas inicialmente adoptadas.

- 552. —C—** El abogado del incapaz es quien dirige la defensa desde la perspectiva jurídica; su función es fundamentalmente de técnica jurídica, mientras que el defensor judicial está encargado de promover los mejores intereses del presunto incapaz. Cuando el fiscal no ha iniciado el procedimiento, la ley estima que es la figura más idónea para prestar este tipo de protección al afectado. Sin embargo, cuando el procedimiento de declaración de incapacidad es iniciado por el Ministerio Público, se produce un conflicto de intereses, por lo que el juez debe proceder al nombramiento de un defensor judicial distinto del fiscal.
- 553. —D—** El internamiento forzoso por razones de trastorno psíquico supone una privación de libertad de una persona, afectando por tanto a uno de los derechos fundamentales; por ello, es condición indispensable contar con la autorización del juez antes de proceder al internamiento. La única excepción a este principio general es que la urgencia no permita demoras, en cuyo caso la autorización judicial se puede solicitar con posterioridad al internamiento.
- 554. —C—** La clave para que el juez autorice el internamiento en contra de la voluntad del sujeto reside en que éste no puede decidir por sí, y la razón de esta incapacidad reside en el propio trastorno que padece, que le impide formarse una imagen de la realidad ajustada y, por ello, tomar una decisión acorde con los mejores intereses para sí y para otros.
- 555. —A—** Un internamiento forzoso supone una restricción severa del derecho a la libertad, por lo que la ley trata de establecer garantías para evitar que se vulnere ilegítimamente este derecho. Por ello se pide del juez que compruebe por sí mismo el estado del paciente y que designe un facultativo que le dé el necesario asesoramiento especializado para tomar la decisión más ajustada.
- 556. —B—** La Ley de Enjuiciamiento Civil dispone en su articulado que es competente para ratificar, denegar o modificar las medidas de internamiento el juez de la localidad en la que radica el centro donde se ha producido el internamiento, y la razón de esta regulación hay que encontrarla en la necesidad de dotar de una mayor celeridad y eficacia a estos procedimientos.
- 557. —A—** La Ley de Enjuiciamiento Civil prescribe la obligación del juez de recabar informes semestrales. Este plazo, que obviamente es convencional, es lo suficientemente breve como para evitar un internamiento innecesario, y lo suficientemente amplio como para que se produzcan cambios en la situación del sujeto. Además, se añade como garantía la facultad del juez para solicitar informes en un tiempo más corto si lo estima conveniente.

- 558. —D—** Dado que se trata de una medida de privación de libertad, la responsabilidad de informar del internamiento corresponde a la dirección del establecimiento sanitario en que se produce el internamiento, según establece el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.
- 559. —A—** La Ley Moyano estableció que por reglamento se determinarían los conocimientos que habrían de tener los que aspiraran al título de practicante. Este reglamento se publicó por Real Orden de 1860 que establecía el plan de estudios de los aspirantes.
- 560. —A—** El Decreto de 10 de agosto es parte de una política de reestructuración de las profesiones sanitarias que se inicia con la Ley de Instrucción General de la Sanidad Pública de 1904.
- 561. —A—** La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 establece un único colegio profesional provincial para los que llama auxiliares sanitarios, que debe acoger a practicantes, matronas y enfermeras.
- 562. —A—** Hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX, la actividad enfermera continuó en manos de personas de escasa instrucción, siendo la única excepción a esta situación la Escuela fundada por Federico Rubio y Galí en 1898, aunque no se conservan datos de su programa de enseñanzas por haber sido destruida en los primeros momentos de la Guerra Civil Española.
- 563. —A—** Por Decreto de 4 de diciembre de 1953 se unifican las titulaciones de practicante, matrona y enfermera en una sola que recibió la denominación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).
- 564. —A—** El foco de atención de los ATS estaba situado, principalmente, en la realización de técnicas y en la colaboración con los facultativos médicos. Ello llevó a la necesidad de contar con un personal de menos cualificación que se pudiera ocupar de tareas como el aseo y la alimentación. Esta necesidad fue recogida por el Decreto de 1960 sobre competencias profesionales, pero las personas que se ocupaban de estos menesteres carecían de formación adecuada. De ahí que una de las tareas de la Comisión se centrara en la necesidad de determinar la formación que debían recibir los auxiliares de enfermería para desarrollar adecuadamente su trabajo.
- 565. —C—** Por Orden de 31 de octubre de 1977 se dictan las directrices para la elaboración del plan de estudios. Por medio de esta norma se establecen las líneas generales por la que ha de discurrir la formación universitaria de las enfermeras, a la cual se destinan 4.600 horas (mínimas) que deberán desarrollarse en tres años como



máximo. Esta organización de los estudios condicionará la existencia de un hecho diferencial muy significativo de los estudios de enfermería respecto a las demás titulaciones universitarias, ya que la carga lectiva de los estudiantes de esta titulación era considerablemente más alta que la de los demás estudiantes.

- 566. —D—** La directiva europea establece dos opciones a la formación del profesional de enfermería en cuanto a la duración de los estudios, de manera que éstos pueden desarrollarse en tres años o tener una duración de 4.600 horas. Sin embargo, como es sabido, en nuestro país se hizo una particular interpretación de la directiva, anulando la posibilidad de elección y estableciendo un único ciclo de tres años de duración para los estudios de enfermería.
- 567. —C—** El Decreto de 1960 trata de regular la competencia profesional de las actividades que giraban en torno al cuidado de los enfermos, que en ese momento son tres: matronas, ATS y el remanente de enfermeras con titulación anterior a la unificación de los estudios.
- 568. —B—** Aunque el Decreto del 60 reconoce la mayor preparación y competencia técnica de los ATS, las funciones que le atribuye son todas dependientes del facultativo y están bajo la supervisión de éste, por lo que, desde el punto de vista legal, su atención directa al paciente sólo puede llegar hasta donde el facultativo le autorice.
- 569. —A—** El crecimiento de los hospitales, junto con la necesidad de contar con profesionales técnicamente cualificados, hace que muchas de las tareas tradicionalmente desarrolladas por la enfermera supongan ahora una carga excesiva para los ATS; por ello, se considera conveniente el acceso de personal femenino de escasa cualificación a *tareas de asistencia de carácter no técnico*, como la alimentación o el aseo, y siempre bajo la supervisión de personal más cualificado.
- 570. —C—** A pesar de que la formación y la competencia profesional de las enfermeras difieren hoy en día notablemente de la que tenían las anteriores enfermeras, matronas y ATS, nuestros jueces y tribunales no consideran derogada esta norma, por lo que la valoración de la *lex artis* enfermera sigue teniendo su primer punto de referencia en esa norma.
- 571. —D—** Según establece el propio estatuto, su ámbito de aplicación está restringido al personal adscrito a la división de enfermería en instituciones sanitarias abiertas y cerradas.
- 572. —C—** Según establece la Ley de Colegios Profesionales, a la organización colegial pertenecen las personas físicas que están en posesión del título académico

correspondiente y que pretenden acceder al ejercicio de la profesión, y también cada uno de los colegios provinciales en los que se agrupan dichos profesionales.

- 573. —C—** De conformidad a lo establecido en la Ley de Colegios Profesionales, las enfermeras que deseen ejercer la profesión en nuestro país deben estar inscritas en el colegio profesional correspondiente.
- 574. —B—** Las competencias de los colegios profesionales pueden clasificarse en dos grandes grupos, externas e internas. Las primeras son todas aquellas que desarrolla la institución ostentando la representación del conjunto de profesionales que a ella están adscritos en la defensa de sus intereses.
- 575. —D—** La Ley de Colegios Profesionales declara la plena capacidad jurídica de estas corporaciones, que se rigen por normas de Derecho Público, para cumplir esos tres fines fundamentales.
- 576. —B—** Esta limitación surge de la necesidad de preservar la seguridad del Estado de acogida, de manera que se excluyen aquellos empleos que impliquen el ejercicio de autoridad en los ámbitos legislativo, ejecutivo o judicial.
- 577. —C—** En virtud de lo establecido en la Directiva 77/452 CE, sin perder de vista la temporalidad que implica la prestación de servicios, cuando ésta requiera una estancia temporal del profesional en el Estado de acogida, éste puede ordenar al beneficiario que haga una declaración ante las autoridades competentes relativa a la actividad que va a realizar.
- 578. —A—** La Directiva 77/452 establece la dispensa del requisito de afiliación a un colegio u organización profesional para el acceso a la actividad profesional de los ciudadanos miembros de otros Estados, aun cuando para los suyos la exija. En todo caso, el beneficiario prestará sus servicios con los mismos derechos y obligaciones que sus colegas del país de acogida.
- 579. —A—** La Directiva 77/452 establece para los supuestos de prestación de servicios de ciudadanos comunitarios en Estados distintos del propio, la obligación de presentar una serie de documentos ante las autoridades del Estado de acogida, los cuales no deberán tener más de un año de antigüedad desde el momento de su emisión.
- 580. —C—** La Directiva 77/452 establece para los supuestos del ejercicio del derecho de establecimiento de ciudadanos comunitarios en Estados distintos del propio, la obligación de presentar una serie de documentos ante las autoridades del



Estado de acogida, los cuales no deberán tener más de tres meses de antigüedad desde el momento de su emisión.

- 581. —C—** Una de las características de la asistencia sanitaria que hoy se presta es justamente el alejamiento que se produce entre el profesional y el usuario de sus servicios. Esta circunstancia, tal vez menos presente en enfermería que en otras profesiones sanitarias pero no por ello despreciable, lleva aparejada la pérdida de confianza del paciente en quien le atiende, disminuyendo la comunicación entre ambos, y fomentando la tendencia a judicializar la prestación.
- 582. —C—** La responsabilidad contractual surge por la existencia de un contrato por el cual una de las partes se obliga a realizar una determinada prestación y la otra, normalmente, a pagar un precio por ella. Cuando una de las partes incumple su obligación, surge el deber de reparar el daño causado. Sin embargo, en la responsabilidad extracontractual, la responsabilidad surge de un deber general de cuidado que todos debemos poner de ordinario en el desarrollo de nuestras actividades cotidianas, de índole profesional o no. Cuando ese deber general de cuidado se vulnera, ocasionando un daño a un tercero, aparece la obligación de resarcir.
- 583. —B—** La culpa civil no requiere malicia, no precisa que el deudor deliberadamente se haya propuesto no incumplir, y de hecho, cuando el dolo -conciencia y voluntad de no realizar la prestación pactada- está presente, solemos encontrarnos ante un ilícito penal.
- 584. —D—** Nadie puede pactar una prestación imposible, porque eso haría radicalmente nulo el contrato. Por ello, al profesional sanitario no se le puede exigir un resultado de curación cierto, porque éste depende de otros factores, además de la propia competencia profesional; sólo se le puede pedir que ponga a disposición del usuario de sus servicios aquellos que en virtud del estado actual de la ciencia sean los más idóneos para promover su curación o mejoría.
- 585. —C—** El sistema de responsabilidad civil vigente en nuestro país es de carácter subjetivo, es decir, está vinculado a la conducta negligente, morosa o dolosa de quien debía la prestación, de ahí que deba existir siempre una clara relación entre la conducta desarrollada por quien tenía la obligación y el daño que se produce en quien era acreedor de ello. En el caso de las enfermeras, se trataría de la existencia de un nexo causal entre una prestación de cuidados defectuosa y el daño que, como consecuencia de ello, sufre el paciente.
- 586. —A—** Los requisitos indispensables para que se pueda declarar la existencia de una obligación de reparar son que exista una conducta imputable a un sujeto

que podía haber actuado de forma distinta a como lo hizo (omisión o acción culpable y nexo causal) y la producción de un resultado lesivo a quien no tenía el deber de soportarlo (lesión a terceros). Si alguno de estos elementos no está presente, aunque la conducta realizada por el sujeto pueda merecer nuestra reprobación, no existe obligación de resarcir.

- 587. —B—** El sistema de responsabilidad civil vigente en nuestro país es de carácter subjetivo, es decir, está vinculado a la conducta culpable de quien debió la prestación, de ahí que deba existir siempre una clara relación entre la conducta desarrollada por quien tenía la obligación y el daño que se produce en quien era acreedor de ello, y a esa relación de causa efecto es a la que llamamos nexo causal.
- 588. —B—** La obligación de reparar surge cuando alguien que no estaba obligado en virtud de contrato o por ley a soportar un daño lo recibe. La obligación de reparar recae en primer lugar en quien produce el daño, pero en ocasiones éste depende de otros, como ocurre con los hijos respecto de los padres, los alumnos respecto de los directores del colegio, o los profesionales sanitarios respecto del centro para el que trabajan. En estos casos, la obligación de reparar alcanza a aquellos que tenían el deber de vigilar y elegir adecuadamente (culpa *in eligendo* y culpa *in vigilando*) a los que estaban bajo su supervisión.
- 589. —C—** La presencia de conciencia y voluntad de causar daño a un paciente conduce necesariamente a un ilícito penal común, no de naturaleza profesional, lo cual no es frecuente en el desarrollo de las profesiones sanitarias. Lo normal es que en éstas el incumplimiento se produzca por retraso en la prestación o por omisión de las reglas propias de la *lex artis*.
- 590. —A—** El principio de división del trabajo, básico en el mundo empresarial, tiene su proyección en la actividad sanitaria, ya que, normalmente, ninguno de los profesionales que concurren en torno al paciente puede proporcionarle por sí mismo todo lo que necesita para su curación o mejoría. Por ello, todos los profesionales que integran el equipo asistencial trabajan con el objetivo común de devolver al paciente el máximo estado de salud que le sea posible alcanzar en atención a sus circunstancias.
- 591. —A—** La expresión *antijuridicidad* hace referencia a lo que es contrario al derecho, que a través de las normas jurídicas prescribe unas conductas y prohíbe otras, de manera que la conducta antijurídica es aquella que no se ajusta a lo que la ley establece para ese determinado supuesto.
- 592. —A—** En atención al principio de legalidad, sólo son delitos o faltas las conductas que están tipificadas como tales en la ley penal. No obstante, un sujeto puede



haber realizado una conducta típica (recogida en la ley) y antijurídica (contraria a lo que la ley prescribe o prohíbe), y no ser culpable por concurrir una causa de exclusión de la responsabilidad. Un ejemplo podría aportarlo los tres supuestos de despenalización del aborto; éste es una conducta tipificada como antijurídica y que está castigada por la ley, con carácter general. Sin embargo, cuando el embarazo es resultado de una violación, existe riesgo para la salud de la madre o graves malformaciones en el feto, se produce la exclusión de la responsabilidad penal, y por tanto del castigo correspondiente.

- 593. —B—** Las personas incapaces no pueden prestar un consentimiento jurídicamente relevante.
- 594. —B—** La cirugía plástica es uno de los pocos supuestos de actos sanitarios en los cuales se exigen resultados. Cuando alguien decide voluntariamente someterse a cirugía plástica lo hace, con carácter general, con la intención de mejorar su imagen sin que ello lleve aparejado un riesgo para su salud o su vida. Por ello, el consentimiento prestado lo es con la convicción de que se va a producir una mejoría, ya que de no ser así nunca se daría dicho consentimiento.
- 595. —C—** Aquel profesional que por razón de su contrato debe permanecer durante un determinado horario en un puesto de trabajo concreto es el sujeto activo del delito de abandono de servicio.
- 596. —A—** El abandono de servicio supone dejar la vigilancia y el cuidado de los pacientes con los que se estaba obligado. No es necesario que ninguno de ellos se encuentre en una especial situación de gravedad o que se prevea un empeoramiento de la situación, sino que se estima la existencia de un riesgo cuando quien está obligado no está presente para realizar su trabajo y atender en caso de necesidad.
- 597. —A—** De acuerdo a lo establecido en el Código Penal, es intruso el que ejerce una profesión sin contar con el correspondiente título académico o profesional. No es necesario para que exista el delito que el sujeto se atribuya de manera pública la cualidad de profesional, basta con que realice los actos propios de una actividad determinada, y ello porque este tipo delictivo pretende proteger no sólo el monopolio del ejercicio profesional, sino también porque se pretende proteger a los ciudadanos de una práctica inadecuada o realizada sin la necesaria formación.
- 598. —C—** Este tipo delictivo no requiere la producción de un resultado, sino que basta la creación de una situación de riesgo, y es natural consecuencia del avance de ciertas enfermedades infecto-contagiosas, como la hepatitis y el SIDA, que suelen estar ligadas a situaciones de marginalidad.

- 599. —A—** La corrección del acto profesional viene determinada en buena parte por la propia capacidad: a quien más sabe más se le exige, pero al que menos sabe se le exige que sepa más. Además, la cuestión de la capacidad está en relación directa con la actualización de conocimientos, a la cual está obligado todo profesional, de manera que se puede reprochar jurídicamente la desidia y el abandono del estudio y el complemento de formación en los profesionales.
- 600. —A—** Para valorar la corrección del acto profesional es necesario tener en cuenta las condiciones en las que se desarrolla la prestación, ya que no es lo mismo una actuación urgente, que una ordinaria; una prestación en un gran hospital, que otra en un pequeño dispensario o en carretera.



Bibliografía

- Benavent, A.; Ferrer, E. y Francisco C. Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21 Madrid: Difusión Avances de Enfermería DAE; 2000.
- Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Springer; 1999.
- Alfaro-LeFevre, R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997.
- Collière, M.F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1997.
- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. (3ª ed.) Madrid: Mosby/Doyma libros; 1996.
- Henderson, V. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1994.
- Hernández, F. Historia de la Enfermería en España (Desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid: Editorial Síntesis; 1996.
- Hernández Conesa, J. Historia de la Enfermería en España. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1995.
- Hernández Conesa, J. y Esteban Albert, M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1999.
- Johnson, M.; Maas, M. y Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). (2ª ed.) Madrid: Harcourt. Mosby; 2001.
- Luis, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson; 2000.
- Luis, M.T.; Fernández, C. y Navarro, M.V. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.
- May, D.C. Documento básico sobre enfermería. Ginebra: OMS; 1979.
- McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). (2ª ed.) Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
- Medina Moya, J.L.; Sandín Esteban, M.P. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado (I). Enfermería Clínica, Vol. 4, Núm. 5. Páginas 221-231.
- Medina Moya, J.L.; Sandín Esteban, M.P. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado (II). Enfermería Clínica, Vol. 5, Núm. 1. Páginas 33-44.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt; 2001.
- Orem, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat. Enfermería; 1993.
- Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- Siles, J. Historia de la Enfermería. Alicante: Editorial Aguaclara; 1999.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. y Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Zabalegui Yarnoz, A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería Clínica, Vol. 10, Núm. 6. Páginas 263-266.

Bibliografía

- Mompert García, M.P. Administración de servicios de Enfermería. Barcelona: Masson; 1995.
- Álvarez Nebreda, C.C. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- Huber, D. Liderazgo y administración en Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1996.
- Lamata, F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- Marriner Tomey, A. Guía de gestión y dirección de Enfermería. 6ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.
- Mompert García, M.P.; Durán, M. Administración y gestión. Colección Enfermería S21 Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001.
- Miralles, L.; Mompert, M.P. La gestión de personas en los servicios de salud. En Mompert, M.P. (coordinadora). Actualizaciones 2002, Enfermería S21, Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2002.
- Rubio Cebrián, S. Glosario de economía de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

B**Administración
y Gestión**

Bibliografía

- Medina Castellano, C D. Ética y Legislación. Colección enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2000.
- Casado, M. Materiales de Bioética y Derecho (1ª ed.) Barcelona: Cedecs; 1996.
- Gracia, D., Pellegrino, E., Siegler, M., Jonsen, A., Ten Have, H. y Callahan, D. Limitación de prestaciones sanitarias (1ª ed.) Madrid: Edit. Fundación de Ciencias de la Salud; 1997.
- Gómez Heras, J. (coord.). Dignidad de la vida y manipulación genética (1º ed.). Madrid: Edit. Biblioteca Nueva; 2002.
- Feyto, L. Estudios de Bioética (1ª ed.) Madrid: Edit. Dykinson; 1997.
- Palacios, M. Bioética 2000 (1ª ed.) Oviedo: Edit. Nobel; 2000.



**SERIE DE LIBROS DE TEST
CON RESPUESTAS COMENTADAS
OTROS TÍTULOS**



- Médico-Quirúrgica
- Urgencias en Enfermería



- Enfermería del Niño y Adolescente
- Enfermería de la Mujer
- Enfermería del Anciano



- Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental
- Relación y Comunicación
- Farmacología en Enfermería



- Enfermería Comunitaria
- Nutrición y Dietética

La Enfermería Viva

Una obra relevante destinada tanto a profesionales para la preparación de pruebas de selección de personal y de acceso a la formación especializada, como a estudiantes como una forma fácil de repaso de las diversas asignaturas y un instrumento para la preparación de los exámenes. Los textos abarcan todos los contenidos del curriculum básico y han sido elaborados por diversos autores, especialistas en cada uno de los temas, con referencia a las más recientes publicaciones de cada área, notablemente la colección Enfermería S21, sugiriéndose otras obras modernas de consulta.

Las respuestas comentadas ayudan a la comprensión de los aspectos presentes en cada pregunta, evitando que el texto sea simplemente de memorización de la respuesta adecuada.

El formato facilita la lectura y respuesta individual de cada bloque de preguntas, con la inclusión de un formulario de respuestas, en la que cada lector puede registrar sus contestaciones para la posterior consulta del comentario de la respuesta correcta.

ISBN 84-95626-39-X



0 788495 626394