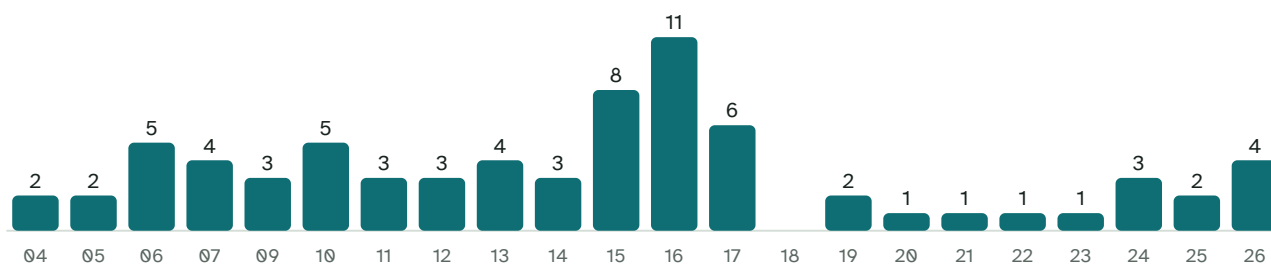


Modelos y teorías de enfermería

Los modelos y teorías de enfermería son el tema de Fundamentos que más preguntas acumula en el EIR: el metaparadigma, los paradigmas y las escuelas de Kérrouac, y el vocabulario propio de cada teórica (las fases de Peplau, los sistemas de Orem, los modos de Roy, las fuentes de dificultad de Henderson o los niveles de Benner). Casi todas las preguntas se resuelven asociando un término con su autora, así que el tema se organiza por escuelas y cada teórica lleva sus palabras clave en **negrita**. Muchas preguntas son anteriores a 2016 y tienen la respuesta reconstruida por un tercero; se indica cuando procede.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



74 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución) (5 exámenes)
- Orem: sistemas de enfermería (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación) (4 exámenes)
- Leininger: fundadora de la enfermería transcultural (persona unida a su cultura) (3 exámenes)
- Conceptos metaparadigmáticos: persona, entorno, salud y cuidado/enfermería (3 exámenes)
- Roy: autora del modelo de adaptación (2 exámenes)
- Henderson: fuentes de dificultad/dependencia (fuerza, voluntad, conocimientos) (2 exámenes)
- Paradigma de categorización, orientación a la enfermedad: características (2 exámenes)
- Benner: niveles de práctica de principiante a experta (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Disciplina, metaparadigma y niveles del conocimiento enfermero	7
2. Los paradigmas de K�rouac: categorización, integración y transformación	12
3. Las escuelas de pensamiento de K�rouac	16
4. Nightingale y la escuela de las necesidades: Henderson, Maslow y Collière	20
5. Orem: teoría del déficit de autocuidado	26
6. Escuela de la interacción: Peplau, Orlando, Wiedenbach y King	32
7. Escuela de los efectos deseables: Roy, Neuman, Levine y Johnson	37
8. Ser humano unitario, caring y promoción de la salud: Rogers, Leininger, Watson y Pender	40
9. Benner (filosofía) y Riegel (teoría de rango medio)	44
Todas las preguntas del tema (79)	47
Preguntas que también podrían ser de este tema (3)	68
Solucionario	69
Fuentes	73

Resumen para repasar

1. Disciplina, metaparadigma y niveles del conocimiento enfermero

- **Metaparadigma** (Fawcett, 1978-1984): **persona, entorno, salud y enfermería** (o **cuidado**); la enfermedad queda dentro de salud ^{F2,F4}.
- En 2005 Fawcett cambió «persona» por **«seres humanos»** ^{F4}.
- Disciplina según K rouac: el **cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud** ^{F6,F59}.
- Raile Alligood y Marriner: **filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias** ^{F10,F11}.
- Criterios para analizar una teoría: **claridad** (terminología y estructura), **simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles** ^{F60}.
- Los modelos guían la práctica **clínica, docente, gestora e investigadora** ^{F6}.
- Sch n: **conocimiento en la acción, reflexión en la acción** (mientras se actúa) **y reflexión sobre la acción** (sobre lo ya hecho) ^{F12,F61}.

2. Los paradigmas de K rouac: categorización, integración y transformación

- K rouac: paradigmas de **categorización, integración y transformación**; orientaciones a la **salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura al mundo** ^{F2}.
- Salud pública: la persona **puede cambiar su situación**; el foco es el **entorno** ^{F2}.
- Enfermedad: la persona **no participa en sus cuidados** (ser pasivo), se trabaja **para** ella y el cuidado se centra en la **enfermedad** y lo biológico ^{F2,F18}.
- Integración: cuidado de la salud **en todas sus dimensiones**, según la necesidad de ayuda y las **percepciones** de la persona ^{F2}.
- Transformación, el **paradigma actual**: la persona **orienta los cuidados según sus prioridades**; incluye las escuelas del **ser humano unitario** y del **caring** ^{F2,F5}.
- Secuencia histórica: **entorno/salud pública → enfermedad → persona → apertura al mundo** ^{F2}.

3. Las escuelas de pensamiento de K rouac

- Seis escuelas (K rouac): **necesidades, interacción, efectos deseables, promoción de la salud, ser humano unitario y caring** ^{F6}.
- Necesidades: **Henderson, Orem, Abdellah**. Interacción: **Peplau**, Orlando, King, Travelbee, Wiedenbach. Efectos deseables: **Roy**, Johnson, Levine, Neuman ^{F8,F9}.
- Promoción de la salud: **Allen**. Ser humano unitario: **Rogers**, Newman, Parse (visión **holística**). Caring: **Leininger, Watson** (cultura, valores y creencias) ^{F2,F8}.

4. Nightingale y la escuela de las necesidades: Henderson, Maslow y Collière

- Nightingale: la enfermedad es un **proceso reparador**; solo la naturaleza cura ^{F13}.
- Tras el aire fresco, lo que más necesitan los enfermos es la **luz** ^{F13}.
- Salud para Nightingale (1893): no solo estar bien, sino **usar bien todas las facultades que tenemos** ^{F57}.
- Henderson: **14 necesidades**; dependencia por **falta de fuerza, conocimiento o voluntad** ^{F17,F18}.
- Niveles de relación de Henderson: **sustituta, colaboradora (ayuda) y compañera** ^{F17}.
- Maslow: **fisiológicas** → **seguridad** → **amor y pertenencia** → **estima** → **autorrealización** ^{F14,F15}.
- Maslow: **metanecesidades**, la necesidad de perseguir los **valores B**, que motivan a quien ya se autorrealiza; en el mismo continuo que las básicas y, según Guest, un **sexto nivel** ^{F62}.
- Collière: cuidar es **mantener la vida** asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades ^{F16}.

5. Orem: teoría del déficit de autocuidado

- Orem: tres teorías, **autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería**; «necesidades fundamentales» es de Henderson ^{F17,F30}.
- **Agencia de autocuidado**: la capacidad de cuidarse (conocimiento, habilidad y motivación); **agencia de cuidado dependiente**: la de un adulto responsable que cuida de quien depende de él ^{F30,F32}.
- Requisitos **universales, del desarrollo y de desviación de la salud** ^{F30}.
- Sistemas: **totalmente compensador** (paciente inconsciente), **parcialmente compensador** y **de apoyo-educación** ^{F30,F31,F32}.
- Cinco métodos de ayuda: **actuar por otro, guiar, apoyar (física o psicológicamente), entorno favorable al desarrollo y enseñar** ^{F31}.

6. Escuela de la interacción: Peplau, Orlando, Wiedenbach y King

- Peplau (1952): enfermería como proceso **significativo, terapéutico e interpersonal** ^{F20,F22}.
- Fases: **orientación, identificación, explotación (aprovechamiento) y resolución** ^{F20,F24}.
- Roles: **extraña, persona recurso, docente, líder, sustituta y consejera** (después, experta técnica) ^{F23}.
- El rol de **extraña** corresponde al primer encuentro y exige un trato **respetuoso** ^{F23}.
- Rol de **sustituta**: la enfermera ocupa el lugar de alguien significativo y el paciente **puede transferirle**, sin darse cuenta, conductas o emociones ligadas a esa persona ^{F23}.
- Orlando: **proceso deliberativo** (conducta del paciente, reacción y acción de la enfermera). Wiedenbach: **Clinical Nursing: A Helping Art**. Hall: **núcleo, cuidado y curación** ^{F28,F29,F36}.

7. Escuela de los efectos deseables: Roy, Neuman, Levine y Johnson

- Roy: **modelo de adaptación**; estímulos **focal, contextual y residual** ^{F35,F39}.
- Modos: **fisiológico-físico, autoconcepto, función del rol e interdependencia** (no «dependencia») ^{F43}.
- Neuman: **líneas de resistencia**, mecanismos protectores frente al estresor; líneas **normal y flexible de defensa** ^{F44}.
- Levine: **conservación** (energía, integridad estructural, personal y social) ^{F38}.
- Subsistemas de Roy: **regulador** (neuronal, químico, endocrino) y **relacionador** (cognitivo) ^{F35,F56}.

8. Ser humano unitario, caring y promoción de la salud: Rogers, Leininger, Watson y Pender

- Rogers: **seres humanos unitarios, campos de energía** abiertos en **proceso mutuo** con el entorno ^{F40}.
- Leininger: **fundadora de la enfermería transcultural** (TCNS, 1974); modelo del **Sol Naciente** ^{F47,F49}.
- Modos de Leininger: **preservación, acomodación y reestructuración** de los cuidados culturales ^{F49}.
- Watson: **10 factores de cuidado**, hoy procesos caritas. Pender: **modelo de promoción de la salud** ^{F50,F51}.

9. Benner (filosofía) y Riegel (teoría de rango medio)

- Benner: **principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta** ^{F45}.
- **Eficiente**: ve la situación como un todo y reconoce lo más importante; **experta**: ya no necesita normas ni máximas ^{F45}.
- Riegel: **mantenimiento, monitorización y gestión** del autocuidado ^{F55}.

Puntos clave

- 1 Metaparadigma (Fawcett, 1984): **persona, entorno, salud y enfermería (cuidado)**; la enfermedad no forma parte de él ^{F2,F3,F4}.
- 2 K rouac: paradigmas de **categorización** (salud pública y enfermedad), **integración** (persona) y **transformación** (apertura al mundo, el actual) ^{F2}.
- 3 En la orientación a la **enfermedad** la persona **no participa en sus cuidados**; en la **transformación** orienta los cuidados según sus prioridades ^{F2}.
- 4 Seis escuelas de K rouac: **necesidades, interacción, efectos deseables, promoción de la salud, ser humano unitario y caring** ^{F6}.
- 5 Raile Alligood y Marriner: **filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias** ^{F10,F11}.
- 6 Henderson: **14 necesidades**; fuentes de dificultad: **fuerza, conocimiento y voluntad**; niveles: **sustituta, colaboradora y compañera** ^{F17}.
- 7 Orem: sistemas **totalmente compensador, parcialmente compensador y de apoyo-educación; agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente** ^{F30,F31,F32}.
- 8 Peplau (1952): enfermería como proceso **significativo, terapéutico e interpersonal**; fases **orientación, identificación, explotación y resolución** ^{F20,F22}.
- 9 Roy: modelo de **adaptación**; estímulos **focal, contextual y residual**; modos **fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia** ^{F35,F39,F43}.
- 10 Leininger: fundadora de la **enfermería transcultural**; **Sol Naciente**; preservación, acomodación y reestructuración ^{F47,F49}.
- 11 Benner: **principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta** ^{F45}.
- 12 Riegel: **mantenimiento, monitorización y gestión** del autocuidado ^{F55}.

1. Disciplina, metaparadigma y niveles del conocimiento enfermero

El **metaparadigma** es el nivel más general y abstracto de una disciplina: los pocos conceptos que delimitan su campo. Para la enfermería se atribuye a **Jacqueline Fawcett**, que ya había propuesto sus cuatro conceptos en 1978 y los consolidó en **1984** ^{F4}. Fawcett los enuncia como **persona, entorno, salud y enfermería** ^{F3,F4}; en español es frecuente llamar al cuarto concepto **cuidado**: todos los modelos y teorías de enfermería abordan la relación **persona, entorno, salud y cuidado** ^{F2}. En 2005 Fawcett cambió «persona» por «seres humanos», y hoy los enumera como seres humanos, entorno global, salud planetaria y actividades de los profesionales de la disciplina; el EIR pregunta la versión clásica ^{F4}.

Qué no es metaparadigma

Los cuatro conceptos son **persona, entorno, salud y enfermería (cuidado)** ^{F2,F4}. La **enfermedad** no es un concepto propio: para Fawcett la **salud** incorpora el bienestar y la enfermedad; y los **resultados** o la **intervención** tampoco, porque quedan dentro de **enfermería** (las acciones enfermeras, de la valoración a la evaluación, y sus resultados) ^{F4}. Un cuarteto con «enfermedad» o «paciente» en lugar de persona, entorno, salud y enfermería/cuidado no es el metaparadigma ^{F4}.

Kérouac y colaboradoras resumen el centro de interés de la **disciplina enfermera**: el **cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud** ^{F6}. Ferrer Arnedo lo cita así de «Kerouac (1996)», en su descripción de los modelos de cuidados: «la práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud» ^{F59}. Esa definición reúne los cuatro conceptos del metaparadigma en una sola frase ^{F6}.

EIR 2006 · 5

P72 · respuesta en el solucionario

Conceptos metaparadigmáticos: persona, entorno, salud y cuidado/enfermería

Se consideran conceptos metaparadigmáticos de los modelos de cuidados:

1. Las definiciones, los valores y los postulados.
2. Las premisas y los supuestos básicos.
3. Las teorías sobre las que se basa el modelo.
4. Los conceptos descritos y el método para su aplicación en la práctica.
5. Los conceptos de cuidado, persona, entorno y salud.

Conceptos metaparadigmáticos: persona, entorno, salud y cuidado/enfermería

Actualmente existe un consenso para considerar los fenómenos nucleares o paradigmáticos de la disciplina enfermera, en los constructos siguientes:

1. Asistencia, docencia, gestión e investigación.
2. Individuo, familia y comunidad.
3. Fomento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud.
4. Persona, entorno, salud y cuidados.
5. El rol disciplinar y las actividades interdependientes.

Conceptos metaparadigmáticos: persona, entorno, salud y cuidado/enfermería

¿Cuáles son los elementos metaparadigmáticos del pensamiento enfermero?:

1. Meta y sujeto de cuidado, problema enfermero, e intervención enfermera.
2. Persona, entorno, salud y enfermería.
3. Enfermedad, paciente, causa e intervención.
4. Persona, enfermedad, salud, cuidados y resultados.

Fawcett: origen del metaparadigma

¿En base a los estudios de qué autora se enunciaron los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno como elementos constitutivos del núcleo de la disciplina enfermera o metaparadigma?:

1. Rosalinda Alfaro-LeFevre.
2. Suzanne Kérourac.
3. Jacqueline Fawcett.
4. Afaf Ibrahim Meleis.
5. Patricia Benner.

Kérouac: definición de disciplina enfermera

El enunciado formulado por Kérouac et al., como: “la enfermería se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”, se refiere al concepto de:

1. Profesión enfermera.
2. Enfermería comunitaria.
3. Disciplina enfermera.
4. Enfermería de salud pública.
5. Investigación enfermera.

Niveles de los trabajos teóricos (Raile Alligood y Marriner Tomey). En su manual *Modelos y teorías en enfermería*, estas autoras ordenan los trabajos teóricos en **filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias**, de más a menos abstractos ^{F11}. La 10.^a edición española (Elsevier, 2022) mantiene esa estructura en sus unidades: «Filosofías enfermeras», «Modelos conceptuales en enfermería», «Teorías y grandes teorías» y «Teorías de nivel medio» ^{F10}.

Nivel (Raile Alligood y Marriner)	Autoras en la 10. ^a edición española
Filosofías	Nightingale, Watson, Benner, Martinsen (filosofía de la asistencia), Ray, Eriksson ^{F10}
Modelos conceptuales	Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy, Johnson ^{F10}
Teorías y grandes teorías	Boykin y Schoenhofer, Meleis (transiciones), Pender, Leininger, Newman, Parse, Erickson-Tomlin-Swain, Husted ^{F10}
Teorías de nivel medio (intermedias)	Mercer, Mishel, Reed, Wiener y Dodd, Eakes, Kolcaba, Beck, Swanson, entre otras ^{F10}

La clasificación depende de la fuente

La propia Meleis presenta la teoría de las transiciones como una **teoría emergente de rango medio** ^{F42}, y Riegel llama a la suya **teoría de rango medio** del autocuidado de las enfermedades crónicas ^{F55}; en cambio, la 10.^a edición española de Raile Alligood coloca a Meleis entre las «teorías y grandes teorías» ^{F10}. Benner es **filosofía** en esa edición ^{F10}.

Criterios para analizar una teoría. Varios autores proponen analizar un modelo o una teoría con cinco criterios: **claridad, simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles** (Chinn y Kramer) ^{F60}. La **claridad** se refiere a la coherencia de la **terminología y la estructura** («¿cómo de clara es la teoría?»); la **simplicidad** responde a «¿cómo de simple es?»; la **generalidad** se refiere al alcance de los conceptos y al propósito de la teoría (Alligood); la **precisión empírica** está ligada a que la teoría se pueda **contrastar y utilizar** (Alligood) y responde a «¿cómo de accesible es?»; y las **consecuencias deducibles** responden a «¿cómo de importante es la teoría?» ^{F60}.

Raile y Marriner: análisis de la claridad (semántica y estructura)

Raile y Marriner en sus estudios sobre los trabajos teóricos en enfermería, revisan diferentes aspectos entre los que están los referidos a la semántica y estructura. Este análisis del marco teórico concreto hace referencia a:

1. La simplicidad.
2. La generalidad.
3. La precisión empírica.
4. Las consecuencias deducibles.
5. La claridad.

Para qué sirven los modelos. Según la reseña de la obra de K  rouac, todas las escuelas, cada una con su énfasis, **son guías para la práctica clínica, docente, gestora e investigadora** ^{F6}. En la misma línea, K  rouac presenta los modelos conceptuales como reflejo de la riqueza del saber enfermero y como guías para la **práctica, la formación, la investigación y la gestión** del cuidado ^{F5}. Un modelo no sustituye al proceso enfermero ni se limita a la práctica asistencial: orienta los cuatro ámbitos profesionales ^{F5,F6}.

Práctica reflexiva (Donald Sch  n). Sch  n describe cómo aprende y actúa un profesional práctico: el **conocimiento en la acción** es el tipo de conocimiento que revelamos en nuestras acciones inteligentes ^{F12}. Sch  n distingue entre **reflexión en la acción** y **reflexión sobre la acción** ^{F61}. La **reflexión en la acción** se realiza **en el presente, en medio de la acción**, como un pensar que permite reorganizar lo que se está haciendo **mientras se realiza** ^{F61}. La **reflexión sobre la acción** retoma el pensamiento sobre **lo que se ha hecho** para descubrir cómo el conocimiento en la acción pudo contribuir a un resultado inesperado; puede hacerse **después** del hecho o en medio de la acción, al detenerse a pensar ^{F61}. Son, por tanto, tres conceptos de Sch  n: **conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la acción** ^{F12,F61}; F12 presenta además el **prácticum reflexivo** como primera dimensión de su propuesta ^{F12}.

Raile y Marriner: clasificación de los trabajos teóricos enfermeros

Raile y Marriner , clasifican los trabajos teóricos enfermeros en:

1. Filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias.
2. Escuelas: De las necesidades, la interacción, los efectos deseables, la promoción de la salud, del ser humano unitario y del caring.
3. Paradigmas: Categorización, integración y transformación.
4. Orientaciones: Ecologista, existencialista, cósmica y sociológica.

Ventajas del uso de modelos de cuidados

De las afirmaciones que aparecen a continuación señale la que representa una ventaja del uso de los Modelos de Cuidados:

1. Es una representación práctica de la teoría enfermera.
2. Ayuda a desarrollar los diferentes ámbitos de la práctica profesional (clínica, docencia, gestión e investigación).
3. Es una herramienta de exclusiva aplicación en la práctica asistencial.
4. Ayuda a difuminar la aportación enfermera en la asistencia integral que proporciona el equipo interdisciplinario.
5. Representa una mejora en la utilización de los recursos, ya que su uso exime de la utilización del proceso de atención de enfermería.

Schön: componentes de la práctica reflexiva

Según Schön, ¿cuáles son los componentes de una “práctica reflexiva”?:

1. Conocimiento en la acción, reflexión en y durante la acción, y reflexión sobre la acción.
2. Observación del experto, conceptualización y repetición de lo observado.
3. Conocer, saber cómo hacer, mostrar cómo se hace y hacer.
4. Observar, reflexionar y hacer.

2. Los paradigmas de K  rouac: categorización, integración y transformación

Suzanne **K  rouac** y colaboradoras (*El pensamiento enfermero*, 1996) describen las corrientes de pensamiento enfermero como **paradigmas** ^{F2,F18}. La historia de la disciplina está atravesada por tres grandes paradigmas: el de la **categorización**, subdividido en dos orientaciones, hacia la **salud pública** y hacia la **enfermedad** (1850-1950); el de la **integración** (1950-1975), con orientación hacia la **persona**, y el de la **transformación** (desde 1975), que supone una **apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo** ^{F2}.

Paradigma	Orientación y época	Persona	Salud	Cuidado
Categorización	Salud pública (1850-1950, periodo común a las dos orientaciones de la categorización) ^{F2}	Tiene capacidad para cambiar su situación de salud ^{F2}	El entorno externo permite prevenir la enfermedad y recuperar la salud ^{F2}	Reglas aprendidas para dar un entorno adecuado que permita a la naturaleza actuar ^{F2}
Categorización	Enfermedad (1850-1950) ^{F2}	No participa en sus cuidados ; es la suma de partes independientes; ser pasivo receptor de cuidados ^{F2}	Ausencia de enfermedad ^{F2}	Suplir las incapacidades y déficits; se trabaja para las personas; atención centrada en la esfera biológica ^{F2,F18}
Integración	Persona (1950-1975) ^{F2}	Un todo formado por partes interrelacionadas (bio-psico-social) que participa activamente en sus cuidados ^{F2}	Un ideal que conseguir; salud y enfermedad son entidades distintas que coexisten ^{F2}	Mantener la salud en todas sus dimensiones , tras identificar la necesidad de ayuda y considerar sus percepciones ^{F2}
Transformación	Apertura al mundo (desde 1975 ^{F2})	Un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades , en relación mutua y simultánea con el entorno ^{F2}	Una experiencia y un valor que cada persona vive de forma distinta ^{F2}	Busca el bienestar tal como la persona lo define ; la enfermera y la persona se benefician ambas ^{F2}

La **orientación hacia la enfermedad** es la que más cae en casos. La persona **no participa en sus cuidados** y se la considera un **ser pasivo receptor de cuidados**; la salud es la ausencia de enfermedad, y el cuidado lo aplica la enfermera experta en conocimientos y habilidades para **suplir las incapacidades y déficits** de la persona, con las atenciones dirigidas sobre todo a la **esfera biológica** y al cumplimiento de acciones delegadas por el médico ^{F2}. El cuidado está **orientado hacia la enfermedad**, bajo el principio de causa-efecto ^{F18}. El paso de un paradigma a otro supone **dejar de trabajar para las personas** (categorización), dejar de **trabajar con ellas** (integración) y pasar a **estar con ellas** (transformación) ^{F18}.

Salud pública frente a enfermedad

Las dos orientaciones pertenecen al **mismo paradigma** (categorización). En la orientación a la **salud pública** la persona **tiene capacidad para cambiar su situación** y el foco es el **entorno** (en Nightingale, aire, luz, limpieza ^{F13}); en la orientación a la **enfermedad** la persona **no participa** y el foco es la **enfermedad** ^{F2}. «Orienta los cuidados según sus prioridades» es de la **transformación** ^{F2}.

La **secuencia histórica** es, por tanto: **entorno/salud pública** → **enfermedad** → **persona** → **apertura al mundo** (la persona en relación mutua con su entorno) ^{F2}. Aun así, hay autoras que sostienen que **no existe un paradigma dominante** que aclare la práctica, porque la complejidad de las respuestas humanas dificulta que un solo modelo las explique ^{F2}.

El paradigma actual. Según Nowicki (2022), en la actualidad la disciplina atraviesa la corriente de pensamiento conocida como **paradigma de la transformación** ^{F2}. Este paradigma presenta una visión actualizada que permite una **apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo** ^{F2}. Las escuelas del **ser humano unitario** y del **caring** se agrupan en el paradigma de la transformación; las de las necesidades, la interacción, los efectos deseables y la promoción de la salud, en el de la **integración** ^{F5}.

★ Paradigma ↔ escuelas

Categorización: Nightingale (orientación a la salud pública) ^{F2}. **Integración** (orientación a la persona): escuelas de las **necesidades** (Henderson, Orem), la **interacción** (Peplau), los **efectos deseables** (Roy) y la **promoción de la salud** ^{F2,F5,F9}. **Transformación** (apertura al mundo): escuelas del **ser humano unitario** (Rogers) y del **caring** (Leininger, Watson) ^{F2,F5}. La visión que divide a la persona en partes independientes y centra el cuidado en la enfermedad y la esfera biológica es la de la **categorización**, no la de la integración ^{F2,F18}.

EIR 2007 · 2

P69 · respuesta en el solucionario

Kérouac: paradigmas de categorización, integración y transformación

Kérouac y colaboradoras agrupan las corrientes de pensamiento enfermero en los paradigmas de:

1. Categorización, integración y transformación.
2. Categorización, interrelación y transformación.
3. Categorización, relación y transformación.
4. Salud pública, enfermedad y persona.
5. Enfermedad, persona y apertura al mundo.

Evolución histórica de la orientación de los cuidados

A lo largo del tiempo, la orientación de los cuidados ha seguido la siguiente evolución:

1. Entorno, enfermedad, persona, interacción de la persona con su entorno.
2. Enfermedad, entorno, persona, interacción de la persona con su entorno.
3. Persona, enfermedad, interacción de la persona con su entorno.
4. De los cuidados de la salud a los cuidados de la enfermedad.
5. De prevención, fomento de la salud y de curación.

Paradigma de categorización, orientación a la enfermedad: características

Cuando los cuidados enfermeros tienen por finalidad eliminar la enfermedad de la persona, el rol de la enfermera se caracteriza por actuar por la persona y los cuidados se organizan por tareas, el centro de los cuidados se sitúa en:

1. La persona.
2. El entorno y la persona.
3. La persona y la salud.
4. El equilibrio salud-enfermedad.
5. La enfermedad.

Paradigma de categorización, orientación a la enfermedad: características

Según Kérouac y colaboradoras, dentro del paradigma de la categorización y desde la orientación “a la enfermedad”, la persona:

1. Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual.
2. Orienta los cuidados según sus prioridades.
3. No participa en sus cuidados.
4. Tiene la responsabilidad de cambiar su situación.

Orientación de los cuidados centrada en la persona

Los cuidados enfermeros dirigidos a la salud de la persona en todas sus dimensiones, y llevados a cabo evaluando sus necesidades de ayuda, para diseñar y ejecutar las acciones de cuidados que requiere teniendo en cuenta sus percepciones y prioridades, tienen una orientación hacia:

1. La persona.
2. La salud.
3. El entorno.
4. La interacción.
5. La enfermedad.

Paradigma actual: transformación

En cuanto al metaparadigma enfermero, señalar la respuesta correcta:

1. Una asunción es una teoría adoptada de otra disciplina
2. Los conceptos nucleares del metaparadigma son la persona, el medio ambiente, la enfermedad y la enfermería.
3. Actualmente nos situamos en el paradigma de transformación.
4. Las grandes teorías especifican cuándo aplicar unos cuidados concretos a una población concreta de pacientes.

Paradigma de transformación relacionado con la escuela del caring

Indique la respuesta correcta en relación con los paradigmas enfermeros definidos por Suzanne Kérrouac et al:

1. El paradigma de transformación se relaciona con la escuela del caring.
2. Hildegard Peplau, Dorothea Johnson y Callista Roy, se clasificarían dentro del paradigma de categorización.
3. El paradigma de integración representa al positivismo biomédico.
4. El paradigma de categorización se orienta hacia la persona.

3. Las escuelas de pensamiento de K rouac

Además de los paradigmas, **Suzanne K rouac** y colaboradoras agrupan los modelos de cuidados en **seis escuelas**: 1) de las necesidades, 2) de la interacción, 3) de los efectos deseables, 4) de la promoción de la salud, 5) del ser humano unitario y 6) del caring ^{F6}. La clasificación en escuelas es, por tanto, de K rouac; la de filosofías, modelos y teorías es de Raile Alligood y Marriner (sección 1) ^{F6,F11}.

Escuela	Idea central	Autoras	Paradigma
Necesidades	Parten de las necesidades o requisitos de la persona (14 necesidades de Henderson, requisitos de autocuidado de Orem) ^{F17,F30}	Henderson, Orem, Abdellah ^{F8}	Integración ^{F5}
Interacción	El proceso de interacción enfermera-paciente ; inspirada en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo ^{F9}	Peplau, Paterson y Zderad, King, Orlando, Travelbee, Riehl-Sisca, Wiedenbach ^{F9}	Integración ^{F5}
Efectos deseables	Los resultados que buscan los cuidados: adaptación (Roy), conservación (Levine), estabilidad del sistema (Neuman) ^{F38,F43,F44}	Roy, Johnson, Levine, Neuman ^{F8}	Integración ^{F5}
Promoción de la salud	—	Moyra Allen ^{F8}	Integración ^{F5}
Ser humano unitario	La concepción unitaria de la persona ^{F8}	Rogers, Newman, Parse ^{F8}	Transformación ^{F5}
Caring	Corriente existencialista del cuidado ^{F8} ; en la transformación, el cuidado incluye el respeto por las creencias espirituales y culturales de la persona ^{F2}	Leininger, Watson ^{F8}	Transformación ^{F5}

Ser humano unitario y visión holística. En el paradigma de la transformación, la persona se entiende como un **todo indivisible** ^{F2}. Rogers, figura central de esta escuela, concibe al ser humano como un **todo irreducible**, más y distinto que la suma de sus partes ^{F40}. Es la escuela en la que la concepción **holística** (unitaria) de la persona alcanza todo su significado ^{F2,F40}.

Caring y cultura. En el paradigma de la transformación, la influencia del entorno ya no es solo social, sino también **cultural y espiritual**, y el cuidado incluye el **respeto por las creencias personales, espirituales y propias de la cultura** ^{F2}. **Leininger**, que forma parte de la escuela del caring, centra su teoría en la cultura ^{F2,F20}; por eso los modelos que centran el cuidado en la **cultura, los valores y las creencias** de la persona se integran, junto con el de **Watson**, en la **escuela del caring** ^{F2,F8}.

Seis escuelas

Ne-In-E-Pro | **Uni-Ca**: **Necesidades** (Henderson, Orem, Abdellah), **Interacción** (Peplau, King, Orlando, Wiedenbach, Travelbee), **Efectos** deseables (Roy, Johnson, Levine, Neuman), **Promoción** de la salud (Allen) | ser humano **Unitario** (Rogers, Newman, Parse), **Caring** (Leininger, Watson). Las cuatro primeras, integración; las dos últimas, transformación.

EIR 2006 · 104

P70 · respuesta en el solucionario

Kérouac: autora de la clasificación de modelos en escuelas

La clasificación de los modelos de cuidados en escuelas es una forma de agrupación propuesta por:

1. Ann Marriner.
2. Paul Beck.
3. Suzanne Kérouac.
4. Callista Roy.
5. Virginia Henderson.

EIR 2013 · 22

P48 · respuesta en el solucionario

Kérouac: escuelas de pensamiento enfermero (lista)

La clasificación que propone Kérouac y colaboradoras para agrupar los modelos de cuidados incluye las Escuelas de:

1. Las necesidades, la interacción, los efectos deseables, la promoción de la salud, el ser humano unitario y el caring.
2. Las necesidades, la naturalista, los efectos deseables, la integración, el ser humano unitario y el caring.
3. Las necesidades, la suplencia y ayuda, los campos energéticos, los sistemas, la existencialista y el caring.
4. Las necesidades humanas, la interacción y relación, los efectos deseables, la promoción de la salud y la existencialista.
5. Las necesidades humanas, los patrones de respuesta humana, el ser humano unitario, los campos energéticos y el caring.

Escuela del ser humano unitario (Rogers, visión holística)

Según la clasificación propuesta por Kérrouac y colaboradoras, el modelo de cuidados de Martha Rogers está incluido en la escuela:

1. De las necesidades.
2. Del ser humano unitario.
3. De la promoción de la salud.
4. De los efectos deseables.
5. De la interacción.

Escuela del ser humano unitario (Rogers, visión holística)

La concepción de la persona desde una perspectiva holística ha conseguido todo su significado a partir de los trabajos pertenecientes a la Escuela:

1. Del caring.
2. De la promoción de la salud.
3. De los efectos deseados.
4. De la integralidad.
5. Del ser humano unitario.

Peplau en la escuela de la interacción

De las teorizadoras que se enuncian, identifique la que se incluye en la Escuela de Interacción:

1. D. Orem.
2. J. Watson.
3. M. Rogers.
4. H. Peplau.
5. M. Allen.

Peplau en la escuela de la interacción

Dentro de la Escuela de Pensamiento de la Interacción, se incluye el modelo desarrollado por:

1. Faye Abdellah.
2. Callista Roy.
3. Dorothy Johnson.
4. Rosmarie Parse.
5. Hildegard Peplau.

Escuela del caring: modelos que incluye (Watson, cuidado cultural)

Dentro de la clasificación que proponen Kérouac y colaboradores, el Modelo de J. Watson se incluye en la Escuela de:

1. Las necesidades.
2. La interacción.
3. Los efectos deseables.
4. El ser humano unitario.
5. El caring.

Escuela del caring: modelos que incluye (Watson, cuidado cultural)

Según Kérouac y colaboradoras, los modelos de cuidados que fundamentan la concepción del cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de la persona, se integran en la Escuela de:

1. Las necesidades.
2. La interacción.
3. Los efectos deseables.
4. El ser humano unitario.
5. El caring.

4. Nightingale y la escuela de las necesidades: Henderson, Maslow y Collière

Florence Nightingale (1820-1910), considerada fundadora de la enfermería moderna, publicó *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not* (1859-1860) ^{F13,F20}. Para ella, **toda enfermedad es, en algún momento de su curso, un proceso reparador**: un esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de envenenamiento o de deterioro; y la enfermería debe **ayudar a ese proceso reparador** ^{F13}. Ni la cirugía ni la medicina curan: **solo la naturaleza cura**, y lo que tiene que hacer la enfermería es **poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él** ^{F13}.

El entorno. Según Nightingale, la enfermería debería significar el uso adecuado del **aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el silencio** y la elección y administración de la **dieta**, todo con el menor gasto de energía vital del paciente ^{F13}. El primer canon de la enfermería es mantener el aire que respira el paciente tan puro como el exterior, sin enfriarlo; y, **después del aire fresco, lo que más necesitan los enfermos es la luz**, y no solo luz, sino luz solar directa ^{F13}. Para la salud de las casas señala cinco puntos esenciales: aire puro, agua pura, drenaje eficiente, limpieza y **luz** ^{F13}. Las mismas leyes de la salud valen **para los sanos y para los enfermos** ^{F13}.

Su obra se sitúa en el **paradigma de la categorización con orientación hacia la salud pública**: la persona tiene capacidad para cambiar su situación de salud; el **entorno** está formado por **elementos externos** que permiten tanto la prevención de la enfermedad como la recuperación de la salud; el paciente debe poner su capacidad al servicio de la naturaleza para que esta cure, y el **cuidado** consiste en proporcionar el entorno adecuado para que la naturaleza actúe ^{F2}. Leer su obra en términos de persona, salud, entorno y cuidado es una interpretación posterior: el metaparadigma se formuló en 1978-1984 ^{F4}.

La salud según Nightingale. En su ensayo *Sick-nursing and health-nursing* (1893) definió el concepto de «enfermería de la salud» (*health-nursing*) y dejó esta idea de salud: «la salud no es solo estar bien, sino **usar bien todas las facultades que tenemos**» (*Health is not only to be well, but to use well every power we have*) ^{F57}.

EIR 2016 · 231

P22 · respuesta en el solucionario

Nightingale: la enfermedad como proceso reparador

Para Florence Nightingale la enfermedad se correspondía con:

1. Un proceso reparador.
2. Una dolencia, vulnerabilidad.
3. Lo que puede valorarse físicamente y espiritualmente.
4. Defecto congénito o adquirido.

Nightingale: elementos del entorno saludable (luz)

Uno de los elementos principales, que describe Florence Nightingale para crear un entorno positivo o saludable es:

1. Alimentación.
2. Luz.
3. Descanso.
4. Eliminación.
5. Seguridad.

Nightingale: interés por el control del medio ambiente y la naturaleza

La autora que mostró en sus escritos su interés por el control del medio ambiente, así como la importancia de la influencia de la Naturaleza en la salud de las personas es:

1. V. Henderson.
2. H. Peplau.
3. F. Nightingale.
4. M. Leininger.
5. D. Orem.

Nightingale: definición de los conceptos metaparadigmáticos

Los conceptos metaparadigmáticos de Persona (como paciente), Salud (como ausencia de enfermedad y capacidad para utilizar plenamente los recursos), Entorno (como conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto sanas como enfermas) y Cuidado (como aportación propia de la enfermera a la atención de la salud) son planteados por una de las siguientes teóricas de la enfermería:

1. Callista Roy.
2. Hildegard Peplau.
3. Florence Nightingale.
4. Virginia Henderson.

Virginia Henderson es la autora más conocida de la **escuela de las necesidades**, junto con Orem y Abdellah ^{F8}. Su definición de enfermería: **la función propia de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios** ^{F20}. El Consejo Internacional de Enfermeras sitúa esta definición a finales de los años cincuenta ^{F21}.

Independencia, dependencia y fuentes de dificultad. La persona es **independiente** cuando satisface sus **14 necesidades** gracias a la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; si no, se encuentra en un estado de

dependencia ^{F17}. La dependencia se relaciona con **tres causas o fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad** ^{F17,F18}.

- **Las 14 necesidades** (los 14 componentes de los cuidados enfermeros) ^{F17,F36}.
- 1. Respirar normalmente. 2. Comer y beber adecuadamente. 3. Eliminar los desechos corporales ^{F17}.
- 4. Moverse y mantener posturas deseables. 5. Dormir y descansar ^{F17}.
- 6. Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. 7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno ^{F17}.
- 8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel. 9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros ^{F17}.
- 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, miedos y opiniones. 11. Rendir culto según la propia fe ^{F17}.
- 12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro. 13. Jugar o participar en diversas formas de ocio. 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y a la salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles ^{F17}.

Niveles de la relación enfermera-paciente. Cuando una necesidad se altera, la enfermera actúa como **sustituta, colaboradora (ayuda) y compañera** del paciente y su familia ^{F17}. La enfermería se orienta a **suplir** a la persona cuando no puede hacerlo o a **ayudarla a desarrollar lo que le falta** (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su **independencia** ^{F18}. Como la enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para satisfacer las **necesidades básicas**, trabajar con el modelo de Henderson supone centrar la atención en esas necesidades y en la **independencia** de la persona para satisfacerlas ^{F17,F18}.

No confundir las estructuras de cada autora

Henderson: niveles de relación (sustituta, colaboradora o ayuda, compañera) y fuentes de dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad) ^{F17}. **Peplau:** fases y roles (extraña, persona recurso, docente, líder, sustituta, consejera) ^{F23}. **Orem:** sistemas (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación) y métodos de ayuda (actuar por otro, guiar, apoyar, entorno para el desarrollo, enseñar) ^{F30,F31}. **Benner:** niveles de práctica (principiante → experta) ^{F45}.

EIR 2016 · 57

P33 · respuesta en el solucionario

Henderson: fuentes de dificultad/dependencia (fuerza, voluntad, conocimientos)

Las fuentes de dificultad de orden físico, psicológico, sociológico y relacionadas con falta de conocimiento y que causan dependencia a las personas, fueron clasificadas por:

1. D. Orem.
2. V. Henderson.
3. H. Peplau.
4. C. Roy.

Henderson: fuentes de dificultad/dependencia (fuerza, voluntad, conocimientos)

¿Cuáles son las fuentes de las manifestaciones de dependencia según Virginia Henderson?:

1. Los déficits de autocuidado.
2. Falta de fuerza, voluntad o conocimientos.
3. Las descompensaciones.
4. Las respuestas desadaptativas.

Henderson: modelo centrado en necesidades fundamentales

Una enfermera que basa su ejercicio profesional en el modelo conceptual de Virginia Henderson:

1. Centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona, y sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de estas necesidades.
2. Ve el cuidado de la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-cliente que favorece el desarrollo.
3. Basa sus actuaciones en estrategias de promoción de la adaptación de la persona que está en constante interacción con un entorno cambiante que influye en sus necesidades fundamentales.
4. Considera en sus cuidados, como una presencia auténtica, a la persona que va hacia su actualización y que, a través de sus experiencias de salud, crea conjuntamente para mejorar la calidad de vida, tal y como la persona y su familia la definen.
5. Organiza su actividad para satisfacer las necesidades de cuidados de la persona, con el sistema y modo de enfermería más adecuado.

Henderson: niveles de relación enfermera-paciente (sustitución, ayuda, acompañamiento)

Virginia Henderson describe la relación de la enfermera con el enfermo en la estructura siguiente:

1. Niveles: Sustitución. Ayuda. Acompañamiento.
2. Roles: Extraño. Persona recurso. Docente. Liderazgo. Sustituto. Asesoramiento.
3. Habilidades: Principiante. Principiante avanzado. Eficaz. Experto.
4. Modos de ayuda: Actuar por otro. Guiar a otro. Apoyar a otro. Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo. Enseñar a otro.
5. Estilos: Estimulación. Confirmación. Conservación y continuidad de la vida. Autoimagen. Compensación y sosiego.

Maslow, psicólogo, aportó la base de las teorías de necesidades. En *A theory of human motivation* (1943) organiza las necesidades humanas básicas en una **jerarquía de prepotencia relativa: fisiológicas → seguridad → amor, afecto y pertenencia → estima → autorrealización**; cuando las fisiológicas y las de seguridad están razonablemente satisfechas, emergen las de amor, afecto y pertenencia ^{F14,F15}.

Metanecesidades. Al estudiar a las personas que se **autorrealizan** (las que han alcanzado, o están alcanzando, todo su potencial), Maslow se preguntó qué las motiva, y encontró la motivación por **valores intrínsecos** (verdad, bondad, belleza, perfección, excelencia, simplicidad...), que trascienden el interés propio y a los que llamó **valores B** (*B-values*) ^{F62}. Acuñó los términos **metanecesidades** y **metamotivación** ^{F62}. En su artículo sobre la metamotivación, las metanecesidades tienen ciertas características que las diferencian de las **necesidades básicas**, pero están en el **mismo continuo** que ellas ^{F62}. Guest sostiene que Maslow acabó considerando las metanecesidades, la necesidad de perseguir valores intrínsecos que trascienden el interés propio, un **sexto nivel**, más allá de la necesidad de autorrealizarse, aunque nunca llegó a publicar la nueva lista ^{F62}.

EIR 2016 · 33

P81 · respuesta en el solucionario

Maslow: metanecesidades para la autorrealización

Según Maslow (1967) para que el ser humano se realice plenamente debe:

1. Satisfacer sus metanecesidades (necesidades B), una vez satisfechas sus necesidades básicas.
2. Satisfacer sus necesidades básicas (necesidades D).
3. Ser productivo y maduro.
4. Integrar sus impulsos más básicos en formas de acción culturalmente viables.

Marie-Françoise Collière (*Promover la vida*) define el cuidado como **un acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación** ^{F16}. De forma abreviada: **cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades** ^{F16}.

EIR 2006 · 2

P75 · respuesta en el solucionario

Maslow: orden de la jerarquía de necesidades

Abraham Maslow jerarquiza las necesidades humanas en el orden siguiente:

1. Fisiológicas, seguridad, autoestima, afecto y pertenencia y autorrealización.
2. Fisiológicas, seguridad, afecto y pertenencia, autoestima y autorrealización.
3. Seguridad, fisiológicas, autoestima, afecto y pertenencia y autorrealización.
4. Autoestima, seguridad, fisiológicas, afecto y pertenencia y autorrealización.
5. Fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Collière: concepción del cuidar

La concepción de cuidar como “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo” corresponde a:

1. D. Orem.
2. V. Henderson.
3. M.F. Collière.
4. H. Peplau.

5. Orem: teoría del déficit de autocuidado

Dorothea E. Orem (escuela de las necesidades) formula una **teoría general del déficit de autocuidado** compuesta por **tres teorías relacionadas**: la **teoría del autocuidado** (por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas), la **teoría del déficit de autocuidado** y la **teoría de los sistemas de enfermería** ^{F30,F34}. El **déficit de autocuidado** es el concepto central que da nombre al conjunto ^{F30}. Las **necesidades fundamentales** no son un concepto de Orem, sino de Henderson ^{F17,F30}.

Concepto de Orem	Definición
Autocuidado	Conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar ^{F30}
Agencia de autocuidado	La compleja capacidad desarrollada que permite a adultos y adolescentes discernir los factores que deben controlar o tratar para regular su propio funcionamiento y desarrollo ^{F30} ; requiere conocimiento, habilidad y motivación ^{F32}
Demanda de autocuidado terapéutico	La suma de actividades de autocuidado requeridas por la persona, en un lugar y momento determinados y durante un tiempo, para cubrir sus requisitos de autocuidado ^{F30}
Requisitos de autocuidado	Tres tipos: universales, del desarrollo y de desviación de la salud (estos últimos, vinculados a los estados de salud) ^{F30}
Déficit de autocuidado	Se produce cuando las habilidades de la persona para el autocuidado son menores que las necesarias para satisfacer la demanda de autocuidado ^{F30}
Agencia de cuidado dependiente	La compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables para hacer todo lo anterior por las personas que dependen de ellos (niños, adultos y mayores dependientes) ^{F30}
Agencia de enfermería	Atributo de las personas formadas como enfermeras: capacidad para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico ^{F30}
Factores condicionantes básicos	Diez: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, patrón de vida, sistema sanitario, sistema familiar, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos y entorno ^{F33}

Requisitos universales (ocho): mantenimiento de un ingreso suficiente de **aire** y de una ingesta suficiente de **agua** y de **alimentos**; cuidados asociados a la **eliminación**; equilibrio entre **actividad y descanso**; equilibrio entre **soledad e interacción social**; **prevención de peligros** para la vida y el bienestar, y promoción del **funcionamiento y desarrollo humano** dentro de los grupos sociales ^{F31}. La ingesta suficiente de líquidos es el ejemplo con el que la propia Orem y sus colaboradoras ilustran un requisito ^{F34}.



Agencia en los casos clínicos

Si la enfermera valora los **conocimientos, las habilidades y la motivación** de la persona para cuidarse, o detecta una **baja capacidad** para elegir o preparar alimentos, habla de **agencia de autocuidado** ^{F30,F32}. Si la capacidad para cubrir un requisito (por ejemplo, beber agua) está **disminuida** por un problema de salud, lo que falla es la **agencia de autocuidado**, y aparece un **déficit** frente a la demanda ^{F30}. Si quien cuida es un **allegado** del que la persona depende, es **agencia de cuidado dependiente** ^{F30}.

EIR 2006 · 6

P71 · respuesta en el solucionario

Orem: conceptos clave del modelo (déficit de autocuidado; las necesidades fundamentales no son de Orem)

El concepto de déficit de autocuidado es:

1. Expresado por Henderson.
2. Un elemento clave de la teoría desarrollada por Orem.
3. Un concepto común a diferentes modelos.
4. La naturaleza del cuidado.
5. Un concepto que tiene su mayor significado en atención primaria.

EIR 2012 · 9

P51 · respuesta en el solucionario

Orem: conceptos clave del modelo (déficit de autocuidado; las necesidades fundamentales no son de Orem)

¿Cuál de los elementos siguientes NO es clave en el Modelo de D.E. Orem?:

1. Autocuidados.
2. Demanda de autocuidados.
3. Necesidades fundamentales.
4. Agencia de autocuidado.
5. Déficit de autocuidado.

EIR 2007 · 7

P67 · respuesta en el solucionario

Orem: requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud

D. Orem agrupa los requerimientos de cuidados de la persona en los grupos de autocuidado:

1. Universal, ciclo vital y especiales.
2. Básicos y psicosociales, por etapas de la vida y según las desviaciones de salud existentes.
3. Universal, de desarrollo y de desviación de la salud.
4. De promoción, prevención y recuperación de la salud y de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
5. Personales, familiares y comunitarios.

Orem: agencia de autocuidado aplicada a casos clínicos

Señale la respuesta correcta. Atiende a Sara, una mujer de 36 años, que trabaja como profesora infantil, que ha sido diagnosticada de Diabetes Mellitus y que es madre de una niña de 18 meses, de la que es cuidadora principal. Durante el proceso de atención a Sara, usted la entrevista sobre aspectos como sus conocimientos sobre su cuidado, las habilidades desarrolladas para llevar a cabo acciones de cuidado y las motivaciones que van a hacer conseguir mantener los hábitos. Siguiendo el modelo de Orem, todo este conjunto de elementos que usted valora se conoce como:

1. Agencia de Autocuidado.
2. Factores Condicionantes Básicos.
3. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
4. Requisitos de Autocuidado.

Orem: agencia de autocuidado aplicada a casos clínicos

Felipe, que habitualmente acude a su consulta en el centro de salud, presenta actualmente un brote psicótico en el que el deseo de ingerir agua está condicionado por su ideación delirante de perjuicio, dando lugar a conductas de evitación. Indique, de acuerdo con el modelo de Dorothea Orem, qué elemento está disminuido para que se produzca un déficit en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

1. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
2. Agencia de Autocuidado.
3. Factores Básicos Condicionantes.
4. Capacidad de Cuidado Dependiente.

Orem: agencia de autocuidado aplicada a casos clínicos

Miguel es un hombre de 68 años de edad, sin limitaciones de movilidad, sensorial ni psíquicas. Es viudo desde hace 12 años y con sus dos hijos independizados tiene buena relación. Hace unas semanas fue diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2. Su enfermera de familia en la primera valoración ante esta nueva situación ha detectado una baja capacidad de elección de alimentos, cocinado de los mismos, horarios, ante este nuevo proceso vital. ¿A qué concepto se refiere su enfermera de familia con “una baja capacidad de...”?:

1. Agencia de Autocuidado.
2. Agencia de Autocuidado Dependiente.
3. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
4. Requisitos de Autocuidado Universal.

Orem: agencia de cuidado dependiente

La persona que se ocupa del cuidado de otra, allegada o de su entorno, cuando ésta no puede hacerlo por sí misma, es descrita por Dorothea E. Orem con el constructo:

1. Agencia de autocuidado.
2. Agencia de enfermería.
3. Cuidadora informal.
4. Cuidadora familiar.
5. Agencia de cuidado dependiente.

Orem: agencia de cuidado dependiente

D. Orem describe el significado de agencia de cuidado dependiente como:

1. Las capacidades desarrolladas y adquiridas por la enfermera en su proceso de formación y aprendizaje.
2. Las capacidades desarrolladas, o en proceso de desarrollo, que tiene una persona para ocuparse de los autocuidados de otra que depende de ella.
3. Las habilidades de la persona madura para satisfacer sus demandas de autocuidado siguiendo las recomendaciones de los profesionales.
4. La relación que se produce entre la enfermera y la persona que requiere de sus cuidados estableciendo un sistema de enfermería acordado entre ambas.
5. Las capacidades de la persona, desarrolladas o en proceso de desarrollo para satisfacer las demandas de los requisitos de desviación de la salud.

Teoría de los sistemas de enfermería. Según lo que la persona puede hacer por sí misma, la enfermera organiza los cuidados en **tres sistemas** ^{F30,F31}:

Sistema	Cuándo	Quién hace qué
Totalmente compensador	La persona no puede realizar ninguna actividad de autocuidado : dependencia total (p. ej., paciente inconsciente) ^{F31}	La enfermera suple al individuo ^{F30}
Parcialmente compensador	La persona puede satisfacer parte de sus requisitos, pero no todos ^{F30}	La enfermera hace lo que el paciente no puede; el paciente hace lo que está a su alcance ^{F30}

Sistema	Cuándo	Quién hace qué
De apoyo-educación	La persona es capaz de realizar su autocuidado con ayuda de orientación, enseñanza y consejo F30,F32	La enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado ayudando con orientación, enseñanza y consejo para que la persona realice su autocuidado F32

Métodos (modos) de ayuda. Dentro de cualquier sistema, la enfermera puede usar **cinco métodos de ayuda:** **1) actuar en lugar de la persona** (actuar por otro), **2) guiar u orientar**, **3) apoyar física y psicológicamente**, **4) promover un entorno favorable al desarrollo personal** y **5) enseñar** F31. Otra traducción los resume como actuar compensando el déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo F30. El tercero consiste en **apoyar**, física o psicológicamente, a la persona ayudada F31.

EIR 2005 · 74

P76 · respuesta en el solucionario

Orem: sistemas de enfermería (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación)

Según el modelo de Dorothea Oren, ¿qué sistema de enfermería se utiliza cuando un individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado pero no todos?:

1. Sistema de compensación parcial.
2. Sistema interpersonal.
3. Sistema de compensación total.
4. Sistema social.
5. Sistema de apoyo educativo.

EIR 2007 · 8

P66 · respuesta en el solucionario

Orem: sistemas de enfermería (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación)

Una enfermera que atiende a un enfermo en coma ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y se propone planificar los cuidados desde la perspectiva de D. Orem, lo hará sobre la base de un sistema:

1. Parcialmente compensador.
2. Totalmente compensador.
3. De agencia de autocuidado en decadencia.
4. De entorno terapéutico.
5. Favorecedor del desarrollo.

Orem: sistemas de enfermería (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación)

Juan es un joven de 21 años que se encuentra en coma por un traumatismo craneoencefálico tras sufrir un accidente de motocicleta. La enfermera que le atiende se propone planificar los cuidados desde la perspectiva del Modelo de DE. Orem, ¿cuál es el sistema de enfermería más adecuado en este caso?:

1. Totalmente compensador.
2. Parcialmente compensador.
3. De apoyo y educación.
4. De dependencia total.
5. De nivel cuatro.

Orem: sistemas de enfermería (totalmente compensador, parcialmente compensador, apoyo-educación)

E. H. es una señora de 64 años, diagnosticada de hipertensión y atendida por su enfermera dentro del programa correspondiente. Las actividades que realiza la enfermera van dirigidas a regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado de E. H. La señora realiza su autocuidado y regula el ejercicio y desarrollo de su agencia de autocuidado. Esta organización de los cuidados es descrita por Orem como sistema:

1. Parcialmente compensatorio.
2. De apoyo-educación.
3. Totalmente compensatorio.
4. De complementación.
5. De regulación y desarrollo compartidos.

Rol de la enfermera ante paciente con depresión: soporte psicológico

Antonio es un adulto joven diagnosticado de depresión desde hace dos años. Actualmente trabaja como comercial pero está teniendo múltiples problemas con uno de sus compañeros de trabajo. El rol de la enfermera se centra en ser una presencia comprensiva para Antonio. De acuerdo con el modelo conceptual de Dorothea Orem, indique qué método de ayuda utiliza la enfermera para compensar la limitación de acción de Antonio.

1. Actuar por otra persona.
2. Guiar y dirigir.
3. Proporcionar soporte psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.

6. Escuela de la interacción: Peplau, Orlando, Wiedenbach y King

La **escuela de la interacción** centra su interés en el **proceso de interacción enfermera-paciente** y se inspira en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo ^{F9}. **Hildegard E. Peplau** (1909-1999), enfermera psiquiátrica, publicó *Interpersonal Relations in Nursing* en **1952** ^{F20}. Tras Nightingale, **las teorías y modelos de enfermería se inician con Peplau en 1952** y su teoría de las relaciones interpersonales ^{F22}.

Peplau define la enfermería como **un proceso significativo, terapéutico e interpersonal**, que funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de las personas ^{F22}. El eje de su modelo es la **relación interpersonal enfermera-paciente** ^{F22,F23}.

Las cuatro fases de la relación (1952) son **orientación, identificación, explotación (o aprovechamiento) y resolución** ^{F20,F24}. En la **orientación**, primer contacto, la enfermera y el paciente se conocen y la enfermera actúa como **extraña** ^{F23,F26}; en la **identificación**, el paciente deja de verla como extraña y la **identifica como un recurso de ayuda** ^{F24}.

Roles de la enfermera. Al cuidar, la enfermera adopta uno o varios de **seis roles de ayuda: extraña (desconocida), persona recurso, docente, líder, sustituta y consejera**; más tarde se añadió un séptimo, **experta técnica** ^{F23}. El rol de **extraña** aparece cuando la enfermera y el paciente se encuentran por primera vez y empiezan a conocerse: exige un trato **respetuoso** y sin juicios ^{F23}. En el rol de **sustituta**, la enfermera actúa como defensora o **sustituta de otra persona muy conocida por el paciente** (un progenitor, un hermano, otro familiar, un amigo o un profesor): el paciente puede **transferir inconscientemente** a la enfermera conductas o emociones ligadas a esa persona significativa, y la enfermera aborda esa reacción y le ayuda a reconocer las diferencias y las semejanzas entre ella y la otra persona ^{F23}. En la lista no hay ningún rol de «conocida» ^{F23}.

Fases y roles de Peplau: trampas

Las fases son **orientación, identificación, explotación (aprovechamiento) y resolución**; ni «intervención» ni «exploración» son nombres de Peplau (la pregunta EIR2011-011 dice «exploración», pero la única autora que encaja es Peplau) ^{F20,F24}. En 1997 la propia Peplau describió **tres** fases de la relación ^{F25}; en el EIR se preguntan las cuatro de 1952. Las fuentes consultadas sitúan el rol de **extraña** en el primer encuentro, es decir, en la **orientación** ^{F24,F26}; en EIR2012-010 (respuesta reconstruida por un tercero) el enunciado lo coloca en la identificación del problema, pero el rol descrito, tratar con respeto a un desconocido, sigue siendo el de **extraña** ^{F23}. En un caso clínico publicado, durante la identificación la enfermera ejerce el rol de **persona recurso** ^{F24}.

Peplau: primer modelo conceptual publicado (1952)

El primer modelo conceptual publicado en 1952 con la denominación de “Relations in Nursing”, fue descrito por:

1. Jacqueline Fawcett.
2. Virginia Henderson.
3. Hildegard Peplau.
4. Faye Abdellah.
5. Callista Roy.

Peplau: enfermería como proceso interpersonal terapéutico

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo de Hildegard Elizabeth Peplau es correcta?:

1. El eje básico de su modelo es el establecimiento de la relación enfermera, paciente y familia.
2. Las fases de la relación interpersonal de su modelo son orientación, identificación, intervención y resolución.
3. Define la Enfermería como un concepto interpersonal terapéutico y significativo.
4. En el rol de sustituto, la enfermera no establece vínculo alguno con el paciente.

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución)

Las fases que contempla el modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, son:

1. De orientación, identificación, aprovechamiento y de resolución.
2. De orden físico, psicológico y social.
3. Estímulos focales, contextuales y residuales.
4. De identificación, autoconcepto y dominio de su rol.
5. Sistemas de compensación total, parcial y de apoyo educativo.

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución)

¿Qué teórica de la Enfermería desarrolla la relación enfermera-paciente describiendo las fases de orientación, identificación, exploración y resolución?:

1. Callista Roy.
2. Margaret A. Newman.
3. Nancy Roper.
4. Hildegard Peplau.
5. Virginia Henderson.

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución)

Las fases de la relación enfermera-paciente son las siguientes: Fase de Orientación, Fase de Identificación, Fase de Aprovechamiento y Fase de Resolución. Estas fases o etapas forman parte de:

1. Teoría de las Transiciones.
2. Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal.
3. Modelo de Relaciones Interpersonales.
4. Filosofía de la Asistencia.

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución)

Dentro de los enunciados teóricos desarrollados por Peplau, destaca:

1. La importancia de los conceptos de necesidad, independencia y dependencia.
2. El significado que da a los niveles que establece la enfermera en relación con el enfermo. Sustitución, ayuda, guía, asesoría y acompañamiento.
3. El concepto de conservación, que describe en base a los principios de: Energía e integridad estructural, personal y social.
4. La relación interpersonal enfermera - paciente, que divide en cuatro fases: Orientación, identificación, explotación y resolución.

Peplau: fases de la relación enfermera-paciente (orientación, identificación, aprovechamiento/explotación, resolución)

El modelo de enfermería en el que se describen cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución, corresponde a:

1. Hildegard Peplau.
2. Marjory Gordon.
3. Dorotea Orem.
4. Callista Roy.

Peplau: roles/funciones de la enfermera (desconocida/extraña, persona recurso, sustituta, consejera)

Según Hildegard Peplau, el rol adoptado por la enfermera durante la fase de identificación del problema del paciente, en el que ésta le trata con cortesía puesto que se trata de un desconocido, se refiere al rol de:

1. Persona de recurso.
2. Docente.
3. Sustituto.
4. Líder.
5. Extraño.

Peplau: roles/funciones de la enfermera (desconocida/extraña, persona recurso, sustituta, consejera)

Las cuatro funciones que integran el rol de la enfermera en el modelo de Hildegard Peplau son:

1. Función de desconocida, función de conocida, función de persona-recurso, función de sustituta.
2. Función de desconocida, función de conocida, función de sustituta, función de consejera-orientadora.
3. Función de desconocida, función de personarecurso, función de sustituta, función de consejera-orientadora.
4. Función de desconocida, función de personarecurso, función de conocida, función de consejera.

Ida Jean Orlando (teoría de 1961 ^{F36}) fue de las primeras teóricas en escribir sobre el proceso enfermero a partir de su propia investigación; su **teoría del proceso deliberativo** se centra en la interacción enfermera-paciente y en la validación de las percepciones ^{F27}. Sus elementos son la **conducta del paciente**, la **reacción inmediata de la enfermera** (percepciones, pensamientos y sentimientos) y las **acciones de la enfermera** ^{F28}. Las respuestas rutinarias y **automáticas**, que no tienen en cuenta el significado de la conducta del paciente, solo aumentan su malestar; por eso la acción debe ser **deliberativa** ^{F27,F28}.

Ernestine Wiedenbach publicó *Clinical Nursing: A Helping Art* (1964), su teoría del **arte de ayudar** en la **enfermería clínica**; para ella la enfermería clínica tiene cuatro elementos: **filosofía, propósito, práctica y arte** ^{F29}. **Imogene King** propone un **sistema conceptual** de tres sistemas en interacción (**personal, interpersonal y**

social) y la **teoría de la consecución de objetivos** ^{F37}. Otras autoras de la escuela son **Joyce Travelbee** (*Interpersonal Aspects of Nursing*, 1966) y **Paterson y Zderad** ^{F9,F36}.

Autora	Obra o concepto que la identifica	Escuela (K�rouac)
Peplau	Relaciones interpersonales (1952): fases y roles ^{F20,F23}	Interacción ^{F8}
Orlando	Proceso deliberativo (1961) ^{F27}	Interacción ^{F8}
Wiedenbach	<i>Clinical Nursing: A Helping Art</i> (1964) ^{F29}	Interacción ^{F8}
King	Sistema conceptual y consecución de objetivos ^{F37}	Interacción ^{F8}
Lydia Hall	Teoría del núcleo, el cuidado y la curación (<i>core, care, cure</i> , 1959) ^{F36}	—
Faye Abdellah	<i>Patient-Centered Approaches to Nursing</i> (1960): identificó 21 problemas de enfermería ^{F20,F36}	Necesidades ^{F8}
Myra Levine	Modelo de la conservación ^{F38}	Efectos deseables ^{F8}

EIR 2005 · 66

P77 · respuesta en el solucionario

Orlando: componentes de la teoría del proceso deliberativo

 Cu les son los componentes de la Teoría del proceso deliberativo de Enfermería de Orlando?:

1. La conducta del paciente, reacción de la enfermera y actuación de la enfermera.
2. La persona y el entorno.
3. La conducta del paciente y la reacción de la enfermera.
4. La orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.
5. Las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales.

EIR 2021 · 10

P12 · respuesta en el solucionario

Wiedenbach: teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica

 Cu l de las siguientes combinaciones con respecto a las teorías enfermeras es cierta?:

1. Faye Glenn Abdellah: Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación.
2. Lydia Hall: Modelo de la Conservación.
3. Ernestine Wiedenbach: Teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica.
4. Nancy Roper: Teoría del Proceso Deliberativo de Enfermería.

7. Escuela de los efectos deseables: Roy, Neuman, Levine y Johnson

La **escuela de los efectos deseables** agrupa a **Callista Roy, Dorothy Johnson, Myra Levine y Betty Neuman** ^{F8}. Sor **Callista Roy** es la autora del **modelo de adaptación** y pertenece a esta escuela, dentro del paradigma de la integración ^{F2,F20}.

Estímulos. Roy agrupa los factores que influyen en las respuestas de la persona en tres tipos de estímulos: el **focal**, el estímulo interno o externo **más inmediato** al que se enfrenta la persona ^{F39}; los **contextuales, todos los demás estímulos** presentes en la situación ^{F35}, y los **residuales**, factores del entorno cuyos **efectos no están claros** o no han sido validados por la persona afectada ^{F35}.

Mecanismos y respuestas. La persona afronta los estímulos con dos subsistemas: el **regulador**, que reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos ^{F56}, y el **relacionador o cognitivo** (*cognator*), que incluye la percepción, el procesamiento de la información, el juicio y las respuestas emocionales ^{F35}. Las conductas resultantes son **adaptativas**, las que favorecen la integridad de la persona en términos de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio, o **ineficaces** ^{F39,F43}.

Modo adaptativo de Roy (individuo / grupo)	Nota
Fisiológico / físico	Fisiológico en el individuo; físico en el grupo ^{F43}
Autoconcepto / identidad de grupo	Autoconcepto: el conjunto de creencias y sentimientos que se tienen sobre uno mismo en un momento dado ^{F43}
Función del rol	Mismo nombre en el individuo y en el grupo ^{F43}
Interdependencia	Mismo nombre en el individuo y en el grupo ^{F43}

Interdependencia, no dependencia

Los cuatro modos son **fisiológico-físico, autoconcepto, función del rol e interdependencia** ^{F20,F43}. «Modo de dependencia» no existe: la palabra dependencia remite a Henderson ^{F17}.

EIR 2022 · 13

P11 · respuesta en el solucionario

Roy: autora del modelo de adaptación

El modelo de adaptación corresponde a:

1. Virginia Henderson.
2. Marjory Gordon.
3. Dorotea Orem.
4. Callista Roy.

Roy: autora del modelo de adaptación

¿Qué teoría o modelo desarrolló Sor Callista Roy?:

1. Modelo de sistemas.
2. Modelo de la conservación.
3. Teoría de las transiciones.
4. Modelo de adaptación.

Roy: modos de adaptación

¿Cuál de los siguientes NO es un modo de adaptación en el Modelo de Adaptación de C. Roy?:

1. Modo fisiológico y físico.
2. Modo de autoconcepto.
3. Modo de función de rol.
4. Modo de dependencia.

Roy: estímulos focales, contextuales y residuales

Al utilizar el modelo de Callista Roy en la práctica, la organización de los factores que influyen en las respuestas de la persona, se agrupan como estímulos:

1. Innatos y adquiridos.
2. Adaptativos e ineficaces.
3. Focales, contextuales y residuales.
4. Internos y externos.
5. Fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Betty Neuman: modelo de sistemas. El cliente es un sistema con una **estructura básica** rodeada de tres líneas de protección frente a los **estresores** (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales) ^{F44}: la **línea flexible de defensa**, el límite exterior y amortiguador protector; la **línea normal de defensa**, el nivel habitual de bienestar que el sistema ha alcanzado con el tiempo, y las **líneas de resistencia, mecanismos protectores** con recursos internos y externos (por ejemplo, movilizar leucocitos o activar la inmunidad) que intentan estabilizar el sistema y devolverlo a la línea normal cuando un estresor la ha atravesado ^{F44}. La intervención es **prevención primaria** (antes de la invasión del estresor), **secundaria** (durante) y **terciaria** (después de estabilizarse) ^{F44}.

Myra Levine: modelo de la conservación, basado en **cuatro principios**: conservación de la **energía**, de la **integridad estructural**, de la **integridad personal** y de la **integridad social** ^{F38}. **Dorothy Johnson: modelo de sistemas conductuales**, con **ocho subsistemas** interactivos, interdependientes e integrados ^{F46}. **Afaf Meleis**,

en cambio, formuló una **teoría intermedia de las transiciones**: los cambios en la salud y la enfermedad de las personas crean un proceso de transición ^{F42}.

EIR 2024 · 18

P9 · respuesta en el solucionario

Neuman: modelo de sistemas, líneas de resistencia

¿Qué modelo conceptual de enfermería hace referencia a las líneas de resistencia como representación de factores de protección que ayudan al paciente a defenderse de un factor estresante?:

1. El modelo de la conservación de Myra Estrine Levine.
2. El sistema conceptual de Imogene M. King.
3. El modelo de sistemas de Betty Neuman.
4. El modelo de adaptación de Callista Roy.

8. Ser humano unitario, caring y promoción de la salud: Rogers, Leininger, Watson y Pender

Martha E. Rogers desarrolló en los años setenta la **ciencia de los seres humanos unitarios**, según la cual las personas son **inseparables de su entorno** y se caracterizan por **campos de energía** irreducibles e indivisibles ^{F20}. Para Rogers, **las personas y el entorno son campos de energía**: el ser humano no tiene un campo de energía, **es** un campo de energía, y es un **todo irreducible**, más y distinto que la suma de sus partes ^{F40}.

Sus postulados son **campo de energía, patrón, apertura y pandimensionalidad**: por la **apertura**, los campos humano y del entorno son **abiertos** y están en un **proceso mutuo y continuo** ^{F40}. En sus primeros escritos Rogers hablaba de la persona como un sistema abierto en interacción con su entorno; más adelante dejó de usar «interacción», por no ser coherente con la apertura completa y continua de los campos, y habla de **«proceso mutuo»** ^{F40}. Sus **principios de la homeodinámica** son **integralidad** (proceso mutuo y continuo de los campos humano y del entorno), **resonancia** (cambio continuo de patrones de onda de menor a mayor frecuencia) y **helicidad** (diversidad creciente, innovadora e impredecible del patrón) ^{F41}.

EIR 2006 · 4

P73 · respuesta en el solucionario

Rogers: persona como sistema abierto en interacción con el entorno

La definición de persona como “sistema abierto en interacción con su entorno” corresponde a:

1. Hildegard E. Peplau.
2. Marta E. Rogers.
3. Virginia Henderson.
4. Dorothy E. Johnson.
5. Joyce Travelbee.

EIR 2009 · 16

P63 · respuesta en el solucionario

Rogers: persona como sistema abierto en interacción con el entorno

¿Qué teórica enfermera describe a la persona como un sistema abierto en interacción con su entorno?:

1. Callista Roy.
2. Virginia Henderson.
3. Dorothea E. Orem.
4. Madeleine Leininger.
5. Martha E. Rogers.

Madeleine M. Leininger es la **fundadora de la enfermería transcultural**: empezó a desarrollar los conceptos del cuidado basado en la cultura a mediados de los años cincuenta y en **1974 fundó la Transcultural Nursing Society** ^{F47}. Su teoría es la de la **diversidad y la universalidad de los cuidados culturales** (*Culture Care Diversity and Universality*) ^{F48}. Su teoría sostiene que la **cultura** desempeña un papel crucial en las creencias de salud de la persona, en sus prácticas y en sus respuestas a la enfermedad ^{F20}; en el paradigma de la transformación, el cuidado incluye el respeto por las creencias propias de la cultura ^{F2}. En la síntesis del manual de Alligood que recogen Muñoz Devesa y colaboradores, la **persona** de Leininger son los **seres humanos, inseparables de su trasfondo cultural y de los factores de la estructura social** ^{F58}.

El **modelo del Sol Naciente** (*Sunrise Model*) es el instrumento gráfico de su teoría: guía la valoración de los factores culturales en cuatro niveles, hasta llegar a unos cuidados **coherentes con las culturas y valorados por ellas** ^{F49}. Para decidir los cuidados, Leininger propone **tres modos de decisión y acción** ^{F49}:

- **Preservación o mantenimiento** de los cuidados culturales: ayudar a la persona a conservar los hábitos saludables propios de su cultura ^{F49}.
- **Acomodación o negociación** de los cuidados culturales ^{F49}.
- **Reestructuración o remodelación** de los cuidados culturales (*repatterning*) ^{F49}.
- La «supresión» de los cuidados no figura entre los modos ^{F49}.

EIR 2014 · 22

P44 · respuesta en el solucionario

Leininger: fundadora de la enfermería transcultural (persona unida a su cultura)

La concepción de persona basada en la idea de que es un ser unido de manera inseparable a su cultura es desarrollada en el modelo de cuidados de:

1. M. E. Rogers.
2. N. J. Pender.
3. J. Watson.
4. M. Leininger.
5. M. K. Chisman y J. Riehl-Sisca.

EIR 2015 · 25

P37 · respuesta en el solucionario

Leininger: fundadora de la enfermería transcultural (persona unida a su cultura)

¿Cuál de las siguientes teorizadoras es considerada como la fundadora de la enfermería transcultural?:

1. Madeleine M. Leininger.
2. Rosemarie Rizzo.
3. Dorothy Johnson.
4. Martha E. Rogers.
5. Ramona T. Mercer.

EIR 2025 · 12

P5 · respuesta en el solucionario

Leininger: fundadora de la enfermería transcultural (persona unida a su cultura)

¿Quién se considera la fundadora de la enfermería y los cuidados transculturales?:

1. Evelyn Adam.
2. Madeleine M. Leininger.
3. Myra Estrin Levine.
4. Afaf Ibrahim Meleis.

Leininger: modelo del Sol Naciente

El modelo del Sol Naciente pertenece a qué autora:

1. Rosemarie Rizzo Parse.
2. Imogene King.
3. Madeleine Leininger.
4. Hildegard Peplau.

Leininger: decisiones y acciones de cuidado transcultural

Señale cuál de las siguientes no es una decisión y acción de cuidado transcultural propuesto por Leininger:

1. Restructuración de los cuidados.
2. Supresión de los cuidados.
3. Negociación de los cuidados.
4. Mantenimiento de los cuidados.

Jean Watson desarrolló la **teoría del cuidado humano** (*caring*), iniciada a finales de los años setenta: ve la enfermería como una experiencia holística y **transpersonal** ^{F20}. En su docencia en la Universidad de Colorado propuso los **10 factores de cuidado** (*carative factors*), en contraposición a los factores curativos; después estos evolucionaron a los **10 procesos caritas** (*Caritas Processes*) ^{F50}. Entre ellos: sostener valores humanistas-altruistas, estar auténticamente presente y posibilitar la fe y la esperanza, desarrollar relaciones de ayuda y confianza, permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos, crear un entorno de curación y ayudar en las necesidades básicas como actos sagrados ^{F50}.

Nola J. Pender es la autora del **modelo (teoría) de promoción de la salud**, basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura y en el modelo de valoración de expectativas de Feather; su resultado final es la **conducta promotora de salud**, dirigida a resultados positivos como el bienestar óptimo ^{F51}. Pender lo desarrolló en **1982** y lo revisó en **1996 y 2002** ^{F63}. No hay que confundirlo con la **escuela de la promoción de la salud** de Kérouac, cuya autora es **Moyra Allen** ^{F8}.

Watson: 10 factores de cuidados

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera centrada en:

1. Las 10 necesidades fundamentales.
2. Los 10 factores de cuidados.
3. Los 8 requisitos de autocuidado.
4. Los 4 modos de adaptación.
5. Los 21 problemas de enfermería.

Pender: teoría de promoción de la salud

¿Qué enfermera desarrolló la Teoría Enfermera de Promoción de la Salud?:

1. Nola J. Pender.
2. Linda Carpenito.
3. Madeleine M. Leininger.
4. Afaf Meleis Ibrahim.

9. Benner (filosofía) y Riegel (teoría de rango medio)

Patricia Benner (*From Novice to Expert*, 1982) aplicó a la enfermería el **modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus** ^{F52,F53}; en la clasificación de Raile Alligood su obra figura entre las **filosofías** ^{F10}. Su modelo describe **cinco niveles** de práctica: **principiante (novel)**, **principiante avanzada**, **competente**, **eficiente y experta** ^{F20,F45}. La traducción española del cuarto nivel (*proficient*) varía: **eficiente** o capacitada ^{F45,F54}.

Nivel de Benner	Rasgo que lo identifica
Principiante (<i>novice</i>)	No tiene experiencia con las situaciones en las que debe desempeñar sus tareas, pero tiene que enfrentarse a ellas ^{F45}
Principiante avanzada	Demuestra un rendimiento aceptable tras haberse enfrentado a suficientes situaciones reales ^{F45}
Competente	Ve sus acciones en términos de metas a largo plazo ; hacia los 2-3 años de experiencia ^{F45}
Eficiente (<i>proficient</i>)	Percibe las situaciones como un todo , su actuación se guía por máximas , reconoce los aspectos principales y posee un dominio intuitivo de la situación ^{F45}
Experta	Ya no se basa en el principio analítico (norma, directriz, máxima) para pasar de su comprensión de la situación a una acción apropiada ^{F45}

Eficiente frente a experta

La **eficiente** tiene ya un **dominio intuitivo**, pero su actuación todavía **se guía por máximas**; la **experta ya no se basa en normas, directrices ni máximas** ^{F45}.

EIR 2010 · 11

P58 · respuesta en el solucionario

Benner: niveles de práctica de principiante a experta

Según P. Benner los niveles de profesionalidad de la enfermería son de:

1. Atención primaria y de atención especializada.
2. Individuos, familias y comunidades.
3. Promoción, prevención, curación y rehabilitación.
4. Salud pública y comunitaria, ciclo vital y situaciones de enfermedad.
5. Principiante, principiante avanzada, competente, profesional y experta.

Benner: niveles de práctica de principiante a experta

¿Qué teórica enfermera describe los niveles de práctica cualificada, principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta?:

1. Patricia Benner.
2. Dorothea Orem.
3. Callista Roy.
4. Kari Martinsen.

Benner: nivel eficiente

Según Patricia Benner y su Teoría de principiante a experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica, cuando la enfermera es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce, corresponde a la etapa de:

1. Principiante.
2. Principiante avanzado.
3. Competente.
4. Eficiente.

Benner: nivel experta

Una enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto”. Según los niveles profesionales, descritos por P. Benner se corresponde con el nivel de profesionalidad de:

1. Principiante.
2. Avanzada.
3. Competente.
4. Profesional.
5. Experta.

Barbara Riegel y colaboradoras (2012) formularon la **teoría de rango medio del autocuidado de las enfermedades crónicas**. Sus **tres conceptos clave** son el **mantenimiento**, la **monitorización** y la **gestión del autocuidado** ^{F55}. Los factores que influyen en el autocuidado son la experiencia, la habilidad, la motivación, la cultura, la confianza, los hábitos, la función, la cognición, el apoyo de otros y el acceso a la atención ^{F55}.

Riegel: conceptos clave del autocuidado en enfermedades crónicas

Según Riegel, la teoría del autocuidado de enfermedades crónicas engloba 3 conceptos clave, que son:

1. Mantenimiento, monitorización y gestión del autocuidado.
2. Educación, compensación y mantenimiento.
3. Necesidad, adaptación y gestión del cuidado.
4. Monitorización, compensación y apoyo.

Todas las preguntas del tema (79)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 136

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo de Hildegard Elizabeth Peplau es correcta?:

1. El eje básico de su modelo es el establecimiento de la relación enfermera, paciente y familia.
2. Las fases de la relación interpersonal de su modelo son orientación, identificación, intervención y resolución.
3. Define la Enfermería como un concepto interpersonal terapéutico y significativo.
4. En el rol de sustituto, la enfermera no establece vínculo alguno con el paciente.

EIR 2026 · 127

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuáles son las fuentes de las manifestaciones de dependencia según Virginia Henderson?:

1. Los déficits de autocuidado.
2. Falta de fuerza, voluntad o conocimientos.
3. Las descompensaciones.
4. Las respuestas desadaptativas.

EIR 2026 · 125

P3 · respuesta en el solucionario

En cuanto al metaparadigma enfermero, señalar la respuesta correcta:

1. Una asunción es una teoría adoptada de otra disciplina
2. Los conceptos nucleares del metaparadigma son la persona, el medio ambiente, la enfermedad y la enfermería.
3. Actualmente nos situamos en el paradigma de transformación.
4. Las grandes teorías especifican cuándo aplicar unos cuidados concretos a una población concreta de pacientes.

EIR 2026 · 124

P4 · respuesta en el solucionario

¿Qué teoría o modelo desarrolló Sor Callista Roy?:

1. Modelo de sistemas.
2. Modelo de la conservación.
3. Teoría de las transiciones.
4. Modelo de adaptación.

¿Quién se considera la fundadora de la enfermería y los cuidados transculturales?:

1. Evelyn Adam.
2. Madeleine M. Leininger.
3. Myra Estrin Levine.
4. Afaf Ibrahim Meleis.

Indique la respuesta correcta en relación con los paradigmas enfermeros definidos por Suzanne Kérrouac et al:

1. El paradigma de transformación se relaciona con la escuela del caring.
2. Hildegard Peplau, Dorothea Johnson y Callista Roy, se clasificarían dentro del paradigma de categorización.
3. El paradigma de integración representa al positivismo biomédico.
4. El paradigma de categorización se orienta hacia la persona.

Según Riegel, la teoría del autocuidado de enfermedades crónicas engloba 3 conceptos clave, que son:

1. Mantenimiento, monitorización y gestión del autocuidado.
2. Educación, compensación y mantenimiento.
3. Necesidad, adaptación y gestión del cuidado.
4. Monitorización, compensación y apoyo.

Según Patricia Benner y su Teoría de principiante a experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica, cuando la enfermera es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce, corresponde a la etapa de:

1. Principiante.
2. Principiante avanzado.
3. Competente.
4. Eficiente.

¿Qué modelo conceptual de enfermería hace referencia a las líneas de resistencia como representación de factores de protección que ayudan al paciente a defenderse de un factor estresante?:

1. El modelo de la conservación de Myra Estrine Levine.
2. El sistema conceptual de Imogene M. King.
3. El modelo de sistemas de Betty Neuman.
4. El modelo de adaptación de Callista Roy.

El modelo de enfermería en el que se describen cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución, corresponde a:

1. Hildegard Peplau.
2. Marjory Gordon.
3. Dorotea Orem.
4. Callista Roy.

El modelo de adaptación corresponde a:

1. Virginia Henderson.
2. Marjory Gordon.
3. Dorotea Orem.
4. Callista Roy.

¿Cuál de las siguientes combinaciones con respecto a las teorías enfermeras es cierta?:

1. Faye Glenn Abdellah: Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación.
2. Lydia Hall: Modelo de la Conservación.
3. Ernestine Wiedenbach: Teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica.
4. Nancy Roper: Teoría del Proceso Deliberativo de Enfermería.

¿Qué enfermera desarrolló la Teoría Enfermera de Promoción de la Salud?:

1. Nola J. Pender.
2. Linda Carpenito.
3. Madeleine M. Leininger.
4. Afaf Meleis Ibrahim.

Los conceptos metaparadigmáticos de Persona (como paciente), Salud (como ausencia de enfermedad y capacidad para utilizar plenamente los recursos), Entorno (como conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto sanas como enfermas) y Cuidado (como aportación propia de la enfermera a la atención de la salud) son planteados por una de las siguientes teóricas de la enfermería:

1. Callista Roy.
2. Hildegard Peplau.
3. Florence Nightingale.
4. Virginia Henderson.

Según Schön, ¿cuáles son los componentes de una “práctica reflexiva”?:

1. Conocimiento en la acción, reflexión en y durante la acción, y reflexión sobre la acción.
2. Observación del experto, conceptualización y repetición de lo observado.
3. Conocer, saber cómo hacer, mostrar cómo se hace y hacer.
4. Observar, reflexionar y hacer.

¿Qué teórica enfermera describe los niveles de práctica cualificada, principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta?:

1. Patricia Benner.
2. Dorothea Orem.
3. Callista Roy.
4. Kari Martinsen.

Miguel es un hombre de 68 años de edad, sin limitaciones de movilidad, sensorial ni psíquicas. Es viudo desde hace 12 años y con sus dos hijos independizados tiene buena relación. Hace unas semanas fue diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2. Su enfermera de familia en la primera valoración ante esta nueva situación ha detectado una baja capacidad de elección de alimentos, cocinado de los mismos, horarios, ante este nuevo proceso vital. ¿A qué concepto se refiere su enfermera de familia con “una baja capacidad de...”?:

1. Agencia de Autocuidado.
2. Agencia de Autocuidado Dependiente.
3. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
4. Requisitos de Autocuidado Universal.

¿Cuáles son los elementos metaparadigmáticos del pensamiento enfermero?:

1. Meta y sujeto de cuidado, problema enfermero, e intervención enfermera.
2. Persona, entorno, salud y enfermería.
3. Enfermedad, paciente, causa e intervención.
4. Persona, enfermedad, salud, cuidados y resultados.

Raile y Marriner , clasifican los trabajos teóricos enfermeros en:

1. Filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias.
2. Escuelas: De las necesidades, la interacción, los efectos deseables, la promoción de la salud, del ser humano unitario y del caring.
3. Paradigmas: Categorización, integración y transformación.
4. Orientaciones: Ecologista, existencialista, cósmica y sociológica.

Según K  rouac y colaboradoras, dentro del paradigma de la categorización y desde la orientación “a la enfermedad”, la persona:

1. Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual.
2. Orienta los cuidados según sus prioridades.
3. No participa en sus cuidados.
4. Tiene la responsabilidad de cambiar su situación.

Dentro de los enunciados teóricos desarrollados por Peplau, destaca:

1. La importancia de los conceptos de necesidad, independencia y dependencia.
2. El significado que da a los niveles que establece la enfermera en relación con el enfermo. Sustitución, ayuda, guía, asesoría y acompañamiento.
3. El concepto de conservación, que describe en base a los principios de: Energía e integridad estructural, personal y social.
4. La relación interpersonal enfermera - paciente, que divide en cuatro fases: Orientación, identificación, explotación y resolución.

Para Florence Nightingale la enfermedad se correspondía con:

1. Un proceso reparador.
2. Una dolencia, vulnerabilidad.
3. Lo que puede valorarse físicamente y espiritualmente.
4. Defecto congénito o adquirido.

Felipe, que habitualmente acude a su consulta en el centro de salud, presenta actualmente un brote psicótico en el que el deseo de ingerir agua está condicionado por su ideación delirante de perjuicio, dando lugar a conductas de evitación. Indique, de acuerdo con el modelo de Dorothea Orem, qué elemento está disminuido para que se produzca un déficit en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

1. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
2. Agencia de Autocuidado.
3. Factores Básicos Condicionantes.
4. Capacidad de Cuidado Dependiente.

Señale la respuesta correcta. Atiende a Sara, una mujer de 36 años, que trabaja como profesora infantil, que ha sido diagnosticada de Diabetes Mellitus y que es madre de una niña de 18 meses, de la que es cuidadora principal. Durante el proceso de atención a Sara, usted la entrevista sobre aspectos como sus conocimientos sobre su cuidado, las habilidades desarrolladas para llevar a cabo acciones de cuidado y las motivaciones que van a hacer conseguir mantener los hábitos. Siguiendo el modelo de Orem, todo este conjunto de elementos que usted valora se conoce como:

1. Agencia de Autocuidado.
2. Factores Condicionantes Básicos.
3. Demanda de Autocuidado Terapéutico.
4. Requisitos de Autocuidado.

La concepción de cuidar como “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo” corresponde a:

1. D. Orem.
2. V. Henderson.
3. M.F. Collière.
4. H. Peplau.

Señale cuál de los siguientes NO es un modo de ayuda propuesto en la Teoría de los Sistemas de Enfermería de D. Orem:

1. Enseñar.
2. Proporcionar un entorno familiar que promueva el desarrollo.
3. Proporcionar soporte físico o psicológico.
4. Guiar y dirigir.

Señale cuál de las siguientes no es una decisión y acción de cuidado transcultural propuesto por Leininger:

1. Restructuración de los cuidados.
2. Supresión de los cuidados.
3. Negociación de los cuidados.
4. Mantenimiento de los cuidados.

Señale cuál de las siguientes opciones NO es una de las relaciones proposicionales propuestas por la Dra. Hernández Conesa para el estudio de la disciplina enfermera:

1. Persona-Salud.
2. Persona-Entorno.
3. Salud-Cuidados.
4. Persona-Enfermería.

¿Cuál de los siguientes NO es un modo de adaptación en el Modelo de Adaptación de C. Roy?:

1. Modo fisiológico y físico.
2. Modo de autoconcepto.
3. Modo de función de rol.
4. Modo de dependencia.

El modelo del Sol Naciente pertenece a qué autora:

1. Rosemarie Rizzo Parse.
2. Imogene King.
3. Madeleine Leininger.
4. Hildegard Peplau.

Las cuatro funciones que integran el rol de la enfermera en el modelo de Hildegard Peplau son:

1. Función de desconocida, función de conocida, función de persona-recurso, función de sustituta.
2. Función de desconocida, función de conocida, función de sustituta, función de consejera-orientadora.
3. Función de desconocida, función de personarecurso, función de sustituta, función de consejera-orientadora.
4. Función de desconocida, función de personarecurso, función de conocida, función de consejera.

Las fases de la relación enfermera-paciente son las siguientes: Fase de Orientación, Fase de Identificación, Fase de Aprovechamiento y Fase de Resolución. Estas fases o etapas forman parte de:

1. Teoría de las Transiciones.
2. Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal.
3. Modelo de Relaciones Interpersonales.
4. Filosofía de la Asistencia.

Las fuentes de dificultad de orden físico, psicológico, sociológico y relacionadas con falta de conocimiento y que causan dependencia a las personas, fueron clasificadas por:

1. D. Orem.
2. V. Henderson.
3. H. Peplau.
4. C. Roy.

Una enfermera que basa su ejercicio profesional en el modelo conceptual de Virginia Henderson:

1. Centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona, y sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de estas necesidades.
2. Ve el cuidado de la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-cliente que favorece el desarrollo.
3. Basa sus actuaciones en estrategias de promoción de la adaptación de la persona que está en constante interacción con un entorno cambiante que influye en sus necesidades fundamentales.
4. Considera en sus cuidados, como una presencia auténtica, a la persona que va hacia su actualización y que, a través de sus experiencias de salud, crea conjuntamente para mejorar la calidad de vida, tal y como la persona y su familia la definen.
5. Organiza su actividad para satisfacer las necesidades de cuidados de la persona, con el sistema y modo de enfermería más adecuado.

D. Orem describe el significado de agencia de cuidado dependiente como:

1. Las capacidades desarrolladas y adquiridas por la enfermera en su proceso de formación y aprendizaje.
2. Las capacidades desarrolladas, o en proceso de desarrollo, que tiene una persona para ocuparse de los autocuidados de otra que depende de ella.
3. Las habilidades de la persona madura para satisfacer sus demandas de autocuidado siguiendo las recomendaciones de los profesionales.
4. La relación que se produce entre la enfermera y la persona que requiere de sus cuidados estableciendo un sistema de enfermería acordado entre ambas.
5. Las capacidades de la persona, desarrolladas o en proceso de desarrollo para satisfacer las demandas de los requisitos de desviación de la salud.

Al utilizar el modelo de Callista Roy en la práctica, la organización de los factores que influyen en las respuestas de la persona, se agrupan como estímulos:

1. Innatos y adquiridos.
2. Adaptativos e ineficaces.
3. Focales, contextuales y residuales.
4. Internos y externos.
5. Fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

¿Cuál de las siguientes teorizadoras es considerada como la fundadora de la enfermería transcultural?:

1. Madeleine M. Leininger.
2. Rosemarie Rizzo.
3. Dorothy Johnson.
4. Martha E. Rogers.
5. Ramona T. Mercer.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera centrada en:

1. Las 10 necesidades fundamentales.
2. Los 10 factores de cuidados.
3. Los 8 requisitos de autocuidado.
4. Los 4 modos de adaptación.
5. Los 21 problemas de enfermería.

La concepción de la persona desde una perspectiva holística ha conseguido todo su significado a partir de los trabajos pertenecientes a la Escuela:

1. Del caring.
2. De la promoción de la salud.
3. De los efectos deseados.
4. De la integralidad.
5. Del ser humano unitario.

Raile y Marriner en sus estudios sobre los trabajos teóricos en enfermería, revisan diferentes aspectos entre los que están los referidos a la semántica y estructura. Este análisis del marco teórico concreto hace referencia a:

1. La simplicidad.
2. La generalidad.
3. La precisión empírica.
4. Las consecuencias deducibles.
5. La claridad.

Durante la segunda mitad del siglo XX son varias las teóricas enfermeras que desarrollan diferentes definiciones sobre la enfermería. ¿Cuál de las siguientes características puede considerarse común a todas ellas?:

1. Se centra en el paciente.
2. Se centra en la enfermedad.
3. Es una profesión femenina.
4. Tiene significado desde una perspectiva interprofesional.
5. Todas pueden considerarse comunes a todas las definiciones.

Dentro de la Escuela de Pensamiento de la Interacción, se incluye el modelo desarrollado por:

1. Faye Abdellah.
2. Callista Roy.
3. Dorothy Johnson.
4. Rosmarie Parse.
5. Hildegard Peplau.

E. H. es una señora de 64 años, diagnosticada de hipertensión y atendida por su enfermera dentro del programa correspondiente. Las actividades que realiza la enfermera van dirigidas a regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado de E. H. La señora realiza su autocuidado y regula el ejercicio y desarrollo de su agencia de autocuidado. Esta organización de los cuidados es descrita por Orem como sistema:

1. Parcialmente compensatorio.
2. De apoyo-educación.
3. Totalmente compensatorio.
4. De complementación.
5. De regulación y desarrollo compartidos.

La concepción de persona basada en la idea de que es un ser unido de manera inseparable a su cultura es desarrollada en el modelo de cuidados de:

1. M. E. Rogers.
2. N. J. Pender.
3. J. Watson.
4. M. Leininger.
5. M. K. Chisman y J. Riehl-Sisca.

Virgina Henderson describe la relación de la enfermera con el enfermo en la estructura siguiente:

1. Niveles: Sustitución. Ayuda. Acompañamiento.
2. Roles: Extraño. Persona recurso. Docente. Liderazgo. Sustituto. Asesoramiento.
3. Habilidades: Principiante. Principiante avanzado. Eficaz. Experto.
4. Modos de ayuda: Actuar por otro. Guiar a otro. Apoyar a otro. Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo. Enseñar a otro.
5. Estilos: Estimulación. Confirmación. Conservación y continuidad de la vida. Autoimagen. Compensación y sosiego.

El primer modelo conceptual publicado en 1952 con la denominación de “Relations in Nursing”, fue descrito por:

1. Jacqueline Fawcett.
2. Virginia Henderson.
3. Hildegard Peplau.
4. Faye Abdellah.
5. Callista Roy.

¿En base a los estudios de qué autora se enunciaron los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno como elementos constitutivos del núcleo de la disciplina enfermera o metaparadigma?:

1. Rosalinda Alfaro-LeFevre.
2. Suzanne Kérouac.
3. Jacqueline Fawcett.
4. Afaf Ibrahim Meleis.
5. Patricia Benner.

La clasificación que propone Kérouac y colaboradoras para agrupar los modelos de cuidados incluye las Escuelas de:

1. Las necesidades, la interacción, los efectos deseables, la promoción de la salud, el ser humano unitario y el caring.
2. Las necesidades, la naturalista, los efectos deseables, la integración, el ser humano unitario y el caring.
3. Las necesidades, la suplencia y ayuda, los campos energéticos, los sistemas, la existencialista y el caring.
4. Las necesidades humanas, la interacción y relación, los efectos deseables, la promoción de la salud y la existencialista.
5. Las necesidades humanas, los patrones de respuesta humana, el ser humano unitario, los campos energéticos y el caring.

De las afirmaciones que aparecen a continuación señale la que representa una ventaja del uso de los Modelos de Cuidados:

1. Es una representación práctica de la teoría enfermera.
2. Ayuda a desarrollar los diferentes ámbitos de la práctica profesional (clínica, docencia, gestión e investigación).
3. Es una herramienta de exclusiva aplicación en la práctica asistencial.
4. Ayuda a difuminar la aportación enfermera en la asistencia integral que proporciona el equipo interdisciplinario.
5. Representa una mejora en la utilización de los recursos, ya que su uso exime de la utilización del proceso de atención de enfermería.

Según Hildegard Peplau, el rol adoptado por la enfermera durante la fase de identificación del problema del paciente, en el que ésta le trata con cortesía puesto que se trata de un desconocido, se refiere al rol de:

1. Persona de recurso.
2. Docente.
3. Sustituto.
4. Líder.
5. Extraño.

¿Cuál de los elementos siguientes NO es clave en el Modelo de D.E. Orem?:

1. Autocuidados.
2. Demanda de autocuidados.
3. Necesidades fundamentales.
4. Agencia de autocuidado.
5. Déficit de autocuidado.

Según la clasificación propuesta por Kérourac y colaboradoras, el modelo de cuidados de Martha Rogers está incluido en la escuela:

1. De las necesidades.
2. Del ser humano unitario.
3. De la promoción de la salud.
4. De los efectos deseables.
5. De la interacción.

Una enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto”. Según los niveles profesionales, descritos por P. Benner se corresponde con el nivel de profesionalidad de:

1. Principiante.
2. Avanzada.
3. Competente.
4. Profesional.
5. Experta.

¿Qué teórica de la Enfermería desarrolla la relación enfermera-paciente describiendo las fases de orientación, identificación, exploración y resolución?:

1. Callista Roy.
2. Margaret A. Newman.
3. Nancy Roper.
4. Hildegard Peplau.
5. Virginia Henderson.

Según K rouac y colaboradoras, los modelos de cuidados que fundamentan la concepción del cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de la persona, se integran en la Escuela de:

1. Las necesidades.
2. La interacción.
3. Los efectos deseables.
4. El ser humano unitario.
5. El caring.

Dentro de la clasificación que proponen K  rouac y colaboradores, el Modelo de J. Watson se incluye en la Escuela de:

1. Las necesidades.
2. La interacción.
3. Los efectos deseables.
4. El ser humano unitario.
5. El caring.

Actualmente existe un consenso para considerar los fenómenos nucleares o paradigmáticos de la disciplina enfermera, en los constructos siguientes:

1. Asistencia, docencia, gestión e investigación.
2. Individuo, familia y comunidad.
3. Fomento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud.
4. Persona, entorno, salud y cuidados.
5. El rol disciplinar y las actividades interdependientes.

Según P. Benner los niveles de profesionalidad de la enfermería son de:

1. Atención primaria y de atención especializada.
2. Individuos, familias y comunidades.
3. Promoción, prevención, curación y rehabilitación.
4. Salud pública y comunitaria, ciclo vital y situaciones de enfermedad.
5. Principiante, principiante avanzada, competente, profesional y experta.

Juan es un joven de 21 años que se encuentra en coma por un traumatismo craneoencefálico tras sufrir un accidente de motocicleta. La enfermera que le atiende se propone planificar los cuidados desde la perspectiva del Modelo de DE. Orem,   cu  l es el sistema de enfermería más adecuado en este caso?:

1. Totalmente compensador.
2. Parcialmente compensador.
3. De apoyo y educación.
4. De dependencia total.
5. De nivel cuatro.

El enunciado formulado por K  rouac et al., como: "la enfermería se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud", se refiere al concepto de:

1. Profesión enfermera.
2. Enfermería comunitaria.
3. Disciplina enfermera.
4. Enfermería de salud pública.
5. Investigación enfermera.

Diversas autoras, al analizar la situación de la Enfermería desde una perspectiva epistemológica, coinciden en afirmar que:

1. Los modelos teóricos no son aplicables a la práctica.
2. El lenguaje propio lo aportan las clasificaciones diagnósticas desarrolladas.
3. La definición e identificación del objeto de estudio no están claras.
4. Actualmente se cuenta con una teoría general para orientar la práctica.
5. La disciplina y la profesión discurren de manera paralela.

Los cuidados enfermeros dirigidos a la salud de la persona en todas sus dimensiones, y llevados a cabo evaluando sus necesidades de ayuda, para diseñar y ejecutar las acciones de cuidados que requiere teniendo en cuenta sus percepciones y prioridades, tienen una orientación hacia:

1. La persona.
2. La salud.
3. El entorno.
4. La interacción.
5. La enfermedad.

  Qu   teórica enfermera describe a la persona como un sistema abierto en interacción con su entorno?:

1. Callista Roy.
2. Virginia Henderson.
3. Dorothea E. Orem.
4. Madeleine Leininger.
5. Martha E. Rogers.

La persona que se ocupa del cuidado de otra, allegada o de su entorno, cuando ésta no puede hacerlo por sí misma, es descrita por Dorothea E. Orem con el constructo:

1. Agencia de autocuidado.
2. Agencia de enfermería.
3. Cuidadora informal.
4. Cuidadora familiar.
5. Agencia de cuidado dependiente.

Cuando los cuidados enfermeros tienen por finalidad eliminar la enfermedad de la persona, el rol de la enfermera se caracteriza por actuar por la persona y los cuidados se organizan por tareas, el centro de los cuidados se sitúa en:

1. La persona.
2. El entorno y la persona.
3. La persona y la salud.
4. El equilibrio salud-enfermedad.
5. La enfermedad.

Una enfermera que atiende a un enfermo en coma ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y se propone planificar los cuidados desde la perspectiva de D. Orem, lo hará sobre la base de un sistema:

1. Parcialmente compensador.
2. Totalmente compensador.
3. De agencia de autocuidado en decadencia.
4. De entorno terapéutico.
5. Favorecedor del desarrollo.

D. Orem agrupa los requerimientos de cuidados de la persona en los grupos de autocuidado:

1. Universal, ciclo vital y especiales.
2. Básicos y psicosociales, por etapas de la vida y según las desviaciones de salud existentes.
3. Universal, de desarrollo y de desviación de la salud.
4. De promoción, prevención y recuperación de la salud y de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
5. Personales, familiares y comunitarios.

De las teorizadoras que se enuncian, identifique la que se incluye en la Escuela de Interacción:

1. D. Orem.
2. J. Watson.
3. M. Rogers.
4. H. Peplau.
5. M. Allen.

Kèrouac y colaboradoras agrupan las corrientes de pensamiento enfermero en los paradigmas de:

1. Categorización, integración y transformación.
2. Categorización, interrelación y transformación.
3. Categorización, relación y transformación.
4. Salud pública, enfermedad y persona.
5. Enfermedad, persona y apertura al mundo.

La clasificación de los modelos de cuidados en escuelas es una forma de agrupación propuesta por:

1. Ann Marriner.
2. Paul Beck.
3. Suzanne Kèrouac.
4. Callista Roy.
5. Virginia Henderson.

El concepto de déficit de autocuidado es:

1. Expresado por Henderson.
2. Un elemento clave de la teoría desarrollada por Orem.
3. Un concepto común a diferentes modelos.
4. La naturaleza del cuidado.
5. Un concepto que tiene su mayor significado en atención primaria.

Se consideran conceptos metaparadigmáticos de los modelos de cuidados:

1. Las definiciones, los valores y los postulados.
2. Las premisas y los supuestos básicos.
3. Las teorías sobre las que se basa el modelo.
4. Los conceptos descritos y el método para su aplicación en la práctica.
5. Los conceptos de cuidado, persona, entorno y salud.

La definición de persona como “sistema abierto en interacción con su entorno” corresponde a:

1. Hildegard E. Peplau.
2. Marta E. Rogers.
3. Virginia Henderson.
4. Dorothy E. Johnson.
5. Joyce Travelbee.

A lo largo del tiempo, la orientación de los cuidados ha seguido la siguiente evolución:

1. Entorno, enfermedad, persona, interacción de la persona con su entorno.
2. Enfermedad, entorno, persona, interacción de la persona con su entorno.
3. Persona, enfermedad, interacción de la persona con su entorno.
4. De los cuidados de la salud a los cuidados de la enfermedad.
5. De prevención, fomento de la salud y de curación.

Abraham Maslow jerarquiza las necesidades humanas en el orden siguiente:

1. Fisiológicas, seguridad, autoestima, afecto y pertenencia y autorrealización.
2. Fisiológicas, seguridad, afecto y pertenencia, autoestima y autorrealización.
3. Seguridad, fisiológicas, autoestima, afecto y pertenencia y autorrealización.
4. Autoestima, seguridad, fisiológicas, afecto y pertenencia y autorrealización.
5. Fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Según el modelo de Dorothea Oren, ¿qué sistema de enfermería se utiliza cuando un individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado pero no todos?:

1. Sistema de compensación parcial.
2. Sistema interpersonal.
3. Sistema de compensación total.
4. Sistema social.
5. Sistema de apoyo educativo.

¿Cuáles son los componentes de la Teoría del proceso deliberativo de Enfermería de Orlando?:

1. La conducta del paciente, reacción de la enfermera y actuación de la enfermera.
2. La persona y el entorno.
3. La conducta del paciente y la reacción de la enfermera.
4. La orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.
5. Las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales.

Uno de los elementos principales, que describe Florence Nightingale para crear un entorno positivo o saludable es:

1. Alimentación.
2. Luz.
3. Descanso.
4. Eliminación.
5. Seguridad.

Las fases que contempla el modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, son:

1. De orientación, identificación, aprovechamiento y de resolución.
2. De orden físico, psicológico y social.
3. Estímulos focales, contextuales y residuales.
4. De identificación, autoconcepto y dominio de su rol.
5. Sistemas de compensación total, parcial y de apoyo educativo.

Preguntas que también podrían ser de este tema (3)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2016 · 89

P80 · respuesta en el solucionario

Antonio es un adulto joven diagnosticado de depresión desde hace dos años. Actualmente trabaja como comercial pero está teniendo múltiples problemas con uno de sus compañeros de trabajo. El rol de la enfermera se centra en ser una presencia comprensiva para Antonio. De acuerdo con el modelo conceptual de Dorothea Orem, indique qué método de ayuda utiliza la enfermera para compensar la limitación de acción de Antonio.

1. Actuar por otra persona.
2. Guiar y dirigir.
3. Proporcionar soporte psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.

EIR 2016 · 33

P81 · respuesta en el solucionario

Según Maslow (1967) para que el ser humano se realice plenamente debe:

1. Satisfacer sus metanecesidades (necesidades B), una vez satisfechas sus necesidades básicas.
2. Satisfacer sus necesidades básicas (necesidades D).
3. Ser productivo y maduro.
4. Integrar sus impulsos más básicos en formas de acción culturalmente viables.

EIR 2014 · 19

P82 · respuesta en el solucionario

La autora que mostró en sus escritos su interés por el control del medio ambiente, así como la importancia de la influencia de la Naturaleza en la salud de las personas es:

1. V. Henderson.
2. H. Peplau.
3. F. Nightingale.
4. M. Leininger.
5. D. Orem.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 136	3	
P2	EIR 2026 · 127	2	
P3	EIR 2026 · 125	3	
P4	EIR 2026 · 124	4	
P5	EIR 2025 · 12	2	
P6	EIR 2025 · 11	1	
P7	EIR 2024 · 22	1	
P8	EIR 2024 · 19	4	
P9	EIR 2024 · 18	3	
P10	EIR 2023 · 14	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2022 · 13	4	
P12	EIR 2021 · 10	3	
P13	EIR 2020 · 76	1	
P14	EIR 2019 · 25	3	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2019 · 23	1	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2017 · 203	1	
P17	EIR 2017 · 183	1	
P18	EIR 2017 · 167	2	
P19	EIR 2017 · 61	1	
P20	EIR 2017 · 60	3	
P21	EIR 2017 · 59	4	
P22	EIR 2016 · 231	1	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2016 · 99	2	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2016 · 90	1	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2016 · 87	3	hoja del archivo oficial

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2016 · 69	2	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2016 · 67	2	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2016 · 64	4	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2016 · 61	4	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2016 · 60	3	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2016 · 59	3	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2016 · 58	3	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2016 · 57	2	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2015 · 28	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2015 · 27	2	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2015 · 26	3	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2015 · 25	1	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2015 · 24	2	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2015 · 23	5	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2015 · 22	5	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2015 · 21	1	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2014 · 182	5	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2014 · 23	2	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2014 · 22	4	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2014 · 21	1	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2013 · 27	3	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2013 · 26	3	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2013 · 22	1	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2013 · 17	2	reconstruida por un tercero
P50	EIR 2012 · 10	5	reconstruida por un tercero
P51	EIR 2012 · 9	3	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2012 · 8	2	reconstruida por un tercero
P53	EIR 2011 · 12	5	
P54	EIR 2011 · 11	4	
P55	EIR 2011 · 10	5	
P56	EIR 2010 · 17	5	reconstruida por un tercero
P57	EIR 2010 · 13	4	reconstruida por un tercero
P58	EIR 2010 · 11	5	reconstruida por un tercero
P59	EIR 2010 · 10	1	reconstruida por un tercero
P60	EIR 2010 · 7	3	reconstruida por un tercero
P61	EIR 2009 · 102	3	reconstruida por un tercero
P62	EIR 2009 · 18	1	reconstruida por un tercero
P63	EIR 2009 · 16	5	reconstruida por un tercero
P64	EIR 2009 · 15	5	reconstruida por un tercero
P65	EIR 2007 · 101	5	reconstruida por un tercero
P66	EIR 2007 · 8	2	reconstruida por un tercero
P67	EIR 2007 · 7	3	reconstruida por un tercero
P68	EIR 2007 · 6	4	reconstruida por un tercero
P69	EIR 2007 · 2	1	reconstruida por un tercero
P70	EIR 2006 · 104	3	reconstruida por un tercero
P71	EIR 2006 · 6	2	reconstruida por un tercero
P72	EIR 2006 · 5	5	reconstruida por un tercero
P73	EIR 2006 · 4	2	reconstruida por un tercero
P74	EIR 2006 · 3	1	reconstruida por un tercero
P75	EIR 2006 · 2	2	reconstruida por un tercero
P76	EIR 2005 · 74	1	reconstruida por un tercero
P77	EIR 2005 · 66	1	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P78	EIR 2004 · 94	2	reconstruida por un tercero
P79	EIR 2004 · 93	1	reconstruida por un tercero
P80	EIR 2016 · 89	3	hoja del archivo oficial
P81	EIR 2016 · 33	1	hoja del archivo oficial
P82	EIR 2014 · 19	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F2** Nowicki RI. Análisis de los paradigmas de enfermería y su articulación con la práctica profesional. Cultura de los Cuidados. 2022;26(64):278-293. doi:10.14198/cuid.2022.64.23. · <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2022-n64-An%C3%A1lisis-de-los-Paradigmas-de-enfermer%C3%ADa-y-su-articul> · consultada 2026-09-25
- **F3** Santos-Ruiz S, López-Parra M, Varez-Pelaez S, Abril-Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica. Gerokomos. 2008;19(4):184-189. · <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n4/184rincon.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F4** Fawcett J. Evolution of one version of our disciplinary metaparadigm. Nursology.net, 17/01/2023 (artículo de la autora; remite a Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. Image J Nurs Sch. 1984;16(3):84-89). · <https://nursology.net/2023/01/17/evolution-of-one-version-of-our-disciplinary-metaparadigm/> · consultada 2026-09-25
- **F5** Rodríguez-Bustamante P, Báez-Hernández FJ. Epistemología de la profesión enfermera. Ene. 2020;14(2). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013 · consultada 2026-09-25
- **F6** Jorge Samitier P. El pensamiento enfermero, de Kérouac S et al. [comentario de libro]. Enfermería Comunitaria (revista digital de la Fundación Index). 2009;5(1). · <https://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6961.php> · consultada 2026-09-25
- **F8** Krederdt Araujo SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería: estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima), 2006. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM; resume la clasificación de Kérouac y cols. (1996, pp. 147-151) en la p. 16. · <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2927> · consultada 2026-09-25
- **F9** Salazar Maya AM, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Avances en Enfermería. 2008;26(2). · http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200012 · consultada 2026-09-25
- **F10** Raile Alligood M (ed.). Modelos y teorías en enfermería, 10.^a ed. Elsevier España, 2022 (ISBN 9788413822990). Ficha e índice publicados por la editorial. · <https://www.educate.elsevier.com/book/details/9788413822990> · consultada 2026-09-25
- **F11** Belmonte García T. Modelos y teorías en enfermería, de M. Raile Alligood y A. Marriner Tomey (6.^a ed., 2007) [reseña]. Enfermería Global. 2007;(10). · <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/258/254/1204> · consultada 2026-09-25
- **F12** Camacho Franco ER, Rodríguez Jiménez S. Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. Enfermería Universitaria (ENEO-UNAM). 2010;7(1). Cita a Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Madrid: Paidós; 1992. · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000100005 · consultada 2026-09-25
- **F13** Nightingale F. Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not. London: Harrison; 1859 [tirada fechada en 1860]. Obra de dominio público; edición digital de Project Gutenberg (eBook #17366). · <https://www.gutenberg.org/files/17366/17366-h/17366-h.htm> · consultada 2026-09-25
- **F14** Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review. 1943;50(4):370-396. doi:10.1037/h0054346. · <https://doi.org/10.1037/h0054346> · consultada 2026-09-25

- **F15** Castro-Molina FJ. Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de los Cuidados*. 2018;22(52). doi:10.14198/cuid.2018.52.09. · <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2018-n52-abraham-maslow-nececidades-humanas-y-su-relacion-con-lo> · consultada 2026-09-25
- **F16** González Aguiña A, Santamaría García JM. El ciclo del cuidado: el modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. *Ene*. 2015;9(1). doi:10.4321/S1988-348X2015000100003 (cita a Collière MF. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana; 1993). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000100003 · consultada 2026-09-25
- **F17** Pino Armijo P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. *Medwave*. 2012;12(10):e5548. doi:10.5867/medwave.2012.10.5548. · <https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5548.html> · consultada 2026-09-25
- **F18** Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index de Enfermería*. 2007;16(57) (resume también los paradigmas de Kérouac). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012 · consultada 2026-09-25
- **F20** Bowen C, Draper L, Moore H. Fundamentals of Nursing, sección 1.5 Selected Nursing Theorists. OpenStax (Rice University), 2024, CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/1-5-selected-nursing-theorist> · consultada 2026-09-25
- **F21** International Council of Nurses (ICN). Definition of Nursing Project: background and rationale. · <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/definition-nursing-project/background-and-rationale> · consultada 2026-09-25
- **F22** Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y humanización de los cuidados: una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index de Enfermería*. 2009;18(1) (cita a Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Masson; 1990, p. 14). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007 · consultada 2026-09-25
- **F23** Courey TJ, Martsof DS, Draucker CB, Strickland KB. Hildegard Peplau's theory and the health care encounters of survivors of sexual violence. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2008;14(2):136-143. doi:10.1177/1078390308315613. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3163527/> · consultada 2026-09-25
- **F24** Martínez Esquivel D. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz. *Avances en Enfermería*. 2020;38(1). doi:10.15446/av.enferm.v38n1.80576. · http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000100087 · consultada 2026-09-25
- **F25** Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 1997;10(4):162-167. doi:10.1177/089431849701000407 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9416116/> · consultada 2026-09-25
- **F26** Fathidokht H, Mansour-Ghanaei R, Darvishpour A, Maroufizadeh S. The effect of communication using Peplau's theory on satisfaction with nursing care in hospitalized older adults in cardiac intensive care unit: a quasi-experimental study. *J Educ Health Promot*. 2023;12:426. doi:10.4103/jehp.jehp_1677_22. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10920670/> · consultada 2026-09-25
- **F27** Faust C. Orlando's deliberative nursing process theory: a practice application in an extended care facility. *J Gerontol Nurs*. 2002;28(7):14-18. doi:10.3928/0098-9134-20020701-05 (resumen en PubMed). · <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020701-05> · consultada 2026-09-25

- **F28** Abdoli S, Safavi SS. Nursing students' immediate responses to distressed clients based on Orlando's theory. Iran J Nurs Midwifery Res. 2010;15(4):178-184. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3093185/> · consultada 2026-09-25
- **F29** Clayton State University, School of Nursing. Nursing Theory: Ernestine Wiedenbach (cita Wiedenbach E. Clinical Nursing: A Helping Art. New York: Springer; 1964). · <https://www.clayton.edu/health/nursing/nursing-theory/wiedenbach.php> · consultada 2026-09-25
- **F30** Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global. 2010;(19) (definiciones según Orem, 4.ª ed., 1991). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004 · consultada 2026-09-25
- **F31** Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. 2014;36(6):835-845. Web de la propia revista (antes se leyó en SciELO Cuba, que ya no responde); el PDF de la revista también está en Medigraphic (me146d). · <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139> · consultada 2026-10-01
- **F32** Sillas González DE, Jordán Jinez ML. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. 2011;19(2):67-69 (hemeroteca de la Fundación Index). · <https://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F33** Hossain López S, Orbañanos Peiro L. Repercusión de los factores condicionantes básicos en la vulnerabilidad de la población militar en despliegues internacionales. Ene. 2017;11(3). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300013 · consultada 2026-09-25
- **F34** Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. Nurs Sci Q. 2001;14(1):48-54. doi:10.1177/089431840101400113 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11873354/> · consultada 2026-09-25
- **F35** Callis AM. Application of the Roy Adaptation Theory to a care program for nurses. Appl Nurs Res. 2020;56:151340. doi:10.1016/j.apnr.2020.151340. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7428709/> · consultada 2026-09-25
- **F36** Mudd A, Feo R, Conroy T, Kitson A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: a narrative review and synthesis of key nursing concepts. J Clin Nurs. 2020;29(19-20):3652-3666. doi:10.1111/jocn.15420 (tabla 2). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7540068/> · consultada 2026-09-25
- **F37** King IM. King's theory of goal attainment in practice. Nurs Sci Q. 1997;10(4):180-185. doi:10.1177/089431849701000411 (resumen en PubMed). · <https://doi.org/10.1177/089431849701000411> · consultada 2026-09-25
- **F38** Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(4):37-43. doi:10.1590/S0104-11692001000400007. · <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400007> · consultada 2026-09-25
- **F39** Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. Index de Enfermería. 2010;19(4). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010 · consultada 2026-09-25

- **F40** Butcher HK (ed.). Martha E. Rogers' Nursing Science, cap. 4: The Science of Unitary Human Beings: Postulates. University of Iowa Pressbooks, 2023 (obra a la que remite la Society of Rogerian Scholars). · <https://pressbooks.uiowa.edu/rogeriannursingscience/chapter/chapter-4-the-science-of-unitary-human-beings-postulates/> · consultada 2026-09-25
- **F41** Butcher HK. Principles of integrality, resonancy, and helicy. En: Martha E. Rogers' Nursing Science, cap. 5. University of Iowa Pressbooks, 2023. · <https://pressbooks.uiowa.edu/rogeriannursingscience/chapter/chapter-5-introduction-to-the-principles/> · consultada 2026-09-25
- **F42** Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006 (resumen en PubMed). · <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006> · consultada 2026-09-25
- **F43** Wang X, Zhang Q, Shao J, Ye Z. Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2020;10(6):e036546. doi:10.1136/bmjopen-2019-036546 (tabla 1). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7311031/> · consultada 2026-09-25
- **F44** Neuman Systems Model Trustees. NSM overview slides (© 2005 Betty Neuman; revisión de Jacqueline Fawcett, junio de 2025). Web oficial del modelo. · <https://www.neumansystemsmodel.org/s/NSMoverviewslides-2016-JF-revision-June-2025.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F45** Escobar-Castellanos B, Jara-Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación (PUCP).* 2019;28(54). doi:10.18800/educacion.201901.009. · http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-94032019000100009 · consultada 2026-09-25
- **F46** Derdarian AK. The relationships among the subsystems of Johnson's Behavioral System Model. *Image J Nurs Sch.* 1990;22(4):219-225. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00217.x (resumen en PubMed). · <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00217.x> · consultada 2026-09-25
- **F47** Transcultural Nursing Society (TCNS). Dr. Madeleine Leininger. · <https://www.tcns.org/madeleineleininger/> · consultada 2026-09-25
- **F48** Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002;13(3):189-192. doi:10.1177/10459602013003005 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113148/> · consultada 2026-09-25
- **F49** Lima AFS, Santos CEB, Alves NR et al. Nursing care for the Warao people: an experience report based on transcultural theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57:e20230035 (publicado en enero de 2024). doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0035en. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10776090/> · consultada 2026-09-25
- **F50** Watson Caring Science Institute. Caring Science Theory (con los 10 Caritas Processes®). · <https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-science-theory/> · consultada 2026-09-25
- **F51** Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostigüín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria (ENEO-UNAM).* 2011;8(4). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003 · consultada 2026-09-25
- **F52** Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs.* 1982;82(3):402-407. doi:10.2307/3462928 (registro de la editorial). · https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1982/82030/from_novice_to_expert.4.aspx · consultada 2026-09-25

- **F53** Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bull Sci Technol Soc.* 2004;24(3):188-199. doi:10.1177/0270467604265061 (registro ERIC). · <https://eric.ed.gov/?id=EJ689876> · consultada 2026-09-25
- **F54** Piscoya Angeles PN, Leyva-Moral JM. [Benner y la adquisición de habilidades]. *Index de Enfermería.* 2017;26(1-2). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100021 · consultada 2026-09-25
- **F55** Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194-204. doi:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22739426/> · consultada 2026-09-25
- **F56** Blanco Enríquez FE, Caro Castillo CV, Gómez Ramírez OJ, Cortaza Ramírez L. José, una mirada al ser: análisis de una narrativa de enfermería de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy. *Ene.* 2019;13(1). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100010 · consultada 2026-09-25
- **F57** Beck DM. Creating the Nightingale Initiative for Global Health: theoretical reflections to follow in Florence Nightingale's footsteps. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3430. doi:10.1590/1518-8345.4720.3430 (cita a Nightingale F. Sick-nursing and health-nursing, 1893). Texto completo leído por E-utilities de NCBI (PMC8432507). · <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4720.3430> · consultada 2026-09-28
- **F58** Muñoz Devesa A, Rico Becerra JI. Caring as a generative principle: reconfiguring the metaparadigm and operative mechanisms in nursing theory. *J Adv Nurs.* 2026;82(10):9433-9447. doi:10.1111/jan.70544 (tabla de fragmentos del manual de Alligood, Modelos y teorías en enfermería, 10.^a ed., p. 343). Texto completo leído por E-utilities de NCBI (PMC13576871). · <https://doi.org/10.1111/jan.70544> · consultada 2026-09-28
- **F59** Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI [editorial]. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2014;40:2-3. doi:10.1016/j.sedene.2014.10.001 (cita a «Kerouac (1996)», sin referencia completa). · <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-el-paciente-con-ictus-el-S2013524614000282> · consultada 2026-09-28
- **F60** Masters K. Nursing Theories: A Framework for Professional Practice, cap. 1: Introduction to Theoretical Nursing Knowledge. Jones & Bartlett Learning. Muestra del capítulo publicada por la editorial (maqueta fechada en octubre de 2010; cita a Chinn y Kramer, 2008, y Alligood, 2010). · http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH01_Masters.pdf · consultada 2026-09-28
- **F61** Erazo MS. Prácticas reflexivas, racionalidad y estructura en contextos de interacción profesional. *Perfiles Educativos (UNAM).* 2011;33(133):114-133 (cita a Schön DA, La formación de profesionales reflexivos, trad. esp. 1992). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000300007 · consultada 2026-09-28
- **F62** Guest HS. Maslow's Hierarchy of Needs – the sixth level. *The Psychologist (The British Psychological Society).* 17/12/2014 (cita a Maslow AH, The Farther Reaches of Human Nature, 1971, cap. 23, reimpresión del artículo sobre la metamotivación). · <https://www.bps.org.uk/psychologist/maslows-hierarchy-needs-sixth-level> · consultada 2026-09-28
- **F63** Upreti AS, Aryal B, Kuikel J, Sharma MK, Sigdel L. Application of Pender's Health Promotion Model for healthy dietary practice promotion among type 2 diabetes mellitus patients: a quasi-experimental study in Lalitpur District, Nepal. *Health Sci Rep.* 2026;9(1):e71638. doi:10.1002/hsr2.71638. Texto completo leído por E-utilities de NCBI (PMC12805062). · <https://doi.org/10.1002/hsr2.71638> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Relaciones proposicionales de la disciplina atribuidas a Hernández Conesa (EIR2016-064): no se ha encontrado ninguna fuente válida que se las atribuya; la lista persona-salud, persona-entorno, salud-cuidado y persona-entorno-salud solo aparece en una revista de calidad dudosa y atribuida a Wesley. Consultar Hernández Conesa J et al. Fundamentos de la enfermería: teoría y método (McGraw-Hill, 2003). La pregunta no se intercala. (Refuerzo del 28/09/2026: se buscaron las relaciones proposicionales de Hernández Conesa en revistas, Dialnet y la web: Ene 2019 cita su libro solo por los cuatro conceptos; Dialnet devolvió una comprobación contra robots, que no se esquivó; el resto son academias y blogs.)
- Rasgo común de las definiciones de enfermería de la segunda mitad del siglo XX, «centrada en el paciente» (EIR2015-021): sin fuente válida. No se intercala. (Refuerzo del 28/09/2026: búsqueda en español e inglés; solo academias, blogs y apuntes; el artículo cubano «Fuentes teóricas de la enfermería profesional» (scielo.sld.cu) no se pudo descargar porque el servidor no resuelve.)
- Que diversas autoras coincidan en que el objeto de estudio de la enfermería no está claramente definido (EIR2009-102): es una postura dentro de un debate epistemológico, no un hecho aceptado; no se intercala.
- Redacción exacta del cuarto método de ayuda de Orem («proporcionar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal»): en fuentes válidas figura como «promover un entorno favorable al desarrollo personal» o «proporcionar un entorno para el desarrollo». EIR2016-069 (su distractor es un entorno «familiar») no se intercala por ese matiz de redacción. (Refuerzo del 28/09/2026: Enfermería Global 2010, Gerokomos 2013 y Arch Méd Camagüey 2019 dicen «proporcionar un entorno para el desarrollo»; la redacción inglesa con «personal development» solo aparece en blogs y ensayos. Sin cambios.)
- Norma general sobre qué rol de Peplau corresponde a la fase de identificación (solo hay un caso clínico publicado, F24, con el rol de persona recurso) y qué roles resume la literatura española como «las cuatro funciones» (EIR2012-010, EIR2016-059): solo en fuentes no válidas. (Refuerzo del 28/09/2026: Courey 2008, Salazar Maya 2008 y Naranjo Hernández 2025 dan seis roles y sitúan a la extraña en el primer encuentro; la lista de «cuatro funciones» y la extraña en la identificación solo están en Scribd, Studocu, blogs y academias; la Rev Cubana Enferm 2016 no se pudo leer porque su servidor no resuelve.)
- Lydia Hall en la escuela de los efectos deseables y el contenido de cada círculo de su teoría (núcleo, cuidado, curación): solo en fuentes basadas en manuales de academia. (Refuerzo del 28/09/2026: su artículo de 1969 en Int J Nurs Stud es de pago y sin resumen; en PMC solo se fecha la teoría (1959 o 1966); la escuela de los efectos deseables junto a Hall solo sale en blogs, apuntes y academias.)
- Los tres modos de acción y el Sol Naciente en texto de la propia Leininger (tcns.org da 403 y no se esquivó; los resúmenes de PubMed de la autora no los enumeran; solo están en revistas que la citan, como F49). La idea de la persona inseparable de su cultura ya tiene fuente (F58), pero es un fragmento del manual de Alligood, no un texto de la autora.
- Redacción original de los 10 factores de cuidado de Watson (1979) y año del paso a «procesos caritas». Refuerzo del 28/09/2026: la web del Watson Caring Science Institute da la redacción actual de los procesos caritas y fecha la teoría en 1975-1979; Watson (Texto Contexto Enferm 2007) dice que su primer libro dio los 10 factores de cuidado y que los procesos caritas son su extensión, sin año; las listas en revistas (Healthcare 2022) son la redacción revisada, y la de 1979 solo aparece en un artículo que la atribuye a Watson 2018.
- Texto original en inglés de las definiciones de los niveles de Benner (1982/1984) desde una fuente de la editorial, y la traducción «profesional» del cuarto nivel que usa EIR2010-011. Refuerzo del 28/09/2026: Am J Nurs 1982 (LWW) da 403 a curl y no se esquivó; Benner 2004 es de pago; Chan, Benner et al. 2025 (Nurs Adm Q) da los cinco nombres en inglés sin definirlos. Ocho revistas en español traducen proficient como «eficiente», «eficaz», «capacitado» o «proficiente»; ninguna como «profesional».

- Definición literal de Collière con «indispensables para la vida»: las fuentes consultadas dicen «necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación». (Refuerzo del 28/09/2026: la forma «indispensables para la vida» solo sale en TFG, Studocu y un repositorio de tesis.)
- Datos del libro de K  rouac y cols. (El pensamiento enfermero, 1996) que no recoge ninguna fuente abierta válida y han salido de la teoría: «intervenir significa hacer para las personas», la persona «bajo» los cuidados, la fragmentación de los cuidados en tareas (taylorismo), que las enfermeras «van y vienen» entre paradigmas, el paradigma de la categorización como división de los fenómenos en categorías, que la transformación inspir   a Newman, Parse, Rogers y Watson, y la frase «cuidar supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones». La   nica copia leída era la vista previa de Google Libros, que no es fuente válida; consultar el libro impreso. (Refuerzo del 28/09/2026: ninguna revista válida recoge esas frases; el «hacer para» solo está en la Revista Sanitaria de Investigación, que no vale como fuente; Enfermería en Costa Rica 2013 cita de K  rouac el «actuar con» de la integración, que no es ninguno de estos datos.)
- Henderson: la suplencia temporal o permanente y la clasificación de las fuentes de dificultad por su naturaleza (de orden físico, psicológico, social o de falta de conocimientos, enunciado de EIR2016-057) solo constaban en un trabajo de fin de grado, que no es fuente; buscar un artículo de revista o la obra de Henderson. (Refuerzo del 28/09/2026: la clasificación en órdenes físico, psicológico, sociológico y de conocimiento solo aparece en material de curso de la Universidad de Cantabria y de la UNTREF, TFG, Wikipedia, Studocu, Slideshare y Portales Médicos; «temporal o definitivamente» solo en el blog de Manuel Amezcua; los Basic Principles del CIE no est  n en su web oficial. Por eso EIR2016-057 sigue con apoyo débil.)
- Definición de la disciplina de K  rouac con la redacción que pregunta EIR2010-007 («la enfermería se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud»): confirmada en su esencia por la reseña de Jorge Samitier (F6), no en el libro. Refuerzo del 28/09/2026: la única cita literal encontrada en fuente válida es otra redacción («la práctica se centra en el cuidado a la persona...», Ferrer Arnedo 2014, F59), también de segunda mano; consultar el libro impreso.