

# Enfermería

Desarrollo Teórico e Investigativo



**María  
Mercedes  
Durán  
de  
Villalobos**



Facultad de  
Enfermería  
Universidad  
Nacional de  
Colombia

Fortalecimiento  
de los Postgrados  
en Enfermería



proyecto  
**INNOVAR**





**Enfermería**  
**Desarrollo Teórico y Práctico**  
**María Mercedes Durán de Villalobos**  
Profesora Titular y Emérita  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Diseño, Diagramación y Dirección Editorial  
**Gabriel Suárez & Asociados**

Concepto de Portada  
**Marco Aurelio Cárdenas**

Producción Editorial  
**Pedro Bellón**

Preprensa Digital  
**Contextos Gráficos**

Impresión  
**Unibiblos**, sección imprenta  
Universidad Nacional de Colombia  
Santafé de Bogotá, D.C.

**ISBN 958-8051-21-5**  
Primera Edición 1998  
Primera reimpresión 2001

© María Mercedes Durán de Villalobos  
Proyecto INNOVAR  
Facultad de Enfermería,  
Universidad Nacional de Colombia

Impreso en Colombia  
Printed in Colombia



A **Jorge, Jorge y María Isabel**

quienes con su comprensión, apoyo y generosidad sin límites, han sido los mejores aliados en el logro de mis metas profesionales y personales.

A **Nelly Garzón Alarcón**: amiga y maestra.



Prólogo	7
Agradecimientos	11
Introducción	13
<b>1 • Disciplina de Enfermería</b>	
<b>Conceptualización y Evolución de Enfermería</b>	<b>15</b>
Concepto de ciencia	
Propósito de la ciencia	
El desarrollo científico en las áreas de la salud	
<b>Enfermería: disciplina profesional</b>	<b>19</b>
Relación de la disciplina y la práctica	
Estructura disciplinar de enfermería	
Meta de la profesión de enfermería	
<b>Patrones del Conocimiento de Enfermería</b>	<b>26</b>
¿Qué es conocer?, ¿qué es conocimiento?	
Identificación de patrones de conocimiento en enfermería	
Patrón de conocimiento empírico	
Patrón de conocimiento estético	
Patrón de conocimiento personal	
Patrón de conocimiento ético	
Utilización de los patrones de conocimiento	
<b>Evolución de las Definiciones de Enfermería</b>	<b>39</b>
<b>Desarrollo Investigativo y Teórico de Enfermería</b>	<b>44</b>
Etapa de la práctica	
Etapa de la educación y la administración	
Etapa de desarrollo investigativo	
Etapa de desarrollo teórico	
<b>Barreras para el Desarrollo Investigativo y Teórico</b>	<b>53</b>
Barreras de formación: Las enfermeras como enfermeras	
Barreras sociales: Las enfermeras como mujeres	
Barreras profesionales: Las enfermeras como teoristas	
Barreras del conocimiento	
<b>2 • Ciencia de Enfermería</b>	
<b>Naturaleza del Conocimiento y la Ciencia de Enfermería</b>	<b>61</b>
Conceptualización de la ciencia de enfermería	
Enfoques filosóficos que soportan el desarrollo de la ciencia de enfermería	
Visión tradicional, positivista lógica	
Nueva visión	
El humanismo	
<b>Premisas para el Desarrollo de la Ciencia de enfermería</b>	<b>74</b>
<b>Estructura del conocimiento de enfermería</b>	<b>75</b>
Paradigma de enfermería	
Tipología de dominios del conocimiento de enfermería	
Dominios del conocimiento (Meleis)	
Cuatro dominios del conocimiento (Kim)	

### 3º Desarrollo Teórico de Enfermería

<b>Teoría para Enfermería</b>	<b>92</b>
Definiciones de Teoría	

<b>Fuentes y Recursos para el Desarrollo Teórico de Enfermería</b>	<b>94</b>
--	-----------

- Práctica existente
- Paradigma médico
- Experiencia de la enfermera
- Preparación para un rol
- Paradigmas de otros campos del conocimiento
- Práctica ideal de enfermería
- Proceso de enfermería
- Diagnóstico de enfermería
- Investigación y teoría de enfermería

<b>Paradojas Teóricas de Enfermería</b>	<b>99</b>
---	-----------

<b>Modelos conceptuales versus teoría</b>	<b>100</b>
---	------------

Teoría de enfermería versus teoría prestada

<b>Estrategias para el desarrollo teórico</b>	<b>103</b>
---	------------

- Estrategia teoría práctica teoría
- Estrategia práctica teoría
- Estrategia investigación teoría
- Estrategia teoría investigación teoría
- Estrategia modificada práctica teoría

### 4º Teoría de Enfermería: Relación con la Práctica e Investigación

<b>Relación de la Teoría con la Investigación</b>	<b>111</b>
---	------------

- Problemas de la investigación basada o ligada a la teoría
- Investigación generadora de teoría
- Investigación que prueba teoría

<b>Relación de la Teoría con la Práctica</b>	<b>117</b>
--	------------

Contribución de la práctica al desarrollo teórico

<b>Desarrollo y Construcción de la Teoría</b>	<b>124</b>
---	------------

<b>Análisis de conceptos</b>	<b>124</b>
------------------------------	------------

- Identificación del concepto
- Metas del análisis
- Examen de definiciones comunes existentes
- Construcción de casos
- Prueba de casos
- Formulación de criterios

<b>Construcción de las relaciones teóricas</b>	<b>126</b>
--	------------

<b>Prueba de las relaciones teóricas</b>	<b>127</b>
--	------------

<b>Componentes de la teoría</b>	<b>128</b>
---------------------------------	------------

- Propósito o meta
- Conceptos
- Definiciones
- Relaciones
- Estructura

<b>Supuestos</b>	<b>134</b>
------------------	------------

- Validación práctica de la teoría
- Selección de una teoría para la práctica

**5** Investigación: Herramienta Esencial

<b>Estructura Conceptual de la Investigación de Enfermería</b>	<b>139</b>	
<b>Fuente del problema</b>		
Qué asunto indagar		
Forma adecuada de indagación		
Resultados deseados de la investigación		
<b>Necesidad de investigación para enfermería</b>	<b>142</b>	
<b>Generación de conocimientos científicos</b>	<b>142</b>	
Relación de la investigación de enfermería con el resto de enfermería		
Clase de investigación que necesita enfermería		
<b>Distancia entre la investigación y la práctica</b>	<b>149</b>	
<b>Evolución de la investigación de la práctica</b>		
Descripción de la distancia entre la investigación y la práctica		
Razones de la distancia investigación-práctica		
Filosóficas		
Socio políticas		
Burocráticas		
<b>Quién se beneficia al disminuir la distancia?</b>		
<b>Desarrollo del conocimiento científico para la práctica</b>		
Desarrollo del arte de la práctica		
Beneficios para el establecimiento de administración de cuidado de óptima calidad		
Beneficios metodológicos para medir calidad		
<b>Disminución de la distancia entre la investigación y la práctica</b>	<b>160</b>	
<b>Lazos entre la práctica y la investigación</b>	<b>161</b>	
Enfoque y propósitos comunes		
Valores filosóficos compartidos		
Identificación común con la profesión		
Problemas comunes de la práctica profesional		
<b>Enfermera Consumidora de Investigación</b>	<b>163</b>	
<b>Herramientas para consumir investigación</b>	<b>166</b>	
Modelos para la utilización de la investigación		
<b>6</b> Figuras y Tablas		
Figura 1.1	<b>Enfermería disciplina Profesional</b>	<b>19</b>
Figura 4.1	<b>Espiral del conocimiento, teoría investigación</b>	<b>115</b>
Figura 4.2	<b>Formas estructurales de ideas</b>	<b>133</b>
Figura 5.1	<b>El mundo de enfermería</b>	<b>144</b>
Tabla 1.1	<b>Procesos y productos de los patrones de conocimiento</b>	<b>27</b>
Tabla 1.2	<b>Formas de expresión de los patrones de conocimiento</b>	<b>34</b>
Tabla 1.3	<b>Cuestiones ontológicas y epistemológicas relacionadas con patrones</b>	<b>37</b>
Tabla 1.4	<b>Características del desarrollo teórico</b>	<b>51</b>
Tabla 1.5	<b>Desarrollo teórico, resumen de hechos</b>	<b>52</b>
Tabla 2.1	<b>Temas del metaparadigma de enfermería</b>	<b>80</b>
Tabla 4.1	<b>Descripción de la teoría</b>	<b>128</b>
Tabla 5.1	<b>Comparación de competencias de la enfermera para investigar y consumir investigación</b>	<b>151</b>
Tabla 5.2	<b>Roles de la enfermera consumidora de investigación</b>	<b>164</b>
<b>Guía para la descripción de una teoría</b>	<b>135</b>	
<b>Bibliografía General</b>	<b>172</b>	





Elaborar la Introducción a esta obra es un honor que me concede la autora y que lo recibo con gran placer y humildad.

Mis conocimientos sobre la materia no tienen la profundidad que yo quisiera para hacer comentarios analíticos, por lo tanto, me limitaré a hacer algunas reflexiones que motiven a las profesionales de enfermería para leer y asimilar los profundos conocimientos que le aportará este libro, el cual trata de un tema de tanta actualidad y trascendencia como son los elementos y dinámicas para entender la enfermería como ciencia y como disciplina, y dar reorientaciones a la investigación para progresar en este campo.

El tema del trabajo que se publica, *Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo* responde a una necesidad de Colombia y de los países de habla hispana, porque lleva a identificar y comprender la naturaleza misma de la enfermería como ciencia, como arte, como disciplina que oriente su estudio y su práctica con criterios de calidad.

7

Los diferentes libros, disponibles en español, que tratan sobre la evolución y estado actual de la teoría en enfermería no presentan el abordaje de la temática en la forma tan completa y comprensiva como se hace en esta obra.

Como bien lo dice la autora la preocupación de identificar la naturaleza científica de la enfermería comienza con Florence Nightingale, con la pregunta que ella se formuló a mediados del siglo XIX - ¿Qué es y qué no es enfermería? - su premisa de estudio puso de manifiesto que la naturaleza del conocimiento de la enfermería era diferente al conocimiento de la medicina; la enfermería tenía su propio cuerpo científico que se aplicaba en dos campos, que ella identificó, en la enfermería para sanos y la enfermería para enfermos.

La autora de este libro se propone responder un interrogante en el mismo sentido: - ¿Cómo explicar el conocimiento de enfermería y los aspectos que lo hacen diferente del conocimiento de la medicina y, más aun, que lo hacen diferente de la práctica artesanal de cuidar a los enfermos, o cuidar la salud y bienestar de las personas?

En este sentido, en los cinco capítulos del libro, la autora ofrece un completo y revelador análisis sobre la mencionada cuestión que, si bien desde hace años ha sido abordada en diversas maneras y con diversos enfoques hoy continúa siendo un tema muy preocupante para las enfermeras y para quienes reconocen toda la dimensión de esta profesión en el campo de la atención de la salud.

Los esfuerzos se orientan a identificar los fundamentos científicos y teóricos que a finales del siglo XX y en los albores del Siglo XXI, permitan caracterizar la disciplina de enfermería y los elementos de la naturaleza científica de la práctica.

Poletti en su libro *Les soins Infirmiers, théories et concepts*, que en 1980 se tradujo del Francés al Español, decía en el Prólogo que "la enfermería ha tenido necesidad de disminuir su dependencia histórica frente a las otras disciplinas desarrollando un marco conceptual que le sea propio." Y agrega: "la verdad es que las enfermeras vivimos la etapa de balbuceo en este campo. Nos hacen falta investigadores y pensadores, porque somos pragmáticas, ante todo. Sin embargo, mientras la mayoría de nosotras permanecemos atareadas realizando las técnicas de cuidado, otros han venido realizando investigación con el fin de elaborar las bases científicas de sus respectivas profesiones, y ahora enfermería afronta un retraso y tiene dificultad para explicar la especificidad y naturaleza científica de sus conocimientos". Esto es verdad, pero sería mayor el retraso si desde la segunda mitad del presente siglo no se hubieran dedicado algunas pocas enfermeras investigadoras a desarrollar modelos y marcos conceptuales de enfermería.

Poltti en el mencionado trabajo (1980), hace una síntesis de cuatro tendencias teóricas principales, hasta ese momento, que aparecen en las investigaciones realizadas por enfermeras: 1) La tendencia ecologista, con Florence Nightingale; 2) la tendencia existencialista, con Peplau, G Ujhely, J. King, N. Roper; y M. Levine; y C. Roy. 3) la tendencia cósmica con M. Rogers y 4) la tendencia sociológica de A. Meleis y D. Orem. Pero esta obra, traducida al español no ofrece un análisis del desarrollo teórico y conceptual de la enfermería que se realizó a través de los trabajos de estas teoristas.

En este orden, de producción científica, aparecen posteriormente otras traducciones de libros sobre modelos y teorías, que a lo largo del trabajo de diferentes autores sobre la materia presentan el desarrollo y las aproximaciones al conocimiento de la enfermería.

La obra, sobre el desarrollo teórico e investigativo, tiene un enfoque diferente, profundiza en el análisis de la naturaleza de la enfermería como ciencia, como arte, como disciplina y destaca el valor de la investigación como herramienta esencial para la construcción teórica que fundamenta el conocimiento y la práctica.

En el capítulo primero, la autora presenta una visión general y una síntesis del desarrollo del estatuto epistemológico de la enfermería como ciencia y como disciplina. Explica las interrelaciones de la ciencia y la sociedad, su historia, sus progresos y estancamientos por diversas dificultades, así como sus momentos brillantes y sus momentos de decadencia. Diferencia la ciencia pura, de la ciencia aplicada, y explica cómo cada una de ellas contribuye al progreso y mejoramiento de la práctica de enfermería. La presentación de los patrones de conocimiento ayudan al lector a comprender y dar el fundamento a la práctica, y le orientan en el proceso para entender lo que significa conocer y lo que significa conocimiento. Los patrones de conocimiento identificados por Carper se citan para explicar con sus procesos y productos la relación con sus aplicaciones en el desarrollo del conocimiento y de la práctica de enfermería: El patrón empírico como la descripción y clasificación de aquellos fenómenos de la enfermería que están abiertos a la observación e inspección.

El patrón estético del conocimiento de enfermería que se relaciona con el arte de enfermería, se hace visible en el arte de cuidar y en las diferentes formas de interacción. El patrón de conocimiento personal que se hace evidente a través del conocimiento de sí mismo, de la capacidad de la

persona de relacionarse con otros seres humanos y de utilizar el efecto terapéutico de sí mismo en la interrelación y comunicación. Es el aspecto más difícil de describir y por lo tanto de enseñar. El patrón ético, es el componente moral de la relación interpersonal y del acto de cuidar. Proporciona el fundamento al componente moral del conocimiento de enfermería y su aplicación en la práctica.

Entender los cuatro patrones de conocimiento de enfermería hace posible comprender la complejidad y diversidad del conocimiento de enfermería, su estructura, validez, justificación, y además llevan al análisis e indagación de la naturaleza, de las razones del conocimiento, para dar respuestas ontológicas.

El estudio anterior del conocimiento de enfermería lo complementa la autora con un análisis cronológico de la conceptualización y definición de enfermería desde Nightingale, hasta nuestros días con los enunciados conceptuales de Lenninger, Watson, Roger, Benner quienes introducen en sus respectivos conceptos o definiciones elementos humanísticos, socioantropológicos, éticos, que cambian diametralmente las definiciones tradicionales de enfermería, que se construían con enunciados de funciones, o características de la enfermera.

La tendencia de separar y diferenciar el paradigma de la práctica de enfermería, del paradigma de la práctica de la medicina, aunque ha sido una empresa, bien difícil y controvertida, ha llevado a cambios muy significativos en el progreso del conocimiento de enfermería y en la comprensión de la práctica.

La evolución investigativa y teórica de enfermería se enmarca en diferentes etapas con características y tendencias identificables: en el desarrollo de la práctica, de la educación, en el desarrollo mismo de la investigación y en el desarrollo teórico. Todos estos momentos marcan derroteros, progresos sustantivos y hacen evidente la presencia de barreras al interior de la enfermería y en su contexto. Lo cual invita y motiva para seguir estudiando y profundizando a fin de progresar y ampliar el estudio de la naturaleza del conocimiento teórico y práctico de enfermería. Al finalizar este capítulo queda la impresión optimista que la disciplina de enfermería, a pesar de las dificultades que vive, ha progresado y va en camino de cambios importantes que lograrán fortalecer su componente científico disciplinar que trascenderá en una práctica de calidad científica, humanitaria, y ética, que se podrá valorar con criterios objetivos y mensurables y no solamente con expresiones subjetivas, cargadas de emotividad.

En los capítulos segundo y tercero la autora estudia los diferentes enfoques filosóficos que han fundamentado la ciencia y la práctica de enfermería, la estructura del conocimiento, el desarrollo teórico y los paradigmas como premisas y elementos desde los cuales se puede analizar el desarrollo de la ciencia de esta disciplina. En alguna forma se responde a la pregunta que muchos pragmáticos se hacen al respecto, ¿Por qué teoría en enfermería?, ¿Qué utilidad tiene?, ¿Cuál es la urgencia de investigar con este propósito?

Chinn y Jacobs, ( 1983) dicen: La mayoría de las teorías de enfermería representan el mundo como debe ser o como podría ser, y que muchas veces es muy diferente del mundo que se conoce, donde la mayoría de los profesionales practican. Como los fundamentos teóricos y filosóficos tienen que ver con el deber ser de la práctica y no dan orientaciones específicas de cómo hacerlo, y ponen impacientes y escépticos a los practicantes de la enfermería. Tal vez muchos de los lectores nos hemos hallado en estas circunstancias.

Un trabajo como el presente que lleva a la reflexión sobre estos fenómenos que vive la profesión, ayudan a una mejor comprensión o al menos a cambiar las actitudes negativas, que a veces presentan las enfermeras, por unas más receptivas para comprender que hoy las teorías, y los paradigmas de enfermería representan esfuerzos individuales y colectivos de investigaciones dirigidas a lograr la verdadera apreciación de la disciplina de enfermería. Los resultados, además, permitirán continuar el trabajo intenso que debemos realizar para alcanzar un mayor desarrollo de la ciencia de enfermería, y para llenar los baches o atrasos que afectan cada vez con mayor intensidad el estatus científico de la enfermería y la identidad de su naturaleza disciplinar; los fundamentos de la verdadera autonomía profesional, y el poder que debe tener la enfermería basado en el conocimiento.

En los capítulos cuarto y quinto se establecen las relaciones entre la teoría de enfermería con la investigación como proceso generador de teoría y con la práctica como proceso de comprobación generador de modelos de calidad, integralidad y que fundamenta los procesos para la solución de problemas y para la toma de decisiones. El diagrama utilizado por Chinn y Jacobs es sencillo y claro para ilustrar la forma de desarrollo espiral del conocimiento en el proceso de relación y desarrollo de la teoría y la investigación que va progresando en círculos concéntricos que crecen en tamaño y ámbito, rodeados por un entorno variable y afectado por diferentes fenómenos socioculturales y por los resultados de los adelantos científicos y tecnológicos en otras disciplinas y campos del conocimiento. Pero, a la vez, nos lleva a reflexionar sobre cómo dichas relaciones entre la teoría, investigación y práctica no ocurren de forma tan sencilla, ni con la celeridad necesaria, ni se dan en forma aislada, si no se cuenta con un fuerte liderazgo y reconocimiento, con el sabio ejercicio del poder del conocimiento, y la seguridad en sí mismo que se genera en el saber, el conocer y el contar con conocimiento bien fundamentado.

Esto nos permite comprender cómo la investigación y el desarrollo teórico incipiente en el desempeño de Nightingale tuvo tanta influencia e impacto en la transformación de la enfermería y en la reforma de algunos sistema de atención de salud a mediados del siglo XIX; nos hace pensar cómo la ausencia de investigación y desarrollo teórico durante casi 100 años retardó el progreso de la enfermería a nivel mundial; y nos ayuda a explicar y justificar el por qué de nuestra chocante dependencia en teoristas de Norte América y tener que vivir el retraso en el desarrollo teórico de la enfermería latinoamericana; y hoy felizmente nos hace apreciar los esfuerzos inteligentes de nuestras enfermeras investigadoras que con todo el rigor científico producen obras y trabajos como este, que contribuirán con el crecimiento científico de la enfermería y en el progreso de la práctica, si los estudiamos y sabemos utilizar.

### **Nelly Garzón Alarcón**

Profesora Asociada y Emérita  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

### **Referencias**

1. Chinn, Peggy L., Jacobs, Maeona K., (1983) **Theory and Nursing: A Systematic Approach**, St. Louis, The C.V. Mosby, Co.
2. Marriner, Ann, (1989) **Modelos y Teorías de Enfermería**, Barcelona, Ediciones Rol, S.A.
3. Poletti, Rosette, (1980) **Les Soins Infirmiers, Théories et Concepts**, Ginebra, Editions du Centurion, Traducción al Español por Ediciones Rol, S.A. Barcelona



Cuando por primera vez me interesé por la epistemología de enfermería, pensé que era algo tan complejo que sería muy difícil plasmar, en un texto como éste, su significado real, en toda su extensión. Sin embargo, con el transcurso del tiempo y con el apoyo directo e indirecto de muchas personas, he logrado de manera imperfecta terminar el proyecto.

Es complejo agradecer, porque con seguridad, se cometen omisiones. Lo más grave es nombrar personas porque, seguramente, otras que no se mencionan se consideran con mayor derecho. Por este motivo, solamente, me referiré a algunas pocas.

Mi gratitud inexpressable es para la FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. La Facultad ha sido, sin duda alguna, la que creó las bases, ayudó a formar mi inquietud intelectual y la que a dado respuesta a exigencias personales formativas. Todas las personas que han pasado por la Facultad han contribuido para poder presentar este producto. La Facultad con su amplitud de siempre, flexibilidad intelectual, y capacidad de confrontación. Además, porque siempre ha sabido decir sí a los planteamientos académicos. Gracias por dejarme experimentar y crecer.

11

A la Fundación W. K. Kellogg y al doctor Marcos Kisil porque me brindaron una oportunidad enriquecedora, única: trabajar con el equipo UNI y en el Programa de Desarrollo de Enfermería para América Latina, en un ambiente de riqueza intelectual y humana de proporciones maravillosas.

A Nelly Garzón quien con sus características personales únicas, su visión futurista y su inagotable amor por Enfermería, me ha enseñado lo que significa mirar al futuro con optimismo y tratar de promover escenarios para ese futuro. Además porque me enseñó a comprender a Florence Nightingale.

A Edilma Gutiérrez de Reales. Una enfermera y un ser humano superiores. El privilegio de trabajar y compartir con Edilma las inquietudes filosóficas y epistemológicas de Enfermería y muchas otras cosas íntimas y trascendentes, es invaluable. Con Edilma comenzamos este trabajo porque es a partir de una asignatura llamada Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería, que compartimos, que estos contenidos han ido tomando forma en mi cabeza.

Edilma, ojalá que Martha Rogers y Margaret Newman no se indignen por haberme atrevido a plantear y utilizar sus fascinantes ideas, en este trabajo.

A Lucy Muñoz de Rodríguez y Marina Arias de Ramírez porque siendo decana y vicedecana de la Facultad, respectivamente, me obligaron a cambiar el trabajo del año Sabático y enfocarlo por el rumbo de la epistemología de Enfermería. Tuvieron mayor visión.

A las directivas del Departamento de Administración y Educación quienes apoyaron todas las solicitudes para poder terminar este trabajo.

A todas las docentes de la Maestría y postgrados de la Facultad, incluyendo aquellas tan queridas que nos han dejado, y a las demás docentes que, de una u otra forma, contribuyeron para aclarar ideas o me convencieron que valía la pena buscar lo diferente. Igualmente, a las estudiantes de la maestría y del primer semestre de la carrera por tolerar y confrontar las ideas. Su realimentación permitió clarificar, simplificar y sintetizar muchos de estos conceptos.

Lucía Restrepo, para ti también hay un muchas gracias muy grande.

Al proyecto INNOVAR de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia porque generosamente, ayudó a la impresión de este libro. INNOVAR con esta acción continúa una acción editorial y de difusión muy importante para la Facultad de Enfermería y para el país.

A Gabriel Suárez Asociados quienes se encargaron de una labor titánica: convertir un texto pesado, en algo mas fácil de leer. Gabriel y su equipo diagramaron y alegraron el texto: ENFERMERÍA DESARROLLO TEÓRICO E INVESTIGATIVO.

De manera especial quiero mencionar a tres personas irremplazables: Ligia Lozano, la persona más jovial, responsable y eficiente, en quien delegué muchas actividades, tal vez en exceso, para poder terminar el libro y quien jamás me ha dicho no. Mil gracias y que Dios la bendiga, a Raquel García, mi administradora y amiga; sin su apoyo jamás hubiera terminado el trabajo del año Sabático, precursor del libro, y Jairo Barbosa, alguien listo para todo, sin problemas...

Resta decir que todos los que creemos en Enfermería veremos mejores días. GRACIAS.

“ La evolución de enfermería desde los días de Florence Nightingale ha sido dura, larga y desigual. Sin embargo, la disciplina está comenzando a establecerse por sí misma como un campo teórico. El proceso de su evolución ha seguido una ruta única, una ruta que no entienden con facilidad aquellos que hablan de las revoluciones científicas en términos de la física y de las ciencias naturales.

Los intentos de Nightingale por establecer una enfermería profesional, basada en el interés único de enfermería con relación al contexto, para la promoción de la salud, fueron reemplazados por el entrenamiento orientado hacia la enfermedad, el cual dependía de otras profesiones para poder existir, y en los hospitales para lograr la substancia real del entrenamiento. A partir de aquel momento se ha evolucionado del aprendizaje instrumental y del servicio hospitalario hacia la teoría formal, la autonomía y la responsabilidad; de la enfermería práctica a la teórica. El recorrido ha incluido un desvío hacia la tierra de la inhabilidad para conceptualizar o generalizar; una tierra de práctica cerrada, concreta y digna de confianza en la ortodoxia como la antítesis de la generalización, la universalidad de proposiciones y teorías. En la actualidad se está alejando de ésta tierra, para encausarse nuevamente por la ruta de Florence Nightingale; con mayor experiencia, más seguridad y confianza en las propias percepciones, admitiendo la incertidumbre, que incluye aceptar el significado diferente de la experiencia y su rol en el desarrollo teórico de enfermería ”



# Disciplina de Enfermería

“

*La ciencia es el intento de hacer que la experiencia caótica de nuestros sentidos corresponda a un sistema lógico de pensamiento.*

”

Albert Einstein

Enfermería ha comenzado a establecerse como un campo científico, a pesar de las dificultades que ha debido salvar y contra las que aún lucha para fundamentarse como un área particular del campo de la salud.

El primer capítulo pretende presentar una visión general y resumida del desarrollo epistemológico, de enfermería. Además plantea algunos conceptos y elementos de discusión que son necesarios, a juicio el autor, para entender la evolución disciplinar. Se proponen diferentes conceptualizaciones de la ciencia, y se analiza su propósito. Las profesiones del campo de la salud se contrastan con éstos planteamientos y finalmente se estudia la situación actual de enfermería como disciplina profesional.

Se continúa con análisis de los patrones del conocimiento de enfermería y algunas definiciones de la misma con el objeto de analizar su evolución e influencia en el desarrollo de la ciencia y el arte de enfermería.

Por último, se presenta una síntesis del desenvolvimiento teórico e investigativo y de las barreras que se han presentado durante el desarrollo disciplinar hasta la fecha.

15

## Conceptualización y Evolución

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978): 1. los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos; 2. los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; y 3. los

procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Se reconoce que enfermería es una *DISCIPLINA PROFESIONAL* (Johnson, 1959; Leininger, 1968; Dickoff y James, 1968; Donalson & Crowley, 1979; Rogers, 1971, 1981; Bilitsky, 1981; Fawcett, 1984; Woods & Catansaro, 1988); un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

Pero no por el hecho de existir consenso sobre esta definición, se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario hacer esfuerzos para aclarar con mayor precisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería.

Con el objeto de ilustrar lo anotado se requiere tener un mínimo de claridad con relación al concepto de ciencia y su propósito y a la situación actual de la disciplina de enfermería.

## **Concepto de ciencia**

Desde el siglo XVIII hombres y mujeres han discutido ampliamente, en los medios académicos, sobre la naturaleza de la ciencia.

Bunge (1957) define la ciencia como "un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y falible, que se alcanza por medio de la investigación científica".

La ciencia es a la vez una empresa humana y un desarrollo histórico. Como empresa humana, es el refinamiento del pensamiento común llamado sentido común; la investigación científica es por lo tanto, un refinamiento para resolver racionalmente los problemas de la vida diaria. La meta de toda ciencia es describir, explicar y predecir el comportamiento de los fenómenos de interés y en última instancia utilizar los resultados para la resolución de problemas pertinentes.

Como empresa humana refleja los diferentes intereses del hombre, la complejidad de sus motivaciones, las paradojas del proceso de su pensamiento, la ingenuidad en la habilidad para sortear los obstáculos que se anteponen a su metas, y las limitaciones al igual que las posibilidades de su naturaleza (Crowley, 1968).

Como desarrollo histórico refleja las consecuencias de las interrelaciones de la ciencia y la sociedad, ya que la ciencia ha sido moldeada por la sociedad en la cual se ha desarrollado e igualmente la sociedad ha tenido influencia de la ciencia. A través del tiempo, desde las más tempranas tradiciones del pensamiento humano hasta el desarrollo de las diferentes ideas científicas contemporáneas, la ciencia ha sido arte del pasado aún al resolver los problemas del presente e indiscutiblemente con gran influencia en el futuro (Crowley, 1968).

También, ha sido descrita como un producto y un proceso (Greene, 1979; Jacobs y Huether, 1978; Jacox, 1974). Entendiéndose como producto al cuerpo teórico de conocimientos relacionados (Andreoli y Thomson, 1977; Johnson, 1974), y como proceso o actividad refiriéndose al método de investigación o proceso de conocimiento que se aplica a la vida social (Newman, 1979).

Tradicionalmente se ha discutido sobre dos campos clásicos de la ciencia: el campo de las ciencias puras y el de las aplicadas. El problema de esta distinción es entender y explicar el oficio de predecir y de utilizar. El científico puro asegura que el trabajo tiene razón de ser por el mero hecho de obtener nuevos conocimientos, y no está interesado de manera inmediata en la utilización de los hallazgos científicos. Por el contrario, el científico que maneja la ciencia aplicada está envuelto primariamente en la utilización del conocimiento producido por el científico puro.

La literatura relaciona cinco formas de distinción entre ciencia *pura* y *aplicada*, aunque estén relacionadas entre sí.

- 1:** Distinción entre disciplinas científicas. La razón usada para esta diferencia es el propósito mismo de la ciencia, o la presencia o ausencia de referentes empíricos. En el primer caso, se consideran las ciencias que tienen como propósito el desarrollo del conocimiento per se, y son éstas las consideradas ciencias *puras* o *formales* (matemáticas, astronomía...). En el segundo caso las ciencias puras se consideran no empíricas y las ciencias empíricas se consideran ciencias *fácticas* o *aplicadas* (química, sociología). (Handlin, 1965).
- 2:** Distinción entre dos aspectos de una misma disciplina. Se relaciona directamente con el nivel de abstracción, más que con la presencia o ausencia de referentes empíricos. Por lo tanto, una ciencia empírica puede tener ramificaciones consideradas *puras* y ramificaciones consideradas *aplicadas*. Como ejemplo se puede citar la sociología pura y la sociología aplicada o la química pura y la química aplicada. Es importante tener en cuenta esta distinción dentro del campo académico ya que es análogo al desarrollo de las disciplinas profesionales (especialmente al de medicina y también al de odontología y enfermería) en las cuales se hace diferencia académica entre las *ciencias básicas* (microbiología, patología, biología) y las ciencias *clínicas* (medicina interna, enfermería, especialidades, etc.) (Handlin, 1965).
- 3:** Distinción entre una disciplina científica y un cuerpo de conocimientos que aplica sistemáticamente los principios científicos de la disciplina para la solución de problemas prácticos. En opinión de algunos filósofos de la ciencia ésta es una posible diferencia entre *ciencia* y *tecnología*, más que distinción entre dos ciencias o dos aspectos de una misma ciencia. La ciencia aplicada muestra como se aplica la ciencia, mientras que la tecnología aplica el conocimiento para concretar situaciones. La meta de la tecnología es la acción, la solución de problemas, la de la ciencia es conocimiento.
- 4:** Distinción entre diferentes formas de investigación. La diferencia, entre *investigación pura* y *aplicada* radica en el planteamiento del problema de estudio. En otras palabras, si se define por el significado cognoscitivo para la disciplina científica; o si se define por el significado práctico para el campo en el cual se aplica el conocimiento.
- 5:** Distinción entre científicos: *puros* o *aplicados*. Esta distinción parece estar relacionada con el tipo de investigación que los científicos realizan: pura o aplicada.

Sobre estas diferencias no hay claridad total respecto a las terminologías utilizadas, ni al sentido que los puristas dan a cada interpretación sobre la ciencia pura, aplicada, tecnología y tipos de investigación y de científicos. Handling (1965) hace notar que la empresa científica

siempre ha apelado a los mismos científicos en términos del descubrimiento progresivo de la verdad, pero el soporte para este avance lo ha recibido gracias a la posibilidad de utilización de los conocimientos para el progreso (desarrollo tecnológico).

Durante las últimas tres o cuatro décadas, se ha desarrollado un movimiento filosófico que presenta otra opción sobre la interpretación de la ciencia, que dista en algo del enfoque tradicional positivista que se discutió y que maneja un metodología científica que permanece neutral con relación a los valores humanos.

Clama que no es posible mantener un argumento tan vano e inútil como es el de separaciones marcadas entre la ciencia pura y aplicada y de manera significativa propone una interpretación del mundo amplia y cambiante. Bronowsky (1970) al aclarar este planteamiento, argumenta que *"la ciencia no es una mera recolección de hechos; la ciencia no es más que la búsqueda para descubrir la unidad en la compleja diversidad de la naturaleza o... en la variedad de las propias experiencias"*. Agrega que los descubrimientos científicos son un acto de creación: el mismo acto en la ciencia pura, en el arte, en las humanidades. Afortunadamente, aunque con un poco de retraso, disciplinas jóvenes como la educación, la psicología, la antropología y la enfermería están encausando su desarrollo científico por otras rutas diferentes a las del desarrollo tradicional, sin minimizar la necesidad e importancia de éste.

Finalmente se argumenta que cualquier clase de conocimiento, una vez obtenido, es utilizado o aplicado para concretarse en situaciones de la vida en diferentes formas e interpretaciones (Nagel, 1961). Este campo integrador sostiene que el conocimiento derivado de la *ciencia pura* implica inherentemente su aplicación mediata o inmediata y por lo tanto la dicotomía artificial se torna imposible de mantener.

Estos campos de interpretación se mantienen vigentes y como consecuencia del discurso han surgido nuevas ideas acerca de los problemas científicos y de la naturaleza de la ciencia pura y aplicada (Capra, 1983).

## **Propósito de la ciencia**

El desarrollo de la ciencia, en cualquier campo de interés científico y bajo la concepción filosófica que se asuma, depende de la habilidad de éste campo para proveer un clima en el cual se favorezca el libre cuestionamiento, la objetividad, el escepticismo y la búsqueda de aquello general (más que lo particular). Su propósito básico es el de comprender de la manera más completa posible, la conexión entre las experiencias objetivas y subjetivas de nuestros sentidos, utilizando un mínimo de conceptos y relaciones. Con más precisión es *"el descubrimiento de conocimientos nuevos, la expansión de los ya existentes o la reafirmación o redefinición de aquel conocimiento puesto en cuestionamiento"* (Andreoly y Thomson, 1977).

## **El desarrollo científico en las áreas de la salud**

A pesar de las críticas por parte de los académicos sobre las posibilidades de desarrollo científico de los campos aplicados de la salud, la articulación entre la universidad (medicina, enfermería, odontología, etc.) y las instituciones de salud, ha jugado un papel importante en la exigencia y la urgencia de transformar el desarrollo científico en aspectos utilizables por la demanda social.



Las profesiones aplicadas de la salud tienen tres responsabilidades básicas que cumplir para satisfacer el mandato social sobre el cual se soporta su existencia: 1. deben lograr u obtener las metas de las razones sociales que soportan su existencia, 2. deben reclutar, educar y retener un número suficiente de individuos preparados y motivados para lograr satisfacer las necesidades sociales, y 3. debñ desarrollar y expandir el cuerpo de conocimiento científico que forma y cimienta la base de la práctica. A través de la práctica profesional se logra el cumplimiento del mandato social. Sin un cuerpo de conocimientos de calidad científica que sustente la práctica, el practicante no puede funcionar en un nivel profesional. Es imposible pensar que la enfermera clínica desarrolle por sí misma el cuerpo de conocimientos necesarios para su práctica. Utiliza el conocimiento, contribuye con ideas, identifica necesidades del campo clínico y demanda respuestas para sus preguntas. Existe un grado de incertidumbre en el campo clínico que genera ansiedad. Las practicantes presionan por tecnologías y por acciones que aseguren la meta que elimina la incertidumbre. Estas presiones no conducen al pensamiento objetivo y reflexivo que es esencial para el desarrollo científico (Crowley, 1968). Por ello es necesario el desarrollo disciplinar llevado a cabo por la propia enfermería en términos de excelencia académica y práctica.

Dados el desarrollo, las características y el estatus de enfermería es importante entender cual ha sido el desarrollo de ésta hasta la actualidad.

## Enfermería: disciplina profesional

Desde hace más o menos cinco décadas se discute y trabaja afanosamente en la clarificación y establecimiento de la naturaleza de enfermería. A través de este trabajo se ha sostenido que enfermería es una *disciplina profesional* constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional.

19

La cuestión de la existencia de un cuerpo sustantivo de conocimientos de enfermería generó y aún genera airados argumentos entre académicos en general, de otras áreas de la salud, y dentro de las mismas enfermeras. Pero se requiere hacer claridad sobre ello ya que es un hecho de significado para el desarrollo futuro de enfermería. Sin duda, es imposible pensar que una profesión exista y se desarrolle sin hacer explícitas las bases teóricas de su práctica, de manera tal, que el concimiento pueda ser comunicado, probado y expandido (Johnson, 1959)

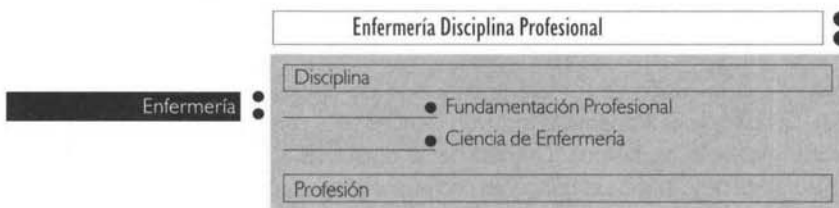


Figura 1.1 Tomado literalmente de Woods y Catanzaro, 1988. p. 5.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión (Figura 1. 1). Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar

los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. La disciplina de enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud (Donalson y Crowley, 1978; Newman, 1983; American Nurses Association, 1985; Woods y Catanzaro, 1988; Rogers, 1994; ANEC, 1996).

Por definición una disciplina no enfoca el conocimiento desde un punto de vista global, tiene un enfoque único de percibir los fenómenos de su interés y es éste en última instancia, el que define los límites de la naturaleza de la disciplina y del proceso investigativo respectivo.

¿Pero que clase de disciplina es enfermería?

La clasificación de las disciplinas tiene que ver con las consideraciones filosóficas del conocimiento. No hay acuerdo total y no existe manera única de enfocar el asunto. Con relación a enfermería se puede afirmar que ésta tiene en sus partes componentes tanto aspectos científicos como aspectos relacionados con el arte y la tecnología. Por ejemplo, la salud humana es considerada por enfermería en términos de hechos políticos e históricos, y al mismo tiempo dentro de las leyes inexorables del cuidado. Por lo tanto, la enfermería como disciplina tiene mayor amplitud que la ciencia de enfermería y su exclusividad se acuña en su perspectiva, más que en su objeto metodológico de investigación.

Es necesario discutir este planteamiento por dos razones: primero porque la disciplina de enfermería no fue creada por sí misma, surgió dentro del contexto de otras disciplinas (Donalson y Crowley, 1978). Por lo tanto, se requiere conocer sus relaciones extrínsecas al igual que su estructura interna. Segundo porque como en la familia de las disciplinas cada una de ellas representa conocimiento e independientemente desarrolla marcos teóricos, éstas evolucionan y están sujetas a revisión por fusión, extinción, multiplicación de sus miembros y nueva conceptualización. Enfermería como disciplina está sujeta a cambios que tienen como raíz la modificación de su estructura conceptual, y las investigadoras y académicas de enfermería son las responsables del cuestionamiento y revisión de las estructuras.

Según Shermis (1962), las disciplinas académicas tradicionales se caracterizan por tener un cuerpo de conocimientos sólido y probado, técnicas adecuadas, inquietudes de interés para los humanos, tradiciones e inspiraciones unificadas, y grandes logros científicos. Sin embargo, aunque no existen criterios para diferenciar las disciplinas de las *no disciplinas*, aquellas proveen una base para aceptar una rama académica para la enseñanza de las mismas.

Para el propósito de la discusión se tomará la distinción de disciplinas hecha por Donalson y Crowley (1978). Las disciplinas académicas incluyen ciencias tales como física, biología, sociología y también filosofía, matemáticas, historia. La meta de las disciplinas académicas es conocer, y sus teorías son de naturaleza descriptiva. Las disciplinas profesionales tales como el derecho, la medicina, y la enfermería dirigen sus metas hacia el logro y utilidad práctica y por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivo y prescriptivo.

La meta de las disciplinas académicas es conocer, sin tener en cuenta si el conocimiento es puro o aplicado. Por este motivo las áreas que enfatizan la utilización de la investigación aplicada deben llamarse disciplinas aplicadas o ramas aplicadas de las disciplinas académicas y no disciplinas profesionales. Estas últimas se caracterizan porque son las que ejecutan la aplicación directa del

conocimiento en el sentido práctico. Johnson (1974) aclara este hecho cuando comenta "el conocimiento profesional no consiste en teoría aplicada de las ciencias básicas validada en la práctica", el conocimiento profesional crea y redefine nueva teoría y valida la teoría básica. Así comprendido, es incorrecto interpretar a las disciplinas profesionales como meras ciencias aplicadas.

Las disciplinas profesionales tienen necesidad de conocer y trabajar a partir de las teorías prescriptivas, en adición a las descriptivas. Para su desarrollo son necesarias la investigación básica y la aplicada porque cada disciplina tiene una meta profesional diferente que delinea claramente el campo de acción y su perspectiva. Por ello, y a causa de esa situación de especificidad de cada disciplina y su contexto, el conocimiento se torna específico y no es posible simplificarlo o prestarlo. (Donalson y Crowley, 1978).

Las disciplinas profesionales representan en general, ciencias aplicadas más que puras. Están dedicadas a la aplicación del conocimiento con el fin de lograr utilidad social. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento. Sin embargo, son ciencias y tienen interés en la sistematización y expansión del conocimiento. Estas características tienen implicación directa para el desarrollo de la ciencia de enfermería (Johnson, 1959).

Los planteamientos de una disciplina son útiles y entendidos a cabalidad sólo si tienen sentido dentro del contexto específico que se les ha asignado y si aprueban los criterios éticos y morales de la disciplina. Desde este punto de vista las científicas de enfermería pueden utilizar información de otras disciplinas, sin eliminar la necesidad de llevar a cabo investigación básica desde la propia perspectiva de enfermería. Ver los fenómenos de la salud, del cuidado y bienestar humano y de su interacción con el contexto genera investigación muy diversa en todos los niveles y para diferentes estructuras del conocimiento.

21

¿Qué sucede con las disciplinas emergentes como enfermería?

En cualquier campo profesional existe un proceso de evolución típico a partir del momento en que existe movilización del nivel vocacional, en el cual la técnica es preeminente a la racionalización de la práctica y el establecimiento de una base de conocimientos científicos como soporte para la misma. Una disciplina surge como resultado del pensamiento creativo de hechos importantes relacionados con ésta. En este estado de desarrollo se encuentra enfermería y como anota Gortner (1974) "parte del trabajo que se debe realizar es básico ya que tiene utilidad para el entendimiento de las respuestas humanas al bienestar y a la salud, y parte es aplicado para dar respuestas adecuadas a los problemas profesionales". Siguiendo ésta línea de ideas se puede afirmar que enfermería no puede sustentar sus bases científicas únicamente en el conocimiento derivado de las leyes y procesos de las disciplinas académicas. Es necesario que las investigadoras generen y prueben el conocimiento teórico necesario para desarrollar su propia tecnología.

También se requiere entender hasta que punto una disciplina es dependiente del desarrollo de otras. El punto de vista comptiano de las ciencias es jerárquico y ha tenido influencia en el manejo curricular. Este enfoque ha contribuido a adjudicar una connotación de jerarquía y dependencia, a ciertas disciplinas. Como resultado de una interpretación inadecuada del parecer de Comte se presenta una explicación errónea sobre lo básico visto como científico y lo aplicado como no científico. Este planteamiento muy limitado en todo sentido, debe ser cuestionado y revaluado. Primero porque existe el peligro de ubicar al conocimiento científico de calidad dentro de las

disciplinas académicas exclusivamente, dejando reposar a las profesiones en el conocimiento prestado. Segundo porque aún considerando positivamente el potencial de las disciplinas profesionales, la jerarquía del conocimiento hace prácticamente imposible que éstas puedan expandir su respectivo cuerpo de conocimiento de manera independiente. En contraste, es interesante analizar la posibilidad de entender a las disciplinas profesionales, enfermería entre ellas, desarrollándose paralelamente con las académicas y no dependiendo de ellas.

No se propone la independencia total entre disciplinas. Ciertamente las formulaciones lógicas de una disciplina no pueden ignorar las *verdades* de otras. Por lo tanto, el conocimiento de una disciplina puede favorecer o limitar el desarrollo investigativo de otras y posiblemente el punto de relación más claro entre las disciplinas es en el campo de la práctica profesional.

Uno de los propósitos de la disciplina de enfermería es facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar las profesionales en la práctica. De acuerdo con esto enfermería tiene educadoras y académicas cuya función es entender y diseminar hechos sustantivos del conocimiento de enfermería, de manera que se expanda y se pruebe a través de la investigación. Igualmente la profesión cuenta con enfermeras en ejercicio, que son quienes proveen servicio y están comprometidas con la práctica clínica. En esta instancia de la práctica es donde se hace un trabajo de intercambio y de participación entre diferentes disciplinas asociadas con enfermería. Por ejemplo, los académicos e investigadores de las disciplinas científicas (biología, psicología) pueden observar y reorientar acciones partiendo de la realidad derivada de las observaciones de las profesionales de enfermería y utilizar teorías descriptivas o prescriptivas de esta disciplina profesional; de igual forma enfermería deriva muchos de sus conocimientos de las disciplinas académicas (Donalson y Crowley, 1978).

### **Relación de la disciplina y la práctica.**

Aunque la disciplina y la profesión están estrechamente ligadas y se realimentan, se deben distinguir de forma independiente. La falla en reconocer la existencia de un cuerpo de conocimientos científicos separado de la práctica ha llevado a enfermería a ser vista como una vocación más que como una verdadera profesión. Esta situación ha hecho poner en duda la existencia de enfermería como disciplina.

Parte del problema de diferenciar la disciplina y la práctica profesional radica en que tanto la disciplina como la práctica evolucionan interdependientemente para dar una respuesta social, y como resultado juntas mantienen una meta común tendiente a la solución de los problemas de las necesidades sociales. El proceso de mejoramiento de la práctica también conduce a establecer relaciones más cercanas entre el conocimiento utilizado como base para la práctica profesional y el conocimiento de las disciplinas académicas.

La ubicación de la educación de enfermería dentro del ámbito universitario, que lidia fundamentalmente con el conocimiento como producto más que como servicio, no modifica la responsabilidad de la disciplina con relación a su meta profesional. Como Johnson ha anotado "las decisiones sobre qué estudiar y sobre qué cuestionarse, deben necesariamente derivarse de las decisiones sociales con relación a las responsabilidades profesionales o de la práctica clínica".

Los valores éticos y morales inherentes a la práctica clínica tienen influencia en la perspectiva y orientación de los valores de la disciplina. Es notoria la forma como los valores de la práctica

profesional de enfermería (servicio humanitario, respeto y autodeterminación del cliente, favorecimiento de los comportamientos de autocuidado que conllevan al bienestar y a la salud y otros...) han influido en el comportamiento valorativo de la disciplina.

La disciplina de enfermería debe gobernar la práctica clínica y no ser definida por ésta. La práctica se centra en el cliente, en el cuándo y en el cómo un problema requiere acción y solución apropiadas. La disciplina por su parte, agrupa el conocimiento significativo para todos los aspectos de la práctica y conecta el pasado, presente y futuro. Su escenario se proyecta mucho más allá de lo estrictamente necesario en la práctica clínica. Parte del problema se deriva de la utilización del término práctica clínica como sinónimo de práctica profesional, y de una definición estrecha de práctica clínica.

La competencia profesional se entiende como algo más extenso que la simple atención de salud; conlleva la preparación de futuros profesionales y de investigadoras. Gortner (1983), sugiere que esta competencia incluye la necesidad del profesional de entender las bases sociales con suficiente claridad de manera que dentro de este contexto ubique la práctica, incluyendo adicionalmente habilidades para conducir procesos de cambio.

Parte del conocimiento requerido para desarrollar competencias proviene de la disciplina de enfermería; pero el desarrollo teórico es esencial para la práctica clínica, y el diseño apropiado para la investigación sólo puede emanar del componente disciplinar. Además y aunque el conocimiento sobre política, historia, filosofía y otras disciplinas es importante para enfermería y su entendimiento del contexto social, el profesional de enfermería no puede ubicar ni colocar a enfermería dentro de este contexto ignorando el conocimiento propio y real de la disciplina.

La necesidad de la indagación filosófica e histórica es crucial, no solamente en términos de brindar bases para la preparación profesional, sino para el desarrollo de la disciplina. No se debe olvidar que la disciplina se define según su relevancia social y por sus valores, más que por verdades empíricas. En resumen, la disciplina y la profesión deben ser valoradas continuamente en términos de las necesidades sociales y de los descubrimientos científicos. Igualmente, la estructura interna de la disciplina debe ser renovada con el tiempo y esta renovación es responsabilidad de las académicas de enfermería (Donalson y Crowley, 1978).

## Estructura disciplinar de enfermería

La disciplina de enfermería está conformada por (Figura 1.1): la ciencia de enfermería que como se anotó es el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica de enfermería; y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional. El conocimiento y su aplicación se exploran a través del proceso científico de investigación (Woods y Catanzaro, 1988).

La ciencia de enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivados de las ciencias físicas, biológicas, humanísticas, del comportamiento, y sociales, que hace pertinencia a enfermería. (Abdellah, 1969). Debido a esta derivación de conocimientos es difícil percibir y conectar aquello que es exclusivamente pertinente a enfermería. La falta de claridad en la meta específica de enfermería agrega complejidad a la situación.

La ciencia de enfermería como cualquier otra ciencia debe retarse y probarse permanentemente. De esta forma los fenómenos novedosos que se observan y los eventos y hechos que son aceptados o rechazados dentro de su cuerpo de conocimientos facilitan y permiten el crecimiento y evolución del cuerpo de conocimientos científicos de enfermería.

La ciencia de enfermería está constituida, de acuerdo con los planteamientos de Donalson y Crowley (1978), por dos estructuras. Una estructura sustantiva compuesta por las conceptualizaciones propias o redefinidas que encajan dentro de la perspectiva de la disciplina y una estructura sintáctica que se refiere a los criterios y metodologías científicas que se utilizan para justificar la aceptación de conceptualizaciones y postulados verdaderos, de la disciplina.

A la estructura sintáctica de enfermería se han incorporado el sistema de valores y las constricciones de la investigación. Las constricciones incluyen consideraciones relacionadas con el acceso a los controles, congruencia con el conocimiento existente, consecuencias latentes y manifiestas y posibilidad tecnológica. Tanto los valores como las constricciones tienen influencia en la generación de teoría y el diseño de investigación. Al actuar aseguran que los resultados de la investigación sean conceptualizaciones y postulados apropiados, confiables y válidos para los propósitos de la disciplina. La estructura sustantiva determina el ámbito y el sujeto de la investigación (lo que es de interés) y la estructura sintáctica determina el procedimiento para conducir la investigación y los criterios de aceptabilidad de los resultados como verdad.

En 1974 Johnson hizo la siguiente anotación con relación a la ciencia de enfermería: "No existen en la herencia de enfermería gigantes en cuyos hombros se pueda sustentar la investigación. No hay un cuerpo específico de conocimientos científicos y tampoco existe un grupo de hechos generalizados empíricamente y de amplio reconocimiento y aceptación que puedan ofrecer los rudimentos a la ciencia de enfermería y proveer los fundamentos para el trabajo futuro".

En la actualidad la situación no es tan crítica, pero después de revisar un buen número de referencias (Donalson y Crowley, 1978; Johnson, 1978; Jacobs y Huether, 1978; Feldman, 1981; Gortner, 1983; Newman, 1983, 1991, 1992; Stevens, 1984; Meleis, 1985; Rogers, 1994) parece razonable concluir que no existe consenso con relación a la existencia de la ciencia de enfermería, ya que sólo ahora, se comienza a identificar claramente un cuerpo de conocimiento empírico específico de enfermería. Existen autoras como Meleis (1985) y Fawcett (1984 y 1989) que afirman que la disciplina se encuentra en estado paradigmático, otras como Conway (1985) que existe un estado de preciencia o embrionario y otras como Rogers (1970) y Newman (1992) que no ponen en duda la existencia de la ciencia de enfermería porque desde un comienzo se refieren a ella con certeza. Pero evidentemente a partir de los años 80 y después del consenso sobre la necesidad de desarrollo de la ciencia de enfermería, se ha producido un mayor incremento del trabajo teórico, y el progreso de la investigación se ha visto afectado en gran medida por esta tendencia, con resultados positivos.

A pesar de ser enfermería una disciplina emergente y de gran diversidad de acción, se requiere continuar con el desarrollo del cuerpo sustantivo de conocimientos que dé sustento y dirección a la práctica.

Según Johnson una de las razones por la cual se encuentran obstáculos para el desarrollo de la ciencia de enfermería es la dificultad para identificar una meta general clara y común. Si la profesión



de enfermería no maneja con claridad sus metas estará sujeta a cambios frecuentes en las formas de práctica. La profesión ha visto eras de atención directa, de trabajo en equipo, de trabajo comunitario, de solución de problemas, de proceso de enfermería y últimamente de atención primaria de salud; paralelamente de especialización, enfermería humanística, y otras nominaciones. Cada una de estas transformaciones son intentos de crecimiento profesional, educativo, y de socialización. Por lo tanto la enfermería actual hace frente a su tradición cambiante y a la fragmentación que en última instancia conducen a la confusión.

La respuesta a esta preocupación, en opinión de numerosas académicas e investigadoras, radica esencialmente, en el desarrollo teórico y la investigación científica.

## Meta de la profesión enfermería

La meta de enfermería fue claramente definida por Nightingale quien mantuvo unidos los conceptos de ciencia y arte. Esta interpretación fue cambiando hasta llegar a extremos en que se negó totalmente la posibilidad de contemplar al arte como componente esencial de enfermería.

Según Johnson (1959) la enfermería como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos primariamente al cuidado de la salud de individuos y grupos de individuos. Así se logra la meta profesional (social) de enfermería. A través del servicio de cuidado, se puede lograr la meta y compartirla con las otras profesiones de la salud. El cuidado de enfermería es, entre todos los componentes de la práctica, el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional. El cuidado de salud que se brinda a individuos o grupos y familias en condiciones de bienestar, enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y el mantenimiento de la situación de salud.

Aún siendo una meta tan amplia y general, en ella se pueden enmarcar algunas propuestas de trabajo para el desarrollo de la ciencia de enfermería y apoyo para la práctica en áreas como:

- 1:** Adaptación de los clientes (individuos, familias y grupos) al bienestar y a la enfermedad, incluyendo los medios efectivos o inefectivos utilizados para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la discapacidad y para asegurar la recuperación de las enfermedades y la rehabilitación hasta el funcionamiento óptimo.
- 2:** Aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y el mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos; y cómo se desarrollan los estados de enfermedad.
- 3:** Intervenciones físicas e interpersonales para asistir a los clientes y reducir las consecuencias adversas de la enfermedad. Manejo de las formas de enfrentamiento a los efectos físicos, psicológicos y sociales de las enfermedades. Promoción de la salud y el bienestar y de comportamientos relativos a la salud.

Igualmente se puede pensar en temas de investigación que han aportado al mejoramiento de la práctica: maneras de enfrentar situaciones relacionadas con la salud las personas y las familias y cómo se adaptan a ellas. Demostraciones de adaptación a estados vitales tales como preñez, nacimiento, hospitalización, cambios del desarrollo normal, cronicidad, problemas agudos de salud,

trauma y muerte. Relación entre los seres humanos y su ambiente y relación de éstos con la salud, soporte social y salud, soporte social y tratamientos...

## Patrones de Conocimiento de Enfermería

Las disciplinas aceptan que es la investigación la que independientemente determina el tipo de conocimiento que las metas de la disciplina y profesión requieren para desarrollarse, conducir la organización, prueba y aplicación del conocimiento.

El conocimiento que constituye la ciencia de enfermería es sólo un componente de la disciplina. Para entender qué es enfermería, qué valores orientan la profesión y la naturaleza de sus fundamentos filosóficos para la práctica, se requiere un amplio ámbito de conocimiento que emana de las perspectivas humanísticas y científicas. El cuerpo de conocimientos que sirve de fundamento para la práctica tiene patrones, formas y estructuras que dan expectativas a los horizontes de la disciplina, y ejemplifican las sendas de pensamiento características acerca del fenómeno. Entender estos patrones es esencial para la enseñanza y el aprendizaje de enfermería. Este entendimiento no proyecta la amplitud del conocimiento, pero llama la atención sobre la cuestión relativa al significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que se pueden determinar como aquellas que aportan de manera, más significativa, al conocimiento de enfermería (Carper, 1978).

### Qué es conocer / Qué es conocimiento

El proceso de conocer comienza al encontrarse con el mundo y formar parte de él. Se logra a través de la observación, la percepción y la experiencia. Este proceso plantea la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción con cierto grado de exactitud. Se puede entonces pensar que conocer es un proceso y que el conocimiento es el producto derivado del proceso. (Benoliel, 1987; Chinn y Jacobs, 1987).

De acuerdo con Benoliel (1987) *"conocer puede interpretarse como ser consciente de forma particular e individual, de las complejidades de una situación dada y allegar recursos internos experimentados anteriormente para darle significado"*. Es difícil expresarlo por el discurso ya que se vive la experiencia de acuerdo con características únicas y personales. El conocimiento como producto se expresa por alguna forma de comunicación bien sea formal o informal (Chinn y Jacobs, 1987).

En una disciplina profesional como enfermería *conocer* también se entiende como trabajar en la solución de problemas que son importantes para el bienestar de los clientes, es dar un servicio social. Este proceso requiere habilidad para identificar problemas básicos para la investigación en el campo respectivo, seleccionar los aspectos relacionados con las respuestas a los problemas y sobre todo para seleccionar metodologías de trabajo que aclaren el contenido de las respuestas y permitan aprender el manejo de aquello que es imposible responder. Conocer es también tener la sabiduría para priorizar hechos y determinar lo trivial; en otros términos, es diferenciar aquello de importancia inmediata y mediata para la investigación (Schultz y Meleis, 1988).

### Identificación de patrones de conocimiento de enfermería

Carper (1978) identificó cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de la estructura del conocimiento de enfermería. En 1978 la vasta mayoría de conocimiento generado por enfermería era empírico. Las enfermeras sabían cómo reducir y hacer objetivo el conocimiento,



sabían controlar las variables. Lo que desconocían era gran parte de los cimientos filosóficos de la práctica y de su conocimiento. El trabajo de Carper dio oportunidad para que enfermería interpretara el conocimiento desde cuatro patrones de conocimiento, entrelazados e indivisibles, pero que centraron el desarrollo disciplinar de manera definitiva.

Otro aporte de Carper fue colocar al mundo de enfermería en la discusión filosófica del conocimiento ya que mostró que ésta, en vez de ser una filigrana intelectual, es indispensable para entender la manera como debe estructurarse el componente disciplinar de la profesión.

Procesos y Productos de los Patrones de Conocimiento				
	CONOCER	SIMBOLIZAR	ENTENDER	CREAR
Patrón				
● Empírico	Describir	Explicar	Predecir	
● Estético	Representar	Interpretar	Imaginar	
● C. Personal	Experimentar	Ubicar	Darse cuenta	
● Ético	Clarificar	Valorizar	Defender	

● Tabla 1.1 Tomado literalmente de Chinn y Jacobs, 1987. p. 6.

Los cuatro patrones se distinguen de acuerdo con el tipo lógico de su significado y se han designado como: 1. empírico, la ciencia de enfermería, 2. estético, el arte de enfermería, 3. de conocimiento personal y, 4. ético, el conocimiento moral de enfermería.

Cada uno de los patrones es diferente al todo de enfermería, pero a su vez contribuye al conocimiento del todo y es igualmente importante. A medida que se desarrolla y aplica el conocimiento individual de un patrón, debe integrarse con otro u otros patrones. Chinn y Jacobs (1987) sugieren que el fundamento para la integración de los patrones de conocimiento se encuentra expresado en el patrón estético, o arte de enfermería. Mientras las metodologías para el desarrollo de los patrones restantes contribuyen al proceso de integración del todo, la estética es el medio indispensable para el descubrimiento. Como se explica más adelante, la estética es a la vez una forma de desarrollar e interpretar nuevos conocimientos.

## Patrón Empírico, la ciencia de enfermería

El término ciencia de enfermería se utilizó raramente en la literatura hasta 1950. Sin embargo, desde ese momento ha existido énfasis creciente y aún urgencia por el desarrollo de un cuerpo de conocimiento empírico que muestre las especificidades de enfermería.

Existe un consenso general que apunta a la necesidad de conocer el mundo empírico; conocimiento que se organiza sistemáticamente en leyes generales y teorías que tienen como propósito describir, explicar y predecir fenómenos concernientes a la disciplina de enfermería. La mayoría de los esfuerzos para el desarrollo teórico y de investigación están comprometidos en la búsqueda y generación de explicaciones que sean sistemáticamente controlables por evidencias fácticas y que a su vez puedan ser utilizados en la organización y clasificación del conocimiento (Carper, 1978).

Para enfermería trabajo empírico significa descripción y clasificación de aquellos fenómenos que están abiertos a la observación e inspección. El desarrollo científico de enfermería ha llegado al

punto en que sus investigadoras no abrazan una sola metodología tendiente a guiar las investigaciones, por el contrario, varias metodologías y tradiciones tienen influencia en la manera como estudian los problemas.

El patrón de conocimiento que generalmente se describe como ciencia de enfermería no presenta el mismo grado de integración abstracta y las características de explicación sistemática de otras ciencias maduras. En la actualidad coexisten y a veces en contradicción, un número de estructuras conceptuales, algunas de mayor desarrollo que otras. Esto significa que no existe una estructura conceptual que se acepte como práctica científica real incluyendo leyes, teorías, aplicaciones e instrumentaciones que en su conjunto provean modelos de los cuales se desprendan o generen tradiciones coherentes y particulares de investigación científica. Se puede argumentar que algunas de estas estructuras conceptuales parecen tener mayor potencial para explicar sistemáticamente los fenómenos observados y permitir, en última instancia, la predicción y el control adecuados. Sin embargo, este es un aspecto que se determina a través de la investigación que debe conceptuar sobre la validez de las estructuras en un contexto pertinente de la realidad empírica (Carper, 1978).

Lo que es importante, por lo menos en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras conceptuales paradigmáticas y modelos teóricos presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos familiares de cuidado de la salud y enfermedad y del bienestar relacionados con los procesos de vida, y como tales deben ser legítimamente relacionados como descubrimientos de la disciplina. La presentación de la salud como algo más que la ausencia de enfermedad es un cambio crucial; ya que permite que la salud sea entendida como un estado integral dinámico que cambia según el período de tiempo, los contextos y las circunstancias específicas del ser humano. Este cambio conceptual ha permitido sugerir preguntas o interrogantes que previamente habrían sido literalmente ininteligibles (Carper, 1978).

En la actualidad la ciencia de enfermería presenta en su desarrollo teórico y de investigación asociación con la tradición empírica de las ciencias naturales. Sin embargo, la noción de lo que constituye el legítimo desarrollo de la ciencia de enfermería se ha ensanchado para incluir la evidencia de que no es solamente dentro del ámbito de la prueba de hipótesis que se puede especular. Los medios inductivos de generación de hipótesis, la descripción fenomenológica y la historiografía han entrado a formar parte importante en el desarrollo de la ciencia.

El trabajo tradicional de las ciencias naturales es describir y clasificar fenómenos, lo cual se obtiene por observación directa e inspección. Pero la literatura actual de enfermería refleja un cambio de las formas descriptivas y clasificatorias hacia las formas crecientes de análisis teórico las cuales se dirigen a la búsqueda e invención de explicaciones que den razón a los hechos empíricos observados y clasificados. Este cambio se refleja en la transición de un vocabulario observable hacia uno teórico en el que los términos tienen un significado diferente y se definen dentro de un contexto único correspondiente a la teoría explicativa.

Varias teorías de enfermería, marcos conceptuales y esfuerzos investigativos han sido modelados según el ideal de la investigación científica positivista y postpositivista. Sin embargo, los supuestos y propósitos de la teoría científica frente a los cuales han sido juzgadas las teorías de enfermería reflejan de una u otra manera, que otros patrones de conocimiento, además del empírico juegan roles de importancia en el enriquecimiento científico de la disciplina (Chinn y Jacobs, 1987).

Por ejemplo, los modelos de sistemas explican el nivel de bienestar personal en un punto del tiempo en particular como una función de los efectos acumulados y del momento, con interacciones externas e internas de su ambiente personal. El concepto de adaptación es central para este tipo de explicación. La adaptación es crucial en el proceso de responder a las demandas del ambiente (generalmente conocidas como estresores) y le facilita a la persona mantener o restablecer el estado constante que se ha determinado como meta del sistema. Los modelos de desarrollo muchas veces, proponen una forma más genérica de explicación en la cual ciertos eventos, las faenas o labores de desarrollo, aparecen como condiciones principales y necesarias para el desarrollo normal del individuo.

Por lo tanto, el primer patrón de conocimiento de enfermería es empírico, fáctico, descriptivo y en última instancia de acuerdo con los últimos desarrollos deductivo/inductivo y generador de teoría; sus metas se enfocan al desarrollo de explicaciones teóricas abstractas. Es ejemplificable, discutible y públicamente verificable (Carper, 1978).

### **Patrón Estético, el arte de enfermería**

El componente estético del conocimiento de enfermería está relacionado con el arte de enfermería. "Es la extensión o amplitud del significado de una expresión, de manera singular, particular y subjetiva proyectando además imaginaciones posibles" (Chinn y Jacobs, 1987). Hace posible desplazarse más allá del límite y de las circunstancias de un momento único, para discernir sobre el significado del mismo y actuar y crear así una posibilidad. La creación estética de enfermería se hace visible a través de las acciones, el cuidado, las actitudes y las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas (clientes). Este patrón hace posible la transformación del encuentro inmediato (cliente enfermera) en una percepción significativa en sí misma, y le adjudica significado, de manera que la percepción del significado se refleja en la acción tomada por la enfermera (Carper, 1978; Chinn y Jacobs, 1987).

29

El conocimiento estético se adquiere a través de procesos educativos que requieren exposición a la imitación de alguien que tenga maestría en el arte. La maestría se asocia comúnmente con artes tales como la música y el arte plástico. El conocimiento alcanzado por este tipo de experiencia no puede organizarse de manera lógica, lineal y razonable, ya que envuelve percepciones de características únicas e individuales y no atributos que caracterizan a un grupo grande de individuos (Woods y Catanzaro, 1988).

Muy pocos de los familiarizados con la literatura de enfermería negarían que el énfasis primario de la investigación se ha enfocado hacia la ciencia de enfermería. Se podría creer que el único conocimiento válido es aquel derivado de los hechos verificables, objetivos, observables y generalizables. Existe renuencia a extender el término conocimiento hacia hechos que no incluyan resultados sujetos de investigación empírica. Pero existe, sin embargo, aquello que puede describirse como una aceptación tácita, y es que enfermería, en parte, es un arte. No se ha hecho mucho esfuerzo para elaborar o hacer explícito éste patrón estético de conocimiento, si acaso el arte se ha asociado vagamente con la categoría general de manualidades y habilidades técnicas envueltas en la práctica de enfermería (Carper, 1978).

La renuencia a reconocer el factor estético como un patrón de conocimiento fundamental se origina de los efectos del pasado reciente que trató de exorcizar la imagen del sistema de aprendizaje

por repetición que tenía enfermería. Dentro de éste sistema de aprendizaje el arte de enfermería se relacionaba de manera cercana con el tipo imitativo y a la adquisición del conocimiento por acumulación y experiencias no racionalizadas. Otra fuente de renuencia es que la definición del término arte ha sido restringido de manera excesiva e inapropiada.

Carper (1978) señala a Weitz para decir que el arte es complejo y variado para reducirlo a una definición única. Concebir el trabajo de la teoría estética como definición, es sentenciarla al fracaso, porque lo que se llama arte no tiene propiedades comunes o similitudes reconocibles. Este entendimiento fluido y abierto de la aplicación del concepto de arte y del sentido estético hace posible una consideración de condiciones, situaciones y experiencias en enfermería que pueden ser llamadas estéticas, incluyendo el proceso creativo del descubrimiento del patrón de conocimiento empírico.

A pesar de la amplitud de esta conceptualización del arte, el significado estético puede distinguirse del científico por varios aspectos importantes. Reconocer que el arte es expresivo más que formal o descriptivo, es algo que se acepta totalmente en el campo de la estética. Las experiencias estéticas envuelven la reacción y/o apreciación de una expresión de posibilidades imaginadas o realidades equivalentes, singulares, particulares y subjetivas, que resisten la proyección de la forma discursiva del lenguaje. El lenguaje del conocimiento empírico está formulado como discurso y está sujeto a la publicidad verificable. El conocimiento obtenido a través de la familiarización, el sentimiento o la experiencia rechaza al discurso. Aunque la expresión estética requiere abstracción, ésta permanece específica y única, más que ejemplificada y lleva a reconocer que el conocimiento, el genuino y real conocimiento es considerablemente más amplio que el propio discurso (Langer, 1957).

Carper (1978) indica que para Wiendenback el arte de enfermería se hace visible a través de las acciones que se desarrollan para restaurar o extender la habilidad del cliente para hacer frente o superar las demandas de su situación. Pero agrega que para que esta intervención tenga una cualidad estética se requiere el cambio del comportamiento del cliente, o sea la transformación directa del objeto; de esta manera la percepción de la situación se refleja, no solamente, en la responsabilidad de acción de la enfermera, sino se refleja en ella.

Para Orem el arte de enfermería se "expresa individualmente por cada enfermera a través de su creatividad y estilo al diseñar y proveer el cuidado que es efectivo y satisfactorio". (Orem, 1980). El arte es creativo pues requiere del desarrollo de una habilidad que permita englobar las formas de intervención específicas de acuerdo con los resultados esperados para cada situación.

Agrega Carper (1978) que el desarrollo de la empatía, o sea la capacidad de participar en las experiencias percibidas por otros es una forma importante de expresar el patrón de conocimiento estético. Entre mayor habilidad tenga la enfermera para percibir y comprender con profundidad las vidas de otros, mayor será el conocimiento para percibir formas alternas de la realidad. Así pues, se tienen amplios repertorios para proveer un cuidado de enfermería efectivo y satisfactorio.

La dimensión estética de simbolización está dada por la representación, entender por la interpretación y la dimensión creativa por imaginar. La estética requiere la representación de la realidad de forma mental y física y actuar interpretando esta realidad de acuerdo con la percepción de su significado. El patrón de conocimiento estético envuelve el reconocimiento de abstracciones

particulares en contraste con el reconocimiento de abstracciones universales. Es el conocimiento de la particularidad única al contrario de la generalidad ejemplarizante.

## Patrón de Conocimiento Personal

El conocimiento personal como un patrón de conocimiento fundamental en enfermería es el más problemático de describir. Y el aspecto más difícil de enseñar. Al mismo tiempo, es quizás el patrón más importante para el entendimiento de la salud en términos del bienestar y desarrollo individual. Conciernen a la experiencia interna propia y al convertirse en un todo consciente de sí mismo. A través del conocimiento de sí mismo la persona es capaz de relacionarse con otro ser humano, con apreciación total de la experiencia. Sin este componente es imposible manejar la idea del uso terapéutico personal, o de la relación transpersonal. Si enfermería se considera un proceso interpersonal o transpersonal, por ende, envuelve interacciones, relaciones y transacciones entre enfermera y cliente. Ésto conlleva a pensar que la enfermera hace uso de sí como instrumento terapéutico, lo cual implica que necesita reconocer la percepción que tiene de sí misma y que el cuidado del cliente es su preocupación primaria en la relación (Carper, 1978).

El conocimiento personal se refiere al conocimiento, al enfrentamiento y a la actualización personal. Este conocimiento es la regla básica en las interacciones y confrontación con los seres humanos. Su resultado se traduce en voluntad de aceptar la ambigüedad, la vaguedad y las discrepancias entre uno mismo y los demás. Conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los clientes y el respeto por sus características individuales, al mismo tiempo que se mantiene la responsabilidad profesional por el bienestar del otro.

Con toda certeza el conocimiento empírico es esencial para los propósitos de enfermería. Pero enfermería requiere estar alerta al hecho de que los modelos de la naturaleza humana y sus categorías abstractas y generalizadas se refieren y describen comportamientos y rasgos comunes grupales. Ninguna de estas categorías puede expresar o abarcar la individualidad integral y unitaria de la persona. Esta y otras múltiples consideraciones se debaten en la esencia del conocimiento personal. Se caracterizan por ser subjetivas, concretas y existenciales; además por su relación con la promoción de la integralidad en el entorno de los seres humanos y por el logro de las realizaciones, más que por el desprendimiento objetivo y la orientación impersonal (Carper, 1978).

La dimensión simbólica del conocimiento personal es experimentar apertura a la vida y al ser; ubicarse es la dimensión de entender, y envuelve la contemplación e introspección que dan sentido personal a la experiencia. Darse cuenta es la dimensión de crear, es decir convertirse en algo genuino, auténtico, real, unitario e integral (Chinn y Jacobs, 1987).

A diferencia de los patrones empírico y ético, el conocimiento personal no es directamente comunicable. El ser no se puede describir o expresar de una forma diferente a ser sí mismo. Lo que otros perciben es la personalidad o existencia de la persona. A pesar de la imposibilidad de comunicar en forma directa este patrón, si es posible describir algunos aspectos relacionados con sí mismo, estas descripciones facilitan el desarrollo de un entendimiento común que aclara cómo el conocimiento personal puede desarrollarse y utilizarse de manera deliberada (Carper, 1978; Chinn y Jacobs, 1987; Schultz y Meleis, 1988).

## Patrón Ético, el componente moral

La ética se refiere al componente moral del conocimiento de enfermería e influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto de creciente dificultad del cuidado y de la atención de la salud. Este componente ha despertado gran interés tanto en los docentes como en el personal de los servicios de enfermería ya que sugiere problemas fundamentales relacionados con lo moralmente correcto o erróneo en conexión con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud. Los dilemas morales surgen de las situaciones ambiguas e inciertas cuando las propias acciones son difíciles de predecir y cuando los principios tradicionales y los códigos de ética no ofrecen ayuda concreta o aparecen estar en contradicción.

Enfermería se reconoce como un servicio social esencial y responsable para el cuidado, la conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y la promoción de la salud. Pero al consultar las reglas de la ética éstas fallan al no contener todas las respuestas necesarias, en términos de las alternativas morales relacionadas con las individualidades que se requieren en la práctica diaria y la docencia.

- “ El patrón de conocimiento ético de enfermería se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que debe hacerse. El conocimiento de la moralidad va mucho más allá del simple conocimiento de normas o de códigos de ética, y disciplinarios. Incluye todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de la corrección o incorrección, del bien o el mal, incluyendo juicios de valor moral referentes a motivos, intensiones y rasgos de carácter ”
- Carper, 1978

Carper (1978) continua señalando: “en enfermería el patrón de conocimiento ético requiere la comprensión de diferentes posiciones filosóficas en términos de lo correcto, lo deseable, lo bueno; de diferentes marcos teóricos de ética propuestos para tratar con las complejidades de juicio moral y de varias orientaciones sobre la noción de obligación. Las elecciones morales que se lleven a cabo deben considerarse en términos de acciones ejecutadas de forma específica, en situaciones concretas. El estudio de estándares, códigos, y valores sobre los cuales se toman las decisiones de moralidad de un hecho deben provocar un mejor entendimiento de aquellos aspectos implicados en el estudio de selecciones morales y en la responsabilidad derivada de las selecciones en mención. El conocimiento de códigos éticos no facilita todas las respuestas a los problemas morales relacionados con enfermería, pero tampoco elimina la necesidad de tener que hacer determinaciones y selecciones éticas. Se puede concordar con Green (1979) cuando señala:

- “ *En cuanto las enfermeras practicas y docentes se tomen más sensitivas a los procesos que demandan justificación, las normas que gobiernan sus actos se harán más explícitas; en cuanto se comprometan personalmente a valorar las circunstancias y las consecuencias circundantes a los hechos, mostrarán una conducta más ...ÉTICA. Y no se puede pedir más.* ”

El componente ético del conocimiento de enfermería propone la clarificación como elemento simbólico, valorizar como dimensión de entender y como dimensión de la creatividad a la defensa o involucramiento personal. Al igual que el conocimiento empírico, estas dimensiones del conocimiento pueden expresarse de forma discursiva, pueden comunicarse al grupo profesional y al social. Los procesos de valorar y clarificar pueden poner de presente diferentes posiciones filosóficas sobre lo



correcto, lo justo y lo responsable de las acciones, y aunque no se llegue a acuerdos totales, sí pueden facilitar la toma de decisiones respecto a la abogacía y involucramiento en situaciones de salud colectiva e individual (Chinn y Jacobs, 1987).

## Utilización de los patrones de conocimiento

La discusión sobre los patrones de conocimiento puede, para muchos, aparecer ociosa, arbitraria y artificial y además desconectada del quehacer diario del profesional. Sin embargo, representa la convicción de la necesidad de examinar las clases de conocimiento que brindan a la disciplina perspectivas particulares y significado. Entender los cuatro patrones fundamentales de conocimiento hace posible y aumenta el reconocimiento de la diversidad y complejidad del conocimiento de enfermería (Carper, 1978).

Cada patrón de conocimiento debe concebirse como necesario para el dominio de la disciplina, pero ninguno por separado se puede considerar suficiente ni mutuamente exclusivo. La enseñanza y el aprendizaje de cada patrón no requiere el rechazo o negación de los otros. El cuidado de enfermería requiere el conocimiento de la ciencia de enfermería, es decir, del conocimiento de hechos empíricos sistemáticamente organizados, con explicaciones teóricas relacionadas con el fenómeno de la salud. Pero la imaginación creativa también juega un papel primordial en la sintaxis del descubrimiento en la ciencia, al igual que en el desarrollo de habilidad para imaginar las consecuencias de los hechos morales (Carper, 1978; Benner 1983 y 1984).

El conocimiento personal es esencial para las determinaciones éticas, ya que la acción moral supone madurez y libertad. Si las metas de enfermería van más allá de la conformidad con las normas escritas, si el deber no se determina solamente por la posibilidad, entonces la obligación de dar cuidado a otros seres humanos requiere de la necesidad de ser una persona especial, que ve más allá al desarrollar sus actividades y no solamente se limita a llevar a cabo acciones prescritas. Si el diseño del cuidado de enfermería quiere separarse de la rutina y el mecanismo, reforzando la capacidad de percibir e interpretar las experiencias subjetivas de los otros y al mismo tiempo de proyectar con imaginación los efectos en acciones de enfermería, se requieren conocimientos y habilidades especiales (Carper, 1978).

Cada uno de éstos patrones de conocimiento separados pero a su vez relacionados e interdependientes debe entenderse y enseñarse de acuerdo con su lógica individual, las restricciones circunstanciales en que es válido, el tipo de datos aceptados dada su categoría, y los métodos por los cuales cada verdad se distingue y asegura (Carper, 1978).

Lo que se conoce en una disciplina a nivel individual, debe poderse expresar de alguna forma como colectivo. Las tradiciones de la ciencia dejan ver que el conocimiento existe solo en la medida en que se puede objetivar. Y esa objetivación transmitida por formas lingüísticas y matemáticas es la tradición científico empírica.

A la vez que los límites del empirismo se han demostrado de manera evidente, igualmente se ha hecho notorio que todos los patrones no son sujetos de explicación discursiva. Se requiere alguna forma de comunicación para el entendimiento en la comunidad disciplinaria, pero a veces el lenguaje abstracto sirve más para confundir que para aclarar y además no es la única forma de interacción humana. La tabla 1. 2 resume las formas de expresión de cada patrón de conocimiento.

Las formas de expresión de cada patrón de conocimiento no son las mismas ya que es diferente lo que se conoce a través de cada uno de ellos. Dos patrones se transmiten por las mismas formas de expresión: el empírico y el ético. Este último se expresa por medio de estándares, códigos y teorías normativas. El primero se expresa por la teoría científica, modelos conceptuales, hechos y otros aspectos derivados de los sentidos. Estas formas empíricas de expresión tradicional están llamadas a determinar el cuerpo de conocimiento de la disciplina (Chinn y Jacobs, 1987)

Formas de expresión de los patrones de conocimiento			
ETICO	ESTETICO	C. PERSONAL	EMPIRICO
Formas de expresión			
● Estándares	● Acto. artístico	● Sí mismo	● Teoría científica
● Códigos		● Ser	● Modelos
● Teoría ética			● Descripción de hechos
● Normativa			

● Tabla 1.2 Tomado literalmente de Chinn y Jacobs, 1987. p. 10.

Los patrones de conocimiento personal y estético requieren formas de expresión diferentes al discurso tradicional. El conocimiento personal se expresa a través de ser, de sí mismo, por los comportamientos únicos y personales, por la esencia personal. El patrón estético se expresa por un acto artístico. Cada acto artístico es único y personal hasta el punto de no poderse replicar, la creación es del momento. Estos patrones se pueden comunicar hasta cierto punto por el lenguaje en el sentido de compartir la experiencia y sus componentes. Pero las descripciones verbales no son equivalentes a la expresión misma del conocimiento (Chinn y Jacobs, 1987).

El patrón estético y el de conocimiento personal no se han considerados científicos. Sin embargo, la realidad es que existen cualidades artísticas o estéticas que engloban cada uno de los actos científicos y otras formas de descubrimiento que se reconocen de manera creciente, al igual que el descubrimiento para desarrollar nuevos métodos estéticos para la creación de conocimiento (Benner, 1983).

Cada patrón representa una forma de conocimiento potencialmente posible de entender y susceptible de credibilidad; comunicable y socialmente utilizable en su proceso y propósitos. Para la utilidad social debe conocerse, comunicarse y entenderse dentro de los parámetros de utilidad y credibilidad y no justificarse de manera ficticia. Cada patrón tiene su propio método para determinar la credibilidad.

La validación es el método para determinar la credibilidad del patrón empírico. Es el método más familiar para determinar la credibilidad del conocimiento. Por lo familiar, muchas veces la validación se presume útil para determinar credibilidad de otros patrones, sin embargo es sólo provechosa para utilizarse en el manejo del hecho empírico, dentro del contexto socio político de la investigación científica y con relación a las teorías de la disciplina. Los métodos de validación pueden ser formales e informales. Los primeros se utilizan para probar la validez de la teoría científico empírica, y los modelos conceptuales. La segunda incluye el reconocimiento por la observación y la impresión causal de patrones recurrentes. Los métodos formales e informales de validación pueden producir



evidencias empíricas objetivas que a su turno son útiles para la crítica estética, la justificación ética y la reflexión personal (Chinn y Jacobs, 1987).

La crítica es el método para determinar la credibilidad de un acto artístico. La crítica busca la verdad con relación al presente y el futuro deseables, integrando las realidades percibidas desde diversos puntos de vista. Se han propuesto varias formas de crítica para utilización en enfermería. Pero todas las formas de crítica están enlazadas y se juzgan dentro del contexto de los testigos que presencian la experiencia y se enfocan dentro de una interacción de empatía socio política. La crítica hace posible el reconocimiento y la integración de múltiples realidades que contribuyen a dar sentido al acto artístico. El descubrimiento de conocimiento nuevo surge a partir de la crítica al proponer la integración de posibilidades imaginadas (Chinn y Jacobs, 1987; Benner, 1983).

La reflexión es el método para determinar la credibilidad del conocimiento personal. A diferencia de los métodos utilizados para los otros patrones, este método solo lo puede lograr la persona que tiene el conocimiento. La pregunta crítica relacionada con éste patrón es: sé lo que sé y hago lo que sé? La reflexión requiere de una amplia integración de conocimientos, información y entendimiento de todas las formas de conocimiento. Ocurre dentro del contexto socio político de la respuesta desde el punto de vista de otros y se refleja de manera directa en la forma como se percibe la persona (Chinn y Jacobs, 1987).

La justificación es el método para determinar la credibilidad de la teoría ética normativa y de los estándares y códigos del comportamiento. Las justificaciones éticas requieren que los supuestos fundamentales valorativos sean explícitos y que las líneas de razonamiento justifiquen la última conclusión o expresión de la acción ética. De esta manera, al expresar el conocimiento ético se suscita el diálogo dentro del contexto social y la justificación se examina para validar su credibilidad (Chinn y Jacobs, 1987).

Las repercusiones más importantes que tiene la distinción de los patrones de conocimiento, sus formas de expresión y de reconocimiento para la disciplina se pueden resumir así:

- 1:** La disciplina entendida como materia de estudio no puede enseñarse o aprenderse sin hacer referencia a su estructura disciplinar.
- 2:** Cada uno de los patrones de conocimiento fundamentales representa una perspectiva necesaria pero incompleta con relación a los problemas de la disciplina.
- 3:** Mientras cada patrón de conocimiento puede tratarse hasta cierto punto, de forma independiente, los métodos que determinan su credibilidad promueven cierto tipo de integración del conocimiento.
- 4:** El proceso completo para determinar la credibilidad de los patrones facilita los medios para la integración total del conocimiento.
- 5:** El método utilizado para trabajar un patrón no puede utilizarse para el tratamiento de los restantes, pero en el proceso de integración del conocimiento se puede hacer uso de varios de ellos.

- 6:** Todo el conocimiento está sujeto al cambio y revisión, cada solución de un problema sugiere nuevas inquietudes y plantea problemas no resueltos. Los problemas nuevos requieren muchas veces nuevos enfoques metodológicos y estructuras conceptuales; ésto cambia el patrón y la forma de conocer. Con estos cambios la enseñanza requiere evaluarse y renovarse, lo que conduce al entendimiento de cosas diferentes y a las modificaciones individuales e interdependientes (Carper, 1978; Benner, 1983 y 1984; Chinn y Jacobs, 1987).

El análisis de los patrones de conocimiento y su utilización en enfermería pone de presente que por algunos años (1970-1980-1990) el énfasis filosófico se ha hecho en la epistemología (clases, estructuras, amplitudes, valideces y justificación del conocimiento). Sin embargo, los cambios de la ciencia y sociedad han alterado las interpretaciones de enfermería acerca de la realidad. A medida que el mundo se vuelve más complejo, las enfermeras han comenzado a preguntarse sobre aspectos ontológicos relacionados con la naturaleza y el significado de sus propias realidades y las razones de ser de sus acciones y de sus clientes.

Las preguntas son diferentes a las preguntas epistemológicas relacionadas con el conocimiento y este cambio se considera una expansión filosófica desde la epistemología hacia la ontología. La falta aparente de reconocimiento del *ontos* ha conducido a cierta disonancia filosófica entre la teoría y la investigación de enfermería. El hecho es que muchas veces las enfermeras no reconocen cuándo es necesario avanzar de la cuestión epistemológica hacia la ontológica, que permite profundizar en aspectos tales como la realidad, el sentido y el ser.

La tabla 1.3. muestra como evolucionan las preguntas epistemológicas de enfermería hacia las ontológicas, tratando de profundizar en lo que Silva et al. (1995) denominan *los más allá* y *los en medio de* (traducción personal de de Villalobos) y mostrando los dos nuevos conceptos que proponen agregar a los cuatro originales de Carper: *lo inexplicable* y *lo desconocido*.

- 1:** Las reflexiones epistemológicas sobre el patrón empírico se relacionan con la pregunta: Cómo se logra conocer lo conocido? Carper enfoca esta cuestión más en los productos finales del conocimiento que en el proceso de cómo conocer. Sin embargo, la filosofía idealista conceptualiza que existe un *más allá* que genera la verdadera naturaleza de los objetos. El significado de ese *más allá* no puede entenderse a través de las formas corrientes de relacionar los objetos y eventos. Las enfermeras tienen la oportunidad de echar un vistazo reflexivo a *los más allá* y *los en medio de* las situaciones diarias, teniendo en cuenta que los significados inherentes a las reflexiones pueden estar eclipsados por las cotidianidades que oscurecen las percepciones.

La pregunta epistemológica de cómo conocer evoluciona a la ontológica de cómo encontrar sentido a lo que se conoce, lo cual es más importante, ya que sin comprender cómo se relacionan los objetos y eventos, se pueden interpretar de manera distorsionada.

No se puede restar importancia a las formas empíricas tradicionales de enfermería para obtener el conocimiento, pero hay que reconocer que lo escondido en *los más allá* y *los en medio de* son formas adicionales de conocer y encontrar significados. (Kikuchi, 1992 y Silva et. Al. 1995).

## Cuestiones epistemológicas y ontológicas relacionadas con los patrones de conocimiento y las formas de ser

CONCEPTO	EPISTEMOLOGÍA	ONTOLOGÍA
<b>Conceptos de Carper</b>		
● Empírico	Cómo se logra conocer lo conocible?	Cómo se encuentra el sentido a lo que se conoce?
● Estético	Cómo se conoce lo artístico?	Cómo se revela la sensibilidad perceptual al arte?
● Conocimiento personal	Cómo llego a conocer lo que soy?	Quién soy?
● Etico	Cómo se llega a conocer lo que moralmente debe ser?	Cómo debería ser moralmente?
<b>Nuevos conceptos</b>		
● Lo inexplicable	Cómo se conoce lo inexplicable?	Qué sentido tiene lo inexplicable?
● Lo desconocido	Cómo se conoce lo desconocido?	Qué sentido tiene lo desconocido?

● Tabla 1.3 Tomado literalmente de Silva et al., 1995. p. 4.

- 2:** Carper define la estética de enfermería como una forma de balance, ritmo y proporción unificados en acciones. La pregunta epistemológica estética de cómo conocer lo artístico se torna en la ontológica sobre la revelación de la sensibilidad perceptual y como diría Kant como una faceta importante de ser. Esta cuestión ontológica implica que se llegue a conocer y a encontrar sentido a través de la sensibilidad por el arte y la belleza, y además sugiere la necesidad de buscar *los más allá y los en medio de* del patrón de conocimiento estético.

Sólo a través de la comprensión y captura de *los más allá y los en medio de*, el arte de enfermería se podrá comunicar en su verdadera esencia, aún al interpretar los objetos más simples. Es decir, el conocimiento estético se refiere no sólo a la iluminación del arte en términos de Carper, sino a explicar cómo brinda ese arte una apertura a las sensibilidades perceptuales que pueden dar sentido a la realidad de conocer y ser (Silva et al., 1995).

- 3:** El patrón de conocimiento personal es el más importante para comprender el significado de la salud en términos del bienestar personal. Este patrón es el que más se acerca al significado ontológico. Pero debe avanzar hacia la comprensión de cómo soy. El énfasis no se hace acerca de ser, sino de conocer al ser.

¿Se puede conocer al ser sin conocer *los más allá y los en medio de*, que provienen de las sobreposiciones del conocimiento personal con otros patrones de conocimiento? Este hecho está tan íntimamente relacionado como el conocimiento personal y la ética.

Las enfermeras están retornando a las cosas en sí mismas. Benner y otras investigadoras han desarrollado indagaciones enfocadas al hecho ontológico concerniente a enfermería. Además han ayudado a enfermería a retomar la apreciación por la comprensión de formas de ser que dan sentido a enfermería (Silva et al., 1995).

- 4:** La tabla 1.3 propone la cuestión de cómo conocer lo que moralmente se debe hacer. Pero la intención de Carper, aún con todo su complejo planteamiento del conocimiento ético, debe avanzar hacia cómo me debo comportar moralmente. Comportarse moralmente es substancialmente diferente a conocer para determinar la validez moral de lo que se debe hacer.

Se reconoce que si se actúa con base en el deber conocer, se pueden crear conflictos de conciencia. La conciencia requiere autorreflexión y juicio sobre la moralidad de los propios actos. Es una sanción interna que llama la atención de la pérdida real o potencial del sentido de integración y totalidad. Esto conduce a *los más allá* y a *los en medio de* a donde la persona debe llegar para saber si violó su conciencia, y si puede y cómo puede articular todo el conjunto de elementos situacionales. Aunque Carper no utilizó la conciencia en su propuesta, sí reforzó la necesidad de las enfermeras de hacer juicios morales y aludió a la incomodidad moral que puede generarse si se mantienen en conflicto a cerca de sus decisiones (Roach, 1992; Silva et al., 1995).

### **Reflexiones sobre lo inexplicable y lo desconocido**

Estas dos dimensiones de patrones de conocimiento no fueron manejadas por Carper en su propuesta de 1978, si bien dejó posibilidades de apertura para estructuras conceptuales nuevas. Silva et al. (1995) proponen los conceptos porque las enfermeras los manejan con frecuencia en su trabajo con los clientes y porque estos conceptos se relacionan con *los más allá* y *los en medio de*.

¿Cómo se conoce lo desconocido y lo inexplicable? Estas cuestiones se proyectan ontológicamente hacia: ¿Qué sentido personal tiene lo desconocido y lo inexplicable? Las dos preguntas son útiles para entender y dar significado a los dos conceptos.

Las enfermeras no deben ignorar la faceta de lo desconocido que yace fuera de los pensamientos y percepciones conocidas. En resumen, lo conocido y lo desconocido pueden ser inexplicables, pero lo desconocido es siempre inexplicable. Al comprender estos conceptos, las enfermeras pueden ayudar al cliente y a sí mismas a percibir y encontrar sentido a *los más allá* y *los en medio de* sus propios seres (Kikuchi, 1992).

Este cambio de la reflexión epistemológica a la ontológica ha ocurrido gradualmente. Es importante porque crea movimiento que resulta en cambios fundamentales en la base disciplinar. El cambio puede ser para bien o para mal, pero una vez ocurrido la disciplina no será la misma. Por ello es crucial que las enfermeras reflexionen sobre su significado y proyecciones ya que:

- 1:** La distancia entre la ciencia y el arte de enfermería ha comenzado a cerrarse creando una síntesis llamada ciencia arte.
- 2:** Aunque estas discusiones parecen estar remotas de la práctica, una inspección más cercana muestra que sí se están integrando.
- 3:** ¿Cómo ven estos cambios las enfermeras y en especial las educadoras? y ¿cómo los interpretan para el desarrollo curricular? En la transición de la era del conocimiento a la de la informática, de la de unidisciplina a la de multidisciplina las enfermeras tienen la obligación de entender que la realidad ha cambiado.

- 4:** Las enfermeras y las estudiantes de enfermería preparándose para el futuro, deben comprender que lo que requieren es saber como aprender, más que memorizar el conocimiento; como criticar más que aceptar; como expandir y no contraer...

## Evolución de las Definiciones de Enfermería

Se vio la importancia que tiene para la organización y el desarrollo del cuerpo de conocimientos de enfermería, entender como están organizadas la disciplina y la práctica, e igualmente cuáles son los patrones de conocimiento que ordenan su aprendizaje, facilitan la práctica y determinan la instrumentación científica que se requiere para la interpretación, creación y verificación del conocimiento. Pero todo este ejercicio es inválido si se carece de un componente esencial: una clara conceptualización de enfermería. Toda la estructura cognoscitiva científica, al igual que las estructuras estéticas, éticas y de conocimiento personal quedan sin un pilar básico, si se trabaja enfermería como un ente abstracto.

Mucho se ha discutido y escrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición. Algunos han llegado a definirla por sus acciones o por el área de especialidad, es decir por lo que se hace. Este tipo de definiciones es confusa como guía orientadora para la disciplina y la práctica porque enfermería ha llegado a ejecutar un sin fin de acciones profesionales y no profesionales adicionales y colaterales. Otros la definen de acuerdo con lo que creen debería ser. Esta forma de conceptualización es la que han adoptado algunas teoristas y según la experiencia puede llevar a cierto grado de confusión y desconcierto cuando se discuten sin el suficiente conocimiento y dominio de su significado e implicaciones. Otros simplemente no la definen, lo que hace mucho más incierta y difícil su ubicación dentro del concierto de las profesiones de la salud (Fuller, 1978).

Después de Florence Nightingale quien primero definió enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, con metas propias; enfermería duró casi setenta años en el obscurantismo conceptual. Durante este período su definición se transformó en algo metafórico asimilado a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar; al mismo tiempo que en la manera como la sociedad percibe y deduce cuál debe ser el comportamiento de enfermería. La imagen de maternidad, que aún prevalece en la concepción universal, requiere poca educación e influencia en las decisiones que afectan la salud y el cuidado, y el bienestar de las personas.

Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del período histórico y de desarrollo por el que se atraviesa. Al establecer la disciplina de enfermería, Nightingale conceptualizó acerca de su naturaleza y de la necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferente al de medicina. En sus Notas de Enfermería señala: "Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad". Agrega Nightingale que lo que la enfermera debe hacer es lograr llevar al paciente a tal estado que la naturaleza, de manera natural pueda actuar en él (Nightingale, 1969 original de 1859).

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería en años posteriores, muestra claramente una conceptualización teórica y da pautas claras para la práctica y la investigación.



Lo que Nightingale quiso decir fue que el enfoque de enfermería debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, sus necesidades y su observación. Igualmente define las relaciones entre el paciente y la enfermera. Así el quehacer está determinado y si se analiza en todas sus dimensiones se llega a la conclusión de la complejidad de su naturaleza. En la definición se ve con claridad la separación de enfermería y medicina e igualmente muestra los rumbos que enfermería ha debido tomar en su aspecto educativo.

Lamentablemente la evolución de enfermería cambió de rumbo y las directrices de Nightingale se eclipsaron, colocando a enfermería como algo sumiso a la medicina, sin identidad propia, con un cuerpo de conocimientos no estructurado y prestado, utilizando reglas, principios y tradiciones que iban afirmándose a través del aprendizaje repetitivo y la sabiduría común derivada de la experiencia, sin motivación para la investigación.

El hecho más deformante y alejado de la definición de enfermería de Nightingale fue el de confundir el conocimiento de la patología con el de las leyes de la salud. La patología enseña sobre el daño que hace la enfermedad, pero no enseña nada más. La situación de dependencia no requería conceptualizaciones o definiciones y así vivió enfermería hasta 1950, a pesar de los muchos esfuerzos hechos por numerosas líderes profesionales y académicas, y del cambio de la educación hospitalaria a la universitaria, cambio que aún hoy en día es difícil de llevar a cabo puesto que persiste en muchos currícula la organización por áreas de especialización médica, o con áreas de enfermería basadas en patología (Chinn y Jacobs, 1987, Newman, 1972 y 1994; Archivos ACOFAEN ).

Dorothy Johnson, antes de definir sus postulados teóricos en forma del Modelo de Sistemas de Comportamiento enfatizó en la necesidad de tener claridad sobre la meta de la profesión. Para Johnson tener claro éste aspecto es indispensable para conceptualizar. Su meta inicial fue brindar atención a individuos y grupos en situaciones de estrés derivadas de la naturaleza de la salud enfermedad. El propósito primario era eliminar la tensión y la incomodidad hasta el punto de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal. La meta aquí señalada tiene un enfoque diferente y más sofisticado ya que se deriva de concepción netamente psicodinámica (Johnson, 1959).

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como "la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento". (Iyers, 1986; Henderson, 1994). Esta definición tiene semejanzas con la de Nightingale e incluye elementos nuevos como son el de educación en salud, la capacidad y el conocimiento de aspectos de desarrollo físico y emocional del paciente. Lo interesante de estas dos definiciones es que juntas manejan el concepto de prevención, al cual se le dio muy poca importancia hasta años recientes.

En el mismo año Ida Orlando también definió enfermería como: "brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para que su bienestar físico y mental sea asegurado" (Iyer, 1986). Esta definición requiere para su ejecución las determinaciones causales, que son las necesidades satisfechas que se requieren para el bienestar físico y mental. Es diferente a la de Henderson en tanto se habla de paciente enfermo y no de persona sana.

Stevens (1984) sugiere que la definición de enfermería está fuera del alcance de la comunidad interesada en su clarificación. Sin embargo reconoce que se requiere por lo menos un supuesto, una conceptualización que se constituya en el criterio aclaratorio de lo que es y no es enfermería. Propone además una definición amplia para allanar el camino hacia un consenso. Su definición es la siguiente: "La enfermería es una actividad o suceso que ocurre cuando algún agente utiliza su poder para ayudar a manipular a otro agente o entidad con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud.". A pesar de la experiencia y conocimientos de B. Stevens como metateorista de enfermería, su definición no es lo suficientemente aclaratoria, ni concreta para que las metas que sugiere se puedan lograr a partir de la definición. Adolece de ambigüedad y carece del elemento fundamental que centra la actividad profesional.

Donalson y Crowley (1978) sugieren que no es absolutamente necesario al definir enfermería que se llegue a la esencia única del conocimiento propio de la práctica y la disciplina, pero que sí se requiere ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado que en última instancia la lleve a definir esa esencia. La definición de Stevens hace difícil enfocar esta ruta conductora hacia la esencia de la profesión puesto que cualquier otro profesional del área de la salud puede intervenir con un cliente en sucesos referentes a la situación de su salud. El esfuerzo de Stevens es importante como referente en el sentido de ubicar hasta cierto punto la enfermería pero su definición no aclara el concepto de enfermería.

Meleis (1985) la define como sigue: "La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a ésta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud". Esta definición pone de presente aspectos como la transición, interacción, el proceso de enfermería, el contexto, la terapéutica de enfermería y la salud. Si se adoptara ¿cuál sería su repercusión curricular?

Watson (1988) sugiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante. "Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal, el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y preservar la dignidad de la persona, ayudándola a encontrar sentido a la existencia, aún en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas" (Watson, 1988).

Leininger (1988) define a enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida, que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando ésta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto del cuidado.

Benner (Marriner, 1994), describe a enfermería como una relación de cuidado ya que se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda. La enfermería es la ciencia del cuidado guiada por la ética y el arte. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas.

Las conceptualizaciones de Watson, Leininger, y Benner introducen una serie de aspectos

humanísticos, éticos y artísticos que cambian las características de las conceptualizaciones anteriores y por ello el enfoque curricular de manera profunda. ¿Están listas las enfermeras docentes para dar el paso que proponen estas definiciones?

Martha Rogers (1970 y 1990), define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Dice que enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual es un predecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos. La naturaleza irreducible y unitaria de las personas y sus contextos (seres humanos dinámicos, que desarrollan procesos no lineares caracterizados por el aumento y la diversidad de sus campos energéticos) difiere de la suma de sus partes. La integralidad persona contexto se coordina con el universo multidimensional a manera de un sistema abierto.

El propósito de las enfermeras es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano.

Margaret Newman (1991 y 1994) conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como una expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a mayor libertad y aumento de autodesarrollo.

Parece extraño que la mayoría de conceptos provengan de teoristas extranjeras, pero con excepción de la conceptualización ecléctica de la Asociación Colombiana de Enfermeras (1996), la literatura nacional revisada no presenta conceptualizaciones mayores, lo cual indica dos cosas: que en nuestro ámbito las enfermeras sustentan su práctica, investigación y procesos educativos en definiciones previamente establecidas, o que las tres acciones mencionadas no gravitan en base conceptual alguna, hecho de singular gravedad ya que esa disolución conduce fácilmente a la pérdida de identidad profesional, dificultad para el cambio curricular, y a una investigación totalmente desenfocada del objeto de enfermería.

Con las definiciones anteriores se puede observar la esencia que cada una de las teoristas ha querido imprimir a su conceptualización de enfermería. Fácilmente se anota el contraste entre algunas de ellas, y la complementación y semejanza entre otras. Igualmente se perciben las tendencias filosóficas que fundamentan las definiciones.

La necesidad de una conceptualización cualquiera que soporte el desarrollo de la práctica, la investigación y la educación, aún sin compromiso de manejo de una teoría o modelo conceptual, se puede deducir claramente, ya que si se analiza la definición y se derivan de ella los elementos fundamentales, interpretándolos de forma significativa, se ha dado un paso en la clarificación de lo que puede ser un currículo o el desempeño de la práctica profesional. Como ejemplo muy superficial se puede plantear el caso de las conceptualizaciones de Nightingale, Rogers y Newman.

Un currículo sustentado en la conceptualización de Nightingale debe enfatizar como elemento fundamental en el mantenimiento de la salud y las necesidades básicas del paciente. En términos modernos la propuesta curricular debe tener en cuenta todos aquellos contenidos relacionados con el mantenimiento de la salud y el trabajo para que los sanos no sean susceptibles a la enfermedad



(prevención). Este es el eje curricular junto con el concepto de naturaleza o entorno del ser humano, bien se encuentre éste en estado de salud o de enfermedad. Lo que la conceptualización de Nightingale enfatiza con relación a la enfermedad no es la patología propiamente dicha, sino más bien el conocimiento del entorno circundante y de observaciones de reacciones de los pacientes. En el orden de la práctica están claramente definidas las directrices: observación, satisfacción de necesidades básicas, registros y manejo del medio ambiente.

Las conceptualizaciones de Rogers y Newman son mucho más complejas. Rogers habla de enfermería como la ciencia del hombre unitario que se sustenta en las tendencias filosóficas holísticas y las teorías modernas de la física. El enfoque curricular rogeriano debe hacer énfasis en la promoción de la salud y sus elementos facilitadores sin descuidar los elementos de prevención, curación y rehabilitación. Sin embargo, estos cuatro factores no pueden tratarse de manera común, deben encerrarse dentro de los conceptos de unicidad, totalidad, integridad, bienestar e independencia. Dado que estos elementos funcionan de manera única para cada ser humano, deben aprenderse dentro de un contexto de amplitud y multiformidad. Difícil establecer un currículo con base en la conceptualización de Rogers pero de una amplitud humanística de maravillosas perspectivas. La investigación debe enfocarse hacia las metodologías que faciliten las interpretaciones individuales y únicas de los seres humanos unitarios. La práctica se basa en acciones no específicas, ni predeterminadas; se debe ajustar a las características únicas de cada cliente. Rogers acepta difícilmente el trabajo con las comunidades por considerarlo uniforme.

Newman con su marcada influencia rogeriana sugiere un enfoque curricular de características semejantes, al cual debe agregarse todo el contenido necesario para lograr el manejo de la salud como conciencia expandida. La teoría que soporta este concepto es diferente y cubre aspectos de: patrones holísticos, neurociencia, expansión de la conciencia, naturaleza del patrón y otros. Pero con Newman al igual que con Rogers el currículo requiere del trabajo del concepto de salud, eliminando la dualidad salud enfermedad e interpretando la enfermedad como una expresión de salud. Es complejo expresar estos intentos en el currículo, pero también es igualmente desafiante.

### **Influencia del modelo médico.**

Se aprecia fácilmente en muchas de las conceptualizaciones presentadas, la importancia relativa que en ellas se da al modelo médico, aunque éste se haya tornado el elemento predominante de la educación de enfermería a partir de los años noventa del siglo pasado (Leddy y Pepper, 1986; Newman, 1994). La dificultad que ha tenido enfermería para afianzar los cambios curriculares de acuerdo con conceptualizaciones propias, quizás se deba a la estructura de los sistemas de prestación de servicios que son réplica del modelo médico: mayoría de acciones de salud con enfoque curativo; programas de atención a las personas, verticales, basados en una patología específica; énfasis en la especialización y atención institucionalizada entre otros.

El modelo médico fuerza a enfermería a trabajar la salud enfermedad desde un punto de vista dicotómico y de las manifestaciones orgánicas como fenómeno esencial. Con esta orientación basada en la enfermedad, la enfermera, al dar atención al cliente, se compromete con los defectos y con las alteraciones estructurales (cambios en los órganos, tejidos y células) que deben ser diagnosticados, prevenidos, removidos, neutralizados o corregidos (Phillips, 1977). El marco de referencia médico de signos y síntomas, causa, patología, pronosis y tratamiento es utilizado por la enfermera para planear el cuidado de enfermería. Si la enfermería continúa desarrollando sus actividades bajo esta conceptualización, se presentarán muchos problemas para el cambio, como

sucede hasta el momento. La dificultad de manejar conceptualizaciones como las de la atención primaria en salud, cuidado de enfermería a la familia, cuidado de pacientes crónicos, atención a grupos comunitarios, y promoción de la salud, se sustenta no en su complejidad intrínseca, sino porque enfrentan a enfermería con modelos y esquemas de atención que se alejan de la normatividad médica; en otras palabras porque el proceso educativo sigue enfocado en causas anormales y desadaptadas del comportamiento, en vez de centrarse en los comportamientos y patrones humanos normales.

Situación semejante sucede con el modelo de salud pública y el social. Estos han sido adoptados por enfermería en un afán de deshacerse del modelo médico. Los modelos en mención presentan fisuras y redundancias conceptuales con enfermería ya que por un lado el de salud pública es hasta el momento una réplica variada del modelo médico, y el segundo si se utiliza inadecuadamente y sus técnicas de trabajo se aplican de forma inadecuada y accidental puede ser un elemento de disturbio comunitario, pese a su gran riqueza de contenidos de acercamiento y a la posibilidad de su enfoque social para aplicarlo en el trabajo de enfermería (Phillips, 1977).

Enfermería debe trabajar en el campo de la práctica, investigación y desarrollo curricular con conceptualizaciones claras y propias. No importa que sean las definidas con anterioridad o que sean nuevas. Las teoristas han hecho esfuerzos por clarificar estos elementos, muchas veces con poco éxito; sin embargo enfermería debe continuar por la ruta de la búsqueda del conocimiento propio y lograr la independencia profesional y disciplinar que ha estado buscando desde que comenzó su desarrollo teórico en la década de los años cincuenta.

## Desarrollo Investigativo y Teórico de Enfermería

La historia del desarrollo investigativo y teórico de enfermería permite entender, dentro de un contexto universal, el porque de sus situaciones administrativas, educativas, investigativas y finalmente teóricas. Si se compara la evolución de las definiciones con la de los aspectos investigativos y teóricos se hace claridad con relación a los planteamientos en momentos especiales de la evolución profesional y disciplinar. No es extraño encontrar que el desarrollo investigativo inicial de los años cincuenta coincida con conceptualizaciones tempranas como las de Peplau y Abdellha que a su vez estaban enmarcadas en modelos tomados de otras disciplinas, lo que se debía a la ausencia de modelos propios y a la necesidad de apoyo científico para la sustentación del avance conceptual de enfermería.

Los eventos políticos y sociales han influido directamente en la evolución de enfermería. Temas tales como el rol de la mujer, la filosofía de la liberación femenina y género, las guerras, los avances tecnológicos, y otros, forman hilos históricos que no se pueden ignorar al hablar de su desarrollo. Sin embargo aquí solo se plantean hechos académicos ya que entrar a discutir los demás factores haría extenso el planteamiento.

Meleis (1985) en su libro *Theoretical Nursing: Development and Progress* plantea una forma explicativa y ordenada del desarrollo de enfermería, que por su originalidad es fácil de entender y de correlacionar con los hechos que se han discutido.

Dice Meleis que desde la Guerra de Crimea enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad. Cada una de las etapas ha servido para dar forma a la siguiente y además ha clarificado las dimensiones necesarias para el establecimiento científico de la disciplina. Igualmente ha conducido a su estado actual, a la evolución académica de enfermería. Los términos del desarrollo y progreso de enfermería se definen en cuatro fases que no se pueden separar puntualmente ya que ciertas instancias se superponen, y en algunos países se han superado. Son: la etapas de: 1. práctica, 2. educación y administración, 3. investigación y, 4. teoría de enfermería o desarrollo teórico propiamente dicho.

## **Etapas de la práctica: Siglo XIX-1938**

La etapa de la práctica dio a enfermería su razón de ser. En sus comienzos enfermería echó sus raíces, se desarrolló y evolucionó en respuesta a la necesidad de cuidados de los seres humanos y se basó en la práctica. Esta etapa tuvo sus orígenes de manera más formal, en el mundo occidental, a partir del final del siglo XVIII y comienzos del XIX. Pero fue durante la guerra de Crimea cuando Florence Nightingale sentó las bases teóricas, prácticas, educativas y aún investigativas de enfermería. Las directrices de Nightingale no tomaron el rumbo deseado y fue ésta una de las razones para que este período de la práctica se perpetuara casi por setenta años, sumiendo a enfermería en una edad de obscurantismo práctico y teórico del cual ha sido difícil desprenderse y que aún tiene influencia en el establecimiento y comportamiento profesional y disciplinar. Este período tiene su desarrollo más importante en Inglaterra, los países escandinavos, los Estados Unidos y el Canadá. Ellos ejercieron influencia en el resto del mundo tanto para la perpetuidad de las costumbres, como en las situaciones de cambio que se sucedían dentro de los ámbitos de enfermería y de las ciencias de la salud.

Las características más sobresalientes se pueden resumir así:

- 1:** Composición eminentemente femenina de la profesión con excepción de algunos hermanos de comunidades religiosas y atendentes de entidades para la reclusión de enfermos con problemas de salud mental y cronicidad.
- 2:** Educación hospitalaria o formación de las enfermeras en instituciones hospitalarias, con bases de conocimientos teóricos muy escasas, énfasis en actividades procedimentales, aprendizaje por repetición y prácticamente con una reclusión dentro del hospital que eliminaba las posibilidades de una vida corriente para las estudiantes.
- 3:** Enseñanza de enfermería por otros profesionales, en especial médicos, sin currículos preestablecidos, lo cual dejaba a juicio de los galenos el qué y el cómo del aprendizaje de enfermería. Predominio del modelo médico tanto en el aprendizaje como en la práctica profesional. Se debe anotar que aunque fueron las enfermeras quienes forzaron el trabajo de la salud pública y salieron de los hospitales a brindar cuidados de salud a la población, el predominio del modelo médico era vigente y se ha perpetuado en el tiempo. Un elemento de trascendencia en los años veinte fue la importancia que se dio al mejoramiento de las prácticas de enfermería. Por esta época comenzaron a elaborarse estudios de caso de enfermería, lo mismo que planes de cuidado basados en las necesidades de grupos de pacientes y en algunos procedimientos

- 4: Utilización de las estudiantes e instructoras como fuerza laboral de los hospitales. Esta costumbre muy arraigada dentro de las instituciones de salud aunque no se practica abiertamente en la actualidad, ha dejado una serie de vicios y hábitos deformes difíciles de erradicar. Todavía las instituciones de salud ven, en los estudiantes de enfermería, la redención para sus problemas de cortedad de personal, movimientos dentro de los servicios y para facilitar compromisos laborales con el personal de planta. Las exigencias de cumplimiento de horarios impuestos por las instituciones y pretender responsabilizar al estudiante por las ocurrencias sucedidas en los servicios, son reflejos de costumbres remotas.
- 5: Manipulación de las enfermeras en beneficio de otros grupos profesionales en especial de médicos y de administradores hospitalarios. Este hecho se deriva de las prescripciones sobre la sumisión del comportamiento de las enfermeras y a las jerarquías y reglas preestablecidas. La jerarquización de los servicios y la rigidez dentro de las mismas estructuras de enfermería eran el común denominador de la fase de práctica.

Aunque parezca que todos los elementos que se discuten son negativos para enfermería, durante esta fase se sucedieron hechos de importancia para el desarrollo educativo y el profesional. En 1909 se creó la primera escuela de enfermería dentro del contexto universitario en la Universidad de Minnesota. Igualmente en 1910 se creó el Departamento de Enfermería del Teacher's College de la Universidad de Columbia en Nueva York y en 1923 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale. A partir del momento y con ayuda de los avances científicos de la época hubo un cambio en la educación y por lo tanto en el desempeño de las enfermeras profesionales, especialmente, en los Estados Unidos.

Esto no quiere decir que se hubiesen eliminado todos los elementos restrictivos para el desarrollo de enfermería. En los países europeos la situación educativa mejoró pero continuó la educación hospitalaria y con ello su influencia prácticamente en todo el mundo y sólo hasta años recientes enfermería ha incursionado en los ámbitos universitarios, para la educación básica. En América Latina en donde se siguieron al pie de la letra los mandatos de la fase de la práctica, pasaría mucho tiempo antes que los cuestionamientos derivados de los cambios educativos y gremiales en otros países, comenzaran a llamar la atención de las profesionales (Velandia, 1995), a pesar de que, por ejemplo, en Colombia la educación básica de enfermería siempre ha estado ubicada en instituciones universitarias.

### **Etapa de la educación y de la administración: 1938-1950**

Es difícil determinar el año de 1938 como el comienzo de esta etapa ya que desde algunos años atrás, enfermería venía trabajando seriamente para tratar de solucionar sus problemas educativos y administrativos.

A partir de todos esos años de práctica y de tradiciones concomitantes de servicio y aprendizaje por repetición, se sucede un cambio enfocado fundamentalmente a dos hechos: al cambio curricular y la situación administrativa de los servicios de enfermería. Aunque persisten muchas de las situaciones de la etapa de práctica, durante éste período y por más o menos durante 25 años el cómo de la práctica se tradujo al cuál currículo desarrollar y cómo enseñarlo. Igualmente, el cómo hacer más eficaz la administración de los servicios que por múltiples razones se hacía día a día más compleja. En éstos 25 años se experimentaron toda clase de reformas curriculares para preparación de

nuevos profesionales, se entrenó mejor al personal docente, se desarrollaron formas de preparar personal administrativo para el manejo de las escuelas y los servicios, pero sobretodo se experimentaron modelos y medios de enseñanza para la educación de las enfermeras practicantes (Meleis, 1985).

El foco central de enfermería estuvo dirigido al desarrollo de los roles funcionales: la educación y la administración, y fue una fase genérica que cobijó a todos los países que estaban a la vanguardia del desarrollo de enfermería. En América Latina, algunos pocos países entraron en el ámbito de la revisión curricular y de la ubicación de las escuelas en universidades, y se puede asegurar que solamente hasta los años sesenta hubo verdadero cambio en los enfoques educativos y administrativos. También fue el comienzo del enfrentamiento entre la educación y el servicio, vicio que aún se conserva.

Los años cuarenta fueron de convulsión en el mundo gracias a hechos políticos y sociales. Pero para enfermería fue el comienzo de maduración y preparación para el despliegue del desarrollo teórico. Enfermería se introdujo en el mundo de la ciencia y la academia. Muchas escuelas de enfermería, ya ubicadas en las universidades, comenzaron la transformación curricular real, se disminuyó en gran parte la enseñanza de enfermería por parte de otros profesionales y numerosas escuelas transfirieron su ubicación a la universidades. En Europa continuó la educación hospitalaria pero muchas enfermeras fueron admitidas a cursos de postgrado universitarios y se llevó a cabo el cambio curricular.

Las características de ésta fase se pueden resumir así:

- 1:** Recolección y utilización de múltiples datos sobre enfermería para la toma de decisiones futuras. Estos estudios sobre recursos y capacitación fueron fundamentales para determinar estándares de atención tanto a nivel hospitalario como de salud pública. También fue notoria la publicación de trabajos de tipo gremial.
- 2:** Derivado de lo anterior, recomendaciones sobre: necesidad de la investigación, y la urgencia de perfeccionar los métodos y habilidades utilizados por las enfermas para dar cuidado de enfermería.  
  
Utilización e inclusión de teorías administrativas para el manejo de aspectos administrativos y de salud y de teorías educativas y psicológicas para el manejo de la educación.
- 3:** Surgimiento representativo de escuelas y facultades de enfermería de nivel universitario. Este hecho no anuló las escuelas hospitalarias que aún persisten en muchos lugares del mundo.
- 4:** Ingreso de las primeras enfermeras a cursos de nivel postbásico para obtener títulos de maestría, fundamentalmente en educación. El Papel de las universidades de Columbia y Yale fue decisivo en esta era formativa para enfermería. En América Latina se comienzan los cursos de postgrado (materno-infantil y salud pública) para enfermeras en Brasil y Colombia.

- 5:** Soporte gremial de nivel internacional, para el mejoramiento de la profesión y el logro de justicia laboral y social.

Es fácil observar como estas etapas y las por venir no tienen un marcado límite en sus fronteras. Muchas instituciones de enfermería permanecieron y aún permanecen de forma cómoda con las directrices de las años veinte y treinta. Pero es normal y solamente debe esperarse la modificación de estas actitudes en términos políticos y de toma de decisiones en el campo de la salud.

### **Etapas del desarrollo investigativo: 1950-1965 / 1970**

Después del trabajo curricular y administrativo las enfermeras se dieron cuenta que sin investigación sistemática que guiara las decisiones curriculares, de enseñanza aprendizaje y de manejo administrativo, el mejoramiento educativo era imposible. Por lo tanto, en los inicios de la etapa de investigación enfermería centró sus esfuerzos en investigación curricular y gerencial. Los temas que iniciaron la expansión investigativa fueron: cómo enseñar, cómo administrar, cómo ser líder, cuáles estrategias eran las más efectivas, además de otras múltiples preguntas relacionadas (Meleis, 1985).

Con el ingreso de las enfermeras a los programas universitarios de postgrado, las expectativas académicas crecieron y enfermería vivió una inmersión en el mundo académico como profesión multifacética. El desarrollo tecnológico del momento hizo que enfermería se afanzara cada vez más en las bases científicas requeridas para una práctica profesional ajustada a los requisitos de la atención especializada en salud.

El volumen de investigación hecha por enfermeras requirió de una serie de ajustes por parte de la comunidad de enfermería, no sin antes propinar a las investigadoras fuertes críticas y devastadoras opiniones con respecto a estos procedimientos investigativos y sus resultados. Se fijaron criterios para la revisión de la literatura científica y se impulsó la producción literaria. Las universidades comenzaron a demostrar las mismas expectativas con el personal docente de enfermería, que con el resto de los profesores. Este hecho fue una motivación para la producción científica en creciente mejoramiento. Sobra decir que la igualdad académica de los docentes de enfermería abrió las puertas al desarrollo total de las enfermeras docentes (Meleis, 1985).

La etapa investigativa se desarrolló con más lentitud y no tan dramáticamente en Inglaterra y los países nórdicos. El resto de los países europeos no llegó a tener influencia, ni a cambiar substancialmente su comportamiento. En América Latina y especialmente en Colombia, Brasil y Chile el cambio fue significativo. Aún sin llegar al estadio investigativo en sí mismo, hubo desarrollo educativo y académico de consideración. Las áreas funcionales (administración y educación) fueron las protagonistas del avance de enfermería; hecho que no se puede desconocer al menos en nuestro país puesto que la introducción de los programas de licenciatura, cuyo énfasis académico eran las dos áreas mencionadas más la investigación científica y las humanidades, cambió desde Colombia la faz educativa de enfermería en América Latina.

Los sucesos más importantes de la fase investigativa fueron:

- 1:** Cambios curriculares de fondo en los planes de estudio, especialmente a nivel de los programas profesionales universitarios. Los aspectos notorios del cambio curricular fueron la introducción en los programas de las humanidades, la estadística y la metodología científica.



- 2: Aparición de la primera serie periódica de investigación de enfermería en el mundo en el año de 1952: el *Nursing Research*, y posteriormente una serie de publicaciones dedicadas exclusivamente a la divulgación de los resultados de la investigación de enfermería. Para nombrar unas pocas: *International Journal of Nursing Studies* (1964), *Research in Nursing and Health* (1978), *Western Journal of Nursing Research* (1979), *Advances in Nursing Science* (1979), *Annual Review of Nursing Research* (1983), *Avances en Enfermería* (1981), *Investigación y Educación* (1987); *Revista Latinoamericana de Enfermería* (1992)...
- 3: Como resultado de la actividad de publicar, el trabajo investigativo de enfermería fue sometido a la exposición y crítica del mundo científico, no solamente de la comunidad de enfermería.
- 4: Explosión de producción investigativa ajena a enfermería, hecha por enfermeras. Durante los primeros años de la fase investigativa la producción se caracterizó por dos aspectos: primero un exceso de estudios sobre las enfermeras y su entorno, y segundo, un tipo de investigación relacionado con otras disciplinas más que con la de enfermería. El último caso es fácil de comprender ya que la totalidad de enfermeras que obtenían los grados de maestría y doctorado, lo hacían inicialmente en disciplinas ajenas a enfermería y por lo tanto su producción científica tendía más al sujeto de estudio pertinente. Contrario a lo que se puede pensar esta democratización de la investigación ayudó en gran medida a asentar las bases para la investigación de la disciplina y para su desarrollo teórico. Actualmente se observa que todavía existe en algunas enfermeras, la tendencia a investigar en disciplinas que de una u otra forman se relacionan con enfermería, pero que no son materia de competencia de la disciplina.
- 5: Aparición de los primeros programas académicos de postgrado en enfermería. Este paso fue fundamental para el desarrollo investigativo ya que los programas de postgrado en enfermería eran necesarios para afianzar los adelantos obtenidos. Al final de los años sesenta se comenzaron a preparar los primeros programas de doctorado en enfermería que vieron la luz en los mediados del los setenta en Estados Unidos de América.
- 6: Preparación de cantidad de enfermeras en programas de maestría y doctorado.

La etapa de desarrollo investigativo tuvo una contribución mayor para la academia contemporánea de enfermería. En ésta los instrumentos de la ciencia se tornaron comunes para enfermería, e igualmente se llevó a cabo un marcado cambio curricular, no sólo en contenidos sino en la calidad de la docencia. Fueron los comienzos de la investigación y de la ciencia de enfermería. Las investigadoras enfatizaron en la sintaxis científica más que en el propio contenido de la investigación, cosa que sucede en todas las disciplinas en proceso de desarrollo (Kuhn, 1962). Los lazos de unión y marcos de referencia del conocimiento faltaban por desarrollar, aún así la sintaxis de la disciplina se había formulado (Meleis, 1985).

### **Etapas del desarrollo teórico: 1965/1970...**

Eventualmente, las preguntas fundamentales relacionadas con enfermería, su esencia, metas y misión salieron a la luz. Un grupo de enfermeras quienes creían que la teoría debía guiar la práctica, escribieron a cerca de su necesidad, la naturaleza de la teoría de enfermería, de cómo los filósofos

y epistemólogos entendían la teoría y cómo se debía dar forma a la teoría de enfermería. Hubo argumentos sobre si la enfermería era una simple rama de la medicina o si era parte de las ciencias físicas, biológicas y naturales. Pero para las teoristas de enfermería estaba muy claro que la enfermería no se podía reducir a una ciencia dependiente y referente a un solo aspecto del ser humano; que investigar de esta manera era un planteamiento reduccionista y que la complejidad de enfermería requería autonomía intrínseca en sus métodos y contenidos. (Meleis, 1985).

La búsqueda de coherencia conceptual evolucionó desde la simple preocupación sintáctica hacia la disciplina y al estudio imaginativo de las realidades de enfermería, y al sentido y las verdades que guían sus acciones.

Algunas teoristas de enfermería construyeron realidades interpretativas y sus definiciones evolucionaron a partir de su bagaje filosófico y de inclinaciones educativas. Fue lógico entonces que el desarrollo teórico tuviera influencia de paradigmas de otras disciplinas concordantes con el respaldo educativo de las teoristas y por las filosofías predominantes en el momento. Por esto se encuentran premisas y conceptos, que guiaron el desarrollo teórico, derivadas del realismo, existencialismo, la filosofía analítica y el pragmatismo. Se adoptaron conceptos y definiciones de otros paradigmas tales como la psicodinámica, teorías de desarrollo, adaptación e interacción y del humanismo. Las teorías se fueron desarrollando en respuesta a la poca satisfacción que brindaban los hallazgos investigativos aislados. Las teorías emergentes señalaban al ser humano en interacción y transacción con los sistemas de salud (Meleis, 1985).

La persistencia de problemas continuó. ¿Cuáles son los procesos fundamentales que representa enfermería?, ¿cuáles son sus unidades de análisis?, éstas y otras preguntas continuaron emergiendo y fueron contestadas ya que la necesidad de un paradigma rector persistía y porque la búsqueda de una teoría universal, con poder explicativo general de la dimensión de enfermería, continuaba en discusión. En los años setenta Rogers afirmó que la búsqueda de una teoría única de enfermería era una tarea sobrecogedora e imposible de lograr y estaba en lo cierto. Durante esta década surgieron nuevos modelos conceptuales y teorías de enfermería que describieron y analizaron los fenómenos pertinentes y facilitaron a las enfermeras la opción de selección y prueba en la práctica e investigación.

Lo que claramente se determinó en esta primera parte de la etapa de desarrollo teórico fueron los siguientes puntos: primero se aceptaron la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, segundo se aceptó la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas, y tercero, surgió la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica. Los efectos cumulativos de esta acción cimentaron la base del desarrollo en justa perspectiva.

Se aceptó la necesidad de sedimentación que se requería después de la ebullición, contradicción, enfrentamiento y crítica de los primeros años de desarrollo teórico, y vino un período de reflexión en la que las enfermeras docentes, practicantes y académicas se dedicaron a probar las propuestas de modelos y teorías. Se caracterizó este periodo por reforzamiento de las posibilidades de análisis y crítica teórica. No se cuestionó con menor intensidad la necesidad de contar con postulados teóricos, por el contrario, se dedicó mayor tiempo a entender qué es una teoría, cuáles son sus



Características del comienzo del desarrollo teórico	● ●
---	--------

- Utilización de paradigmas externos para guiar la teoría
- Poca seguridad a cerca de los fenómenos de la disciplina
- Teorías discretas e independientes
- Separación entre investigación, teoría y práctica
- Búsqueda de coherencia conceptual
- Teorías usadas para desarrollo curricular
- La meta de búsqueda de un paradigma único que se perpetúe

● Tabla 1.4 Tomado literalmente de Meleis, 1985. p. 11.

componentes y las maneras de análisis y crítica. Al final de los años setenta y comienzos de los ochenta se llegó a conclusiones de importancia para el desarrollo futuro:

- 1: Aceptación de la teoría como un instrumento útil para el desarrollo del conocimiento de enfermería, ya que la teoría surge de problemas reales y significativos de la práctica y porque la teoría es un instrumento para la práctica y la investigación.
- 2: Claridad sobre la relación teoría investigación práctica.
- 3: Se avanzó un poco más en el examen de la teoría y la filosofía en su conjunto y se clarificó el rol de cada una de ellas para el desarrollo del conocimiento de enfermería y el concepto de dominio comenzó a perfilarse. Su utilidad quedó demostrada en la etapa siguiente.

A partir de los primeros años ochenta y hasta la actualidad se plantea una etapa de revivificación teórica y emerge el concepto de dominio. Cada vez son menos cuestionados y debatidos la teoría y el pluralismo, la aceptación del significado y la importancia de la teoría. Se confirman su necesidad y utilidad. Las discusiones de años anteriores sobre utilizar o no teoría, o de teoría propia versus teoría prestada pasan a un segundo plano. Se enfoca el trabajo teórico en el examen de los modelos y teorías, comparación entre los mismos, cuestionamientos sobre lo que se ha derivado de éstas y lo más importante, las enfermeras clínicas comienzan a usar teoría en la práctica. Igualmente se forman grupos de enfermeras que investigan y publican los resultados del manejo teórico. Como hecho sobresaliente de los últimos 8 años se puede anotar el impulso al análisis metateórico y el comienzo de la indagación filosófica de enfermería que parece abrir puertas para la percepción y entendimiento de los fenómenos más abstractos y complejos con que trabaja.

Tres conclusiones se aceptan durante esta etapa:

- 1: Aceptación de la teoría como un instrumento útil para el desarrollo del conocimiento de enfermería, ya que la teoría surge de problemas reales de la práctica y porque la teoría es un instrumento para la práctica y la investigación.
- 2: Claridad sobre la relación teoría, investigación, práctica y

### 3: Necesidad de la indagación filosófica

Aparentemente la única confusión que aparece como remanente del periodo es la relacionada con la semántica. Los modelos conceptuales han sido nominados como marcos de referencia, teorías, metateorías, paradigmas y metaparadigmas y cuando se han querido definir no ha habido una total distinción entre cada uno de ellos y sus propiedades. Este punto con el tiempo también se aclarará...

Desarrollo teórico en Enfermería: Resumen de hechos	
Antes de 1955	De Florence Nightingale a la investigación de enfermería
1955-1960	Nacimiento de la teoría de enfermería: necesidades
1961-1965	Enfoque humanístico
1966-1970	Desarrollo teórico, la meta de la academia
1971-1975	Sintaxis teórica
1976-1980	Tiempo para la reflexión
1980	Revivificación de la teoría de enfermería y emergencia de concepto de dominio. Indagación filosófica

• Tabla 1.5 Tomado y adaptado de Meleis, 1985. p.13.

El ámbito del desarrollo de enfermería en Colombia y América Latina, durante éstos últimos años, parecería rondar por los cuatro estadios que se han presentado. Es claro que la disciplina no ha alcanzado hasta el momento, un desarrollo como el presentado durante los años ochenta, en los Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, y los países escandinavos.

Si se estudia con detenimiento el desarrollo educativo se observa que a pesar de los esfuerzos de cambio y del excelente nivel de muchos programas universitarios, todavía se debaten varios de ellos entre la fase de la práctica y la fase de la educación y la administración. Por muchos años la diferencia entre el plan de estudios de un programa tecnológico y uno de nivel profesional de cuatro años fue el énfasis hecho en las dos áreas funcionales (administración y educación) (Archivos de Acofaen, 1980-1990). Si se mira de cerca la conformación curricular, es notorio el número de horas dedicadas a las experiencias clínicas de las asignaturas o áreas de enfermería incluyendo las de administración de servicios de enfermería o como se denomine en la respectiva Facultad. Este énfasis en la práctica muestra la dificultad que ha tenido enfermería en el cambio de sus programas, dificultades que son derivadas de los legados de la época previa a los años sesenta y reafirmados por el modelo médico con enfoque flexneriano.

La investigación vive simultáneamente el énfasis investigativo en otras disciplinas, y el interés y empeño por investigar en la propia área disciplinar. En las ponencias sobre desarrollo de la investigación en la América Latina, del I Coloquio de Investigación de América Latina (1989) se aprecia claramente el fenómeno: numerosas investigaciones sobre: las enfermeras, aspectos administrativos, educativos y epidemiológicos y un comienzo muy promisorio de investigación de enfermería.

Sobre este período en particular es interesante notar como en América Latina persisten regiones que difieren totalmente en su proceso de evolución, y aún dentro de un mismo país se anota el

hecho de estancamiento en algunos lugares y gran desarrollo en otros (Chompré y Villalobos, 1995)

La cuestión teórica podría estar en etapa de discusión y comprensión. No está claro para muchos lo que se pretende con el desarrollo teórico para la disciplina y para la práctica. Existen intereses al respecto que seguramente en corto tiempo facilitarán un mayor acercamiento a esta etapa de tanto interés y controversia. De otra manera enfermería permanecerá como una profesión confusa y borrosa aún para las mismas enfermeras y se continuará enfatizando en la utilización de modelos ajenos al interés particular de los fenómenos de la propia competencia.

## Barreras para el desarrollo teórico de enfermería

Durante el camino del desarrollo de enfermería la experiencia obtenida determinó el énfasis para describir y explicar los fenómenos centrales relacionados con la disciplina y la práctica, y quizás fue la responsable de la invención de una nueva terapéutica la cual cambió y propuso un control para aquellos eventos diferentes y no deseados en el cuidado de la salud.

Pero, ¿por qué el viaje de la enfermería temprana a la moderna fue largo y con tantos altibajos?, ¿por qué enfermería atravesó todas las desviaciones del camino para enredarse en un estado de negación teórica?, y más importante que nada, ¿por qué las enfermeras decidieron rechazar la teoría y la teorización?, y ¿por qué todavía algunos escépticos mantienen la posición irreconciliable relacionada con la teoría que asegura que teorizar en enfermería es antitético a la práctica? (Meleis, 1985).

El desarrollo teórico de enfermería se ha visto afectado por importantes motivos humanos, profesionales, sociales, de género y de conocimiento:

### **Barreras de formación: Las enfermeras como enfermeras**

El tipo de personas que seleccionan estudiar enfermería, el tipo de educación que reciben, y su misma naturaleza pueden influir de forma relacionada, la manera pausada en que se viene desarrollando el proceso teórico o del rechazo a la naturaleza teórica de enfermería. Lo manifiesto de ésta relación se basa en evidencia especulativa por un lado, y algo de emprismo por otro. En el pasado las mujeres que seleccionaron enfermería, pudieron haberlo hecho más por su interés de servicio que por su orientación y potencial hacia el trabajo profesional. La situación está cambiando y en la actualidad muchos estudiantes seleccionan enfermería por su potencial financiero y por una rápida ubicación en el mercado de trabajo, además de la percepción de posibilidad de impacto social por parte de enfermería. No existen datos exactos sobre el tema pero sí es aparente que al igual que los cambios en los estilos de vida, los cambios en el estilo de los estudiantes son notorios y pueden facilitar la sofisticación intelectual. Las diferencias entre los estudiantes del pasado y los del momento podrían sugerir un cambio de actitudes hacia enfermería y su estatus profesional (e igualmente hacia su soporte teórico) (Meleis, 1985).

Existen sugerencias sobre la diferencia entre los estudiantes de enfermería y estudiantes de otras carreras, aunque no son conclusivas. Podrían sugerir que la misma educación crea las diferencias. La educación juega un papel importante en el entrenamiento de la mente para pensar más allá de las acciones inmediatas, para interrogar posiciones, relacionar eventos y generalizar. En otras palabras

para conceptualizar. La historia de la educación de enfermería presenta la eliminación de la curiosidad y en su reemplazo se afianzan las actitudes de no cuestionamiento y conformidad. Se presenta a las enfermeras como ejecutoras de órdenes y políticas. Estos roles no son paralelos con el descubrimiento y la erudición.

Como la educación de enfermería se basó en el aprendizaje repetitivo, el entrenamiento y la experiencia más que en las ideas, el conocimiento y el aprendizaje, el graduado se encuentra más adaptado a depender del modelo médico hospitalario que a hacer uso de su poder para la solución de problemas. El clima social de la educación de enfermería no estimuló el debate y la libertad de experimentar (Meleis, 1985).

La orientación instrumental es un tópico que maneja enfermería. Mantenerse desarrollando procedimientos más que pensando, resolviendo problemas y reflexionando, condujo a enfermería a un rol subalterno. Adicionalmente la absurda intensidad de carga de trabajo directo de los estudiantes lleva a la orientación para hacer y disminuye el tiempo para pensar. Hacer y pensar no son mutuamente excluyentes, desafortunadamente enfermería recibió una actitud reforzada e incuestionable hacia la aceptación de la autoridad ajena (Meleis, 1985).

Las cualidades que se requieren para desarrollar pensamiento teórico son poder pensar, reflexionar, interrogar, y percibirse a sí mismo como capaz de desarrollar conocimiento (capacidad de abstracción). La antigua educación de enfermería no desarrolló estas cualidades en los estudiantes y tampoco las reforzó en aquellos que mostraron capacidad de desarrollarlas.

Las enfermeras han sufrido de paternalismo y aceptación de la normatividad creada por otros, y cuando ésta no existía, por aquella creada por enfermeras para enfermeras. Situación claramente conducente a la pasividad y continuismo. La subcultura de enfermería no ha promovido la sana competencia, lo cual es esencial para el desarrollo de ideas (Meleis, 1985).

## **Barreras sociales: Las enfermeras como mujeres**

La lentitud en el desarrollo o aceptación de la teoría de enfermería podría atribuirse al estereotipo del rol del sexo femenino. Muchas mujeres han internalizado este rol impuesto por la sociedad y aún las mujeres que han querido romper el esquema de comportamiento femenino han caído en el desempeño ambivalente. El resultado ha sido una carga excesiva, que con dificultad conduce a la reflexión, al cuestionamiento y al desarrollo teórico acumulativo. Un alto porcentaje de profesionales en enfermería son mujeres, por ello la identidad del sexo no puede ignorarse cuando se discute el desarrollo teórico y el potencial para el pensamiento teórico. Enfermería siempre ha sido una ocupación con características predominantemente femeninas y todavía es percibida en su rol maternal y de mantenimiento (Meleis, 1985).

Muchas de las características de la mujer se han ilustrado como contrarias a la creatividad y a la productividad científica. La creatividad y la productividad académica requieren de curiosidad, objetividad intelectual y habilidad en la toma de decisiones y la elaboración de juicios independientes. Tradicionalmente la mujer aún en muchas culturas, es educada y socializada de manera diferente al hombre. Estas diferencias provocan juicios valorativos hacia su desempeño profesional y científico en el sentido de tomar sus actividades de manera superficial o adjudicar a ellas poca credibilidad. Como resultado las mujeres que seleccionaron enfermería como carrera, al menos hasta los años

setenta, tenían una gran identificación con el rol social femenino y aún, sin que se pueda corroborar empíricamente, muchas estudiantes reafirman su identidad más por el hecho de ser mujer que realmente por el hecho profesional.

La productividad de las enfermeras se demuestra en el trabajo por el *hacer* constante, y por su sentido de la urgencia y por la necesidad de estar constantemente ocupadas. Tipo de trabajo, pocas veces valorado, se califica de sencillo y de poco valor, mucho menos complejo que el del médico. Además las mismas mujeres se han encargado de contradecirse, de funcionar prejuiciadamente entre ellas y sobretodo se han encargado de perpetuar el mito de su inhabilidad para el pensamiento crítico. El patrón descrito lo ha manejado enfermería con eficacia al rechazar, por más de dos décadas, la discusión teórica y en segunda instancia, al adoptar planteamientos teóricos derivados de teorías ajenas.

¿Se podría pensar si la lentitud en el desarrollo teórico puede deberse a que la gran mayoría de teorías y modelos de enfermería los han desarrollado enfermeras? ¿Tal vez será porque en la reafirmación del rol femenino se sienten más seguras utilizando teorías desarrolladas por hombres? Valdría la pena investigar éstas y otras preguntas ya que clarificarían muchos interrogantes que surgen en la historia teórica.

### **Barreras Profesionales: Las enfermeras como teoristas**

Las enfermeras teoristas han actuado, muchas veces, como barreras para el desarrollo teórico. El lenguaje utilizado por las teoristas las separó de sus colegas practicantes y de otras enfermeras en diferentes campos. Parecía esotérico para el resto del mundo de enfermería, para no mencionar al resto de la comunidad de salud y científica. *El cliente de enfermería como un campo de energía, un sistema de conducta o comportamiento, o el autocuidado*, era un lenguaje nuevo y difícilmente entendible. Para agravar el asunto las enfermeras docentes tradujeron este lenguaje al currículo y no a problemas investigables, ni a situaciones del área clínica. Este hecho intensificó el cisma entre la teoría y la práctica y dio fuerza a la percepción existente que aseguraba la presencia de una brecha entre la teoría y la práctica (Meleis, 1985).

Las teoristas, accesibles a sus colegas académicas, aparecían inalcanzables para el resto de enfermeras. La falta de discusión y debate interteorías aumentó las discrepancias y contribuyó a las disidencias aún entre seguidoras de una misma teoría. Y aunque sí ha existido discusión y debate entre enfermeras docentes y de servicio, a cerca de las implicaciones de la teoría, estos debates han sido más ideológicos que sustantivos.

Las teoristas están de acuerdo sobre los fenómenos, perspectivas y problemas centrales del campo de enfermería y sobre su misión, pero quizás la dificultad ha estribado en: primero, las teorías no parecen haber evolucionado a partir de bases empíricas; segundo estas teorías fueron desarrolladas por mujeres y tercero cada teoría por sí sola no era capaz de describir, explicar y predecir los fenómenos de enfermería en totalidad (Meleis, 1985).

### **Barreras del conocimiento**

Meleis (1985) se refiere a las barreras del conocimiento en los siguientes términos. «Entre las barreras más importantes para el desarrollo teórico están las del conocimiento. Se manifiestan por la utilización del conocimiento desarrollado por otras disciplinas, el rechazo a la utilización de la

teoría de enfermería desarrollada dentro de la misma disciplina y por sus miembros, y por el desarrollo del conocimiento en campos ajenos a enfermería, especialmente por enfermeras que han obtenido títulos de postgrado en otras disciplinas.

Un fenómeno interesante persiste en enfermería. Se denomina *lo que es importado es mejor*. Se utiliza en el sentido de que lo importado es aquello que es ajeno o externo a la disciplina y lo doméstico y no tan bueno es lo desarrollado por enfermería. Importadas son las teorías desarrolladas por individuos diferentes a enfermeras y en áreas igualmente diferentes. Muchas veces se hace por razones legítimas, pero en otras no hay razón alguna para ello, ya que no emerge de un paradigma relacionado de forma coherente con el fenómeno. Lo discutido se manifiesta, sin forma de negarlo, en la utilización de teorías de otras disciplinas, en la renuencia a nominar teorías a las conceptualizaciones de enfermería, a la insistencia a llamar teorías a las conceptualizaciones de otras disciplinas que aún están en debate y que son confusas en sus mismos postulados. Enfermería ha estado bajo la sombra del esquema biomédico, luego bajo la de otros paradigmas y por lo tanto la noción de conocimiento se fue dejando a aquellos campos diferentes, pero que de alguna manera se ajustaban a enfermería".

La teoría misma fue una barrera. Las enfermeras necesitaban la teoría para demostrar que enfermería era una profesión y no un oficio. La teoría llenaba el vacío, pero el resultado fue que se interpretó como una forma de las teorías para sobresalir. Este hecho dejó a las enfermeras de servicio sin piso de discusión y a las teoristas gastando gran cantidad de energía para tratar de justificar sus teorías y sin ayudar a su desarrollo y mejoramiento, para hacerlas más utilizables y entendibles.

Enfermería tiene la meta de desarrollar un estatus disciplinar basado en la fundamentación científica. Ello requiere la existencia de teorías. La teoría entonces, parece ser el medio para que enfermería se establezca como disciplina independiente a medicina y merecedora del estatus profesional que le corresponde. Esta meta es válida para que la logre enfermería y se ha llegado a ello manejando teorías de utilidad en el cuestionamiento y respuesta de problemas significativos pertinentes.

La meta central de enfermería es el cuidado a la sociedad. Muchos cuestionamientos se desprenden y plantean de esta meta y las teorías ayudan a describir, explicar, y prescribir lo relacionado con el cuidado. Las ganancias secundarias conducen al mejoramiento del estatus disciplinar y profesional. Enfermería debe darse cuenta de ésto y redefinir las metas.

Para lograr la meta se cuenta con fuerzas y recursos que se han venido acumulando a pesar de los obstáculos anotados. Estos recursos son las mismas enfermeras como mujeres que con los movimientos de los últimos tiempos han reafirmado y diferenciado su rol y la disposición y actitud estudiantil que ha cambiado el sentido mítico de enfermería. Adicionalmente, porque de acuerdo con estudios sociológicos la mujer de hoy día posee un atributo que le facilita el acceso a los recursos y a los procesos inovativos: la flexibilidad. Esto ha hecho que las enfermeras obtengan seguridad en sí mismas para la articulación de su realidad particular.

El conocimiento como fuerza y como recurso es otro elemento de refuerzo. A mayor conocimiento necesario, mayor capacidad de desarrollo. Las teorías desarrolladas hasta la fecha han facilitado el refinamiento futuro y hay acuerdo en el manejo de un grupo de conceptos centrales de enfermería que son fenómenos de interés. Asimismo se ha impulsado el manejo del pensamiento crítico y analítico y se ha estimulado el mayor desarrollo teórico.



"Una nueva visión del mundo está emergiendo, una visión que ha modificado aún los conceptos mecanicistas de la física, hacia una visión más integral y ecológica del universo. Una visión más congruente con la visión femenina de la ciencia y de la salud. Es la visión que ha cambiado el enfoque de causalidad por una forma de mayor simultaneidad e interpretación" (Capra, 1983).

## Referencias

- Abdellah, FG. (1969) The nature of Nursing science. *Nursing Research*. 18, 5, 393-399.
- Acofaen. (1989) **Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería**: Memorias Bogotá: Ministerio de Salud/Acofaen/OPS.
- Acofaen. **Archivos de Planes de Estudio 1980-1990**.
- American Nurses' Association. (1980) **Nursing: A Social Policy Statement**. Kansas: American Nurses' Association.
- ANA Cabinet on Nursing Research. (1985) **Directions for nursing research: Toward the twenty-first century**.
- Andreoli, K. & Thomson, K. (1977) The nature of science in nursing. *Image*. 9, 1, 32-37.
- ANEC (1996) **Ley 266 de Enfermería**. Santafé de Bogotá, Enero de 1996.
- Benner, P. (1983) Uncovering the Knowledge embedded in clinical practice. *Image*. 15, 2, 36-41.
- Benner, P. (1984) **From Novice to Expert**. Menlo Park, Ca.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. y Grubel, J. (1989) **The Primacy of Caring: Stress and Coping**. Menlo Park, Ca: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benoliel, JQ. (1987) Response to «Toward holistic inquiry in nursing: A proposal for synthesis in patterns and methods». *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1, 2, 147-152.
- Billitski, JS. (1981) Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. *Advances in Nursing Science*. 4, 15-29.
- Bronowsky, J. (1970) **New Knowledge in Human Values**. En Maslow, AH, Ed. Chicago: H. Ragny Co. p. 52.
- Bunge, M. (1959) La Ciencia su Método y su Filosofía. En Thomas, CC. **Metascientific Queries**. Springfield, Ill.
- Carper, B. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 13-24.
- Carper, B. (1992) Philosophical inquiry in nursing: An application. En **Philosophic Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, JF. y Simmons, H. Ed.), Newberry Park: Sage Publications. Cap 7.
- Capra F. (1983) **The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture**. New York: Bantam Books.
- Conway, ME. (1985) Toward greater specificity in defining nursing's metaparadigm. *Advances in Nursing Science*. 7, 4, 73-81.
- Crowley, DM. (1968) Perspectives of pure science. *Nursing Research*. 17, 6, 497- 501.
- Chinn, PL. (1985) Debuking myths in nursing theory and research. *Image*. 17, 2, 45-49.
- Chinn, P & Jacobs, M. (1987) **Theory and Nursing**. 2nd Ed, ST Louis: The CV. Mosby Company.
- Chompré, RR. y de Villalobos, MM. (1995) A cooperative effort: Nursing leadership and the W. K. Kellogg Foundation. **Nursing and Health Care**. 16, 4, 192-199.
- Dickoff, J & James, P. (1968) A theory of theories: A position paper. *Nursing Research*. 17, 3, 197-203.
- Dickoff, J; James, P. & Wiedenbach, E. (1968) Theory in practice discipline. *Nursing Research*, 17, 5, 415-435.
- Donaldson, S & Crowley, D. (1978) The discipline of nursing. *Nursing Outlook*. 26, 113-120.
- Fawcett, J. (1978) A relationship between theory and research: A double helix. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 49-62.



- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image*. 16, 3, 84-87.
- Fawcett, J. (1995) **Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing**. 3er Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Feldman, HR. (1981) A science of nursing. *Image*. 13, 3, 63-66.
- Fuller, SS. (1978) Wholistic man and the science and practice of nursing. *Nursing Outlook*. 26, 11, 700-704.
- Gortner, SR. (1974) Scientific accountability in nursing. *Nursing Outlook*. 22, 764-768.
- Gortner, SR. (1983) The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 1-8.
- Greene, J. (1979) Science, nursing and nursing science: A conceptual analysis. *Advances in Nursing Science*. 2, 4, 57-64.
- Handlin, O. (1965) Science and technology in popular culture. Science and Culture. En G. Holton ed. **Science and Culture**. Boston: Houghton Mifflin.
- Henderson, V. (1994) **Naturaleza de la Enfermería: Después de Venticinco Años**. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill.
- Iyer, P. et al. (1986) **Nursing Process and Nursing Diagnosis**. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Jacobs, M. & Huether, S. (1978) Nursing science: The theory-practice linkage. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 63-73.
- Jacox, A. (1974) Theory construction in nursing: an over-view. *Nursing Research*. 23, 1, 4-13.
- Johnson, DE. (1959) The nature of a science in nursing. *Nursing Outlook*. 7, 5, 291-294.
- Johnson, DE. (1968) Theory in nursing: Borrowed and unique. *American Journal of Nursing*. 17, 3, 206-209.
- Johnson, DE. (1974) Development of a theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 23, 5, 372-377.
- Kikuchi, JF. (1992) Nursing questions that science cannot answer. En. (Kikuchi, JF y Simmons, H. Ed.). **Philosophic Inquiry in Nursing**. Newberry Park: Sage Publications. Cap 2.
- Kuhn, TS. (1962) **La Estructura de las Revoluciones Científicas**. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Langer, SK. (1957) **Problems of Art**. New York: Scribner.
- Leddy, S y Pepper, JM. (1985) **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Filadelfia: JB. Lippincott Company.
- Leininger, MM. (1978) **Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices**. New York: Wiley & Sons.
- Leininger, MM. (1988) **Care: The Essence of Nursing and Health**. Detroit: Wayne University Press. Cap 1.
- Leininger, MM. (1988) Leininger 's theory of nursing: Cultural Care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*. 1, 152-160.
- Marriner, A. (1994) **Modelos y Teorías de Enfermería**. 3era Edición. Madrid: Mosby-Doyma Libros.
- Meleis, AI. (1985) **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Nagel, E. (1961) **The Structure of Science**. New York. Harcourt, Brace and World.
- Newman, M. (1972) Nursing 's theoretical evolution. *Nursing Outlook*. 20, 7, 449-453.
- Newman, M. (1979) **Theory development in nursing**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Newman, M. (1983) The Continuing Revolution: A History of Nursing Science. En: **A Developing Disciplines. Selectet Works of Margaret Newman**. New York: National League for Nursing Press. 19-31.
- Newman, M.; Sime, AM.; Corcoran-Perry, SA. (1991) The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 14, 1, 1-6.

- Newman, M. (1992) Privaling Paradigms in Nursing. En: **A Developing Disciplines. Selected Works of Margaret Newman**. New York: National League for Nursing Press. 52-54.
- Newman, M. (1994) **Health as Expanded Consciousness**. New York: National League for Nursing Press.
- Nightingale, F. (1969) **Notes on Nursing: What it is and what is not**. New York: Dover.
- Orem, Dorothea. (1980) **Nursing: Concepts of Practice**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Phillips, JR. (1977) Nursing systems and nursing models. *Image*. 9, 1, 4-7.
- Polit, D. & Hungler, B. (1987) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Roach, MS. (1992) The aim of philosophical inquiry in nursing: Unity or diversity of thought? En **Philosophic Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, JF y Simmons, H. Ed.). Newberry Park: Sage Publications. Cap 3.
- Rogers, M. (1970) **An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing**. Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Rogers, M. (1980) Nursing: A science of unitary man. En J:P Riehl and Roy, C. Ed. **Conceptual Models for Nursing Practice**. 2<sup>nd</sup>. Ed. New York: Appleton Century Crofts.
- Rogers, M. (1990) **Vision of Roger's Science-Based Nursing**. (En Barrett, EA. Ed.) New York: National League for Nursing Press. Unit 1.
- Shermis, S. (1962) On becoming an intellectual discipline. *Phi Delta Kappan*. 44, 84-86.
- Schutz, PR. & Meleis, AI. (1988) Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Image*. 20, 4, 217-221.
- Silva, MC; & Rothbart, D. (1984) An analysis of changing trends in philosophies of science of nursing theory development and testing. *Advances in Nursing Sciences*. 6, 2, 1-13.
- Silva, MC.; Sorrell, JM.; Sorrell, CD. (1995) From Carpers's patters of knowing to ways of being: An ontological philosophical shifting in nursing. *Advances in Nursing Science*. 18, 1, 1-13.
- Stevens, BJ. (1984) **Nursing Theory**. Boston: Little, Brown and Company.
- Velandia, AL. (1995) **Historia de la Enfermería en Colombia**. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Woods, NK, & Catanzaro, M. (1988) **Nursing Research: Theory and Practice**. St. Louis: The CV. Mosby Company.



“ La ciencia de enfermería, la base fundamental del conocimiento del comportamiento humano y de la interacción social, bajo situaciones normales y de estrés, y a través del proceso vital, se distingue claramente de sus formas de indagación (investigación). La investigación y especialmente la metodología han sido sujetos de mayor atención que la ciencia. Los requisitos para el aumento de la ciencia son: comunalidad, colegaje y competencia entre los científicos, y continuidad, confirmación y evidencia de la actividad científica.”

Susan R. Gotner

La credibilidad de la ciencia de enfermería depende del rigor y de calidad del trabajo científico, de la posibilidad de generalización de sus hallazgos, y reputación y productividad de sus científicas y académicas tanto a nivel individual como colectivo. Si la credibilidad se basa en la admisión de la competencia y la productividad, es posible analizar cuál es el estado de la ciencia y cuáles los indicadores de calidad y producción.

El segundo capítulo se dedica a la ciencia de enfermería.

Se refiere a la naturaleza, evolución, y resignificación del conocimiento y de la ciencia de enfermería y a los enfoques filosóficos que la sustentan. Se analiza la estructura del conocimiento, y la evolución y estado actual del paradigma de enfermería. Cada concepto del paradigma se analiza desde diferentes ópticas disciplinares, dependiendo del sustento filosófico a que se adhieran.

De igual manera, se plantean los elementos de los dominios disciplinares, a partir de dos visiones un tanto diferentes, pero igualmente interesantes.

## Naturaleza del Conocimiento y la Ciencia de Enfermería

### Conceptualización de la ciencia de enfermería

En la actualidad la ciencia se concibe como una opinión de información conceptual a cerca del mundo natural que además incluye el comportamiento y la acción social (Gortner, 1990). Aunque ciencia no es sinónimo de investigación científica, ya que la última es una herramienta de la primera, sí se caracteriza por la indagación permanente y por ende por su coherencia, precisión y capacidad de generalización (Batey, 1974).

La estructura de la ciencia resulta de la necesidad de distinguir entre las diferentes clases de conocimiento. Cada una de las ciencias naturales, del comportamiento y sociales han surgido porque los fenómenos se han percibido y estudiado desde diferentes perspectivas (o marcos de referencia). En concordancia con las observaciones e interpretaciones derivadas de tales perspectivas, se forma un cuerpo teórico de conocimientos nuevo y comienza a desarrollarse una nueva

ciencia (Johnson, 1974). La curiosidad y el compromiso del hombre guían esta evolución que no es más que el resultado del pensamiento creativo relacionado con hechos significativos.

Silva (1977) lista las características de la ciencia de la siguiente manera, añadiendo que el desarrollo del conocimiento de enfermería es coincidente con ellas y que por tal motivo pueden ayudar a corroborar la existencia de la ciencia de enfermería.

- 1: La ciencia debe demostrar cierta coherencia.
- 2: La ciencia incumbe a determinados campos del conocimiento.
- 3: La ciencia se expresa preferiblemente en forma de definiciones universales.
- 4: Las definiciones de la ciencia deben ser verdaderas o probablemente verdaderas.
- 5: Las definiciones de la ciencia deben estar ordenadas lógicamente.
- 6: La ciencia debe explicar sus investigaciones y argumentos.

¿Cómo se aplican éstos conceptos a enfermería?

La ciencia de enfermería representa el conocimiento o entendimiento que se tiene en la actualidad, sobre el cuidado de los aspectos del comportamiento del ser humano y sus reacciones con la experiencia de la salud y el contexto; incluyendo aquellos procesos responsables de los cambios en el estado de salud, los patrones de comportamiento asociados con los eventos normales y críticos del proceso vital y los principios y leyes que gobiernan las etapas y los procesos de la vida (Donalson y Crowley, 1978; Gortner, 1980; Feldman, 1981; Newman, 1994).

La investigación de enfermería representa los elementos y formas independientes y colectivas que constituyen las bases de su indagación científica. La investigación es el instrumento de la evolución científica y en sí misma no constituye la ciencia. La orientación empírica, lineal, y causal ha guiado la indagación de enfermería hasta el presente; no obstante, desde hace algún tiempo se plantean proposiciones muy importantes con relación a hechos tales como: la interacción materno-infantil, autocuidado, el moribundo, el cuidado, la cronicidad, las relaciones transpersonales, la experiencia de la salud etc., que no por estar en proceso de formación son menos trascendentales para el desarrollo de nuevos marcos conceptuales y teorías que guíen la investigación (Gortner, 1980; Watson, 1988; Strickland y Waltz, 1990; Newman, 1995).

El desarrollo de la ciencia de enfermería depende de varios factores:

- 1: La coherencia de hechos, leyes y teorías que se interrelacionen adecuadamente. Silva y Fawcett (1978 y 1984) anotan que éste aspecto está en estado embrionario pero con una velocidad de desarrollo notoria como lo comprueban los últimos hallazgos investigativos. Igualmente agregan que existe un incremento del conocimiento en ciertos temas utilizados de manera recurrente por las académicas de enfermería, que hacen pensar en áreas y

límites para la investigación y el desarrollo teórico. Varios fenómenos aparecen de manera consistente en diferentes marcos conceptuales y asimismo se han propuesto elementos paradigmáticos que plantean interpretaciones y definiciones específicas para el manejo de los fenómenos importantes de enfermería (Fawcett, 1984 y Schultz y Meleis, 1985; Kikuchi y Simmons, 1992).

- 2: La excelencia en el campo del conocimiento. Para efectos de éste punto no es exagerado decir que el conocimiento de algunas áreas de enfermería es difuso, debido al predominio de paradigmas externos de la enseñanza y sustento investigativo por un lado, y por las múltiples facetas de actividad profesional que incluyen áreas clínicas, funcionales y otras agregadas al quehacer, por el otro. Lo anotado requiere dos exigencias para enfermería: la aceptación de su parte de la definición de su unicidad, para conocer *bien* el campo de competencia desde un punto de vista común; y la subespecialización en la investigación para facilitar el conocimiento de los fenómenos de manera tal, que éstos también sean *bien* conocidos.
- 3: Descubrimiento de características universales de fenómenos que están siendo investigados. Aunque no se haya llegado a expresar características universales de fenómenos, sí se aprecian intentos exitosos en los modelos conceptuales y las teorías de enfermería para definir y operacionalizar las características del hombre, el contexto, la salud y el cuidado de enfermería.
- 4: La veracidad o probabilidad de veracidad de las definiciones científicas. Posiblemente lo más sobresaliente de este aspecto es no la veracidad por sí misma, sino lo que es aceptado por la comunidad científica en un momento dado, como probablemente verdadero. Ello hace referencia a la evolución del conocimiento y de la ciencia; los paradigmas y teorías. Sin embargo, se debe tener en cuenta que enfermería por estar en un estadio temprano de desarrollo puede enfrentar diferentes sujetos en contradicción, confrontando los mismos fenómenos o haciendo interpretaciones por diversos caminos. Muchas veces las discrepancias nunca desaparecen... pero a la larga deben confrontarse y determinar ciertos acuerdos explícitos (Kuhn, 1962).
- 5: La utilización de metodologías científicas que realmente aseguren la confiabilidad de los hallazgos. Depende igualmente de tres factores: ¿cómo se asegura una investigación de calidad?, ¿cuál es el enfoque filosófico que soporta al investigador en la selección del enfoque investigativo?, y ¿cuál es nivel del desarrollo teórico?

La investigación de calidad se asegura de varias maneras, de acuerdo con Feldman (1981). Existen esfuerzos colaborativos de las enfermeras para proponer temas y áreas de investigación desarrollados en conjunto y determinando fechas límite para el desarrollo de los proyectos y trabajos. Esta propuesta es a todas luces muy racional, ya que es así como se conforman grupos de expertos, quienes con el tiempo, refuerzan su excelencia en el campo específico de la investigación y en las metodologías propuestas para el manejo de los problemas. Seguidamente se propone el desarrollo de trabajo en redes el cual facilita el intercambio y la múltiple utilización de los hallazgos investigativos, y por último, siendo éste punto de trascendencia, se propone la publicación y utilización de los hallazgos a nivel de la práctica clínica, la educación, la administración y cualquier otra manera de utilización y prueba de los mismos.

La segunda cuestión, referente al enfoque filosófico que soporta la opción del investigador, es un elemento de real novedad e interés en el desarrollo de la ciencia de enfermería y que se expondrá de manera más completa con posterioridad. Sin embargo, vale la pena mencionar que la flexibilidad, la comprensión y la apertura a las diferentes formas del trabajo investigativo de enfermería facilitan, en la actualidad, un tipo de trabajo más acorde con la filosofía de enfermería y con las formas no ortodoxas del trabajo científico. Es así como las investigadoras de enfermería incursionan por aquellas sendas de la ciencia que aseguren la coherencia y el soporte filosófico adecuado al cuestionamiento científico. Enfermería tolera varios enfoques conceptuales y la apertura a posibilidades de utilización de metodología cualitativas, generadoras de la teoría y de las cuantitativas probadoras de la misma, facilita el avance del desarrollo de la ciencia de enfermería.

El tercero y último factor se relaciona con el nivel del desarrollo teórico. Se ha comprobado hasta cierto punto, que la forma inductiva de construcción teórica ha dado resultado para enfermería. Seguramente será todavía más útil en el establecimiento de definiciones básicas que se puedan entrelazar con otras de manera sistemática, mejorando así el desarrollo de los marcos conceptuales actuales. El razonamiento deductivo envuelve la utilización de definiciones y conceptos que se asumen como verdaderos y derivación de ellos de otros conceptos y definiciones. Ambas formas de razonamiento son necesarias en el desarrollo teórico y su combinación es válida en el trabajo científico, siempre y cuando se utilicen los rigores metodológicos que aseguren su validez y confiabilidad.

Al respecto del desarrollo teórico Dickoff y James (1968) aseguran que la teoría en una disciplina profesional (o dedicada a la práctica) se debe desarrollar en última instancia y sin duda alguna, para el ejercicio de la práctica, y que la teoría prescriptiva tiene como fin dar forma a esa realidad. Adicionalmente agregan que desarrollar teorías prácticas y de mediano alcance facilita su aplicación y se agiliza el manejo de los conceptos y definiciones ya que este tipo de teoría facilita la prueba empírica (permite las abstracciones, pero lo suficientemente cerca a los datos empíricos que da acceso a la prueba). El desarrollo teórico es deseable en todas sus formas, ya que la actividad investigativa sistemática, y el ordenamiento lógico del conocimiento, aseguran el avance de la ciencia de enfermería.

- 6:** Explicación de los argumentos y demostraciones que sustentan las conclusiones del trabajo científico. Este hecho tiene relación con la responsabilidad, la confianza y consideración de la investigadora y la forma como traduce sus hallazgos científicos.

A manera de resumen se puede decir que el avance de la ciencia de enfermería se puede facilitar al definir la esencia de la misma enfermería, promover el desarrollo de las académicas investigadoras, facilitar la confianza y el trabajo participativo, explicando y afiliando los campos del conocimiento, y al probar los modelos existentes y publicar los hallazgos.

Rogers citó en 1963 en su artículo sobre los fundamentos de la educación de enfermería: «La ciencia de enfermería crecerá en la medida en que las enfermeras que procesan el conocimiento sean capaces de unificar ciertas características observadas o percibidas, generalizar suposiciones hipotéticas, establecer conexiones entre los diferentes fenómenos e identificar los principios predictivos que puedan tener implicaciones tecnológicas».



La evolución de la ciencia de enfermería probablemente no ha seguido la evolución tradicional de las ciencias básicas y de otras disciplinas profesionales de acuerdo con lo expuesto por los filósofos de la ciencia. Meleis (1985), concluye que los aspectos más alejados del desarrollo común han sido la negación del estatus científico y la presunción de la evolución sistemática del desarrollo basada en la teoría y en el desarrollo teórico basado en la investigación. La disciplina y el conocimiento de enfermería han evolucionado a través de cúspides, valles, circunvoluciones, retrocesos y una serie de crisis. Aquí se listan algunos de los hechos únicos en el desarrollo científico de enfermería que sirven como elemento de reflexión para entender el porque de la situación actual y de las barreras impuestas al desarrollo mismo.

- 1:** Como se anotó anteriormente el desarrollo de la ciencia está íntimamente ligado al desarrollo teórico. El desarrollo de la teoría de enfermería no se basó en la investigación de la disciplina y la investigación no contribuyó al desarrollo teórico ya que la fase de desarrollo investigativo de enfermería mantuvo su énfasis en la investigación de las áreas funcionales y de otras disciplinas, más que en la propia enfermería.
- 2:** La competencia de ideas ha existido simultáneamente por muchas décadas (diferentes metodologías investigativas, diferentes conceptualizaciones del cuidado, la comodidad, el dolor..., ). Diferentes teorías y aún teorías antagónicas se han utilizado y han enfrentado a enfermeras en instituciones y en el trato de aspectos que deben ser de concordancia, tales como: el cuidado, el enfoque de la salud, el enfrentamiento o solución de los problemas relacionados con la salud, interés en los cambios, manejo de las respuestas humanas a la salud, y muchos otros.

Existe un consenso inicial para el tratamiento de los conceptos mayores, centrales para la disciplina; también hay paridad de criterios sobre el concepto relacionado con la disciplina de enfermería, entendiéndola como disciplina profesional, y en la incorporación de la investigación al ejercicio profesional. Pero también hay áreas de contradicción tales como la naturaleza del cliente del cuidado de enfermería, el cuidado, la salud, la enfermedad, y de las metodología más congruentes y acordes con el sujeto y la naturaleza del soporte filosófico de enfermería. Las contradicciones y enfrentamientos han detenido en ciertos momentos el desarrollo científico y disciplinar. Algunos autores los consideran favorecedores ya que han acelerado el esclarecimiento y la maduración del trabajo, hasta localizarlo en el estado actual de evolución.

- 3:** En una disciplina que tiene que ver con el ser humano, lo menos deseable y casi imposible, es el manejo de una sola teoría que describa, explique, prescriba y combine todo el complejo de fenómenos pertinentes. Un caso de pluralismo paradigmático se puede combinar ya que se requieren diferentes marcos conceptuales para las personas, grupos, interrelaciones, salud, enfermedad, cuidado e intervenciones de enfermería. El la actualidad existen diferentes teorías o marcos conceptuales, algunos de los cuales son complementarios pues manejan diferentes aspectos mutuos; y otros totalmente opuestos. Teorías y marcos conceptuales han evolucionado de diferentes paradigmas (adaptación, sistemas, interacción y otros.). Pero aunque sea deseable para la ciencia de enfermería la integración paradigmática, se debe ser cauto y no plantear contradicciones insustentables.

La discusión sobre teoría única, aunque haya sido descartada por muchas académicas y aparezca como no aconsejable en la literatura, ha demorado el trabajo teórico en múltiples instancias, pues la polémica se ha centrado en éste aspecto (el de la teoría única), más que en la adaptación y el entendimiento de la necesidad de correlación y mutualidad de algunas posturas filosóficas y teóricas. La imposición del esquema positivista imperante en los años de desarrollo investigativo y teórico de enfermería, y la rigidez metodológica derivada del mismo, reforzaron la demora para comprender la necesidad e importancia de la dualidad y aún la pluralidad paradigmática que se requieren en enfermería.

- 4:** La enfermería actúa en un sistema abierto y como tal debe responder a las demandas de la sociedad. Las acciones de enfermería y de sus clientes están enmarcadas y modeladas por su ambiente social; por lo tanto, son modificables y cambiantes de acuerdo con las exigencias del contexto. En esta instancia enfermería tiene muchos elementos semejantes a la sociología.
- 5:** Existen muchas comunidades de enfermería pero no existe la comunidad de enfermería que pueda actuar como unidad de soporte con relación a la imposición de una teoría sobre la otra. Apenas comienzan a existir las comunidades unidas como en otras disciplinas, aunque desde tiempo atrás existen seguidoras y tendencias que dan continuidad al desarrollo de cierta teoría o marco conceptual. Pero si se logra el tipo de comunidad semejante al ideal de otras disciplinas, será posible el trabajo diligente y alcanzar la claridad conceptual tan necesaria para el desarrollo futuro de las propuestas actuales.
- 6:** En enfermería existen compromisos entre conceptos nuevos y antiguos. Las investigadoras se enfocan tanto en los individuos como en las familias, en partes de los individuos y en el todo, utilizan abordajes cualitativos y cuantitativos y exploran por igual problemas administrativos y clínicos.
- 7:** En aquellos aspectos que requieren cambio se utilizan ajustes y redefiniciones paradigmáticas, más que el rechazo de lo previo. Por ejemplo, a pesar de las muchas discrepancias que pueda tener el modelo del Hombre Unitario de Rogers con el modelo de Nightingale, Rogers reconoció, redefinió, y resignificó algunos de los conceptos de Nightingale, haciéndolos mucho más actuales y sofisticados.
- 8:** El rechazo a la crítica, la competencia, al debate de diferentes posiciones filosóficas pone freno al desarrollo, la creatividad y al desarrollo científico. Enfermería podría optar por una posición filosófica revolucionaria que la haga crecer y que ponga fin a particularidades y rigideces académicas e investigativas.

El desarrollo de enfermería ha seguido su propio y único rumbo e ideas que fueron rechazadas en algún momento parecen retornar con fuerza para afianzarse; tal es el caso de Nightingale. La preocupación por la rigurosidad cuantitativa de los años sesenta y setenta ha dado paso al renacimiento del sentido y la percepción de las experiencias y de la aceptación de los diseños alternos de investigación tales como la etnografía, la teoría fundamentada y la fenomenología entre otros. Las ideas han sido acumulativas en ciertos casos y totalmente desligadas entre sí, en otros. Y como dice Toulmin (1977) "las ideas regentes en un momento dado del desarrollo de las ciencias sociales en el siglo XX, tienden a mostrar más semejanza con aquellas aparecidas con uno o dos siglos de anterioridad, que con aquellas de la generación previamente anterior".

El progreso científico de enfermería ha sido minimizado y sus demoras y limitaciones han sido realizadas. Su desarrollo ha sido más de repliegues y circunvoluciones que complejo y débil, lo cual no es compatible con la idea de progreso, pero es un progreso que retrata los logros de enfermería y su sólido desarrollo teórico actual.

### **Enfoques filosóficos que soportan el desarrollo de la ciencia de enfermería**

Varios filósofos han dicho con disgusto que enfermería ha adoptado una postura científica limitada que se contradice con la filosofía de enfermería, su herencia y sus metas.

Enfermería está sujeta a todos los problemas de una disciplina emergente que lucha por su propia credibilidad y por el respeto de otras disciplinas. Ha sido encajonada no solamente por la visión tradicional de la naturaleza de la ciencia, sino por visiones constreñidas asociadas con la percepción de la mujer en la sociedad y por las tradiciones de los vínculos de un sistema de salud predominantemente orientado a la práctica médica.

Pero enfermería de alguna manera logró, en medio de estas vicisitudes, sustentar una concepción integral del sujeto de estudio, lo cual le ha permitido capitalizar para la disciplina riqueza y complejidad, sin separar totalmente la teoría de la práctica y mantener, a pesar de sus detractores, contacto cercano con el arte de enfermería. Esta concepción debe conservarse, sin importar cual sea el soporte filosófico que sustente el desarrollo científico y la investigación. Así no habrá dicotomías en la ciencia y el arte de enfermería, la profesión en sí misma y la disciplina, el hacer y el saber, el cuidado y la curación, la práctica y la teoría, lo subjetivo y lo objetivo, la mente y el cuerpo y lo ontológico y lo epistemológico.

Enfermería debe mirar de forma cuidadosa, su progreso científico, particularmente a la luz de las líderes de los primeros tiempos. Quizás de esta manera se puedan reencontrar las directrices necesarias para el sustento individual de la ciencia de enfermería y dar un contexto filosófico pertinente al sujeto de estudio, además de buscar la flexibilidad en el trabajo científico.

Tanto la filosofía de la ciencia, como enfermería están en período de transición. Muchas veces estas transiciones se caracterizan por contradicciones, divergencias y puntos de vista confusos que conducen a exploraciones de la naturaleza de la ciencia en general y de la ciencia y teoría de enfermería en particular (Silva y Rothbart, 1984).

Para entender el porque de los párrafos anteriores es importante plantear las dos posiciones de la filosofía de la ciencia que en el momento tienen mayor influencia en las posturas de los científicos e investigadores y que han influido en el desarrollo de la ciencia a partir del Renacimiento, moldeando el desarrollo de la ciencia de enfermería.

Dos escuelas de pensamiento filosófico han tenido influencia en el desarrollo de la filosofía de la ciencia: el empirismo lógico o positivismo y el naturalismo histórico o dialéctico. A partir de la mitad de los setenta y hasta el momento otra corriente de pensamiento, el humanista hermenéutico, ha comenzado a echar raíces en el pensamiento y desarrollo científico, especialmente en las ciencias sociales con las cuales enfermería tiene gran afinidad (Silva y Rothbart, 1983; Capra, 1983; Meleis, 1985; Jacox y Webster, 1986; Woods y Catanzaro, 1988; Gortner, 1990; Marriner, 1994).

## La visión tradicional, positivista lógica

El paradigma positivista lógico proviene de la tradición basada en las ciencias físicas y naturales y tiene sus raíces en la filosofía realista aristotélica. Pero su verdadero crecimiento se debe a Frances Bacon, 1620 con el *Novum Organum* y a Descartes con el *Discurso del Método*, 1637 en donde se plantea que la filosofía racionalista debería reenfocarse alrededor de la certeza y la autoevidencia; entendiendo como verdades lógicas aquellas que se pueden traducir a la matemática y acerca de las cuales se puede conocer la verdad. La confianza en el pensamiento que más tarde se llamó positivismo lógico guio la investigación científica a través de siglos, y ha continuado su ruta hasta nuestros días.

La visión positivista lógica enmarca dos posiciones epistemológicas alternativas: el racionalismo y el empirismo que se basan en el poder de la razón y el poder de la experiencia sensorial respectivamente.

El científico que se sitúa en esta realidad racional aborda la tarea de la indagación científica desarrollando una explicación sistemática (teoría) de un fenómeno dado. Este sistema conceptual se analiza estudiando la estructura lógica de la teoría y el razonamiento lógico empleado en su desarrollo. Los aciertos teóricos derivados del razonamiento deductivo, se someten entonces a pruebas experimentales con el fin de corroborar la teoría. Este enfoque se denomina como la estrategia de primero la teoría y luego la investigación. A medida que progresa la interacción entre la construcción (invención) y la comprobación por la investigación empírica, la teoría se hace más precisa y completa en su descripción de la naturaleza y por lo tanto, más útil para los objetivos de la ciencia (Marriner, 1989; Denzin y Lincoln, 1994).

El enfoque empírico se basa en la idea según la cual el conocimiento científico sólo puede proceder de la experiencia sensorial. Este enfoque conocido como inductivo, se basa en la recolección de hechos precedentes a la formulación de generalizaciones. Es el enfoque de primero la investigación y luego la teoría. La dificultad de ésta realidad estriba en que el mundo representa un número infinito de observaciones posibles. Por lo tanto el investigador debe aportar ideas a las experiencias (Marriner, 1994).

Los filósofos del Circulo de Viena (postpositivistas) en 1930 fundieron éstas dos posiciones y eventualmente conceptualizaron y aceptaron al positivismo o empirismo lógico como reemplazo del empirismo. Los fundamentos de esta fusión se pueden resumir así:

- 1:** La teoría es probablemente verdadera o falsa y es importante poder diferenciar entre cada situación. Esto significa que las declaraciones que no pueden confirmarse por datos obtenidos a través de los sentidos se consideran planteamientos teóricos de nulo interés. Por ello son interpretados como planteamientos derivados del sentido común y por lo tanto desechables. Las declaraciones predictivas que no tienen corroboración por datos, no son científicas. Y es necesaria la relación entre la experiencia y una teoría significativa.
- 2:** Las declaraciones verdaderas son aquellas que sólo se consideran a posteriori. Es decir, aquellas que provienen de la experiencia y que se conocen a través de la experiencia.
- 3:** La ciencia nada tiene que decir a cerca de los valores y la ética. Estos dos puntos son vistos por los positivistas como *emotivos* y sin ningún sentido cognitivo. La ciencia es totalmente libre e independiente de valores, es objetiva y la axiología no es materia de su estudio.

- 4:** El análisis teórico se basa en el análisis de teorías completas, y las teorías completas se derivan de datos empíricos. La justificación contextual, o sea, la verificación o rechazo de las proposiciones teóricas completas, es la única consideración válida para científicos y filósofos. En contraste, el descubrimiento del contexto, tal como las fuentes conceptuales, los contextos en los cuales se desarrolla la teoría, la lógica del desarrollo teórico y su utilidad deben ser tratados dentro del dominio de la sociología del conocimiento, la psicología y la historia.

A ésta determinación se puede agregar que los términos de la observación o del lenguaje deben distinguirse de los términos teóricos y estas dos clases de lenguaje deben ser diferenciadas a cabalidad. Por ello es válida la noción de que la teoría científica debe tener correspondencia con reglas para el intercambio de los términos teóricos y los observados. Es la separación de lo teórico y lo empírico.

- 5:** Como la visión positivista considera que las teorías son pinturas reflejadas de la realidad y documentadas por experiencias sensoriales, entonces las teorías son representadas de manera simbólica y formal. Es posible el análisis a priori aunque es solo matemático en su naturaleza.
- 6:** Otro parámetro sugiere que la ciencia progresa al reducir teorías anteriores a teorías más actuales, o sea la incorporación de lo pasado a la actualidad del desarrollo teórico. Igualmente se expresa que la ciencia se desarrolla al reducir lo menos básico hacia algo más básico; por ejemplo la sociología se reduce a psicología y ésta a algo más básico como la fisiología y así sucesivamente.

Adicionalmente propone que el propósito de la ciencia es predecir la ocurrencia de eventos al combinar leyes descriptivas y proposiciones de condiciones iniciales. Esta es la forma en que se puede lograr la predicción perfecta.

- 7:** Finalmente se expone que solamente se utiliza la metodología científica para el trabajo científico (Webster, Jacobs y Baldwin, 1981; Jacox y Webster, 1986; Meleis, 1985).

Ninguna de éstas tesis es una verdad inequívoca. Todas han sido rechazadas o modificadas recientemente, por filósofos de la ciencia (Capra, Brown, Laudan ). Los rechazos de estas tesis tienen repercusiones importantes en el desarrollo de la ciencia de enfermería.

La visión tradicional o recibida tiene influencia notoria en el desarrollo de la ciencia de enfermería. Fue precisamente durante el imperio de las ideas del Círculo de Viena cuando enfermería comenzó el proceso de desarrollo teórico. Igualmente y tal vez de forma no tan negativa como se ha hecho ver por algunos autores, esta inserción tuvo efectos de forma y método en la investigación de enfermería, que colaboraron con su rigurosidad y promovieron su aceptación en los medios académicos.

Si bien el enfoque positivista no ha sido el más afortunado para sustentar el desarrollo de la ciencia de enfermería es necesario argumentar razones para asumir esta posición.

La primera es que la forma restringida del enfoque teórico positivista no es compatible con la filosofía de enfermería, o al menos por la que la mayoría de enfermeras abogan. El reduccionismo,



la causalidad, el mecanicismo, la miniconcentración y la objetividad están en franca contraposición con la conceptualización de enfermería que se caracteriza por la integralidad, el holismo, lo trascendente, lo contextual y lo ecológico con relación al ser humano.

Dice Norbeck: "el enfoque positivista puede ser de utilidad en la investigación y en el desarrollo de aspectos científicos relacionados con hechos eminentemente fisiológicos y biológicos y del comportamiento humano" ( Norbeck, 1987); pero aquellos aspectos tocantes con las partes emocional, social, espiritual y del contexto difícilmente pueden encajar dentro de ésta posición filosófica.

La segunda razón radica en que los métodos de investigación han restringido el proceso de indagación científica. La investigación de enfermería ha enfatizado hasta el extremo la precisión, la cuantificación y los números. Como señalan Jacox y Webster (1986): "Se ha tratado de estudiar tan a profundidad y en aislamiento a los árboles que muchas veces se ha extraviado el bosque".

La tercera razón de la hegemonía del positivismo, es que todavía muchas enfermeras insisten en profundizar y difundir actividades que aparentan ser científicas por su manejo de la precisión y exactitud, pero que consumen mucho tiempo y energía para los resultados reales que se obtienen de ellas. Un ejemplo de estos esfuerzos, muchas veces poco fructíferos es la obsesión por los objetivos conductuales y protocolos que todavía se observa en muchas docentes. Este elemento del trabajo docente llevado a extremos es disfuncional para el desarrollo creativo del conocimiento.

Otra razón que muestra claramente el involucramiento de enfermería con la visión recibida se refleja en los muchos intentos por simplificar y elaborar taxonomías para enfermería (diagnósticos, protocolos, planes de cuidado estandarizados...). La clasificación es útil y tiene valor heurístico, por ejemplo, en la comunicación y el acceso a los computadores. Pero las rigideces y superestructuras emanadas de éstas taxonomías pueden conducir a posturas erróneas. Las clasificaciones son útiles en tanto no impidan otros desarrollos colaterales y el trabajo ecléctico. Tampoco se debe olvidar que son ficticias, arbitrarias y temporales.

Mencionar éstos aspectos no quiere decir que todo aspecto derivado del positivismo es negativo, ni que todas las teorías de enfermería que caigan dentro de la categoría lo son. Lo que se pretende mostrar es que en la realidad hay fronteras más lejanas y de mucho interés que ameritan la reflexión y permiten el acceso a interpretaciones diferentes.

Para muchos autores el fantasma de la visión tradicional ha detenido el avance de la ciencia de enfermería. Como resultado muchos aspectos holísticos de enfermería se han ignorado porque no son reducibles, cuantificables, u objetivos. Los problemas mirados desde el punto de vista positivista se reducen a tal punto, que elementos fundamentales del entorno son despreciados y así se minimizan factores trascendentales. El método científico orientado cuantitativamente es muy respetado y aceptado, pero no puede dar respuesta a los problemas de la descripción de la teoría en su totalidad. Por ello, tal vez exista frustración al detectar la colaboración limitada que ha prestado en el desarrollo y avance de la ciencia de enfermería (Meleis, 1985).

Esta afirmación se puede corroborar al observar la cantidad de proyectos de investigación que ha producido enfermería, los cuales son immaculados metodológicamente, pero desconectados teóricamente.

Buena parte de teóricos de enfermería han trabajado alejadas de éste esquema y han preferido expresar sus planteamientos de acuerdo con sus bagajes y experiencias. Tal vez la tardanza en aceptar los postulados teóricos de las colegas se deba a problemas surgidos entre su visión novedosa del desarrollo teórico y los parámetros tradicionales de Viena.

## La nueva visión

El paradigma naturalista dialéctico o la nueva visión emerge muy lentamente a partir de cuestionamientos concernientes a la utilidad del positivismo al tratar de entender a los seres humanos, Kant, 1781. Esta posición desafía al positivismo y abre posibilidades a una comprensión holística, ecológica e integral de la ciencia y su sujeto de estudio, sea éste cual fuere. Su real evolución y trascendencia en el medio científico de enfermería data de los años sesenta, aunque las concepciones filosóficas y las metodologías utilizadas han sido conocidas de tiempo atrás por otras disciplinas sociales.

La nueva visión tiene sus raíces en Platón y en el idealismo alemán del siglo XVIII que plantea que la mente es origen y creadora del conocimiento y que el conocimiento humano se basa, en última instancia, en la comprensión, un estado intelectual que es más que la mera consecuencia de la experiencia. (Kant, *Crítica de la Razón Pura*). Este paradigma propone además, que los hechos y los principios son moldeados por los contextos históricos y culturales. La verdad se aprecia como algo dinámico y derivado de la interacción humana dentro de los ambientes sociales e históricos propios y particulares. La tradición de ésta posición filosófica coloca a la investigación en los ambientes reales y propone la utilización de metodologías que conduzcan al total entendimiento de la situación (Woods y Catanzaro, 1988). Los aspectos histórico sociales forman parte de la investigación y no se tratan como factores que deban controlarse.

La investigación naturalista dialéctica se orienta hacia el descubrimiento, la explicación y la descripción y es inductiva por naturaleza. Está orientada hacia los procesos y su meta es el entendimiento de los fenómenos, más que el control. Trabaja orientada hacia el descubrimiento de la teoría. Este enfoque hace más énfasis en el intercambio dinámico de la teoría y los conceptos y los datos se retroalimentan y modifican basándose en los nuevos datos obtenidos (Woods y Caranzaro, 1988). Algunos de los fundamentos de la nueva visión o de las nuevas posturas en la filosofía de la ciencia se pueden extraer de Brown en *The New Philosophy of Science*, 1977 citado por Marriner (1994).

- 1: Una de las perspectivas principales de la nueva filosofía de la ciencia es el enfoque de ésta como proceso de investigación continua, en contraposición al énfasis en los hallazgos encontrados. Con tal epistemología emergente, el énfasis se hace en la comprensión del descubrimiento científico y en los procesos implicados en los cambios teóricos a través del tiempo. El planteamiento anterior lleva a pensar que los científicos que intentan comprender el mundo social, no pueden conocer el mundo externo, independientemente de sus propias experiencias existenciales.
- 2: Se reconoce que las teorías juegan un papel importante en el momento de determinar qué observan los científicos y cómo se interpreta dicha observación. Las observaciones están cargadas de conceptos, ésto es, que lo que se observa tiene influencia de las ideas existentes en la mente del observador. Las conceptos y las teorías crean límites para la selección de fenómenos observables y para pensar en esquemas específicos. Brown sugiere que existen tres visiones diferentes de las relaciones entre la teoría y la observación:



- Los científicos son meros observadores pasivos de los acontecimientos del mundo real. La información observable es la verdad objetiva, en espera de ser descubierta.
- Las teorías estructuran lo que los científicos observan en el mundo real.
- Las teorías preestablecidas y la información observable interactúan en el proceso de la investigación.

El argumento de Brown para una perspectiva interactiva coincide con los planteamientos relativos al estudio y reconocimiento de pautas del procesamiento de la información humana. Existen dos teorías relacionadas con este elemento: la teoría del de abajo arriba, o teoría de base informática, que tiene su esquema en la fuerza del avance de la información; y la teoría del arriba abajo, o teoría de base conceptual. En la primera las expectativas cognitivas (lo que se conoce, o los métodos de organización de significados) se emplean para seleccionar la entrada de datos y procesar la información procedente del entorno. La segunda teoría afirma que la información nueva se percibe como dato no clasificado y se analiza, con nivel progresivo de complejidad, como información en bruto, hasta que todos los datos quedan clasificados. Las evidencias investigativas sugieren que el conocimiento progresa gracias a una interacción de los procesos de base informática a los de base conceptual, lo que implica el empleo de fuentes de información de las categorías cognitivas y de los estímulos del entorno sensorial.

- 3:** Si se acepta que la ciencia es un proceso interactivo entre teorías inventadas y observaciones empíricas, ¿cómo podrían los científicos determinar la verdad del conocimiento científico? En la nueva visión la ciencia se contempla como un proceso continuo, y se otorga mucha importancia al consenso entre los científicos. Desde esta postura, el conocimiento científico es lo que la comunidad científica de cualquier época histórica considere como tal. La verdad de un enunciado teórico dado está determinada por el consenso que exista entre los científicos en cuanto a si ofrece una adecuada descripción de la realidad. El científico introduce ideas, y la comunidad científica las evalúa según sus criterios objetivos.

Es importante que la interpretación y el significado que se dé a los hechos científicos, se haga desde una óptica de investigación continua, de redefinición, y resignificación; y que no se base con exclusividad, en hallazgos ya establecidos y predefinidos.

Jacox y Webster (1986) citan a Laudan en *El Progreso y sus Problemas: Hacia una Teoría del Crecimiento*, 1977 en donde hace planteamientos pertinentes a la nueva visión los cuales encajan muy adecuadamente en la filosofía de enfermería. Dice Laudan que el progreso en su dimensión conceptual se logra al ubicar de manera adecuada teorías específicas que soporten los programas de investigación dentro del cuerpo de conocimiento científico como un todo, ya que el proceso cognitivo no está vinculado al progreso, y el progreso material, social o espiritual tampoco depende con exclusividad del proceso cognitivo.

Agrega que la ciencia es una actividad de solución de problemas y los problemas son el punto focal del pensamiento científico y las teorías son el resultado final. Las teorías son de importancia cognitiva en tanto facilitan soluciones adecuadas para los problemas. Los problemas constituyen las cuestiones de la ciencia, las teorías constituyen las respuestas. La función de la teoría es reducir la ambigüedad, la irregularidad y mostrar que lo que sucede es de alguna manera inteligible y predecible.

Los otros puntos de vista de la nueva visión se refieren uno a la posición del historicismo planteada por Kuhn, que presenta en sus postulados algunas contradicciones con la nueva visión. Otro punto de vista son los postulados de Paul Feyerabend, que son extremos en cuanto recomiendan la anarquía metodológica total, pues a su entender la única verdad absoluta sobre el método científico es que todo evoluciona. Afirma que la teoría y la observación están relacionadas y dependen entre sí del contexto histórico y que es imposible comparar una teoría con otra. De acuerdo con este filósofo, no hay reglas neutrales o términos de comparación cruzada entre teorías. La teoría que se seleccione es de interés particular, social, de conveniencia o interés político.

Feyerabend es un poco extremo, pero presenta algo interesante para enfermería, en su visión de la ciencia y es la necesidad de una visión científica más realista y menos relativista. La mayoría de filósofos de la ciencia no son tan extremos pero concuerdan en que la observación está constreñida por la teoría, y prefieren un enmarque de amplios contextos teóricos, negando el significado único e independiente de las teorías específicas.

Finalmente se presenta un ejemplo de la visión naturalista dialéctica con la crítica teórica social. Se basa en la creencia que la realidad surge del análisis no distorsionado por el poder de balances entre los participantes. Los responsables de la crítica social son la autonomía, la comunicación consensual y reflexiva, y el análisis. Utiliza la teoría y la historia para informar al investigador sobre la naturaleza del contexto social que vive y hacerlo consciente de las contradicciones implícitas en la condición material. Los problemas de investigación nacen de los problemas sociales críticos para la vida personal o grupal. Un ejemplo de crítica teórica social es el desarrollado por el movimiento feminista.

Las primeras líderes de enfermería, incluyendo a Nightingale, promovieron la enfermería como ciencia y arte. La mezcla tradicional del valor científico y del humanismo constituyen parte importante de la tradición de enfermería, pero sólo comienza a ser evidente en la investigación moderna. (Benner, Leininger, Watson, Gortner, Newman...). La nueva generación de investigación refleja un enfoque más concordante con la naturaleza de los fenómenos de enfermería es decir, con el objeto y sujeto del cuidado.

Lo que vive enfermería con relación a estas posiciones filosóficas de la ciencia es interesante. En vez de mantener la posición de aceptación teórica hasta tener la certeza de su viabilidad e ignorar los postulados teóricos propios de enfermería, se presenta una perspectiva de prueba que promueve la verificación y el análisis de teorías en proceso de desarrollo. Esta evaluación y análisis no termina con teorías "terminadas", por el contrario, maneja otros hechos científicos relacionados con el descubrimiento y la redefinición. Este contexto llama a la exploración si se desea descubrir cuestiones de interés y de significado, cuyas respuestas sean más aceptables para el desarrollo científico de enfermería. Es la posición que acepta interactuar con valores, subjetividad, intuición, historia, tradición y realidades múltiples; una visión que es más congruente con enfermería y su dedicación a los seres humanos (Meleis, 1985).

¿La ciencia de enfermería es compatible con el humanismo?

Los valores y la filosofía de la ciencia que prevalecen en la sociedad, tienen influencia en el desarrollo de la ciencia y de la investigación de enfermería.

Al mirar los productos de las académicas de enfermería y analizar las políticas de financiación de la investigación de enfermería, se puede concluir que la gran mayoría de las propuestas para el

desarrollo científico apuntan sus miras en contra del humanismo y de la hermenéutica (vista ésta última como la proveedora del verdadero sentido de los esfuerzos humanos, incluyendo el trabajo científico de los humanos y para los humanos).

Esta conclusión es válida para declaraciones que enfatizan la utilización de formas sistemáticas para el desarrollo de la práctica, la orientación específica y guiada por metas para obtener resultados del cuidado y todas las propuestas que tiendan a esquematizar y relativizar las actividades de la práctica.

De otra parte, es inválida para aquellas declaraciones que propongan responsabilidad en una práctica de alta calidad, segura y efectiva; participación del cliente en la relación contractual del cuidado y cuidado personalizado, cálido y no estandarizado como fundamento de la interacción cliente enfermera.

De acuerdo con Gortner (1990) tanto la ciencia como el humanismo se pueden acomodar dentro de enfermería, sin perder su sentido, ni propósito esenciales; ya que lo que se considera una filosofía humanística (interés por la persona y el significado de sus acciones), puede permanecer como filosofía y no necesariamente debe traducirse en estrategias científicas y utilizarse para excluir otro tipo de opciones. Es más, la práctica de la ciencia y del método científico utilizados para buscar explicaciones, regularidades y predicciones a cerca del estado humano no debe verse como incompatible con los valores profesionales de la práctica y con los méritos personales y sociales.

Existe un intento refrescante relacionado con enfermería que pretende la comprensión de los valores y creencias acerca de los múltiples recursos del conocimiento y la práctica. En Europa, especialmente en los países escandinavos e Inglaterra, se ha trabajado el humanismo de manera intensa, ya que su filosofía de la ciencia y de la práctica no han sufrido la dicotomía tradicional de las Américas.

## Premisas para el desarrollo de la ciencia de enfermería

Como premisa para el desarrollo de la ciencia de enfermería se ha propuesto la comprensión y el entendimiento humanos; lo que guarda relación con las tradiciones humanistas antiguas y modernas de la filosofía y de la filosofía de enfermería. Si se acepta, entonces la investigación de enfermería debe incorporar necesariamente los medios que le permitan la interpretación del fenómeno concerniente desde la perspectiva del cliente, paciente o receptor del cuidado. Estas interpretaciones deben ser sometidas al análisis hermenéutico para entender su significado y seguidamente para la validación consensual de los participantes.

Para que los hallazgos sean sometidos a interpretación intersubjetiva se requiere el consenso entre las académicas y para ello es necesario que tales interpretaciones sean dadas al conocimiento público, al criticismo y más tarde a la demostración a través de la valoración empírica con otros clientes y situaciones. Esta estrategia permite las explicaciones nomotéticas, al mismo tiempo que las idiosincrásicas. Pero lo que es verdaderamente importante es que el desarrollo científico de enfermería sea expuesto a la publicación, criticado y especialmente practicado. De otra forma se torna en una mera ideología.

La otra premisa básica para el desarrollo de la ciencia de enfermería es que la observación es un elemento fundamental para el conocimiento humano. Esto se traduce en la naturaleza fundamental

de aquello observable en los estados humanos. Ser observable quiere decir que la medición es posible. Pero ¿qué si lo que se quiere medir son sentimientos, intuiciones, comprensiones? ¿Pueden observarse éstos estadios? Naturalmente que sí, y de hecho estas características o capacidades pueden ser los únicos rasgos que den a la ciencia de enfermería el contexto de ciencia (Gotner, 1990). La habilidad de enfermería para captar la situación humana en un momento dado de la experiencia de su salud surge de la tradición de intimidad, de cuidado, de atención y de comprensión. Tal acercamiento promueve la sensibilidad hacia aspectos de la situación que facilitan el conocimiento y guían la acción. Los medios para hacer que los mencionados sentimientos e intuiciones sean observables y creíbles para otros deben ser desarrollados y perfeccionados.

La racionalidad es el otro elemento de desarrollo de la ciencia de enfermería. Es muy importante el manejo del conocimiento conceptual y el empleo de marcos de referencia conceptuales y teóricos en la investigación para determinar su relevancia empírica. La generación de nuevas teorías utilizando datos de estudios etnográficos, de teoría fundamentada y fenomenológicos y derivados del manejo estricto que implica la crítica teórica social son fundamentales en el crecimiento de la ciencia de enfermería. En fin, la utilización de todo recurso racional y válido para ahondar y acrecentar el conocimiento, son instrumentos que enfermería debe incluir en el planteamiento de su crecimiento y entendimiento del cuidado de la salud del ser humano.

La siguiente premisa que propone el desarrollo de la ciencia de enfermería es el poder explicativo. Se entiende que la explicación es un requisito necesario para la ciencia de enfermería, ya sea como ciencia clínica o humana, y eventualmente las explicaciones guiarán las acciones terapéuticas de enfermería. Aún sin llegar al nivel prescriptivo, las explicaciones acrecientan el conocimiento de procesos fundamentales y por lo tanto pueden allegar información a otros campos disciplinares (Gotner, 1990). Entender ayuda a explicar, y en este sentido se presenta como una sugerencia de lo que puede ocurrir la próxima vez que ocurre el evento o fenómeno. Por lo tanto la predictibilidad y temporalidad están dentro de las posibilidades de la descripción con poder explicativo. Mantener el control sobre el comportamiento humano, es determinación tanto científica como ética.

Las diferencias entre las académicas y teoristas radican en la utilización de medios que midan los procesos causales, en los que está envuelta la interacción. Probablemente la discusión nunca se resolverá.

Finalmente la premisa que dice que el conocimiento generado debe facilitar la prescripción y su utilización en la práctica, debe ser tenida en cuenta. El que el conocimiento se derive de hechos empíricos o clínicos, no minimiza la obligación de actuar o intervenir si se tiene en cuenta que enfermería es una disciplina profesional; por lo tanto no tiene la connotación de aplicación teórica de las ciencias básica.

## **Estructura del conocimiento en enfermería**

Después de haber revisado de forma sintética las diferentes posturas de la filosofía de la ciencia, se facilita entender el porque de la situación del desarrollo del conocimiento de enfermería. Sin embargo, existen varios puntos de interés en el desarrollo actual, tanto a nivel de conceptualización filosófica, como a nivel de la evolución de los procesos investigativos.

La ciencia de enfermería ha sido definida en los siguientes términos: "Cuerpo codificado de conocimientos de la biología y del comportamiento humanos en el cuidado de la salud y la

enfermedad, con particular atención en los estados o situaciones que se generan por las respuestas humanas". (Barnard, 1980; Gotner, 1980). Pero Rogers (1994) propone la siguiente caracterización: "Enfermería es una ciencia y un arte. Lo específico de la ciencia de enfermería radica en la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo en que vive, entendiéndolo éste último como predecesor y componente integral de los seres humanos. Esta integración indisoluble de las personas y su ambiente es un sistema universal abierto. Todos los fenómenos relacionados le dan identidad a la ciencia de enfermería. El propósito de enfermería es diferente a la ciencia de enfermería. Es promover la salud y el bienestar de las personas, en cualquier situación que se encuentren. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia de enfermería para el mejoramiento de los seres humanos. La práctica no es enfermería, es la vía a través de la cual se expresa el conocimiento".

A partir de éstos conceptos se puede afirmar, que existiría un consenso progresivo en lo referente a la naturaleza de los paradigmas que sustentan los aspectos relacionados con las respuestas humanas relacionadas con sus formas de vivir la salud. Sin embargo, aunque existe consenso con relación al sujeto de la disciplina de enfermería y su ciencia, su orientación filosófica requiere desarrollo e indagación.

Según Thompson (1985), la evolución de la discusión metateórica se presenta como un estado incipiente en la autoconciencia de enfermería. La comunidad de enfermeras investigadoras está comenzando a analizarse a sí misma, con el objeto de mirar con criticismo la forma como se transfiere el conocimiento a la práctica. Esto es un signo de madurez intelectual y se denomina autoconciencia. La autoconciencia comienza con una transición de la percepción ingenua de los objetos hacia la atención reflexiva de éstos en sí mismos.

Thompson (1985) cita a Gadamer cuando sugiere que el conocimiento humano ocurre a través de la interpretación de la tradición, siendo entendida ésta última como una categoría ontológica. Por ello la tradición de enfermería, hasta hace poco tiempo, clamaba por el empirismo, el cual fue aceptado por la comunidad investigativa sin cuestionamiento alguno de su validez y autoridad con relación al desarrollo científico de enfermería.

La nueva concepción metateórica de la ciencia ha permitido a enfermería cuestionar la fundamentación empírica, como única y dominante para el desarrollo de la ciencia. Al mismo tiempo que se entiende la importancia de los descubrimientos históricos y de la evolución social, también se reconoce la necesidad del trabajo empírico para un mejor entendimiento de los fenómenos. Esta faz de la práctica del racionalismo científico incluye momentos de interpretación, de poder escuchar, y de enfatizar en algunas dimensiones de la tradición más que en otras, y de aplicar aquello que se percibe como universal para determinadas situaciones particulares. Si este proceso no se hace a ciegas y se maneja a través de un diálogo verdadero, los participantes reconocen sus propios prejuicios y por lo tanto, se desarrollan nuevos horizontes para mejorar la comprensión de la tradición.

Esta dimensión de la ciencia ha recobrado el énfasis humano y aplicada a enfermería puede producir un cambio facilitador para el desarrollo de la disciplina y su ciencia, ya que así es factible visualizar y englobar todos los aspectos de los fenómenos de estudio pertinentes. Trabajos como el de Silva y Rothbart, (1984) invitan a las enfermeras a participar en este tipo de ciencia, e invitan a las investigadoras a reconocer el carácter racional y humano de la ciencia. Sin embargo, esta nueva

visión no debe llevar a enfermería a pensar con facilismo y que es posible llegar a un comportamiento como el descrito solamente por el deseo. La tradición y los prejuicios con los que vivimos presentan retos y barreras; por lo tanto se requiere la discusión pública.

## Paradigma de enfermería.

Para entender la estructura del conocimiento de enfermería es necesario entender la situación de su desarrollo científico en términos del estado paradigmático de la disciplina.

La disciplina de enfermería solamente avanzará a través del desarrollo sistemático del conocimiento de enfermería e igualmente por su prueba y verificación. Pero la revisión de la situación actual del desarrollo teórico muestra claramente la dificultad de articular la tradición académica (Chinn, 1983, Hardy, 1983, Walker, 1983). Aún así, áreas amplias de desarrollo teórico han comenzado a establecerse y a reconocerse por la comunidad científica, hasta llegar al punto de poderse reconocer un paradigma de enfermería para algunos, o un estado preparadigmático para otros.

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina. Es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría. Marriner (1994) agrega que el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia, y teoría adoptado por una disciplina. Designa aquello que un colectivo científico tiene en común. En esta matriz compartida por el colectivo se incluye el conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la orientación práctica, la investigación y la literatura que se identifica con la disciplina. Estas declaraciones presentan los fenómenos de interés de una manera general y global y nunca pretenden ser específicos y concretos. El metaparadigma actúa como una unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas (Fawcett, 1984; 1995). Pero según Kuhn (1962), los paradigmas disciplinares se modifican a medida que la disciplina madura en su evolución teórico científica o cuando pierden su razón de ser por inoperancia u obsolescencia.

Para algunas académicas de enfermería existe evidencia acumulada y suficiente que soporta la existencia de un paradigma de enfermería. Flaskerud y Halloran (1980), sugieren que aunque existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren estudio en el área de conocimiento de enfermería. De la misma manera, hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional. Estos cuatro conceptos fueron identificados como: hombre, contexto, salud y cuidado de enfermería. Fawcett (1984), considera igualmente éstos cuatro conceptos pero sustituye hombre por persona y contexto por ambiente. Igualmente Leddy y Pepper (1985); Chinn y Jacobs (1987), y Marriner (1994) aceptan y utilizan estos cuatro conceptos de enfermería en sus análisis y críticas de los modelos teóricos de enfermería.

Sin embargo, durante la última década el énfasis se ha concentrado fundamentalmente en dos conceptos: salud y cuidado. La salud ha sido proclamada el centro del conocimiento de enfermería desde Nightingale y continua siendo discutida por teoristas e investigadoras (Pender, 1987; Meleis, 1990; Newman, 1994 y 1995). El concepto de cuidado también ha ocupado posición prominente en la literatura y ha sido definido como la esencia de enfermería (Leininger, 1984; Watson, 1988; Benner y Wrubel, 1989).



Estos planteamientos sugieren preguntas tales como: ¿el cuidado representa la esencia de enfermería? ¿Se ha logrado identificar conocimiento sobre cuidado y salud a través de la investigación en enfermería? ¿A pesar de que salud y cuidado son esenciales para enfermería se requiere mayor desarrollo conceptual de los mismos, o han sido conceptualizados suficientemente? Parece que al hacer metaanálisis de la literatura se encuentra que se alcanzan los criterios para aceptar la última propuesta.

Aunque es difícil definirse por cualquiera de los dos planteamientos paradigmáticos, y se pudiera pensar que no existe rompimiento, sino una evolución y clarificación de éstos, si se puede afirmar que existen las condiciones que soportan la existencia paradigmática de la disciplina de enfermería.

Los conceptos han sido interpretados de la manera siguiente:

: Persona

La persona se define de dos maneras. Primero holísticamente, entendiéndose que el todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde *algo* de esa totalidad (holismo). Señala Rogers que es imposible separar a la persona y su contexto porque en conjunto forman una unidad (unitaria) totalmente indivisible. Segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales), y según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería.

: Salud

El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería. Nightingale determinó las mismas leyes de la salud como las de enfermería, ya que en la realidad son las mismas, y se deben lograr tanto en el enfermo como en el sano (Nightingale, 1969).

Newman (1995) define el concepto de salud como "parte de la expansión de la conciencia de las personas. Los seres humanos evolucionan dentro de un estado potencial de conciencia que les facilita la comprensión de la realidad y de sus propios patrones de conducta. Esta comprensión representa un viraje en la evolución de la conciencia con el concomitante aumento de libertad de acción.

La conceptualización de Newman elimina la dualidad salud enfermedad. Interpreta a la enfermedad como una condición de salud, y no como su opuesto y propone los siguientes supuestos:

"La salud incluye condiciones que hasta ahora se describieron como enfermedad, o en términos médicos como patología.

Las condiciones patológicas se consideran como manifestaciones del patrón unitario individual.

Los patrones del individuo que eventualmente se manifiestan como patológicos, existen con anterioridad al cambio estructural o funcional.

La remoción de la patología en sí, no cambia el patrón individual.

Si enfermándose es la única forma por la cual la persona puede expresar su experiencia, esta enfermedad es saludable para ella, y

Salud es la expansión de la conciencia" (Newman, 1995).



Otra opinión trata a la salud de forma dicotómica (salud enfermedad) porque las acciones de enfermería ocurren en cualquier situación o estado de desarrollo de la persona, y puede fluctuar entre el bienestar, la enfermedad y la salud. Por esta última razón la salud se interpreta como un estado o proceso que puede existir independientemente de la enfermedad, ya que una persona puede lograr un estado de bienestar a pesar de mantener una condición patológica que en circunstancias comunes se define como enfermedad (Chinn y Jacobs, 1987).

### : Cuidado de enfermería

Son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.

Aunque no se ha determinado con especificidad la diferencia de enfermería y otras profesiones que ayudan a satisfacer problemas de los clientes, la naturaleza de enfermería si está claramente diferenciada, por ejemplo, de la de la medicina, en cuanto esta última tiene que ver más con intervenciones farmacológicas y quirúrgicas que con intervenciones basadas primariamente en la interacción personal.

Watson (1988) define al cuidado como el ideal moral de enfermería.

### : Contexto

Es un concepto fundamental para la disciplina de enfermería. Se conceptualiza como el entorno de la persona y forma parte integral e indivisible de ella, con él interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente. Se interpreta como una causa adicional de salud (Rogers, 1970; Newman, 1995).

Fawcett (1884), expresa que el consenso sobre los cuatro conceptos se documenta a través de las siguientes declaraciones:

"Enfermería se puede enmarcar en términos de cuatro categorías o subgrupos: 1) personas que brindan cuidado, 2) personas con problemas de salud que reciben cuidado, 3) el contexto en el cual se provee el cuidado y 4) un estado final, el bienestar..." (Walker, 1971).

"Los conceptos de mayor importancia que se identificaron en un análisis de numerosos programas de enfermería a nivel profesional, en sus marcos conceptuales, hilos integradores, fueron: hombre, sociedad, salud y enfermería" (Yura y Torres, 1975).

"Las unidades persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería especifican claramente el fenómeno de interés de la ciencia de enfermería" (Fawcett, 1978).

"La enfermería estudia la salud humana en su totalidad o integralidad, reconociendo además que los humanos están en interacción continua con su entorno o ambiente" (Donalson y Crowley, 1978).

"El foco de enfermería son las personas, sus ambientes, la salud y la misma enfermería" (Bush, S. 1979).

"Los elementos de enfermería son las acciones mismas de enfermería, las personas y la salud" (Stevens, 1984).

"La esencia de enfermería son los individuos con relación a su salud, el ambiente, los procesos de cambio, ya sea en procesos de maduración, adaptación o enfrentamiento o resolución" (Barnard, 1980).

"Las cuatro áreas conceptuales de enfermería son: el ambiente en el cual existe la persona, el proceso continuo de salud enfermedad en el que se encuentra la persona en el momento de la interacción con la enfermera, y finalmente las acciones de enfermería mismas" (Flaskerud, 1980).

"El dominio de enfermería siempre ha incluido la enfermera, el paciente, la situación en que éstos se encuentran y propósito por el cual están juntos. En términos más formales los componentes más importantes del paradigma de enfermería son: enfermería (como una acción), el cliente (ser humano), el ambiente (del cliente y del cliente enfermera) y la salud" (Newman, 1983).

"Existe consenso general sobre los cuatro conceptos básicos de la disciplina de enfermería y son: naturaleza de enfermería, el individuo que recibe el cuidado de enfermería, la sociedad ambiente y la salud" (Chinn, 1983).

Tres temas recurrentes se han identificado con relación al fenómeno central de la disciplina de manera abstracta y global y como tales guían el desarrollo teórico. Newman (1983) expresó que "es dentro de estos componentes y sus interrelaciones que ha procedido el desarrollo teórico de enfermería". Las diferencias teóricas tienen relación con el énfasis que se da a uno o más de sus componentes y en la manera en la cual se visualizan las interrelaciones (Tabla 2.1).

Trabajos contemporáneos como el de Meleis (1985), Kim (1987) y Newman (1995) resaltan los conceptos mencionados anteriormente como fenómenos centrales del paradigma de enfermería, aunque presentan algunas variaciones. Meleis (1985), incluye al cliente de enfermería, las transiciones o cambios, las interacciones, el proceso de enfermería, el ambiente, la terapéutica de enfermería y la salud. Propone o plantea la siguiente conceptualización:

Temas del metaparadigma de enfermería	
●	Principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, el bienestar y el funcionamiento de la salud de los seres humanos (saludables o enfermos).
●	Patrones del comportamiento humano y del ambiente en los eventos normales de la vida y en las situaciones críticas.
●	Proceso por el cual se afectan cambios positivos en el estado de salud.

• Tabla 2.1 Tomado de Donalson y Crowley, 1978; y Gotner, 1980.

"La enfermera interactúa (interacción) con el ser humano (cliente de enfermería), quien a su vez es parte integral e indivisible de su contexto socio cultural (contexto) y quien está en algún tipo de transición o cambio (transición), en una situación de salud; las interacciones de la enfermera y el cliente se organizan con algún propósito (proceso de enfermería) y la enfermera utiliza acciones terapéuticas para reforzar, restaurar o facilitar el estado de salud (salud)".

Por su parte Kim identifica cuatro dominios en el conocimiento de enfermería. El dominio del cliente tiene que ver con su desarrollo, sus problemas y experiencias de salud. El dominio cliente enfermera se relaciona con los encuentros entre cliente y enfermera y las interacciones entre éstos durante el proceso de brindar cuidado de enfermería. El dominio de la práctica enfatiza los aspectos cognoscitivos, comportamentales y sociales de las acciones profesionales de enfermería. El dominio del ambiente se relaciona con el tiempo, el espacio y las variaciones en la cualidad del ambiente del cliente (Kim, 1987).

Estas propuestas gravitan en la misma órbita de Flaskerud y Halloran, y de Fawcett, incluyendo aspectos adicionales y especialmente planteando el concepto de dominio del conocimiento.

A pesar de las diferentes posiciones adoptadas, y en especial de la drástica crítica de Conway (1985) con relación al estado de la ciencia de enfermería y su situación paradigmática, el desarrollo teórico de enfermería ha avanzado hacia un mayor refinamiento y en este sentido se habla actualmente de paradigmas o matrices disciplinares que son, en términos generales, conceptualizaciones más restrictivas que el paradigma y representan los compromisos compartidos de la comunidad disciplinar, incluyendo creencias, valores y elementos adoptados de otras disciplinas. La matriz disciplinar se define como una subcultura dentro de la comunidad, no se refiere al total de creencias de la disciplina, y trabaja en términos de comunidad especializada.

La mayoría de las disciplinas adoptan más de una matriz y cada una de ellas representa un marco de referencia a través del cual se interpreta el paradigma. Mas aún, cada matriz representa una tradición de indagación que permite la investigación de los fenómenos particulares, y la utilización de metodologías adecuadas para el tratamiento del fenómeno. Según Schlotfeld (1971) "cada matriz incluye seis reglas que engloban las características investigativas pertinentes: 1. Identificación de la naturaleza del problema de estudio, el propósito que se persigue con la investigación. 2. Identificación del fenómeno exacto del estudio. 3. Identificación de las técnicas de investigación y de los instrumentos que se deben utilizar. 4. Aclaración de los lugares, espacios o ubicaciones precisas de recolección de los datos. 5. Selección de los métodos para la reducción e interpretación de los datos. 6. La naturaleza de las contribuciones que la investigación aporta al desarrollo científico".

"Las matrices disciplinares están claramente ejemplificadas por algunos de los modelos conceptuales tales como, el Modelo de Sistemas de Comportamiento de Johnson, el Modelo de Sistemas Abiertos de King, el Modelo de Conservación de la Energía de Levine, el Modelo de Sistemas de Salud de Neuman, el Modelo de Autocuidado de Orem, el Modelo del Hombre Unitario de Rogers, el Modelo de Adaptación de Roy y otros. Cada modelo adopta un marco de referencia diferente dentro del mismo paradigma de enfermería y refina al paradigma determinando aspectos relevantes y no relevantes de los fenómenos de estudio" (Fawcett, 1984).

De acuerdo con la evolución de enfermería es probable que eventualmente el desarrollo de la teoría de enfermería se dirija a partir de los modelos conceptuales y teorías de cuidado, de manera tal que académicas, estudiantes, practicantes, y administradoras piensen en la práctica, la investigación y la teoría de enfermería dentro de estos contextos.

Otro planteamiento del dominio del conocimiento de enfermería que vale la pena señalar es la propuesta por Meleis (1985). Como se describió someramente con anterioridad, para la autora los conceptos del dominio de enfermería son:

el cliente de enfermería, las transiciones, las interacciones, el proceso de enfermería, el ambiente, la terapéutica de enfermería, y la salud. En el tratamiento teórico Meleis sugiere que si la meta teórica es el mantenimiento, la promoción o el facilitamiento de la salud, no importa que la teoría no maneje específicamente las acciones de enfermería. También sugiere que el concepto de cuidado de enfermería es tal, que engloba los demás conceptos presentados.

## **Tipología de dominios del conocimiento de enfermería**

### **Dominios del conocimiento (Meleis)**

#### **: El cliente de enfermería**

El concepto central del dominio de enfermería debe definirse en términos de cuándo un ser humano se convierte en *cliente de enfermería*. Es sabido que cada disciplina entiende al ser humano de manera sutilmente diferente. Los modelos conceptuales y teóricos de enfermería sugieren esta problemática.

El cliente de enfermería se define como "un ser humano holístico o unitario con el ambiente, con necesidades, habilidad para interactuar y modificar al contexto, habilidad para cuidar de sí mismo y quien por sufrir una alteración de salud o por estar en riesgo experimenta desequilibrio o está en riesgo de experimentar desequilibrio. El desequilibrio se manifiesta por la presencia de necesidades no satisfechas, por la inhabilidad de cuidar de sí mismo y por respuestas no adaptativas» (Meleis, 1985). Una conceptualización teórica como la aquí propuesta permite a la enfermera echar mano de la teoría que le convenga.

#### **: Las transiciones**

Enfermería trata con personas que experimentan transiciones, anticipan transiciones o completan un acto de transición. La transición denota cambio en el estado de salud, en las relaciones del rol, en las expectativas o en las habilidades. Denota cambio en la totalidad de necesidades del ser humano. Las transiciones requieren que la persona incorpore nuevos conocimientos, la alteración de su comportamiento y por lo tanto la modificación de sí misma dentro del contexto social. Hay dos estados de transición realmente significativos y asociados con problemas de salud: la transición niñez adolescencia y la del adulto a la madurez.

Otra transición que toca íntimamente a enfermería es la situacional que incluye la pérdida o adición de un miembro familiar. Estas situaciones requieren redefinición de roles. Igualmente, la transición del cuidado hospitalario institucionalizado al cuidado comunitario o al hogar. Finalmente pero no menos importante es la transición salud enfermedad con todas sus dramáticas implicaciones de cronicidad, bienestar, adaptación, etc. (Meleis, 1985).

Las transiciones son pues un componente de enfermería, y la enfermera lidia con ellas en el momento que las experimenta la persona, la familia o el grupo comunitario. Por lo tanto, el cómo los seres humanos se enfrentan a la transición y cómo el ambiente afecta al enfrentamiento son fenómenos fundamentales para enfermería. Las teorías deben describir y explicar las relaciones entre las transiciones y la salud.

#### • Las interacciones

Los teóricos iniciales enfocaron sus propuestas hacia los procesos y los instrumentos de valoración. Vieron a enfermería como un proceso de interacción y facilitaron la génesis de uno o más modelos teóricos y teorías de interacción. Desde Florence Nightingale se ha manejado esta área de conocimiento como parte central del fenómeno de enfermería; interpretado como una interacción constante del cliente con su ambiente (Nightingale, Rogers, King), o como un instrumento a través del cual la enfermera diagnostica e interviene con el cliente (Orlando, Paterson, Wiedenbach, King, ...). En general todas las teorías han facilitado el entendimiento del fenómeno ya que ha sido tratado de manera repetitiva y central (Meleis, 1985).

#### • El proceso de enfermería

Para muchas teorías de enfermería este es un concepto central, aunque muchas veces se confunde con las interacciones. El proceso de enfermería, un instrumento para la práctica, fue introducido en la literatura por Orlando y se convirtió en el instrumento y el contenido de enfermería. Muchas teorías contemplan y discuten el proceso de enfermería y otras como Hall, van más allá al proponer una teoría de alcance mediano relacionada con el proceso. Avanzando en el concepto, aquellas teorías que son tocantes con el proceso de enfermería explican formas efectivas de valoración, diagnóstico e intervención de manera congruente con la misión de enfermería (Meleis, 1985).

#### • El ambiente

Desde que Nightingale describió la relación de enfermería con la optimización del ambiente para promover la curación y el estado óptimo de la salud, el ambiente ha sido un concepto central del dominio de enfermería. Meleis (1985) coincide con Kim (1983) al decir que el ambiente no ha sido tratado con la suficiente amplitud en la literatura de enfermería, a pesar de propuestas como las de Chopoorian, 1986; Kleffel, 1991 y 1996; Schuster, 1992 y otras. Las teorías que se centran en el ambiente deben enfocar sus esfuerzos para entender aquellas propiedades, componentes y dimensiones que son saludables o que ayudan al mantenimiento y promoción de la salud y adicionalmente a la descripción del ambiente del cliente que promueve el autocuidado, la adaptación y la intervención efectiva.

#### • La terapéutica de enfermería

La terapéutica de enfermería se define como "acciones y actividades que se diseñan y llevan a cabo en forma deliberada para el cliente de enfermería" (Barnard, 1980). Mientras el proceso de enfermería maneja los patrones de valoración, diagnóstico e intervención, la terapéutica de enfermería considera el contenido de las intervenciones de enfermería y sus metas. La meta final del desarrollo teórico de enfermería es el desarrollo de teorías que guíen el cuidado de enfermería que se brinda a los clientes. Varios modelos y conceptualizaciones teóricas hacen referencia a este aspecto terapéutico dentro de sus desarrollos; ejemplos son: el uso de la empatía, la estimulación por tacto, el rol suplementario, la manipulación de los estímulos residuales, focales y contextuales.

Cada uno de estos conceptos relacionados con la terapéutica de enfermería puede volverse un núcleo de una teoría de alcance medio o corto en el territorio de la terapéutica.

: **La salud**

La salud es una meta que comparten muchas profesiones de la salud, pero que reposa en el centro mismo de la enfermería desde 1858 (Nightingale). Desde esta época las teoristas han considerado la salud desde diferentes grados de especificidad, reduccionismo y centralidad. Sin embargo enfermería ha sido, tal vez, la profesión de la salud que ha determinado que la *salud* es su centro de interés y mucha de la diferencia con el paradigma médico, radica en este aspecto tan debatido.

### **Cuatro dominios del conocimiento: tipología**

La tipología de los dominios del conocimiento de enfermería es otra forma de estructurar el conocimiento y de darle orden a los múltiples y proliferativos delineamientos de los fenómenos de enfermería. Es importante en cuanto el conocimiento se hace visible y específico para los individuos que ejercitan la práctica de la disciplina (Hinshaw, 1987).

Kim (1987) plantea que desde el punto de vista del desarrollo científico, el conocimiento requiere organización y sistematización. La clasificación, a su vez, tiene que ver con el delineamiento y el ordenamiento de la esfera de los conceptos relevantes para un campo de estudio, y la esfera conceptual de enfermería tiene que incluir todos aquellos fenómenos que se consideran importantes para la comunidad académica y deben basarse en esquemas organizativos que permitan nuevas inclusiones de aquellos conceptos esenciales y las exclusiones de los insignificantes.

Turner (1986) sugiere que el desarrollo de esquemas analíticos es un aspecto importante y necesario en la teorización de una disciplina y propone los esquemas descriptivos sensibilizantes como las formas de presentar las tipologías de los dominios del conocimiento.

Los esquemas analíticos descriptivos sensibilizantes son agrupaciones de conceptos que pretenden sensibilizar y orientar a los investigadores hacia ciertos procesos críticos y desarrollos teóricos; por lo tanto, deben ser flexibles y provisionales. A través de este proceso, el conocimiento se utiliza de forma deliberada para la guía en la toma de decisiones de la práctica y de las explicaciones del desarrollo teórico; igualmente en la ubicación de problemas de investigación (Hinshaw, 1987).

"Un dominio científico se compone de diversos aspectos relacionados con posibilidad investigativa, pero constituye un sujeto de unidad que posee problemas importantes susceptibles de investigación científica y posee la cualidad de estar listo, en el sentido científico, para lidiar con el problema básico que sugiere el sujeto de estudio. El hecho de la clasificación a este nivel, debe basarse en un esquema conceptual o teórico que puntualice la relación de los aspectos incluidos dentro del sujeto de estudio" (Kim, 1987).

Al respecto de la sistematización del conocimiento de enfermería Kim sugiere cuatro dominios separados, que a su vez pueden ser agrupados en uno, o subdivididos en otros. Los dominios del conocimiento de enfermería apuntan a cuatro esferas del mundo empírico en el cual se pueden localizar los fenómenos referentes de enfermería y al mismo tiempo pueden orientar al científico sobre las posibles relaciones existentes entre ellos. En este sentido la tipología de cuatro dominios del conocimiento pretende facilitar la unificación de la concepción de enfermería.



## Dominio del cliente

Se define como el área de interés epistemológico relacionada con el cliente de enfermería. El énfasis del dominio es ganar conocimiento acerca del fenómeno humano desde el punto de vista de enfermería (Kim, 1983). Se identifican cuatro clases de fenómenos del cliente, críticos para el cuidado de enfermería: 1. conceptos esenciales, 2. conceptos de desarrollo, 3. conceptos de problemas y 4. conceptos sobre las experiencias de la atención de salud. Parece que el empuje de este dominio debe orientarse hacia el desarrollo y la prueba de una teoría de enfermería humanista y de teorías de alcance medio que se relacionen con fenómenos particulares del dominio. El conocimiento de enfermería en este dominio ha sido el foco central tanto de numerosos desarrollos teóricos, como de pruebas empíricas (Kim, 1987).

Existen tres tipos de esfuerzos científicos para la generación de conocimiento científico en el dominio del cliente: 1. Generación de teoría y reformulación teórica de proposiciones. 2. Prueba empírica de teorías de alcance medio pertinentes a la explicación y predicción del fenómeno del cliente. 3. Clarificación conceptual del fenómeno del cliente.

Los fenómenos de tipo uno y dos han sido evidentemente tratados; los primeros, por trabajos derivados de los modelos conceptuales de Orem, Rogers, Roy, Benner y Watson, ya que brindan marcos de referencia explicativos para el fenómeno cliente. Los segundos, por enfermeras dedicadas a la investigación de tipo fenómenos relacionados con niño, adulto, anciano, salud de la mujer, etc. (Kim, 1987).

El tercer tipo de esfuerzo se puede caracterizar a través del desarrollo y prueba del fenómeno diagnósticos de enfermería. Sin embargo y específicamente con esta área de competencia se debe tener cuidado ya que diagnósticos manejados sin un marco de referencia adecuado, no pueden tratarse sino como aproximaciones con el propósito de comunicación y documentación. Si se sustentan adecuadamente, a la larga servirán como elementos de generalización descriptiva.

Una arena que ha sido subatendida en este dominio es la relacionada con los fenómenos de las experiencias del cuidado.

Es evidente que se requiere mayor expansión del conocimiento en el dominio que nos ocupa, lo mismo que en el desarrollo y prueba de instrumentos para la medición de conceptos esenciales del mismo y del manejo de teoría explicativa y predictiva para fenómenos relacionados con el cliente, el ambiente y los factores interactivos que deben manejarse como variables independientes (Kim, 1987).

## Dominio cliente enfermera

El dominio cliente enfermera se define como el área de estudio de enfermería que se relaciona con fenómenos que surgen del encuentro entre el cliente y la enfermera. Este es un componente esencial del sistema de conocimiento de enfermería y requiere codificación e indagación para la sistematización de ideas, presunciones, proposiciones e hipótesis tentativas relacionadas con el intercambio del ámbito del fenómeno. La interacción cliente enfermera es el aspecto más importante del presente dominio y trata de explicar muchos de los fenómenos de enfermería.

Presenta una perspectiva importante porque su conceptualización incluye muchas facetas de interacción que suceden entre el cliente y la enfermera durante el proceso de cuidado de enfermería,



y porque el cuidado y la terapia de enfermería se consideran, hasta donde es posible, interacciones con el cliente. Los contactos entre el cliente y la enfermera son ocasiones en las cuales se transfiere o intercambia información, energía, sentimientos y en las que se desarrolla el afecto humano. Tales contactos son los medios a través de los cuales se brinda el cuidado de enfermería y se ayuda a la gente.

En este sentido entender la naturaleza de la interacción cliente enfermera favorece y mejora el cuidado y la terapia de enfermería, lo que a su vez afecta la situación del cliente (en términos de bienestar, estados sentimentales, satisfacción, etc.) y aumenta la eficacia y eficiencia del cuidado (Kim, 1987).

Mientras se ha enfatizado la teorización de la interacción cliente enfermera en el cuidado de enfermería, muy poco tiempo se ha dedicado al desarrollo teórico real y a la prueba de teorías pertinentes. Existe una buena cantidad de teoría psicosocial que puede ser transferible a enfermería, en este dominio particular. Pero igualmente se requiere entender cómo la interacción específica cliente enfermera modifica la teoría social y psicológica o de la comunicación. Se requiere entonces, mucho trabajo para revisar y reformular el conocimiento existente que explica y predice el fenómeno del dominio cliente enfermera (Kim, 1987).

### **El dominio de la práctica**

El dominio de la práctica incluye en su área de estudio fenómenos particulares que tienen relación con la enfermera que hace práctica clínica, en otras palabras la que da cuidado directo de enfermería. El concepto de práctica se refiere a los aspectos cognoscitivos, de comportamiento, y sociales que lleva a cabo la enfermera al cuidar al cliente y cuando trata de colaborar en la solución de sus problemas. El fenómeno en el dominio de la práctica no se ha conceptualizado de manera adecuada en la literatura de enfermería. La efectividad de la práctica de enfermería depende del conocimiento sobre cómo piensan y toman decisiones las enfermeras, cómo transfieren el conocimiento a acciones o utilizan el conocimiento disponible (tanto universal como personal) en la práctica real. Los fenómenos importantes que requieren explicación y comprensión en este dominio incluyen por ejemplo, el estilo y proceso de la toma de decisiones de enfermería al dar cuidado, formas de transferencia de conocimiento para la práctica, utilización y desarrollo de destrezas y pericias en la práctica, y las formas como las enfermeras resuelven los dilemas éticos (Kim, 1987).

Dos áreas de estudio esenciales se pueden identificar en este dominio. La primera exógena que estudia factores fundamentales: 1. de organización y de estructura dentro del medio en el cual se desarrolla el cuidado de enfermería, la cultura de la práctica de enfermería que incluye normas, ética, convenciones y estándares, y factores con orientación hacia el cliente tales como los requisitos de cuidado y aspectos espacio temporales. La segunda, área intrínseca que incluye atributos personales, sistemas de formación del conocimiento personal y estilo cognoscitivo, atributos desarrollados como resultado de la experiencia previa, y características profesionales tales como, actitudes, dedicación y socialización (Kim, 1983).

Los problemas teóricos y de investigación relacionados con el dominio no han sido expuestos ni desarrollados adecuadamente en la literatura de enfermería. Académicas como Gotner, interesada en el área de la ética, Corcoran y Grier en la de toma de decisiones, Kemer en la de la realidad del shock, son experiencias que han comenzado a mirar la profesionalización y sus consecuencias en

el desarrollo mismo de enfermería. Igualmente Benner ha contribuido en la comprensión de los marcos de referencia utilizados en la práctica y en el desarrollo de conductas y destrezas a través de ganar experiencia profesional.

## El dominio del ambiente

Este dominio parece no tener la unidad conceptual de los tres restantes. Los conceptos y fenómenos del ambiente son preocupaciones importantes de enfermería. El ambiente del cliente se relaciona con tres aspectos: tiempo, espacio y calidad (Kim, 1983). Estos aspectos deben considerarse dentro del contexto que sugiere considerar de una manera más integral las explicaciones sobre los fenómenos de los otros tres dominios. Parece necesario para las académicas de enfermería probar y desarrollar teorías que tengan que ver con el fenómeno ambiente o contexto como una unidad indivisible, como lo sugieren Rogers y Newman.

Existen múltiples datos sobre la naturaleza e influencia del ambiente en la literatura, tales como, morbilidad, percepción de la salud, comportamientos de riesgo para la salud, comportamientos de atención a la salud, etc. Pero los enlaces causales entre estas variables no son fáciles de resolver. Asimismo existen dudas sobre los comportamientos adoptados por los profesionales de la salud dentro del ambiente mismo del cuidado de salud y los ambientes sociales de las instituciones.

Los aspectos negativos y positivos que tienen influencia en el medio de la atención de la salud y del cuidado, los procesos de interacción y la naturaleza de la práctica deben ser investigados con prioridad, y desde el punto de vista de enfermería, como hechos críticos en el dominio del ambiente. El dominio tiene variables explicativas importantes que ayudan a entender al cliente, la interacción cliente enfermera y la práctica (Kim, 1987).

Como hace ver Hinshaw (1987), la importancia de esta estructura del conocimiento para la investigación y para la práctica radica en que hace visibles los entes y factores más importantes que tiene la disciplina y que requieren de conceptualización, articulación y definición de correlación.

Tanto las propuestas sobre los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería de Fawcett, o los dos de Newman, como la ampliación propuesta por Meleis que nomina al cuidado de enfermería como dominio único y englobador de los siete conceptos propuestos, y la presentación de los cuatro dominios y tipología del conocimiento de Kim, son elementos de reflexión, no terminados, y no excluyentes en la organización del conocimiento de enfermería. Lo importante es la pertinencia y significado que ellos tienen para el desarrollo teórico y por lo tanto para la extensión de los componentes de la ciencia de enfermería. Su conocimiento y adopción se requieren si se desea llegar a aumentar la evidencia teórica; y se requiere la investigación por áreas, conceptos o tipologías si en verdad se aspira a organizar y progresar en el crecimiento teórico propio.

La situación actual de evidencia de los conceptos o dominios es real, lo que falta para facilitar el avance futuro es el énfasis investigativo sistematizado que sugiera el delineamiento de los fenómenos significativos del área de enfermería. La evidencia mencionada se refiere a la investigación de algunos países de Europa y América del Norte. En la esfera de América Latina el panorama es mucho menos optimista con relación al conocimiento, entendimiento y manejo teórico e investigativo de los elementos conceptuales que se han tratado. En las Memorias del Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (1988) se observa con claridad que los rumbos

investigativos de enfermería corren por vías diversas, que muchos esfuerzos investigativos se pierden por no tener un enfoque de enfermería y lo que es más crítico aún, que las enfermeras investigan de manera casuística y desorganizada, sin poderse asegurar que este tipo de trabajo científico colabore en el desarrollo teórico y disciplinar.

En términos generales el panorama teórico y disciplinar aparece como emergente y con seguridad en los años por venir se aclarará de manera considerable, ya que hay un numeroso grupo de académicas de enfermería que se encargan de afianzar, aclarar, e investigar los enigmas complejos de la disciplina. Con claridad se presenta a las enfermeras un hecho que se relaciona con la urgencia a cabalidad del desarrollo teórico, el cual es absolutamente necesario.

## Referencias

- ACOFAN. (1988) **Memorias: Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería**. Bogotá:Ministerio de Salud Pública /OPS.
- Barnard, K. (1980) Knowledge for practice. *Nursing Research*. 29, 208-212.
- Batey, MV. (1974) Conceptualization: Knowledge and logic guiding research. *Nursing Research*. 26, 5, 324-329.
- Benner, P & Wrubel, J. (1989) **The Primacy of Caring: Stress and Coping**. Menlo Park, Ca: Addison-Welsey Publishing, Company.
- Bush, HA. (1979) A model for nursing. *Advances in Nursing Science*. 1, 2, 13-21.
- Capra, F. (1983) **The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture**. New York: Bantam Books.
- Chinn, P. (1983) Nursing theory development: Where we have been and where we are going. (Chasca, NL. Ed) **The Nursing Profession a Time to Speak**. New York: McGraw Hill.
- Chinn, P & Jacobs, M. (1987) **Theory and Nursing: A Systematic Approach**. 2nd Ed. St. Louis: The CV. Mosby Company.
- Chopoorian, TJ. (1986) Reconceptualizing the environment. In Moccia P. ed. **New Approaches to Theory Development**. New York: The National League for Nursing.
- Conway, ME. (1985) Toward greater specificity in defining nursing 's metaparadigm. *Advances in Nursing Sciences*. 7, 4, 73-81.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. Ed. (1994) **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications. Caps.3, 6 y 7.
- Dickoff, J & James, P. (1968) Reaserching reaserch 's role in theory development. *Nursing Research*. 17, 3 (may-june) 204-206
- Donaldson, S & Crowley, D. (1978) The discipline of nursing. *Nursing Outlook*. 26, 1 13-120
- Fawcett, J. (1978) A relationship between theory and research: A double helix. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 49-62.
- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image*. 16, 3, 84-89.
- Fawcett, J. (1995) **Analysis and Evaluation of Conceptual Models in Nursing**. 3er Ed. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Feldman, HR. (1981) Science of nursing: To be or not to be? *Image*. 13, 3, 63-66.
- Flaskerud, JH. & Hallorand, EJ. (1980) Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*. 3, 1, 1-7
- Gortner, SR. ( 1980) Nursing science in transition. *Nursing Research*. 29, 3, 180-183.
- Gortner, SR. (1990) Nursing values and science: Toward a science philosophy. *Image*. 22, 2, 101-105.

- Hardy, ME. (1978) Perspectives in nursing theory. **Advances in Nursing Sciences**. 1, 1, 27-48.
- Hinshaw, AS. (1987) Response to Structuring the nursing knowledge system: A typology of four domains. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**. 1, 111-114.
- Jacox, AK. & Webster, AK. (1986) Competing theories of science. En **Perspectives on Nursing Theory** (Leslie H. Nicoll Ed.) Philadelphia: J.B.Lippincott Company. pp.365-371.
- Johnson, DE. (1974) Development of a theory: A requisite for nursing as a primary health profession. **Nursing Research**. 23, 5, 372-377.
- Kikuchi, JF. (1992) Nursing questions that science cannot answer. En **Philosophic Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, JF. y Simmons, H. Ed.). Newberry Park: Sage Publications. Cap 2.
- Kim, HS. (1983) **The Nature of Theoretical Thinking in Nursing**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Kim, HS. (1987) Structuring the nursing system: A typology of four domains. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**. 1, 99-110.
- Kleffel, D. (1991) Rethinking the environment as a domain in nursing science. **Advances in Nursing Science**. 14, 1, 40-51.
- Kleffel, D. (1996) Environmental paradigms: Moving toward an ecocentric perspective. **Advances in Nursing Science**. 18, 4, 1-10.
- Kuhn, TS. (1962) **La Estructura de las Revoluciones Científicas**. Méjico:Fondo de Cultura Económica.
- Leddy, S & Pepper, JM. (1985) **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Filadelfia: JB. Lippincott Company.
- Leininger, MM.. (1984) **Care: The Essence of Nursing and Health**. Detroit; Wayne Satate University Press. Caps. 1, 4 y 7.
- Marriner, A. (1994) **Modelos y Teorías de Enfermería**. Madrid: Mosby-Libros.
- Meleis, AI. (1985) **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Meleis, AI. (1990) Being and becoming healthy: The core of nursing knowledge. **Nursing Science Quarterly**. 3, 3, 107-114.
- Newman, M. (1983) The continuing evolution: A history of nursing science. (Chasca, NL. Ed) **The Nursing Profession a Time to Speak**. New York: McGraw Hill.
- Newman, M. (1994) **Health as Expanding Consciousness**. 2nd E. New York: National League for Nursing Press.
- Newman, M. (1995) **A Developing Discipline: Selected Works**. New York: National League for Nursing Press. Caps. 1, 2, 3 y 4.
- Nightingale, F. (1969) **Notes on Nursing: What it is and what it is not**. New York: Dover.
- Norbeck, J. (1987) In defense of empiricism. **Image**. 19, 1, 28-30.
- Pender, NJ. (1987) **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwlk, Cnn.: Appleton and Lange.
- Rogers, M. (1970) **An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing**. Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Rogers, M. (1990) The science of unitary human beings. En **Visions of Rogers' Science Based Nursing**. (Barret, E. Ed) New York: National League for Nursing Press.
- Rogers, M. (1994) **Rogers' Scientific Art of Nursing Practice**. ( Madrid y Barret Ed.) New York: National League for Nursing Press.
- Schlotfeld, R. (1971) Significance of empirical research in nursing. **Nursing Research**. 20, 2, 140-142.
- Schultz, PR. & Meleis, (1988) A. Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. **Image**. 20, 4, 217-221.
- Schuster, EA. (1992) Earth dwelling. **Holistic Nurse Practitioner**. 6, 4, 1-9.
- Silva, MC. ((1977) Philosophy, science, theory: Relationships and implications for nursing research. **Image**. 9, 3, 59-63.

Silva, MC. y Rothbart, D. (1984) An analysis of changing trends in philosophies of science on nursing theory development and testing. **Advances in Nursing Science**. 6, 2, 1-13.

Stevens, BJ. (1984) **Nursing Theory**. Boston: Little, Brown and Company.

Thomson, JL. (1985) Practical discourse in nursing: going beyond empiricism and historicism. **Advances in Nursing Science**. 7, 4, 59-71.

Toumlin, S. (1977) **Human Understanding: The Collective Use and Evolution of Concepts**. Princeton, NJ.: Princeton University Press.

Turner, JH. (1986) **The Structure of Sociological Theory**. Chicago: Dorsey Press.

Walker, LO. (1971) Toward a clear understanding of the concept of nursing theory. **Nursing Research**. 20, 5, 428-435.

Walker, LO. y Avant, KC. (1983) **Satratgies for Theory Construction in Nursing**. Norwalk, Conn.: Appleton and Lange.

Watson, J. (1988) **Nursing Human Science and Human Care**. New York: National League for Nursing Press.

Webster, G., Jacox, A., & Baldwin, B. (1981) Nursing theory and the ghost of the received view. In J.C. McCloskey & H. K. Grace (Eds) **Current Issues in Nursing**. Boston: Blackwell Scientific.

Woods, NK. & ; Catanzaro, M. (1988) **Nursing Research: Theory and Practice**. St. Louis: The CV. Mosby Company.

Yura, H. & Torres, G. (1975) Today's conceptual frameworks within baccalaureate programs. In National League for Nursing: **Faculty and Curriculum Development**, part III.

“Pienso lo que podría suceder en las aulas académicas si pudiéramos instilar en nosotras mismas la verdadera esencia de enfermería, pero de forma conocida y estudiada, tanto por docentes como por estudiantes. Valoro, en su real importancia el espíritu y la práctica del debate académico con sólida base informativa, pero cuando nuestros debates académicos se reducen a la súplica de respuestas inútiles o redundantes, en vez de contribuir a la clarificación, nos estamos tratando con la mayor injusticia.

*Es tiempo de poner punto final a las súplicas arrogantes relacionadas con lo que realmente es enfermería, y a nuestros argumentos eternos enalteciendo los méritos de las diferentes formas de educación superior. Más bien debemos hacer un esfuerzo conjunto para enfocar energías hacia una curación de las discrepancias y fundamentar pensamientos, acciones, e ideas filosóficas sobre las posibilidades futuras del propósito central de enfermería.*

*Una vez estemos con mente abierta a diferentes posibilidades, entonces sí sabremos que significado tiene trabajar con y para enfermería.* ”

Peggy L. Chinn

El capítulo tres trata de enfatizar en la importancia del desarrollo teórico para aumentar el cuerpo de conocimiento de enfermería.

No es suficiente con conceptualizar y generar conocimiento a partir de los procesos de indagación. Se requiere generar y probar teoría de manera sistemática para adquirir mayor comprensión de los fenómenos de estudio pertinentes.

Después de aclarar conceptos generales sobre teoría y la necesidad de la teoría de enfermería, ya que mucha de la autonomía y control interno de la profesión se sustentan en el conocimiento, se analizan las fuentes y recursos para el desarrollo teórico, lo mismo que las paradojas teóricas de enfermería. Posteriormente se analizan las estrategias para el desarrollo teórico.

El proceso de desarrollo de teorías de enfermería no constituye una actividad misteriosa ni mágica. Muchas enfermeras tienen ideas propias acerca de enfermería como tantos otros profesionales en su propio campo, lo que hace que la práctica, docencia, e investigación que desarrollan se vean afectadas directamente por sus ideario o enfoque teórico. Pero no siempre estas ideas se homogeneizan, pueden ser confusas, incompletas e inconsistentes.

Por lo tanto, la idea de emplear como base para la práctica, docencia o investigación la *teoría privada* (Marriner, 1994), es inconveniente y no aporta ningún tipo de incremento al conocimiento de enfermería. La necesidad para el desarrollo científico de enfermería radica en tener a su disposición teorías sistemáticas que proporcionen mayor comprensión de los fenómenos de estudio pertinentes.

La teorización se ha presentado, en primera instancia, como un fenómeno mental o cognoscitivo, pero en enfermería el desarrollo teórico implica acción (Chinn y Jacobs, 1987). Los procesos

mentales de razonamiento, y de lógica, y las actividades de la práctica requieren integrarse para expresarse en su forma más útil para el conocimiento empírico. Es más, el desarrollo teórico requiere tanto del pensamiento como de la acción individual y colectiva.

De manera nebulosa se sabe que es teoría. Las definiciones tienen como punto de partida situaciones que ubican al lector dentro del contexto de quien hace la definición. Estos contextos o situaciones son: conceptualización filosófica de la ciencia o ubicación paradigmática del teorista, nivel de desarrollo de la disciplina en estudio y otros hechos que se derivan de las estrategias utilizadas en el trabajo del propio desarrollo teórico.

## Teoría para Enfermería

### ¿Por qué enfermería necesita teoría?

Una respuesta relativamente sencilla es que la teoría de enfermería ayuda a eliminar los azares del ejercicio basado en la conveniencia del momento (Chinn y Jacobs, 1987). La teoría en realidad, ayuda a fundamentar las bases adecuadas para la continua descripción, explicación y predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica.

Otra respuesta toca directamente con el ejercicio de la práctica personal. El desarrollo y utilización de la teoría cambia la forma como las personas comprenden y procesan la información. Las mismas autoras afirman que el estudio de la teoría, es decir su conocimiento, y desarrollo de la práctica utilizando su enfoque, exige profundidad de pensamiento, facilita el manejo de nuevos instrumentos de análisis y ayuda a las profesionales en ejercicio a reflexionar sobre sus acciones.

Un mito arraigado con relación al conocimiento y al uso de la teoría, es el que tiende a interpretar lo teórico en contraposición con lo práctico o útil, reforzando la idea de que la teoría por definición es inherentemente inútil. En parte la creencia puede derivarse del desarrollo teórico actual ya que algunos modelos conceptuales de enfermería tienden más al debe ser que al es de enfermería. Pero esto no quiere decir que no sean útiles para la modificación de la práctica.

## Definiciones de Teoría

Existe suficiente literatura general y de enfermería que se encarga de aclarar conceptos sobre teoría (Ellis, 1968; McKay, 1969; Hardy, 1978; Jacox, 1974; Fawcett, 1980 y 1989; Fitzpatrick y Whall, 1983; Stevens, 1984; Leddy y Pepper, 1985; Meleis, 1985) para disertar al respecto, y llegar a concluir que la teoría se cataloga en cinco tipos según el interés pertinente: por estructura, metas, naturaleza, investigación y fenómenos.

Dickoff y James (1968) definen teoría como: "Sistema conceptual o marco de referencia inventado con un propósito determinado". Determinar que la teoría es un invento conceptual se hace con el fin de diferenciarla de otras entidades teóricas de la realidad, y de la conciencia o apreciación mental de un hecho de manera inarticulada e incommunicable. La teoría es comunicable y verbalizable, es una propuesta estructural que guía, controla y da forma a la realidad, aunque no necesariamente es la realidad misma. Cosas, situaciones, hechos deben diferenciarse de las entidades conceptuales que se enmarcan dentro del nivel teórico con conceptos, proposiciones y relaciones sistematizados.



Ontológicamente la teoría es una entidad conceptual, un sistema conceptual o marco de referencia. Una serie de elementos en interrelación. Por ello una buena teoría, una teoría válida, en términos científicos, es la que logra el propósito para el cual fue inventada.

Los hechos y fenómenos de un área del conocimiento se pueden mostrar sistemáticamente como teorías. Las disciplinas en desarrollo, y dentro de esta categoría se encuentra enfermería, pueden carecer de un cuerpo de teorías bien desarrolladas y comprobadas, pero si manejan y acumulan datos empíricos y hechos, se está comenzando entonces, a establecer el campo teórico disciplinar. Las teorías que se aplican en áreas como enfermería son nuevas y requieren trabajo para desarrollo y comprobación.

Al volver a la pregunta para qué la teoría de enfermería?, se puede contestar diciendo que la existencia de la teoría brinda un abordaje firme para los supuestos y los valores básicos acerca de las enfermeras y de enfermería, y para entender los propósitos fundamentales para los cuales existe la práctica de enfermería (Dickoff y James, 1968; Johnson, 1968 y 1974; Donalson y Crowley, 1978; Chinn y Jacobs, 1987).

Las teorías de enfermería representan esfuerzo individual y colectivo de las enfermeras para delinear y dirigir los rumbos de la profesión, y sentar las bases de un desarrollo teórico continuo. Cuando se dice que las teorías de enfermería son inútiles, se está descuidando el desarrollo científico de la profesión. La teoría no es la panacea para todos los problemas, pero el proceso de desarrollo científico integrado con el desarrollo ético, estético y de conocimiento, facilita, sin duda alguna, la coherencia, autonomía, y procesos de comunicación, que a su vez en una rueda sin fin, mejoran la evolución del desarrollo teórico y su utilidad (Donalson y Crowley, 1978; Chinn y Jacobs, 1987; Meleis, 1985).

La teoría tiene valor porque provee los canales para el desarrollo profesional, incluyendo directrices educativas, de investigación, y de práctica, y muestra los lazos reales y potenciales que conectan los tres aspectos de la disciplina profesional. En otras palabras, el desarrollo teórico refuerza la autonomía del conocimiento y por lo tanto, la autonomía profesional. Genera poder y por ello es un recurso de control interno de la profesión y el autocontrol es crecimiento, lo que a su vez fortalece la función autónoma. El desarrollo teórico como elemento de refuerzo de la autonomía profesional y del manejo del poder es un ejercicio circular que se realimenta sucesivamente.

En términos de los individuos profesionales, la teoría brinda las bases de poder que afectan los cambios en el cuidado de enfermería. Cuando la enfermera se familiariza con el lenguaje teórico y con el proceso del desarrollo del conocimiento teórico, puede discutir, contradecir o retar las presunciones básicas, definiciones y relaciones dentro de una propuesta planteada. Estudiar y conocer la teoría da bases firmes sobre las cuales sustentar juicios sensatos o razonables, para luego actuar deliberadamente y poder modificar la práctica propuesta por otros (Chinn y Jacobs, 1987).

La habilidad de cuestionar las prácticas de la atención de la salud a otros profesionales y a las colegas, es un rasgo significativo que se relaciona con la existencia del avance teórico de enfermería y por lo tanto de reafirmación de la autonomía.

Otro aspecto favorecido con el avance teórico, es el desarrollo de la coherencia de propósitos profesionales, que crece paralelo a la autonomía y al control sobre la gestión del cuidado de enfermería en general y sobre algunos aspectos de la atención de la salud en particular. El crecimiento teórico fortalece los argumentos utilizables en las discusiones relacionadas con elementos profesionales. La teoría, incluyendo el proceso de desarrollo y productos, tiende a facilitar las decisiones profesionales, porque posibilita la acción a través de la selección de alternativas de cuidado, entre múltiples elementos de juicio deliberado (Chinn y Jacobs, 1987). "La teoría ayuda a dirigir los esfuerzos hacia una meta explícita, en vez de desarrollar acciones para llenar una brecha momentánea" (Chinn y Jacobs, 1987), ya que la enfermera se convierte en un experto con relación a la teoría que se aplica y desarrolla.

Los elementos discutidos, están moldeados y dependen directamente de la naturaleza de la comunicación profesional. Los enlaces entre autonomía, coherencia y calidad de la comunicación de enfermería, y entre enfermería y otras profesiones de la salud, son profundos. El desarrollo teórico de enfermería y la utilización de teoría dependen de y requieren comunicación con el mundo de la práctica. Si la teoría es para guiar la práctica, entonces es necesario que se comprenda que las abstracciones teóricas se relacionan de manera sistemática con la práctica. Por ello se convierte en esencial la comunicación profesional.

De acuerdo con Allen (1985) y Chinn y Jacobs (1987), cuando la teoría se desarrolla a través de la investigación, los resultados deben ser comunicados preferentemente por escrito. Este hecho refuerza la utilidad de la teoría y del proceso de comunicación entre teóricos, investigadoras y practicantes. Pero, si la teoría tiene como propósito mejorar la comunicación entre las enfermeras en ejercicio, se torna necesario que la comunicación se haga de forma entendible y que tanto enfermeras como estudiantes puedan comprenderla y aplicarla.

Toda teoría de enfermería debe mantener relaciones que se identifiquen con la práctica. Ello no significa que toda teoría inicial se relacione con intereses clínicos exclusivamente. De hecho, la teoría útil para la práctica puede estar enraizada en conocimiento e investigación remotos al entorno del cuidado del cliente. Finalmente el desarrollo teórico debe ocurrir dentro de algún esquema o matriz que se dirija a hechos concretos de enfermería, y que sean justificados por medios razonables.

## Fuentes y Recursos para el Desarrollo Teórico de Enfermería

El desarrollo teórico parte de ideas generadas por las personas interesadas en un aspecto específico del conocimiento y no pueden existir teorías sin ideas, aunque pueden existir ideas sin teorías. Las teorías se desarrollan a partir de las ideas y éstas a su vez provienen *de acosos, experiencias personales, trabajo de otros, inspiraciones, discernimientos, de la intuición o experiencias desarrolladas lógicamente*. Las ideas nuevas se pueden basar en el descubrimiento de un fenómeno, la invención de un concepto teórico, la reintegración de conceptos antiguos a las realidades novedosas, la reformulación de una idea existente, o en una nueva forma de organización de conceptos ya utilizados (Meleis, 1985).

Meleis (1985) sugiere que las fuentes y recursos para el desarrollo de teorías, lo que realmente crea ideas, son la combinación del discurso entre los sentidos internos y externos, entre la reflexión

y la observación, y el diálogo interno y externo; la experiencia consciente es muy significativa, pero es inseparable de la experiencia interna.

Enfermería tiene numerosas fuentes de ideas, que han pasado por diferentes fases:

- 1: "Desarrollo de ideas de total dependencia de otras disciplinas y paradigmas. Una disciplina no puede tener autonomía, si depende continuamente de otras disciplinas como recurso de ideas. La dependencia crea problemas y evita la emergencia de ideas propias y fenómenos problemáticos de las áreas disciplinares. Por ejemplo, el enfoque emanado de teorías educativas promovió el desarrollo de teorías que explicaron los fenómenos enseñanza aprendizaje, o la instrucción modularizada, y el modelo médico permitió las observaciones relacionadas con signos, síntomas y enfermedades.
- 2: La metodología y las funciones eliminaron la idea de totalidad de la disciplina de enfermería. Las ideas sobre qué hace la enfermera, cómo lo hace y cómo desarrolla la investigación, llevaron a la conceptualización de los roles de enfermería y de los métodos de investigación. Las pocas académicas que discreparon de estas ideas asegurando que el recurso primario es el cuidado del cliente, fueron polemizadas. Igualmente, se pensó durante esta etapa que no existía sino una ruta de desarrollo y una sola forma de evolución de la disciplina. Debido al rechazo de las ideas sobre el cuidado del cliente, por décadas se trabajó sobre ideas metodológicas y funcionales, y no sobre ideas substantivas. Algunos vieron el crecimiento de la disciplina como un método de control mental, como una forma rígida conducente al trabajo insignificante.
- 3: Reconocimiento de los múltiples recursos de ideas. Esta es la etapa de mirar en retrospectiva todos los recursos de ideas y de utilizar todas y cada una de las que ayuden a clarificar las áreas problema de enfermería, de forma tal que se puedan desarrollar teorías de enfermería" (Meleis, 1985).

Las fuentes de recursos de ideas más importantes en la historia de enfermería se presentarán a continuación.

### **Práctica de enfermería existente**

La práctica existente es la primera fuente de ideas de enfermería y dentro de este contexto el receptor del cuidado de enfermería y el cuidado mismo, inspiraron la teoría naciente. Los escritos de Florence Nightingale (1965) testifican el significado dado al proceso del cuidado para quienes sufrían enfermedades y estaban afectados por la guerra. La conceptualización que hizo Nightingale del ambiente, como esencia de la atención de enfermería, y su advertencia a las enfermeras sobre la necesidad de no concentrarse en el proceso de la enfermedad, son los intentos más tempranos de diferenciar el enfoque teórico de enfermería del enfoque teórico médico.

En sus Notas de Enfermería (1965) articula fenómenos centrales para el desarrollo de enfermería, los que se derivaron de su observación y práctica mismas. Son un ejemplo de cómo la práctica de enfermería es potencialmente un amplio reducto de ideas para teorías que describan, expliquen, y prescriban sobre el cuidado. Su enfoque del ambiente y salud se acepta más cada día como base de enfermería. No se puede menos que preguntar: ¿si las enfermeras hubieran seguido los

derroteros de Nightingale, sería posible que la base teórica de la disciplina se encontrara en un nivel diferente al actual?

## **Paradigma médico**

Quienes continuaron la labor educativa de Nightingale fallaron en diferenciar el enfoque y las metas de enfermería para reforzar su desarrollo teórico. De alguna manera el paradigma médico, más desarrollado y poderoso, reemplazó lo que comenzaba a ser el paradigma de enfermería (conceptos de salud, ambiente, higiene, cuidado...).

Las ideas desprendidas del paradigma médico se interesan en ideas relacionadas con el fenómeno médico; signos, síntomas, cirugía, medicamentos, enfermedad. El paradigma médico dictó los cuestionamientos que debían hacerse las enfermeras, y este dictamen no ayudó para nada en la teorización de enfermería. Esta fuente dependiente de la medicina fue de negación hacia las consideraciones de la fuente anterior.

Norris (1983), se refiere a la fuente médica como desarrollo de ideas para enfermería en los siguientes términos: "El conocimiento de enfermería, por estar las enfermeras tan relacionadas con la medicina, ha estado orientado tradicionalmente por los síntomas. Los síntomas representan procesos en los cuales los productos finales son fallas en los sistemas corporales. Gran parte de la valoración de enfermería ha sido ensamblada a partir de la identificación de problemas médicos y teniendo como elemento de apoyo las fallas o las disfunciones de los sistemas corporales. Igualmente gran parte de la intervención de enfermería se presenta como complementaria o de ayuda a la intervención médica; y en términos generales las intervenciones y tratamientos de enfermería estaban enfocados a medidas para reducir la incomodidad causada por la patología y el tratamiento médico».

Como consecuencia de la utilización de esta fuente, que todavía es valorada por parte de muchas profesionales de enfermería, se observa un desgano hacia el contexto problemático de enfermería y un desperdicio de utilización de ideas para las dos disciplinas, siendo enfermería la más perjudicada.

## **Experiencia de la enfermera**

Las ideas relacionadas con enfermería se han basado en experiencias personales o de un grupo y se transmiten de generación en generación a través de la enseñanza o de textos de enfermería. Las ideas generadas de las experiencias de dar aliento, cuidar, cambio de ambiente, preparación para la hospitalización, para cirugía o el alta y otro tipo de ideas, son las que pueden enrumbarse hacia el desarrollo de teoría. Estas experiencias articuladas dentro de entidades conceptuales que se puedan exponer a la generalización, refinamiento y prueba, son las que generan crecimiento y desarrollo teórico.

En el caso de enfermería el conocimiento puede entenderse como experiencias repetitivas y las enfermeras rehusarse a la modificación se sus prácticas y creencias al encarar evidencias novedosas. Este tipo de situaciones no es deseable, ya que las creencias que emanan de la experiencia personal se comunican luego como conocimiento surgido de la autoridad. Enmarcar ideas y relaciones bajo el concepto de autoridad disminuye el potencial de progreso por desarrollo y refinamiento. Por el contrario, el desarrollo de ideas y relaciones como propuestas teóricas o teorías facilita la exploración posterior. Hablar de la experiencia personal para el cuidado del paciente no es un exabrupto científico, pero generalizar o transmitir de generación en generación estas ideas limitadas y de

idiosincrasia personal, minimiza el progreso disciplinar y limita las opciones para el cuidado. La experiencia de enfermeras como fuente de ideas para la teoría, es un recurso diferente a la existencia de la práctica única y al conocimiento por autoridad como recurso teórico (Meleis, 1985).

### **Preparación para un rol**

Las fuentes de ideas mencionadas evolucionan y pertenecen a la práctica. Pero entre los años cuarenta y sesenta surgió una nueva fuente de ideas de desarrollo teórico cuando se enfatizó la necesidad de la educación para los roles administrativo y educativo: los roles funcionales de enfermería. Las educadoras al buscar ideas para preparar para el rol, enfocaron sus esfuerzos en disciplinas funcionales y muy pronto éstas se convirtieron en la fuente de ideas teóricas de enfermería. Aunque la práctica continuó como fuente de ideas, la generación de éstas se limitó a aquellas que nacieron y eran utilizadas en la práctica inmediata, no para el desarrollo y la evolución futuros.

Durante este período las ideas provenían del interés de preparar docentes, administradoras, consultoras e investigadoras para funciones respectivas. Las ideas importantes se relacionaron con la preparación para los diferentes roles, los efectos de la organización diferente de los servicios, o los distintos tipos de administración del cuidado. Los resultados del cuidado fueron tratados ocasionalmente, pero aún así, se relacionaron con otros paradigmas (conceptualización del trabajo en equipo, satisfacción de la enfermera, satisfacción del paciente...) que prevalecían en la época.

Las ideas desarrolladas a partir del paradigma de preparación para un rol describen y predicen formas de funcionamiento efectivas, pero nunca evolucionan hacia la teoría porque las áreas funcionales están enmarcadas en otras áreas del conocimiento (Meleis, 1985).

### **Paradigmas de otros campos del conocimiento**

Enfermería ha dependido excesivamente de los paradigmas de otras disciplinas, además de medicina y de roles funcionales. La educación de enfermeras a nivel de doctorado en campos como la psicología, sociología, antropología, fisiología, educación, y otros ha promovido la sana proliferación de ideas. Ha ocurrido una especie de polinización cuando ideas como sistemas, adaptación, estrés, entre otras muchas, se han adicionado a los fenómenos de enfermería. Los ejemplos de teorías o modelos teóricos derivados de otras disciplinas es múltiple; éstos enfocan las conceptualizaciones desde el punto de vista teórico de enfermería y describen, explican y prescriben fenómenos de interés de enfermería o problemas relacionados, tales como las respuestas a las situaciones de salud. Ejemplos de estos modelos o teorías pueden ser: El modelo conceptual de Johnson basado en la teoría de sistemas, el de Roy en la adaptación y los sistemas, el de Rogers que utiliza paradigmas de sistemas y de desarrollo energético (Meleis, 1985).

### **La práctica ideal de enfermería**

Otra fuente de ideas para teorías de enfermería es lo que Stevens (1984) llama la práctica de enfermería que debe ser, en contraposición a la dimensión del cómo es o práctica real. Algunas teoristas han desarrollado sus modelos o teorías basadas en un ideal de lo que debe ser la práctica de enfermería, sin utilizar el método del descubrimiento; sin utilizar la observación de la experiencia, la categorización y el análisis de la realidad. En vez de esto, utilizaron la reconstrucción de la realidad misma, o inventaron lo que debía ser una realidad y la manera como la enfermera debía desempeñarse en esa realidad. Cuando Johnson conceptualizó a la persona como un sistema de comportamiento y a la valoración como un proceso de identificación de comportamientos,

tendencias y metas de subsistemas, no existían enfermeras que en la realidad valoraran de esta manera. Era una idea mental de lo que enfermería podría y debería ser. Una persona como un campo de energía tampoco era el enfoque de enfermería, ni la enfermera era vista como un agente temporal de autocuidado (Meleis, 1985). Sin embargo estos ideales de Rogers y Orem respectivamente, crearon ideas novedosas relacionadas directamente con fenómenos de enfermería y también utilizaron paradigmas y teorías de otras disciplinas para desarrollar sus planteamientos.

Mucho se ha discutido sobre la aplicabilidad de modelos y teorías ideales en la práctica de enfermería. Es difícil y sigue siéndolo, para las enfermeras en ejercicio, aceptar como útil para el desempeño profesional la idea del modelo teórico no existente en la práctica. Pero no se debe olvidar que la teoría contiene elementos enriquecedores del orden disciplinar y científico.

Lo que es innegable, es que muchos de los modelos que plantean prácticas ideales, se han desarrollado, han creado escuela, sobre ellos se ha investigado, muchos se encuentran en procesos de redefinición, y han generado fuentes de desarrollo teórico para la práctica.

### **Proceso de enfermería**

El proceso de valoración, diagnóstico, intervención, y evaluación es otra fuente de ideas de enfermería para el desarrollo teórico. El interés por el proceso de enfermería ha resultado en numerosas conceptualizaciones de relaciones cliente enfermera, y del proceso de toma de decisiones para el cuidado de enfermería. Ejemplos de conceptualización sobre relaciones cliente enfermera son las descritas por Orlando, Peplau, Wiedenbach y Travelbee. En el área de toma de decisiones están Abdelah y colegas y McDonal. Las ideas relacionadas con la solución de problemas, definición de prioridades y toma de decisiones se derivan del proceso de enfermería y de problemas relacionados con aspectos tales como: las mejores formas de cuidado para un paciente, la identificación de sus necesidades y de brindar atención o intervenir para solucionar los problemas o reforzar aquellos elementos del comportamiento que ayuden a mantener la salud (Meleis, 1985).

### **Diagnóstico de enfermería**

Los diagnósticos de enfermería son fuentes de ideas para el desarrollo teórico. Son rótulos, etiquetas o denominaciones que se dan a los problemas que caen dentro del dominio de enfermería. Son una definición concreta de la situación de salud del cliente. Un diagnóstico es una conclusión basada en un orden o patrón, al cual ha llegado quien hace el diagnóstico a través de la investigación de enfermería. Incorpora, naturalmente un juicio crítico.

El proceso de desarrollar teoría a partir del diagnóstico de enfermería está de acuerdo con los planteamientos que señalan que el desarrollo teórico comienza con el planteamiento de conceptos (Meleis, 1985). Citando a Jacox (1977), Meleis señala que el primer paso del desarrollo teórico comienza con especificación, definición y clasificación de conceptos utilizados en la descripción del fenómeno del campo del conocimiento. Por ello si se está de acuerdo que un primer paso del desarrollo teórico es la especificación y clasificación, y si la práctica es la arena para el desarrollo teórico, los diagnósticos de enfermería proveen un amplio recurso para su desarrollo. Dickoff y James y Weidenbach (1968) clasificarían el resultado del proceso taxonómico de diagnósticos como un paso hacia el primer nivel de la teoría (descripción).

Cuando se manejan los diagnósticos de enfermería es necesaria la prudencia ya que éstos son representaciones incompletas de las situaciones de las personas o clientes del cuidado de enfermería



y sólo son significativos si se les mira como un concepto que define un fenómeno. A partir de esta representación surgen preguntas como: ¿cuándo ocurre el fenómeno?, ¿por qué ocurre?, ¿cómo se maneja?, ¿se puede prevenir?, ¿qué otras condiciones o situaciones ocurren simultáneamente? (Gordon, 1982 y Meleis, 1985).

En el mismo orden de ideas de desarrollo teórico, se encuentra la clasificación y clarificación de conceptos. Enfermería tiene un sin número de conceptos clasificados y aclarados como se puede deducir de la literatura que maneja estos aspectos. Para citar algunos de ellos: Norris y los quince elementos comunes en el cuidado de pacientes agudos; Carlson y Blackwell y los conceptos de comportamiento y la intervención de enfermería; Kintzel y los conceptos de la enfermería clínica, y Zderad y Belcher y el desarrollo de conceptos de comportamiento de enfermería.

Las enfermeras al identificar y clarificar conceptos se sitúan en el mismo plano de la definición de los diagnósticos de enfermería, ya que los conceptos clarificados y definidos caen en la primera etapa del desarrollo teórico.

### **Investigación de enfermería y teoría de enfermería**

De acuerdo con Meleis (1985) desde hace veinte años existen nuevas fuentes para el desarrollo teórico. La investigación sistemática y las teorías de enfermería desarrolladas son recursos de ideas para refinamiento y evolución ulterior. Dos ejemplos son el de Barnard y su investigación sobre estimulación y desarrollo de infantes, que potencialmente puede llevar a la definición sistemática y coherente de proposiciones sobre el fenómeno, y el trabajo de Leindeman sobre educación en el preoperatorio, que se puede convertir en una serie de proposiciones coherentes sobre la dirección anticipatoria.

Igualmente, los marcos teóricos y las teorías de enfermería existentes son un recurso potencial de ideas para una teorización ulterior (Fawcett, 1995).

El estado actual del desarrollo teórico de enfermería y la complejidad de los fenómenos de su campo de acción permiten la utilización de múltiples fuentes y recursos para el desarrollo teórico. Estos recursos pueden ser de diversa índole: la enfermera en ejercicio que reporta un fenómeno no descrito, la investigadora que encuentra contradicción en sus hallazgos, la historiadora que concibe una interpretación diferente, y otras modalidades que aportan al enriquecimiento del conocimiento de enfermería.

### **Paradojas Teóricas de Enfermería**

Las paradojas teóricas de enfermería se refieren a dos hechos significativos del desarrollo teórico. Meleis (1985) los señala en su historiografía de enfermería y son: el enfrentamiento de los modelos conceptuales y la teoría y las discrepancias por la utilización de teoría de enfermería o de teoría prestada de otras disciplinas.

En el capítulo anterior se anotó que desde mediados de los años sesenta y casi por 25 años las enfermeras han discutido y se han enfrentado sobre estos dos temas y, tal vez como afirman varias académicas, la discusión semántica y la contradicción sobre si enfermería requiere una teoría de enfermería, para enfermería o de enfermería, ha obstaculizado y confundido a las profesionales y a los observadores externos, y en nada ha colaborado para el desarrollo disciplinar. Solamente



hace algunos años aparece consenso y flexibilidad de apreciaciones sobre el tema, en la literatura. Al mismo tiempo el desarrollo teórico ha tomado un curso más pragmático y de acuerdo con la realidad de enfermería.

"La teoría no es un símbolo de estatus, ni una carta de honor que necesita enfermería para permanecer en los salones académicos ni para obtener reconocimiento profesional" (Meleis, 1985). La teoría, facilita los mecanismos para organizar las observaciones de los fenómenos del campo de interés, enfocar el tipo de investigaciones que deben guiar el desarrollo de la disciplina y comunicar los hallazgos pertinentes (Chinn y Jacobs, 1987). La teoría, ayuda a describir, explicar y prescribir los fenómenos de interés en términos de su extensión y complejidad, pero especialmente aquellos aspectos de interés central para enfermería y que van a dar claridad al logro de las metas propias y a identificar los vacíos del conocimiento. Sin embargo como puntualiza Meleis (1985), las enfermeras en vez de dedicarse al desarrollo de teorías relacionadas con los problemas concernientes a enfermería y esencialmente a los aspectos relacionados con la práctica y avanzar así en los conocimientos de enfermería, se han dedicado al discurso y contradicción. Las teorías que fueron propuestas no se desarrollaron ni afinaron, salvo algunas excepciones y en general surgieron discusiones sobre si éstas son paradigmas, teorías, marcos teóricos, modelos conceptuales y otras nominaciones hasta llegar a proponer que ni siquiera son teorías.

### **Modelos conceptuales vs. Teoría**

La denominación de modelo conceptual fue utilizada por Johnson en los años sesenta, y la noción de modelos conceptuales que se asignó a las conceptualizaciones de enfermería evolucionó a partir de ideas que representaban dos presupuestos diferentes. Primero la idea que las conceptualizaciones de enfermería eran moldeadas o modeladas por paradigmas ajenos (sistemas, adaptación, desarrollo, interacción simbólica). Segundo que los modelos de enfermería eran interpretativos y asumían que enfermería era la realidad y que cada conceptualización existente modelaba la realidad en diferentes niveles de isomorfismo.

De acuerdo con Meleis (1985), el uso de los modelos difiere en otro sentido. Para algunos los modelos corresponden más a la realidad, son más descriptivos y menos abstractos que las teorías. Otros aseguran que corresponden a una interpretación menos definida y que son simplificaciones de la realidad.

Sea como fuere, los términos modelo y teoría se han utilizado indistintamente y de forma sinónima como es el caso de Dicockoff y James (1968), cuando utilizan un término en la definición del otro, o como el caso de Johnson (1968) que propone la siguiente definición. "Un modelo es una invención de la mente y tiene un propósito definido, es una derivación de la realidad, pero no construye la realidad en sí misma". Estas dos definiciones se pueden usar para la definición de cada término: modelo conceptual o teoría.

La confusión, que se ha aumentado con términos como marco de referencia y marco conceptual, ha sido minimizada por algunas teoristas como Stevens (1984), Meleis (1985), Fawcett (1995), y otras que consideran las diferencias semánticas como una forma de no llegar al problema real del desarrollo teórico y que además sugieren que mientras se dé un aporte al desarrollo de enfermería no importa que provenga soportado en una teoría o en un modelo teórico o conceptual.

Dickoff y James (1968), definen modelo conceptual y teoría de la misma forma y no hacen ninguna diferenciación entre los dos. "Imagen mental de la realidad, inventada, que tiene el propósito de describir, relacionar, y predecir una situación deseable". Pero se han hecho ensayos para mostrar la diferencia entre el modelo conceptual y la teoría a partir de criterios sobre niveles de abstracción, especificidad, y grado de explicación de los conceptos, proposiciones y relaciones. Además por el tipo de relaciones entre los conceptos, y estos y las proposiciones (Fitzpatrick y Whall, 1983; Fawcett, 1995). Se argumenta que el modelo es más abstracto que la teoría, que representa una visión global de un campo determinado y se señala que el modelo es un paso previo y necesario en el desarrollo teórico.

Con razón Meleis expresa que es idea adecuada tratar de minimizar las diferencias entre la terminología, sin querer asumir una nueva posición de debate. La teoría es suficiente para describir las conceptualizaciones que se han propuesto por las teoristas de enfermería. Lo que realmente diferencia los términos son las definiciones de conceptos, interrelaciones y el nivel de abstracción. Los dos primeros aspectos son necesarios, tanto para los modelos conceptuales, como para la teoría. El tercero, el nivel de abstracción, es un punto importante ya que tiene relación con la cantidad de fenómenos relacionados, el número de proposiciones y el nivel operacional de las definiciones (Meleis, 1985).

Concluyendo la discusión se puede decir que la teoría de enfermería se puede definir como una conceptualización de una realidad ideal o descubierta, relacionada con enfermería, articulada y comunicada, y que tiene el propósito de describir, explicar o prescribir realidades del cuidado de enfermería. La teoría de enfermería se desarrolla para contestar cuestiones centrales y fundamentales del dominio definido.

### **Teoría de enfermería vs. teoría prestada**

Otro debate en el que se han empeñado las enfermeras, es sobre el tipo de teoría que necesita enfermería para el avance científico. Esto es, si enfermería es capaz de desarrollar teoría propia o si por el contrario, debe trabajar con base en teorías prestadas de otras disciplinas. En el primer caso se mantiene la posición de continuar con el avance teórico y por lo tanto forjando la autogestión teórica científica y en el segundo se sostiene una propuesta de dependencia, sin aliento de autosuficiencia ni autonomía.

Este punto genera mucha discusión. Existen contradicciones sobre la necesidad del desarrollo teórico basado en una teoría exclusiva de enfermería, en contraposición a quienes aseguran que es prácticamente imposible tener el uso exclusivo del conocimiento y que éste se genera y utiliza indistintamente. Existen posiciones antagónicas sobre la importancia del desarrollo de una teoría para la práctica o una teoría de enfermería sin que importe su repercusión en la práctica, y existen posiciones mucho más interesantes que proponen que el desarrollo teórico de enfermería debe avanzar, bien sea utilizando teoría básica aplicada a enfermería, y a la vez desarrollando teoría propia y produciendo un cambio en el ejercicio.

En 1967 Wald y Leonard plantearon la necesidad de enfermería de construir sus bases teóricas y sugirieron que la mejor manera para ello es integrando las ciencias básicas a la enfermería clínica, o de manera alternativa investigando las experiencias de la práctica y desarrollando, a partir de ellas, conceptualizaciones para análisis. De esta manera enfermería asegura el desarrollo de sus

propias teorías, y se convierte en disciplina independiente por sí misma. "Al liberarse enfermería de la búsqueda de la aplicación disciplinar para la práctica, las enfermeras tienen la responsabilidad de desarrollar su propia ciencia y este hecho plantea la necesidad imperiosa del desarrollo de una teoría para la práctica" (Wald y Leonard, 1967).

Dickoff y James (1968) plantean argumentos interesantes con relación al tipo de teorías y a las tesis que se podrían asumir como elementos de base para el desarrollo.

- 1:** Definen la teoría como un sistema o marco de referencia inventado con algún propósito; y al tiempo que el propósito varía, la estructura y la complejidad del sistema, igualmente se modifican.
- 2:** Los propósitos profesionales requieren un compromiso mayor que la mera descripción y comprensión.
- 3:** La teoría de enfermería con real significado, debe ser teoría desarrollada al más alto nivel, es decir, teoría de producción de situaciones o prescriptiva.
- 4:** Una disciplina profesional o una disciplina de aplicación práctica tiene grandes ventajas que facilitan el desarrollo y la construcción teóricas para la disciplina.

La concepción de teoría se proyecta como elemento útil, con propósito definido, que según el nivel de desarrollo debe cumplir con propósitos específicos. Pero lo importante que se señala es que existen diferentes niveles de la teoría que deben ser alcanzados antes de llegar al desarrollo de la teoría predictiva y sofisticada. Al mismo tiempo se plantea la necesidad de una teoría para el propósito profesional y para la práctica. La verdadera profesionalidad está opuesta en cierto sentido a lo mero académico, y siendo así, se requiere un enlace entre lo conceptual y lo existente. En otros términos, un profesional no se puede limitar a observar, o solamente a hacer, o a soñar. Lo que se plantea es que la teoría de una disciplina profesional debe ir más allá de la descripción de los hechos, y aún de la predicción de la realidad; debe lograr tal punto de desarrollo que sus conceptualizaciones puedan guiar o dar forma a la realidad del propósito profesional de la profesión. Esto es lo que se puede llamar una teoría de acción profesional o para la acción profesional. Una teoría para la práctica o productora de situaciones.

Por su parte Johnson (1959 y 1968), plantea la dificultad de separar los términos teoría propia y teoría prestada, ya que el desarrollo y la propiedad del conocimiento son universales, y asimismo la necesidad del conocimiento de algunas ciencias básicas es fundamental para enfermería. Pero también hace énfasis al afirmar que enfermería requiere el conocimiento para la práctica y en este sentido parece estar de acuerdo con los autores anteriores.

Quienes sostienen la idea de una teoría para la práctica de enfermería están de acuerdo en que la meta última de su desarrollo teórico es producir un cambio en el cliente de enfermería o en las situaciones de enfermería que así lo requieren. Para lograr este punto del desarrollo se deben explicar, predecir y prescribir los fenómenos de enfermería a través de teorías emanadas de la práctica. Estas teorías a su vez soportan las acciones de la disciplina. "Lo esencial en una disciplina profesional es desarrollar teorías para el cambio de situaciones y las teorías que tienen como meta

el cambio, son teorías para la práctica. Aún las teorías que se desarrollan dentro de otras disciplinas y son utilizadas para explicar fenómenos de enfermería, se tornan en teorías de enfermería al generar nuevos conceptos, derivaciones, y síntesis. El concepto enfermería no connota quién desarrolla o utiliza la teoría, refleja, más bien, a quién va dirigida la teoría: la acción de enfermería" (Meleis, 1985). Las teorías de enfermería evolucionan a partir de la práctica o en situaciones relacionadas con ésta, por lo tanto pueden probarse a través de la investigación científica.

Los que están de acuerdo con que enfermería no requiere su propia teoría, sustentan su posición alegando que las teorías descriptivas, explicativas y prescriptivas se deben allegar de otras disciplinas. Tal es el caso de las teorías de familia, sistemas, teorías psicológicas y fisiológicas que se utilizan para explicar fenómenos de enfermería.

Para otros, el término prestado no es más que una adaptación transitoria que desemboca o deriva en algo propio de enfermería. Cualquiera de las dos posiciones es sumamente peligrosa ya que si se piensa que solamente tomando o adaptando teorías es como se llega a la prescripción, se comete un error porque se está eliminando del desarrollo teórico de enfermería la esencia para moldear y ajustar lo prestado a las metas últimas profesionales. Johnson aclaró este punto de la siguiente manera:

"Si enfermería continua observando el comportamiento del cliente desde el punto de vista de la psicología, sociología o antropología; o si continua estudiando enfermedades con el propósito de elucidar sobre etiologías, propiedades o proceso salud enfermedad; o si continua indagando sobre funciones biológicas, se estará colaborando con la causa de la ciencia, pero no con la causa de enfermería" (Johnson, 1968).

Enfermería debe reconceptualizar y *resignificar* las teorías existentes. Sintetizar las llamadas teorías prestadas desde la propia esencia y perspectiva de enfermería; de lo contrario, se continuará dentro del reino de otras disciplinas y los problemas de enfermería no serán estudiados ni manejados de manera sistemática y adecuada (Stevens, 1984).

Enfermería requiere teorías que describan y expliquen los fenómenos que tienen significado para enfermería y sus procesos; que prescriban estrategias efectivas para el cuidado y que predigan los resultados. Las teorías que desarrollan otras disciplinas pueden ser útiles para enfermería a través de un proceso de derivación, integración y síntesis de manera que se ajusten y sean efectivas para solucionar los problemas propios y particulares. Este proceso sustenta la necesidad de teorías de enfermería o teorías para la práctica de enfermería.

## Estrategias para el desarrollo teórico

Numerosas teoristas han propuesto conceptos que se han convertido en pilares de la disciplina y al rededor de los cuales existe mucho más acuerdo del que se quiere aceptar. Las investigadoras, por su parte, han desarrollado instrumentos para la prueba de conceptos y han clarificado proposiciones relacionadas con los problemas centrales del área.

La literatura apunta a proponer diferentes enfoques para el desarrollo teórico pasando por posiciones positivistas, dialécticas y una combinación de estrategias que se verán a continuación y que se enmarcan en las siguientes formas de trabajo: teoría práctica teoría; práctica teoría; investigación

teoría; y teoría investigación teoría. Y una quinta que puede ser la combinación de las anteriores según necesidad y calidad del problema teórico en estudio (Meleis, 1985).

### **Estrategia teoría práctica teoría**

"Se basa en la premisa que el mundo se percibe de acuerdo con los conceptos previamente adquiridos" (Meleis, 1985). Los conceptos se adquieren a través de las experiencias previas, la educación, o la inclinación teórica. Permite al observador articular y definir nuevos conceptos a partir de circunstancias nuevas o diferentes. Por lo tanto es aplicable solamente a aquellas situaciones en donde se observa el mundo a través de paradigmas bien establecidos, con conceptos perfectamente delineados. En otras palabras, cuando el paradigma guía realmente las acciones y determina la forma de entender el mundo y dentro de éste las acciones.

De acuerdo con Meleis (1985), existen numerosos ejemplos en la literatura de enfermería que soportan la utilización de esta estrategia. Los postulados de Peplau sobre las relaciones interpersonales (1952), la visión de Johnson sobre el cliente de enfermería, visto como subsistemas de comportamiento y su teoría a cerca de la valoración y el diagnóstico de los problemas de enfermería, los cuales se suceden por desbalances, excesos o privación. Estas propuestas se sustentan en paradigmas biológicos y de sistemas.

Otras propuestas teóricas que encajan dentro de esta estrategia son los trabajos de Norbeck (1981), sobre el Soporte Social, Mercer (1981), sobre Factores que tienen impacto en el rol maternal, Millor (1981), sobre El niño maltratado y descuidado, Meleis (1975), sobre El rol insuficiente y el rol de sustitución. Estas teoristas utilizaron una teoría o visión de enfermería a través de otros paradigmas y desarrollaron conceptualizaciones específicas y pertinentes para enfermería sobre: soporte social, adquisición de actitudes maternas, niños maltratados y comportamientos del cuidado de enfermería relacionados con la suplementación de comportamientos del cliente. Todas las reconceptualizaciones encajan en la estrategia teoría práctica teoría.

Otros ejemplos de modificación de esta estrategia son Roy y Roberts (1981) con la teoría de adaptación la primera y las conceptualizaciones sobre aplicación de la teoría de Piaget al enfermo crítico, la segunda, y Paterson y Zderad (1976), con las propuestas sobre enfermería humanística. Las tres combinan paradigmas de interacción y adaptación; y la filosofía existencial con la práctica de enfermería y el resultado es una visión adaptada a enfermería. Estos estudios parecen haber logrado la nomenclatura y la articulación que se requiere dentro del desarrollo teórico (Meleis, 1985).

### **Estrategia práctica teoría**

Esta estrategia surge cuando el practicante la enfermera comienza un proceso de desarrollo teórico con un problema o cuestionamiento persistente que surge de una situación de la práctica o ejercicio. La idea se deriva y prueba en la situación práctica y el resultado tiene el potencial para ser generalizado a través del desarrollo de un grupo de proposiciones. La estrategia depende de la observación de un fenómeno nuevo en una situación práctica y del desarrollo de conceptos sensibles a la situación, nominación de los mismos y descripción y articulación de las propiedades de esos conceptos.

El desarrollo de esta estrategia teórica tiene su fundamento en el trabajo de Glaser y Strauss sobre teoría fundamentada. Ejemplo de este enfoque estratégico son las teorías de interrelaciones e interacciones de Orlando, Travelbee y Wiedenbach, quienes desarrollaron sus ideas al estar totalmente inmersas en las áreas clínicas, bien dando cuidado, u observando como se brindaba el cuidado de enfermería. Estas teorías evolucionaron de la práctica clínica, con la intención de describir y explicar qué existe en la práctica de enfermería. Se puede asumir que estas teoristas no utilizaron ningún paradigma preexistente (Meleis, 1985).

La estrategia es útil para enfermeras clínicas, en particular, cuando quieren, de forma deliberada, comenzar el proceso de desarrollo teórico y la articulación y comunicación de sus hallazgos. Sin embargo, un requisito indispensable para el manejo de esta forma de desarrollo teórico, es el conocimiento profundo de las áreas clínicas pertinentes y la investigación.

### **Estrategia investigación teoría**

Es la estrategia más utilizada por el empirismo para el desarrollo teórico en razón de su interpretación de la ciencia. El positivismo lógico asume que las teorías evolucionan a través de la confirmación o impugnación de hechos provenientes de la investigación, la cual debe seguir el siguiente patrón:

- 1:** Selección de un fenómeno de ocurrencia frecuente y listado de todas las características del fenómeno.
- 2:** Medición de todas las características del fenómeno en una variedad de situaciones (entre más mejor).
- 3:** Análisis cuidadoso de los datos obtenidos, para determinar patrones sistemáticos que requieren atención dentro de los datos y que ameritan estudio posterior.
- 4:** Una vez encontrados en los datos, los patrones sistemáticos, normalización de estos como definiciones teóricas, que más tarde se convertirán en leyes naturales.

Esta fue la estrategia sugerida por muchos como la mejor forma de desarrollo teórico y presupone dos condiciones significativas. Acuerdo dentro del área sobre los conceptos importantes de interés, y comunidad de investigadores. La segunda que cada investigación maneje un número racional de variables con patrones fácilmente detectables. Las ciencias sociales y posiblemente enfermería no encajan exclusivamente, dentro de estas condiciones. Una vez que enfermería acordó que el sujeto de estudio de la disciplina es el ser humano en unidad con su ambiente, se flexibilizó el concepto de desarrollo teórico derivado de esta estrategia. Hay aspectos de enfermería que son susceptibles de manejo bajo esta ideología, pero no se debe caer en el extremo de obtener una multitud de trabajos de investigación que contestan a una serie insignificante de problemas que son irrelevantes para enfermería o que no pueden ser traducidos a patrones que eventualmente se conecten con la teoría (Meleis, 1985).

Los teoristas de teoría fundamentada han propuesto una modificación del manejo de esta estrategia. Proponen el descubrimiento de conceptos y la identificación y descripción de patrones y procesos, a partir de datos que muestran la evolución del problema o cuestión de investigación.



Ejemplos de enfermeras que han utilizado este enfoque estratégico de investigación teoría, que tiene como único propósito el desarrollo de la teoría son: Johnson (1972), con "Efectos de la estructuración de las expectativas de los pacientes en sus reacciones ante situaciones amenazantes", Barnard (1973), sobre "Estimulaciones del sueño en prematuros", Lindeman y Van Aerman (1973) sobre "La intervención de enfermería con el paciente de preoperatorio" y Johnson y Rice (1974), sobre "Componentes sensoriales y angustia en pacientes con dolor". Muchas teorías se han trabajado a partir del modelo modificado, entre ellas están Fagerhaugh (1977), sobre "Expresiones y control del dolor en una unidad de quemados", Stern (1981), sobre "Solución de problemas en la enseñanza de salud transcultural" (Meleis, 1985).

### **Estrategia teoría investigación teoría**

Con esta estrategia las enfermeras utilizan teorías desarrolladas por otras disciplinas, pero dan a esas teorías una perspectiva única de enfermería. En términos generales las teorías seleccionadas y útiles para describir, explicar y prescribir fenómenos de interés de enfermería, se adaptan y sintetizan en marcos de referencia teóricos o en marcos conceptuales que guían el estudio del fenómeno desde la perspectiva de enfermería y finalmente la teoría original se examina a la luz de los nuevos hallazgos.

Son ejemplos: Benoliel (1977), en "Características sociales de la muerte", Curry (1982), en "Comportamientos de unión maternal y autoconcepto de la madre", Rawnsley (1980), en "Base conceptual de enfermería afectiva" y Scott, Oberst y Dropkin (1980) en "Un modelo de enfrentamiento al estrés" (Meleis, 1985).

Las etapas de este tipo de estrategia son siete. Primera, la definición del problema que se genera por experiencia y perspicacia personal. Estos cuestionamientos sirven para enfocar la totalidad del proceso. Segunda, revisión de literatura, en la cual la teorista revisa el estado del arte de enfermería y de otras disciplinas que se relacionen con el fenómeno de interés. Tercera de selección y tiene que ver con la selección cuidadosa de aquellas teorías aplicables tanto al fenómeno de estudio, como a la práctica de enfermería. Cuarta de adaptación análisis en la cual la teorista utiliza teorías, resultados de investigación y metodologías de otras disciplinas y las enfoca según la perspectiva del problema de enfermería. Quinta, hace referencia a las definiciones. Durante este periodo se definen y delimitan estrictamente los conceptos pertinentes. La de proposiciones e investigación es la sexta. En ella se desarrollan las proposiciones que luego se transforman en hipótesis que pueden ser probadas a través de la investigación. Y finalmente la fase de la teoría en la cual la teorista reexamina las teorías o teoría original a la luz de los nuevos hallazgos y determina su significado para enfermería. Esta estrategia es cíclica y en última instancia puede conducir al desarrollo de teorías de mediano alcance para la práctica y por ello convertirse en parte del cuerpo de conocimiento científico de enfermería (Meleis, 1985).

Finalmente Meleis (1985) propone una estrategia alternativa para el desarrollo teórico: la estrategia modificada práctica teoría.

### **Estrategia modificada práctica teoría**

Esta estrategia comienza en una situación práctica, lo cual sugiere que toda enfermera llega a este punto con un bagaje teórico y paradigmático y que enfoca la situación con la carga adicional de la experiencia. Como citan Donalson y Crowley (1978), las diferentes perspectivas proveen a las



personas con formas particulares de ver el mundo y cada perspectiva define la naturaleza y límites de lo que se quiere conocer a cerca del fenómeno. Por lo tanto las premisas en las que se basa esta estrategia pueden verse de manera paradójica como únicas y sucesivas.

Los componentes son. La observación cuyo objetivo es describir y delinear el fenómeno con el fin de clarificar, describir, explicar o prescribir, si es el caso, la situación o evento. La delimitación del fenómeno a la cual se llega a través del análisis de modelos o ejemplificaciones. Los modelos situacionales son ejemplos vividos del fenómeno y ayudan en su descripción. El modelo de la situación describe la realidad de manera ídéal y la demostración de lo que es el fenómeno y cuando existe (Chinn y Jacobs, 1987). La comparación y el contraste es el componente que permite, a través de un esfuerzo deliberado, observar situaciones, grupos, o incidentes en donde existen contrastes del fenómeno. El componente analógico permite seleccionar deliberadamente otros fenómenos que se parecen bastante al estudiado, pero que ya han sido estudiados y explorados con más profundidad, por lo tanto se comprenden de una manera más amplia. La nominación es un componente que se ubica en cualquier parte de la estrategia y puede cambiar numerosas veces durante el proceso. Su función es comunicar de manera breve, hacer relación con la literatura y ayudar en la delimitación de futuras observaciones, y reducir el fenómeno que generalmente se define en un párrafo o un concepto. El siguiente componente de la estrategia es la emergencia y definición de conceptos. Estos evolucionan de una agrupación de impresiones, percepciones y experiencias. Las definiciones operacionales de los conceptos de enfermería tienen que referirse a la práctica y verificarse con la realidad. De otra manera no son útiles. A continuación se plantea la articulación de conceptos en proposiciones, con el objeto de permitir mayor desarrollo teórico futuro. Las proposiciones pueden ser descriptivas, de relación, asociativas o de causalidad. A medida que se refina el proceso de desarrollo teórico, se aprecia mayor sofisticación en las relaciones de las proposiciones.

Los demás componentes de la estrategia en discusión son: el manejo de las suposiciones, para eliminarlas o utilizarlas, la ordenación de las proposiciones, bien sea de manera cronológica, concéntrica de acuerdo con los conceptos, significativa de acuerdo con el interés en su prueba y otras. Finalmente se requiere tener en cuenta en la estrategia los instrumentos requeridos para el desarrollo teórico, tienen que estar de acuerdo con las características y la calidad del fenómeno en estudio (Meleis, 1985).

## Referencias

- Allen, D. (1985) Nursing research and social control: Alternative models of science that emphasize understanding and emancipation. *Image*. 17, 2, 59-64.
- Barnard, K. (1980) Knowledge for practice. *Nursing Research*. 29, 208-212.
- Chinn, P & Jacobs, M. (1987) **Theory and Nursing**. 2nd Ed, ST Louis: The CV. Mosby Company. 1987.
- Dickoff, J & James, P. (1968) A theory of theories: A position paper. *Nursing Research*. 17, 3, 197-203
- Dickoff, J & James, P. (1968) Reascerching reaserch 's role in theory development. *Nursing Research*. 17, 3 204-206.
- Dickoff, J; James, P & Wiedenbach, E. (1968) Theory in practice discipline. *Nursing Research*, 17, 5, 415-435.
- Donaldson, S & Crowley, D. (1978) The discipline of nursing. *Nursing Outlook*. 26, 113-120.
- Ellis, R. (1968) Characteristics of significant theories. *Nursing Research*. 17, 3. 217-222.

- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image*. 16, 3, 84-87.
- Fawcett, J. (1995) **Analysis and Evaluation of Conceptual Models in Nursing**. 3er Ed. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Fitzpatrick, J & Whall, A. (1983) **Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application**. Maryland: RJ Brady Co: A Prentice Hall Publishing and Communications Company.
- Gordon, M. (1982). **Nursing Diagnosis: Process and Application**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Hardy, ME. (1978). Perspectives in nursing theory. *Advances in Nursing Sciences*. 1, 1, 27-48.
- Jacox, AK. (1974). Theory construction in nursing: An overview. *Nursing Research*. 23, 1, 4-13.
- Johnson, DE. (1959). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*. 7, 5, 291-294.
- Johnson, DE. (1968) Theory in nursing: Borrowed and unique. *Nursing Research*. 17, 3, 206-209.
- Johnson, DE. (1974). Development of a theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 23, 5, 372-377.
- Leddy, S & Pepper, JM. (1985) **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Filadelfia: J Lippincott Company.
- Marriner, A. (1989) **Modelos y Teorías de Enfermería**. Madrid: Mosby Doyma.
- McKay, R. (1969). Theories, models and systems for nursing. *Nursing Research*. 18, 5, 393-399.
- Meleis, AI. (1985). Theoretical Nursing: **Development and Progress**. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Nightingale, F. (1969) **Notes on Nursing: What it is and what is not**. New York: Dover.
- Norris, CM. ed. (1983) **Concept Clarification in Nursing**. Germantown, Md.: Aspen System.
- Stevens, BJ. (1984) **Nursing Theory**. Boston: Little, Brown and Company.
- Thomson, JL. (1985) Practical discourse in nursing: going beyond empiricism and historicism. *Advances in Nursing Science*. 7, 4, 59-71.
- Wald, FS. y Leonard, RC. (1967) Towards development of nursing practice theory. *Nursing Research*. 13, 4, 309-313.

## Referencias de la literatura citada como ejemplos

- Barnard, K. (1973) The effect of stimulation on the sleep behavior of the premature infant. En Batey, MV. Ed. **Communicating Nursing Research, Collaboration and Competition**. Boulder, Co.: Western Interstate Commission of Higher Education.
- Benoliel, JQ. (1977) Social characteristics of death as a recorded hospital event. *Communicating Nursing Research*. 8, 245-265.
- Carlson, CE. y Blackwell, B. Ed. (1978) **Behavioral Concepts and Nursing Intervention**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Curry, MA. Maternal attachment behavior and the mother's self concept: The effect of early skin to skin contact. *Nursing Research*. 13, 2, 111-117.
- Fagerhaugh, SY. y Strauss, A. (1977) **Politics of Pain Management: Staff-Patient Interaction**. Sydney: Addison Wesley.
- Johnson, JE. Y Rice, VH. (1974) Sensory and distress components of pain. *Nursing Research*. 23, 203-209.
- Kitzel, P. (1971) **Advanced Concepts in Clinical Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Lindeman, CA. Y Van Aernam, B. (1973) Nursing intervention with presurgical patients: The effects of structured and unstructured preoperative teaching. En Downs y Newman Ed. **A Source Book in Nursing Research**. Philadelphia: FA. Davis Company.

- Meleis, AI. (1975) Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. **Nursing Research**, 24, 264-271.
- Mercer, R. (1981) A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. **Nursing Research**, May-june, 73-77.
- Millor, GK. (1981) A theoretical framework for nursing research in child abuse and neglect. **Nursing Research**, 30, 78-83.
- Norbeck, J. (1981) Social support: A model for clinical research and application. **Advances in Nursing Science**, 3, 4, 43-59.
- Norris, CM. (1975) Restlessness: A nursing phenomenon in search of meaning. **Nursing Outlook**, 23, 2, 103-107.
- Norris, CM. (1982) **Concept Clarification in Nursing**. Germantown, Md.: Aspen Systems.
- Peplau, H.E. (1952) **Interpersonal Relations in Nursing**. New York: G.P. Putnam's and Sons.
- Peterson, JG. y Zderard, LT. (1976) **Humanistic Nursing**. New York: John Wiley and Sons.
- Rawnsley, MM. (1980) Toward a conceptual base for affective nursing. **Nursing Outlook**, 28, 4, 244-247.
- Roy, C. y Roberts, S. (1981) **Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model**. Englewoods Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Scott, Dw., Oberst, MT., Dropkin, MJ. (1980) A stress coping model. **Advances in Nursing Science**, 3, 1, 9-23.
- Stern, PN. (1979) Solving problems of cross cultural health teaching: The Filipino child bearing family. **Image**, 13, 2, 47-50.
- Zderard, LT. y Belcher, HC. (1968) **Developing Behavioral Concepts in Nursing**. Atlanta: Suother Regional Education Board.



# 4

## Teoría de Enfermería Relación con la Investigación y la Práctica

“ *La teoría no es una mera extensión decorativa de los hechos. Es la coronación del trabajo científico, ya que el conocimiento, que es la meta última de la ciencia, se expresa en formulaciones teóricas.*

*En un área del conocimiento compleja, no es sensato, ni práctico esperar que se acepten planteamientos y propuestas únicas, que satisfagan a la totalidad de investigadoras y practicantes. Por ello se espera que existan una multiplicidad de sugerencias que tengan como meta el ordenamiento sistemático de los fenómenos en estudio.* ”

Rose McKey

Este capítulo se dedica a las relaciones del crecimiento teórico con la investigación y la práctica o ejercicio profesional.

Se analiza cuáles son los problemas de la investigación basada o ligada a la teoría, como se comporta la investigación basada en la teoría y cuál es la contribución de la práctica al desarrollo teórico.

Posteriormente se explican los elementos para el desarrollo, construcción, y validación de la teoría y se sugieren modelos que se utilizan para la selección de una teoría para la práctica.

La investigación es esencial para el desarrollo de cualquier profesión. A través de la investigación se genera el cuerpo de conocimientos científicos, y se desarrollan y prueban las teorías pertinentes. El conocimiento y las teorías generadas a través de la investigación de enfermería son necesarias para proveer las bases científicas para planear, predecir y controlar los resultados de la práctica de enfermería. El desarrollo de las bases científicas para la práctica por vías de la investigación lleva, sin duda alguna, a la responsabilidad profesional (Burns y Grove, 1987).

Es importante recordar que la investigación de enfermería debe ser consistente con sus desarrollos teóricos y con la misma filosofía que sustenta el desarrollo disciplinar y guía la práctica.

### Relación de la Teoría con la Investigación

Para que la información obtenida a través de la investigación, sobre fenómenos de enfermería, sea de utilidad, es necesario que se desarrolle en teorías que describan, expliquen, o prescriban el comportamiento de los fenómenos de enfermería. Los hechos aislados, no son de mayor utilidad.

Estos hechos deben ligarse dentro de la base de conocimiento de enfermería e incorporarse al desarrollo o formación de teorías. Las teorías explican el significado de los resultados de la investigación, y a su vez deben probarse a través de la investigación, de manera que mejoren y refuercen su utilidad para la práctica.

No todas las teorías de enfermería se originan en los resultados de la investigación, algunas de ellas se originan en ideas y luego son sometidas al proceso de investigación científica para probar su precisión. De todas formas, la investigación juega un papel preponderante en el desarrollo teórico futuro de enfermería.

La función de la investigación es generar o probar teoría. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones. La investigación que prueba teoría busca desarrollar evidencias acerca de hipótesis derivadas de la teoría; en otras palabras es una aplicación sistemática de los métodos empíricos que tiene como fin la producción del conocimiento.

La creación de conocimiento empírico se relaciona con el desarrollo teórico, más que con el manejo de hechos aislados que pueden reportarse con mucho detalle, y que también pueden ser producto investigativo. El conocimiento de hechos aislados es útil, pero éstos en contextos independientes, son insuficientes para desarrollar el conocimiento empírico. Los hechos y las observaciones deben ser tratados e interpretados dentro de las relaciones y los marcos de referencia organizados. Significa que las teorías van mucho más allá de la observación de los hechos aislados, así sean resultados de investigación matemáticamente tratados (Silva y Rothbart, 1984).

La investigación, al igual que la teorización, puede llevarse a cabo de diferentes maneras y ser causa de múltiples factores de motivación. Existen numerosas descripciones de las formas de investigar y cada texto de investigación presenta de alguna manera los diferentes puntos de vista de los autores; y aunque los procesos y formas de investigación pueden ser limitadas dependiendo de la creatividad del investigador, ciertas reglas básicas deben mantenerse para obtener resultados válidos y confiables, que representen, de manera adecuada y veraz, la realidad de los fenómenos.

Los problemas de investigación se pueden derivar de las teorías; y también se pueden desarrollar estudios con el fin de proponer posiciones teóricas. Las investigaciones que ocurren dentro del contexto de un sistema teórico y que se derivan o culminan en teoría se denominan *investigaciones relacionadas o ligadas con teoría*. Las investigaciones que no tienen relación, ni están ligadas con teoría se denominan *investigaciones aisladas o no relacionadas con teoría*.

Las dos formas investigativas pueden ser de excelente calidad desde el punto de vista formal y metodológico y en última instancia juntas, con sus resultados, contribuyen a engrosar el cuerpo de conocimientos de una disciplina. Sin embargo, la investigación no relacionada o ligada a la teoría es mucho más limitada en cuanto a las contribuciones que puede aportar.

Dado que la investigación ligada a teoría se concibe y conduce dentro del marco conceptual de la misma, los resultados o productos del estudio tienen mayor potencial de contribuir al desarrollo sistemático del cuerpo de conocimientos que ayuda a comprender los hechos confusos y poco conocidos que se pueden presentar durante la conducción del estudio de investigación.



La investigación aislada, sin conexión con un marco de referencia teórico, permite al investigador formular problemas e hipótesis; e igualmente permite utilizar métodos para refutar o aceptar la hipótesis o las inquietudes referentes al problema planteado. Además y aún proviniendo éstos de hechos empíricos, puede brindar dirección y promover el desarrollo de estudios ligados a teoría. De manera que no se puede descartar ningún tipo de estudio de investigación ya que los dos proveen oportunidades de crecimiento disciplinar.

El rasgo que diferencia de manera significativa los dos tipos de investigación es que en la investigación ligada a teoría el problema e hipótesis de estudio se derivan de una teoría existente, o se diseñan de manera específica para generar o desarrollar una teoría. Este tipo de investigación tiene la propiedad de diseñarse para desarrollar o probar teoría; y es esta cualidad la que soporta los argumentos para la contribución y utilidad en el crecimiento de un cuerpo de conocimientos.

Como los problemas y las hipótesis de investigación deben expresarse de forma tal, que transmitan y reflejen las especificaciones del estudio, la investigación se ve limitada, necesariamente, por circunstancias de tiempo y espacio. Las teorías al ser definiciones abstractas se expresan de manera general y no presentan restricciones bajo ninguna particularidad. De estos hechos se deduce que la investigación aislada ofrece un potencial bajo con relación a las posibles especulaciones sobre el significado de los resultados, los cuales no se pueden generalizar ampliamente a excepción de los hechos significativos de metodología, diseño y de resultados específicos.

La investigación ligada a teoría puede evadir algunas de estas limitaciones ya que los problemas y las hipótesis de investigación, que tienen pocas limitaciones circunstanciales, representan una *translación* de los postulados teóricos abstractos, a las especificidades del estudio. Y aunque el manejo de los resultados y su generalización también tiene limitaciones, pueden generalizarse dentro de límites razonables. También es cierto que los resultados de la investigación ligada a teoría pueden ser *traducidos* a términos teóricos e igualmente estudiados y discutidos con relación a la teoría que sirvió de base para el estudio investigativo (Chinn y Jacobs, 1987).

113

## Problemas de la investigación basada o ligada a la teoría

Aunque la investigación ligada a teoría tiene a todas luces, ventajas, la utilización inapropiada también presenta algunos problemas:

- 1: No se debe olvidar que teorías y conceptos teóricos utilizados impropriamente en investigación, conducen a conclusiones erróneas. Un ejemplo de esta situación se puede producir si se utiliza una teoría de aprendizaje de infantes, en una situación de aprendizaje de ancianos. Es posible que algunos resultados puedan utilizarse de manera genérica, pero la particularidad no permite que se puedan hacer juicios aplicables a las dos situaciones. En otros términos, algunas teorías proveen una serie de ideas que sirven para mostrar lo que se desea ver, específicamente si se cree que la teoría es *verdadera* en el sentido de representar valores y creencias propias del investigador.
- 2: Las teorías también pueden cegar o impedir la percepción de ciertas ocurrencias. Esto sucede porque la serie de ideas que provee la teoría, ya sean apropiadas o no, pueden impedir el reconocimiento de otras posibilidades. Cuando el enfoque se fija en lo esperado,

con dificultad se notan otros elementos que pueden aparecer en lo observado, a menos que se presente en la observación algo diferente o totalmente rutilante.

Al igual que la teoría es de gran utilidad en el entendimiento de la realidad para la investigación, paradójicamente, puede limitar el pensamiento acerca de la amplitud de posibilidades y experiencias que se pueden descubrir y manejar dentro del estudio. Para obviar este inconveniente, se requiere reflexión constante sobre las revisiones de literatura, y sobre lo que se piensa y observa. Hay que recordar que la teoría no representa la *verdad* o la *realidad* de manera veraz y total y que el propósito de utilizar la investigación para generar y probar teoría es para descubrir hasta que punto la teoría en cuestión es probablemente verdadera y firme.

- 3:** La mente puede exceder los límites de la realidad, y las teorías como elaboraciones mentales pueden, con facilidad, relacionar ideas que no pueden probarse, dados los elementos de derecho y dignidad implicados en los sujetos de la investigación (consideraciones éticas).

Ocasionalmente ocurren circunstancias en las cuales los resultados se desarrollan para el beneficio común y las pruebas posteriores se limitan por consideración al bienestar de las personas. Por ejemplo las teorías de unión madre niño y de separación, se pudieron describir y plantear gracias a las experiencias de los niños separados de sus padres, especialmente la madre, durante largos períodos de tiempo. Este tipo de investigación solamente es posible, en tanto la separación ocurra, sin intervención o manipulación de tipo alguno, por parte del investigador. Sin embargo es necesario tener en cuentas las limitaciones y restricciones éticas al probar proposiciones teóricas o hipótesis derivadas de la teoría.

Retomando el tema de la relación de la teoría con la investigación, se puede decir que la *importancia primaria de la investigación es la búsqueda del desarrollo de la teoría*. El desarrollo teórico se soporta en la investigación, y la investigación se soporta en la teoría. "La relación entre teoría e investigación se puede describir como dialéctica, es decir, una transacción en donde la teoría determina qué información se debe recolectar, y en donde los resultados de la investigación brindan desafíos a las teorías aceptadas" (Fawcett, 1986). En términos generales la investigación es, ni más, ni menos, el vehículo para el desarrollo teórico. Es el instrumento para obtener los datos necesarios para el crecimiento teórico.

Lo expresado sustenta el hecho de que dentro del sistema de desarrollo teórico las actividades relacionadas con la prueba de relaciones teóricas y la validación práctica de la teoría requieren la utilización de la metodología de investigación. Igualmente la investigación puede brindar los medios para generar los componentes necesarios para la construcción de relaciones teóricas.

## **Investigación generadora de teoría**

"La investigación generadora de teoría tiene como fin descubrir relaciones entre hechos observados, o inferidos de eventos, sin imponer nociones preconcebidas con relación al significado del fenómeno" (Chinn y Jacobs, 1987). Generalmente se acepta como un intento inductivo de pensamiento lógico, pero hay que reconocer que es difícil observar los eventos reales, sin ajustarlos a alguna idea mental preconcebida relacionada con el significado del evento. Las ideas preconcebidas pueden derivarse de teorías existentes, de la experiencia o de creencias con relación al fenómeno.

La percepción del observador no es realmente *pura*, pero la intención del constructor teórico es tratar de descubrir variables no conocidas, o describir *algo* que no ha sido descrito. Además las influencias o sesgos pueden ser dejados de lado y valorarse en su real sentido como factores influyentes en la investigación.

Una forma de desarrollo de investigación productora o generadora de teoría, que se ha utilizado mucho en enfermería, es la metodología propuesta por Glaser y Strauss en 1967, y denominada teoría fundamentada. Es ésta una metodología o forma metodológica de campo, utilizada para la recolección y análisis de datos cualitativos, con el propósito de generar teoría explicativa que profundice el conocimiento de fenómenos sociales y psicológicos (Chenitz y Swanson, 1986). La forma de razonamiento utilizada en la teoría fundamentada es eminentemente inductiva, aunque puede utilizarse la deducción, como manera de complemento.

Espiral de conocimiento. Teoría-Investigación

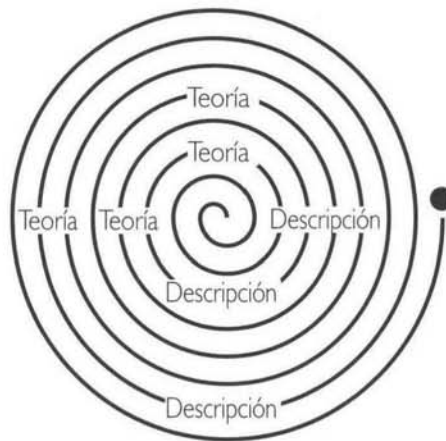


Figura 4.1 Tomado de Chinn y Jacobs, 1987, pag 153.

Otras formas de investigación generadora de teoría incluyen las observaciones de campo, como las utilizadas en antropología y sociología. Para su desarrollo el investigador trata de minimizar las restricciones o efectos colaterales de los fenómenos observados y realmente busca ver y describir las cosas o hechos como si el observador no estuviera presente. El investigador tiende a buscar indicios acerca de la influencia de un factor u otro, o de entender como un evento modifica a otro, para finalmente plantear una explicación mediante el desarrollo de relaciones teóricas significativas y clarificadoras de sus observaciones (Stern, 1980).

Como muchos fenómenos no pueden observarse directamente, la investigación generadora de teoría utiliza, algunas veces, formas indirectas de recolección de información. Los métodos fenomenológicos son un ejemplo de esta situación. La fenomenología es un abordaje investigativo que busca describir explícitamente las experiencias subjetivas vividas por las personas y comprender

el significado que las personas dan a su experiencia (Omery, 1983). Como son componentes de la experiencia humana se requiere continuar en la búsqueda de su comprensión a través del desarrollo de teorías que puedan utilizarse con algún propósito determinado (Chinn y Jacobs, 1987).

Existe la crítica escéptica relacionada con el tipo de conocimiento que resulta de la aplicación y utilización de las varias metodologías inductivas. Sin embargo, este tipo de lógica ayuda al investigador a organizar y describir los resultados obtenidos en los estudios. Este conocimiento se reduce y sistematiza hasta cierto punto y se comunica de manera científica. El producto es una dimensión del empirismo, tal y como se ha conceptualizado en esta propuesta.

### **Investigación que prueba teoría**

Una vez que la teoría ha sido construida, sea cual fuere su origen, es posible utilizar métodos de investigación que la validen. Los métodos están diseñados para descubrir qué tan precisamente el fenómeno y sus relaciones están descritos por la teoría. Las formulaciones teóricas pueden traducirse en problemas o hipótesis, en tanto que las abstracciones teóricas pueden representarse a través de indicadores empíricos. Un estudio se basa, por lo general, en una o dos proposiciones, seleccionadas entre varias, que igualmente pueden extraerse de la teoría, ya que es imposible que un solo estudio de investigación pueda probar la teoría entera. Es más, muchas teorías contienen ciertas relaciones entre sus proposiciones, que no pueden probarse empíricamente, porque los referentes empíricos de ellas no se pueden identificar u operacionalizar (Chinn y Jacobs, 1987)

Si en un período de tiempo, numerosos estudios de investigación tienden a mostrar un cierto grado de confiabilidad en presupuestos o proposiciones de la teoría, se tiende a pensar que la teoría como un todo, aún sin probarla, es una representación de la realidad, o es válida. Si ciertas proposiciones tienden a ser sustentadas por la investigación, mientras que otras tienden a no tener soporte alguno, o prueban ser refutadas por la investigación, ésta misma provee los medios para revisar la teoría y quizás para desarrollar una nueva propuesta.

La investigación para prueba teórica tiende a entenderse dentro de la lógica deductiva. La razón de esta afirmación es que la investigación comienza con una definición o planteamiento derivado de una teoría que es general y abstracta, y no con una situación específica; además prueba problemas e hipótesis que se crean para la situación particular de la investigación. Como la hipótesis debe contener, por lo menos una relación entre dos variables, el tipo de diseño de la investigación tiene un enfoque experimental, cuasi-experimental o de correlación (Campbell y Stanley, 1966 y Polit y Hungler, 1987).

En estos diseños el investigador, deliberadamente, cambia las condiciones o manipula los eventos en estudio, y a través de comparaciones determina la naturaleza de las relaciones entre las variables. También se utiliza el diseño descriptivo para explicar problemas indiferenciados. Los conceptos relacionados con los problemas de investigación se representan empíricamente, se hacen observaciones y se recoge la información. Los datos se recolectan y describen de forma tal que brinden respuestas al problema formulado. Los factores que pueden modificar las respuestas sugeridas, también son listados sistemáticamente.

Si se tiene en cuenta que solamente un número limitado de posibles relaciones, entre las múltiples posibilidades de la teoría, pueden incluirse en un estudio, es claro que se requieren varios estudios

de prueba de relaciones y descripciones para eventualmente probar la teoría. De todas formas, es importante aclarar que un solo estudio puede contribuir en gran medida al proceso de prueba si éste es válido y profundo en contenido teórico.

Los resultados de investigación deben confirmar, refutar, o modificar la teoría, o desarrollar una nueva, ya que el real sentido de la investigación radica en su utilidad para describir, explicar o prescribir fenómenos de enfermería.

## Relación de la Teoría con la Práctica

Si se espera que la teoría tenga algún beneficio para la práctica, aquella debe desarrollarse en conjunto o coordinadamente con las enfermeras que están, primariamente, comprometidas con la práctica de enfermería. Pero para entender esta relación, se deben comprender las apreciaciones de los términos *teoría* y *práctica*.

En términos generales, la utilización peyorativa de los términos teoría y práctica, en el contexto del diario trabajo de enfermería, ha contribuido a mantener una falsa apreciación de los mismos. El termino *práctica* se ha homologado con manualidad, instrumentación, algo que es práctico, que tiene utilidad inmediata, que se hace. El término *teoría* se homologa con lo impráctico, por lo tanto se reafirma su inconveniencia. Bajo esta apreciación, la teoría y la práctica nunca llegan a encontrarse, porque la teoría por definición, no se relaciona con la práctica. Esta interpretación desafortunada de la teoría y la práctica retarda el desarrollo de enfermería y aunque, muchas veces, es difícil conciliar las dos posiciones, se requiere entender que la mayoría de las diferencias se derivan de las múltiples formas que se utilizan para interpretar los problemas, concluyendo que la teoría tanto como la práctica misma guían las decisiones del ámbito de la práctica.

Lo práctico y la práctica no pueden homologarse, y la práctica de enfermería debe tomar en consideración tanto lo teórico, como lo práctico. La práctica de enfermería se refiere a todas las experiencias y fenómenos que una enfermera practicante o en ejercicio encuentra durante el proceso de dar cuidado de enfermería. Dentro de este contexto, algunos eventos se originan en el cliente, otros en la relación enfermera cliente, otros en la misma enfermera y otros en el contexto o ambiente de la interacción enfermera cliente. Pero en el proceso de toma de decisiones sobre el cuidado se debe tener en cuenta aquello sustentado por el conocimiento universal y de enfermería y aquello concreto, particular y circunstancial (Stevens, 1984).

Es fundamental asimilar que si bien la teoría es esencial como elemento de desarrollo y mejoramiento de la práctica, la utilización inmediata de resultados teóricos aislados, que no responden a una conceptualización delineada y profunda, no es deseable porque éstos son fruto de situaciones específicas, similares a la serie de principios y reglas intuitivas sobre las cuales reposó por mucho tiempo la práctica de enfermería (Beckstrand, 1980). Mas aún, este tipo de enfermería basada en reglas o principios no promueve la práctica creativa que remodele la estructura de esas mismas reglas y principios y que a la larga mejore la práctica.

Una posición deseable es entonces la que relaciona la teoría y la práctica como componentes ligados dentro de la disciplina de enfermería. Las teorías nacen de la práctica, y una vez validadas se convierten en explicativas y directivas de la misma; y la práctica que se basa en la teoría se retroalimenta y por refinamiento metodológico conduce a una práctica autónoma y creativa.

Aunque no es posible esperar que los resultados teóricos rindan resultados inmediatos para la práctica, sí tienen un valor que puede apreciarse con facilidad. La teoría refuerza la comprensión de los hechos, ya que facilita la explicación de numerosas experiencias y fenómenos, que a su vez tienen influencia sobre el comportamiento. Aprender a pensar de manera distinta con relación a un problema o situación conlleva a ensayar nuevas alternativas de comportamiento o a alterar la manera de actuar para ajustarlas al entendimiento de la realidad, ganado a través de la perspectiva teórica. Pero esta comprensión, es sólo una de las ventajas de la relación teoría práctica.

La teoría se ha construido con la idea de explicar y predecir de forma especulativa, ciertos fenómenos en eventos observables, pero a su vez es modificable y sujeta a la revisión dependiendo de la naturaleza de la evidencia empírica que se deduce de su prueba y aplicación. Por lo tanto, el valor real de la teoría radica en la posibilidad especulativa de sus contenidos, que conducen sin duda alguna, al enfrentamiento de nuevos conocimientos empíricos y a la explicación de nuevos fenómenos y eventos no conocidos.

### **Contribución de la práctica al desarrollo teórico**

El desarrollo teórico ocurre dentro del contexto de la disciplina y enfermería se considera una disciplina profesional que funciona dentro del contexto social. Por ello no es de extrañar, que el desarrollo teórico de enfermería ocurra dentro de los contextos sociales en que se sucede la práctica y especialmente en los contextos en que se brinda cuidado de enfermería. El desarrollo teórico ocurre en el contexto de la práctica. Las relaciones entre las actividades de desarrollo teórico y la práctica de enfermería son amplias, abiertas, dinámicas y recíprocas.

Se necesita entender dos actividades muy importantes del modelo de desarrollo teórico, para comprender realmente, como puede contribuir la práctica de enfermería, de manera significativa, al proceso total del desarrollo del conocimiento científico. Estas actividades son el análisis de conceptos y la validación práctica de la teoría.

#### **I:** Análisis de conceptos.

Los conceptos no aparecen simplemente, se desarrollan y surgen de las percepciones de las experiencias. Las experiencias de las cuales se derivan los conceptos de enfermería, se adquieren a través de la práctica. La enfermera practicante que es capaz de demostrar de manera reflexiva la naturaleza de los eventos de la práctica, es capaz de contribuir de manera significativa al desarrollo teórico.

Esta contribución requiere que las observaciones y conclusiones descritas sean comunicadas a otros, ya que las personas que están interesadas en el desarrollo teórico no sólo confían en sus experiencias personales, sino también en las experiencias de otros profesionales que han publicado y descrito sus hallazgos. Los individuos no practican de forma equivalente las actividades que se requieren para el desarrollo teórico y muchas veces se percibe una brecha entre la práctica, y lo que se piensa acerca de la práctica. Por esta razón y viendo el desarrollo teórico como un proceso colaborativo, es evidente la necesidad de relacionar lo que se hace y lo que se conoce, o lo que se quiere conocer, para contribuir al desarrollo de un todo teórico.

Derivar conceptos empíricos de la práctica es un proceso complejo, que requiere algo más que la observación y definición o nominación de lo que sucede. Los conceptos son imágenes mentales derivados de la experiencia. No es la experiencia en sí misma, sino una



abstracción que simula una imagen mental de eventos observables, y posiblemente relacionados. Pero si se tiene en cuenta que los conceptos de enfermería son muchas veces abstractos, es de esperarse que exista la falta de especificidad, precursora del desenvolvimiento empírico del conocimiento.

A pesar de la dificultad en el manejo de los conceptos, éstos proveen una manera resumida de describir lo que se observa en la experiencia. Son igualmente, una herramienta mental que permite la asimilación rápida de una variedad amplia de comportamientos observables que se suceden en situaciones iguales o similares. Una vez los conceptos son integrados en forma de teoría, las contingencias que presentan las situaciones específicas, se pueden entender a la luz de la interacción de las variables que contienen las proposiciones de la teoría (Chinn y Jacobs, 1987).

La identificación de indicadores empíricos es una meta importante en el análisis de conceptos de la práctica de enfermería. Se lleva a cabo a través de los procesos de inducción y deducción, ya que la meta final del mencionado proceso es, a la vez, probar las conceptualizaciones teóricas y buscar o perseguir suposiciones o conjeturas acerca de eventos que no han sido ligados a cualquier otro concepto o teoría.

Cuando el objetivo que se tiene en mente es determinar o clarificar de manera exacta indicadores empíricos relacionados con un concepto, la atención se debe enfocar en las propiedades y rasgos de la experiencia o evento, que de manera *clínica* se reflejan y manifiestan durante la experiencia. Los indicadores son útiles en la documentación y medida del concepto, hasta el punto de ser asociados claramente con el concepto particular (Chinn y Jacobs, 1987).

119

La diferenciación de indicadores para eventos o fenómenos similares, pero diferentes es otro elemento que aporta la práctica para el desarrollo teórico. En este caso el énfasis se relaciona con la amplitud de propiedades del contexto total del fenómeno, más que con los elementos empíricos del mismo. Esto permite diferenciar un fenómeno de otro semejante. Esta meta es utilizada, con frecuencia, cuando una enfermera observa, por ejemplo, un error típico que está presente sistemáticamente al interpretar la experiencia del cliente. Se requiere diferenciar indicadores para fenómenos semejantes y así evitar el abuso o mala utilización de otras conceptualizaciones que podrían aplicarse, pero que en realidad al profundizar, presumir, e inferir en la teoría prueban ser totalmente inadecuadas.

Solamente si se prueban los indicadores y se encuentra que las conclusiones representan la realidad, el concepto puede aplicarse en forma total y segura; si por el contrario se encuentra que los resultados no se aplican a la realidad, se requiere una nueva construcción conceptual con el fin de proponer una formulación que represente de mejor manera la experiencia.

El ejercicio de conceptualizar eventos semejantes pero diferentes requiere de flexibilidad de pensamiento, ya que casos que aparentan estar relacionados, pueden tornarse menos claros con relación al modelo inicial, y acercarse a otros modelos a medida que el análisis se profundiza. Los lazos conceptuales entre casos semejantes pero diferentes requieren reconocimiento y registro.



Sin embargo, son los elementos comunes observados, en diferentes experiencias, los que deben enfatizarse en el desarrollo de los criterios para la conceptualización en estudio (Chinn y Jacobs, 1987). Esta actividad puede contener o no indicadores empíricos observables y puede describir actitudes o valores. Lo importante, dado el caso, es que de alguna manera faciliten la interpretación de la conceptualización.

El análisis de conceptos ayuda a diferenciar no sólo las discrepancias entre conceptos relacionados, facilita la identificación de variables críticas para el estudio teórico y empírico del fenómeno. Un estudio que ilustra muy adecuadamente estos procesos y se deriva de la experiencia de enfermería es el de Forsyth, GL. (1980), Análisis del Concepto de Empatía: Ilustración de un abordaje.

## **2:** Validación práctica de la teoría.

La naturaleza de la relación teoría práctica es evidente cuando se examina la actividad de validación teórica a la luz de la práctica. La actividad incluye la validación de las proposiciones teóricas en el campo de la práctica y es un paso esencial en el desarrollo teórico. La validación es un intento de mirar nuevamente las conclusiones derivadas de la teoría para así reconstruirla de manera más acorde con la experiencia. Así se puede afirmar que la teoría es válida, y en tanto más se acerque a evidencias que muestren su exactitud habrá más cercanía a la validación práctica. Este trabajo requiere esfuerzos en un período de tiempo determinado, de forma que se logre en el desarrollo de la teoría, un punto en que se muestre que es relativamente válida.

La teoría que se valida en la práctica, brinda una forma sistemática de desarrollo de conocimiento empírico substancial dentro de una disciplina. Y una vez el camino se ha delineado, se pueden encontrar otros colaboradores colaterales. De esta forma se amplía la posibilidad de explorar áreas aún no estudiadas. La teoría no es la ruta más fácil para dar respuesta a los problemas, pero sí provee conocimiento y comprensión para reforzar, en última instancia, la práctica de enfermería.

La validación de proposiciones teóricas en la práctica se puede hacer de dos maneras: por generación inductiva o por prueba deductiva.

La generación inductiva es una manera de naturaleza ampliamente descriptiva. Las observaciones y las experiencias se anotan y registran sistemáticamente y luego se completan con actividades de análisis conceptual y de relaciones teóricas, de manera que se genera la teoría. Estas actividades se pueden sobreponer, pero la idea general es que las observaciones de fenómenos en el campo de la práctica se utilice sistemática y consistentemente como un medio de refinar los constructos teóricos iniciales. Los datos obtenidos del campo clínico o práctico pueden conducir a la reestructuración de ideas, y también generar evidencias de que el investigador ha tomado la dirección correcta (Chinn y Jacobs, 1987).

Como su nombre lo indica la forma deductiva de prueba en la práctica, maneja el enfoque que contempla el estudio sistemático y planeado de las relaciones derivadas de la teoría. La teoría es la fuente de conceptos abstractos y de la predicción de las relaciones entre los conceptos. La validación práctica de estas proposiciones requiere la sustitución de los

conceptos abstractos por indicadores empíricos y la predicción de las relaciones teóricas que sugieren como se deben medir y probar.

La investigación para validar con deducción requiere determinar y probar la influencia de las variables importantes y sus relaciones más sobresalientes. La prueba de éstas dos características y de las que cambian la naturaleza del fenómeno se observan y se tienen en cuenta. Posteriormente los resultados del estudio se interpretan a la luz de la teoría en prueba y se hacen propuestas para estudios futuros y reconstrucción de la teoría (Chinn y Jacobs, 1987).

No toda la investigación llevada a acabo en el campo práctico contribuye a la validación teórica. La investigación enfocada a la solución de problemas, puede no contener bases teóricas y se puede enfocar hacia una determinada situación muy particular. Los resultados de este tipo de investigación pueden no ser relevantes, ni aplicables a otras situaciones y por la falta de una sustentación teórica no pueden utilizarse de manera sistemática como apoyo conceptual para otras investigaciones; aunque pueden servir para guiar el trabajo en situaciones análogas.

### 3: Cómo determinar si una teoría debe ser aplicada en la práctica.

El hecho de requerir teoría para el mejoramiento de la práctica, no elimina la prudencia y la precaución al utilizarla. Su aplicación prematura o inadecuada puede conducir a errores o malformaciones teóricas y prácticas de todo tipo. No todos los resultados de la aplicación teórica brindan guías específicas sobre lo que debe hacerse en determinada situación. La teoría tiene que tener una meta, y las metas de las teorías seleccionadas para la práctica, deben ser deseables para aplicación profesional. Si las relaciones teóricas son inadecuadas, o no representan la realidad con exactitud, la teoría no puede utilizarse, ni aún, de manera presumible, porque no logra la meta requerida para la práctica.

Toda esta discusión conduce a afirmar que la teoría no puede interpretarse como un principio o estándar para la práctica y debe aplicarse en la práctica de enfermería sólo, después de evaluar los requisitos que se requieren para su aplicación. Estos requisitos según Chinn y Jacobs (1987), son:

#### : Relación de la meta de la teoría y de la práctica.

La meta de la teoría debe ser examinada y comparada con los objetivos de la práctica, y juzgar si realmente es de valor para los requerimientos de la práctica misma. Para juzgar la precisión con que se puede aplicar la teoría para el logro de las metas de la práctica, es necesario que se cuente con estándares de práctica, o sea los valores en los que se soporta el ejercicio de enfermería.

#### : Factores situacionales.

Las circunstancias que son aplicables a la teoría, requieren congruencia con la situación en la cual se aplica la teoría. Este requisito se relaciona con la meta teórica, pero también tiene en cuenta consideraciones tales como los límites de la teoría, y extensión de los fenómenos o eventos a los cuales se aplica.

#### : Variables teóricas y variables de la práctica.

Se debe comparar de manera cuidadosa, las variables importantes en la construcción de la teoría

y las variables que tienen influencia directa en la situación práctica. En muchos casos variables que son importantes para la práctica, no se incluyen en el manejo teórico, y si éste sucede la teoría debe aplicarse con cautela. En el supuesto que existieran divergencias u omisiones substanciales, no se deber aplicar.

• **Componentes de la acción de enfermería.**

Este requisito debe contestar a la siguiente pregunta: La teoría proporciona explicación suficiente, con relación a las variables entre fenómenos, hasta el punto que la acción de enfermería es explícita o al menos claramente indicada? En otros términos: ¿las relaciones de la teoría brindan suficiente explicación para proveer las bases para la planeación y el desarrollo de la acción de enfermería? La respuesta a este requisito está ligada tanto a la meta, como a las variables comunes de la teoría y la práctica. Si las variables de la situación de enfermería se han juzgado similares a las de la teoría, y los fenómenos ocurrientes en la definición de relaciones se suceden igualmente en la situación práctica, la teoría entonces, puede dirigir la acción de enfermería.

• **Evidencia investigativa.**

Probablemente el requisito más importante para decidir si una teoría debe o no aplicarse en la práctica es la investigación. Si la evidencia investigativa que soporta las formulaciones teóricas iniciales es convincente y atrae suficientemente la atención de la disciplina, con seguridad esta teoría es susceptible de aplicación en la práctica.

Ya que muy pocas teorías están soportadas inequívocamente por evidencia investigativa, se deja al juicio del practicante en ejercicio si es justificable la aplicación de la teoría, en especial cuando se han reunido los demás requisitos para aplicación.

Una vez analizados estos requisitos para aplicar la teoría en la práctica, la enfermera debe valorar el potencial de observación y registro de los factores importantes para la aplicación de la teoría.

Las preguntas que deben responderse para este propósito son:

- ¿Se requiere la orientación del personal para el proceso de prueba de la teoría?
- ¿Cuáles son los arreglos y materiales previos necesarios para asegurar la exactitud del registro de las observaciones?
- ¿Hasta qué punto las actividades del ensayo afectan al ambiente general?
- ¿Se requieren previsiones especiales para la obtención y almacenamiento de la información?
- ¿Cómo se dará la información sobre la situación específica de prueba teórica a los clientes?
- ¿Cómo se valorarán y analizarán los datos obtenidos?
- ¿Si se logra, o no la meta teórica, cómo se explicarán o juzgarán los resultados? Se han preparado suficientes explicaciones alternativas para tener información que sustente la interpretación?

- ¿Cómo se recopilarán los resultados de las experiencias para poder comunicarlos a otros?

Si cada una de estas preguntas puede contestarse satisfactoriamente, entonces, la prueba puede ser factible (Chinn y Jacobs, 1987).

#### 4: Aplicación de teorías de otras disciplinas en la práctica.

Como una disciplina profesional y ciencia aplicada, enfermería utiliza mucha teoría prestada de otras disciplinas, en sus propuestas teóricas. Muchas disciplinas tienen ambigüedades para ubicarse dentro de límites estrictos, ya que sus cuestionamientos e investigaciones se superponen unas con otras. Es más, estas áreas de superposición disciplinar, se convierten muchas veces, en lugares que dan nacimiento a disciplinas enteramente nuevas. Lo singular a éste respecto en enfermería, no descansa en el hecho de la superposición en límites disciplinares, sino en el número de límites que se superponen con su contenido disciplinar. Una gran cantidad de superposiciones ocurren en la disciplina de enfermería porque en la mayoría de oportunidades actúa e interpreta de manera integral, holística, o unitaria, al fenómeno de su interés: el ser humano, el cual ha sido interpretado, por otras disciplinas, de manera compartimentalizada y reducible.

El verdadero problema de enfermería, es poder encontrar alguna forma de adaptar las numerosas interpretaciones y posiciones teóricas, muchas de ellas contradictorias, en su propia filosofía y su ambiente inmediato y particular. En el momento, enfermería no ha solucionado el problema de manera total.

Las teorías prestadas permanecen prestadas, en tanto no se adapten al ambiente y filosofía de enfermería y a su imagen del ser humano. Una vez las teorías sufran este proceso, se puede interpretar que las superposiciones disciplinares comparten un conocimiento común y no se habla en términos de teorías prestadas. Brown ofrece un ejemplo de esta metamorfosis y su complejidad al prestar de la sociología teorías de desprendimiento afectivo y socialización (Brown, 1963). Igualmente Whall presenta un ejemplo con el fenómeno la teoría de familia y en su artículo explica como algunas teorías de enfermería son compatibles con enfoques de teorías de familia.

123

#### 5: Construcción y evaluación de la teoría.

Cuando se desea utilizar una teoría, ya sea para aplicarla en la práctica, como base de sustentación investigativa, o como elemento sustantivo para el desarrollo de un curso, se hace necesario conocer como se describe, analiza y critica la teoría. De otra forma puede caerse en la aplicación inadecuada de la teoría, corriendo, el riesgo de desacreditar o interpretar inadecuadamente la propuesta teórica.

Es difícil el acuerdo sobre construcción, análisis, evaluación o crítica de la teoría. Por ello las bases de la discusión atinente, serán un resumen tomado de las propuestas de: Walker y Avant (1983), Stevens (1984), Meleis (1985), Chinn y Jacobs (1987), Walker y Avant (1988), y Fawcett (1995), quienes son las autoras de enfermería que con mayor claridad y exactitud manejan el asunto.

## Desarrollo y Construcción de la Teoría

Según Chinn y Jacobs (1987), el desarrollo de teoría requiere cuatro actividades: análisis de conceptos, construcción o elaboración de relaciones teóricas, prueba de las relaciones teóricas y validación práctica de la teoría.

### Análisis de conceptos

Cuando se trabaja en el mundo teórico, el requisito o tarea fundamental es el análisis de conceptos. Muchas veces este elemento no es valorado suficientemente, cayéndose entonces, en serios problemas para el trabajo teórico futuro. No es tarea fácil, ya que se tiende a hacer equivalencias de conceptos teóricos, con conceptos previos ya manejados.

Entender el significado del término concepto, ayuda a diferenciar el significado del concepto corriente y del análisis de concepto. Un concepto es "una formulación mental compleja de objetos, propiedades o eventos que se deriva de la experiencia individual y además de actitudes, sentimientos y valores que van adheridos al concepto". El mismo símbolo o nominación puede utilizarse para representar más de un fenómeno.

Lo que pretende el análisis de conceptos, con relación al desarrollo teórico, es aclarar y examinar la nominación genérica del concepto, eliminando las múltiples interpretaciones o determinando con exactitud el significado único relacionado con la teoría y sus asociaciones con los valores, actitudes y sentimientos que representa. El análisis de conceptos considera tres aspectos: La interpretación genérica o corriente del concepto, o sea el símbolo mismo, las bases empíricas del concepto genérico y las percepciones que han logrado entrelazar el concepto en sí mismo con el concepto genérico y que son las responsables del concepto formulado.

Visto con este enfoque, el análisis de conceptos es esencialmente una oportunidad empírico científica de integrar al conocimiento empírico, el estético, ético y personal. Como tal, el análisis de conceptos se utiliza para dar objetividad a la realidad, utilizando el lenguaje como instrumento básico.

Aunque el análisis de conceptos se basa en suposiciones empíricas, la adecuación del análisis de conceptos no se juzga con base en la validez empírica, la predictibilidad o la repetición. Se juzga en términos de si el razonamiento que se ofrece en el análisis es adecuado para el propósito o la necesidad que se ha identificado. El análisis da como resultado la identificación de áreas en las cuales es posible y deseable llevar a cabo la validación, pero la veracidad o validez no requiere validación empírica.

Las técnicas para el análisis de conceptos son adaptadas de Walker y Avant (1988) y no se presentan como una receta de trabajo. Son formas de pensamiento, ejercicios mentales y técnicas utilizadas para poder entender hasta las últimas consecuencias lo que implica el análisis.

El propósito del análisis es llegar a una definición *tentativa* de un concepto y determinar un grupo de criterios a través de los cuales se pueda juzgar si los fenómenos empíricos asociados con el concepto, existen en una situación particular. El término *tentativa* se utiliza porque la definición y los criterios del concepto pueden modificarse de acuerdo con evidencias disponibles, a medida que se perfecciona la teoría, pero esto no significa que el concepto no sea preciso y válido en su momento. La técnica de análisis se resume en los siguientes pasos:

## Identificación del concepto

Dar al concepto un nombre, nominación o identificación. Esta identificación se puede hacer con una palabra común, con una palabra prestada o acuñada, o acomodando dos o más palabras comunes y dándole un sentido que se ajuste a la necesidad. Muchas veces se utiliza una frase que se ajuste al sentido del concepto. Lo importante, en este caso, es seleccionar una opción clara que capture el sentido que se pretende comunicar.

## Metas del análisis

El trabajo básico del análisis, en primera instancia, es fijar las metas del análisis. Esto facilita el análisis porque da un rumbo al trabajo y fija los límites del mismo. Igualmente, las metas ayudan a mantener y clarificar la consistencia entre las creencias de enfermería, el ser humano, el contexto, la salud y el cuidado.

## Examen de las definiciones comunes existentes

El examen del uso común del concepto ayuda a determinar ciertas ideas y percepciones comunes que son espontáneas al concepto, e igualmente ciertos elementos comunes acerca de objetos que representan la mencionada palabra. El significado del diccionario es útil, en las primeras etapas del análisis. Muchas veces los conceptos abstractos sobrepasan cualquier forma común de alcance del sentido propio del concepto.

## Construcción de casos

La construcción de casos facilita probar ideas que se cree están incluidas en la definición del concepto. A partir de este ejercicio, los conceptos pueden comenzar a clarificarse.

125

### : Casos Modelo

En esta situación un evento, objeto o propiedad se describe, de la mejor manera posible, como ejemplo representativo del concepto, de la siguiente manera: "si esto no es X, entonces nada es". Cuando se manejan conceptos muy abstractos como es el caso de enfermería, la situación se complica. El caso modelo debe ser descrito, hasta el punto de explicar claramente el caso. Ejemplo *ser maternal* o *servir de madre*. El caso modelo debe desarrollarse lo suficiente, hasta el punto de demostrar en una imagen mental muy clara, tal concepto. La teorista al desarrollar el caso modelo se debe preguntar: ¿qué es lo que hace semejante a este ejemplo con el concepto descrito?

### : Casos contrarios

Una vez se han establecido los casos modelo para el concepto, se pueden construir otro tipo de casos. El caso contrario es el que no es un ejemplo del concepto analizado, y se aclara respondiendo a la siguiente pregunta: ¿qué hace que este caso no sea igual al concepto descrito? Comparando las diferencias entre los modelos, es posible revisar, adicionar o delimitar criterios que faciliten el entendimiento del concepto.

### : Casos relacionados

Una tercera forma de casos son los relacionados. Es una forma muy productiva para el análisis de conceptos ya que los ejemplos representan similitudes, pero con diferentes conceptos. El examen de las diferencias de los conceptos entre casos relacionados, envuelve un análisis simultáneo de éstos.



: Casos limítrofes

Este es similar al caso relacionado, pero es un ejemplo seleccionado de aplicación metafórica del concepto. El aspecto interesante de la utilización metafórica es que facilita la utilización de elementos críticos del concepto.

## Prueba de casos

Las técnicas de construcción de casos pueden facilitar la prueba de casos. Por ejemplo, el examen de varios contextos sociales, dentro de los cuales se mueve el concepto, puede ser de ayuda. *Ser maternal* puede variar de significado si se cambia el contexto social aplicable al concepto, es más, sin variar el contexto, puede cambiar el significado de persona a persona. Por ello la prueba de casos adiciona o aclara interpretaciones del contexto.

## Formulación de criterios

Los criterios del concepto emergen del mismo proceso de análisis, de manera gradual. Una vez que los casos se formulan y se prueban, los criterios comienzan a definirse de una manera más concreta. Estos criterios sirven para guiar el reconocimiento del fenómeno en todos los ejemplos o situaciones en que presumiblemente ocurre. Igualmente brindan elementos de diferencia entre fenómenos de interés y de otros fenómenos relacionados.

A medida que los criterios se desarrollan y refinan, los elementos sobresalientes del concepto se reafirman, bien sea obteniéndolos de la experiencia directa observable, o por la literatura disponible. Los criterios deben expresar aspectos cuantitativos y cualitativos del fenómeno además de sugerir una definición para el nombre genérico del criterio. El propio criterio es más complejo que la nominación genérica y por lo tanto aporta mayor precisión para la descripción del fenómeno.

El proceso de definición de criterios para conceptos abstractos, es mucho más difícil y requiere un proceso complejo, ya que los criterios se tornan también abstractos y en muchas ocasiones imprecisos.

## Construcción de las relaciones teóricas

El proceso de análisis de conceptos conduce directamente al teorista a la *construcción de relaciones teóricas* y este ejercicio se lleva a cabo sin formular las proposiciones de prueba. También se puede llegar a este paso directamente, dibujando las relaciones a partir de la propia experiencia, de los pensamientos propios y de las construcciones de otras propuestas teóricas.

La actividad de construir relaciones teóricas envuelve básicamente, hacer enlaces sistemáticos entre las palabras simbólicas u otros símbolos de los diferentes conceptos. A través de esta actividad, la teoría logra una forma y estructura que se desarrollan lógicamente. Sin embargo, el ejercicio de construir relaciones no sigue una secuencia específica, y cada tarea debe completarse para poder construir las relaciones teóricas. Estas tareas son:

- I: Identificar y definir los conceptos principales de la teoría.  
Esta tarea permite especificar la realidad que representan los conceptos más importantes. Con el análisis de conceptos se logra identificar claramente el significado teórico de los términos de importancia de la teoría.



- 2: Identificar los supuestos sobre los que descansa la teoría.  
Estos son las *verdades* de las cuales, y con las cuales avanza el razonamiento teórico.
- 3: Clarificar la meta u objetivo teórico y los límites de la teoría, o en su defecto las situaciones en las cuales se espera poder utilizar la teoría.  
Los límites de la teoría se relacionan muy de cerca con la meta de enfermería que pretende alcanzarse y propone las condiciones bajo las cuales la teoría debe utilizarse. Igualmente determina las circunstancias requeridas en caso que la teoría sea útil para los propósitos identificados y finalmente
- 4: Formular las relaciones entre las definiciones. Esta es la operación central de la actividad. Con el fin de obtener teorías útiles para explicar y predecir, se debe formular la relación de definiciones entre los conceptos. Estas definiciones deben ser todo lo abstractas que sea posible, es decir, que no estén ligadas a situaciones específicas. La construcción de la base de las relaciones teóricas brinda la dirección para poder refinar y desarrollar el resto de actividades del sistema teórico. La observación de cómo se sucede esta tarea, puede apreciarse examinando cada componente de la actividad sistemáticamente.

Cada una de estas tareas se explica con mayor profundidad y precisión y con ejemplos en los textos mencionados anteriormente.

### Prueba de las relaciones teóricas

Es una actividad que define hasta que punto las definiciones teóricas, corresponden a la experiencia. Aunque esta actividad no es un requisito para todo tipo de teorías, es una operación importante en el logro del desarrollo científico empírico. La actividad de prueba empírica de las relaciones de las definiciones teóricas, incluyendo la prueba de hipótesis, se considera el hecho más importante y básico que encara una teoría y la correspondiente realidad en la cual se puede aplicar.

127

Como las teorías son abstracciones de la realidad, es necesario llevar a cabo una traducción de la teoría, a aquellos aspectos empíricos y observables para poder así, llevar a cabo la prueba. Una teoría puede no ser probada, pero sí pueden acumularse elementos de soporte, si varias de las relaciones teóricas se demuestran consistentemente, de manera que representen una razonable realidad empírica. Si la prueba empírica de las relaciones no se sustenta con evidencias, las relaciones se tornan inaceptables, y se deben buscar entonces, explicaciones teóricas alternativas.

La actividad de probar las relaciones teóricas, comprende varios pasos:

- 1: Formulación de las definiciones de relación específicas, en varios casos una hipótesis, y en otros una pregunta o cuestionamiento de relación.
- 2: Determinar las definiciones operativas necesarias, para validar las definiciones.
- 3: Validar las definiciones a través de métodos sistemáticos.

### Validación práctica de la teoría

La actividad de *validación práctica de la teoría* es un requisito para una teoría para la práctica. Es algo similar a la prueba de relaciones entre definiciones puesto que el examen sistemático de

eventos empíricos es el que representa la ocurrencia de los conceptos teóricos. La diferencia radica en que en estas últimas actividades, las relaciones se examinan en la situación natural, en donde operan las variables que tienen influencia en las relaciones propuestas. La validación práctica de la teoría ayuda a determinar la capacidad de la teoría para describir, explicar y prescribir las relaciones en situaciones en las cuales se aplica la teoría. Es de esperarse que si la mayoría de los factores examinados, que tienen influencia en el fenómeno, son reales, y que si las relaciones de la teoría son exactas, las relaciones permanecerán sin importar la naturaleza de los factores de la situación que influyen el fenómeno.

La validación práctica de la teoría comprende tres subcomponentes:

- 1: Selección de la situación natural.
- 2: Determinación y valoración de las variables que no se están estudiando de manera directa.
- 3: Selección y desarrollo de un método sistemático de validación.

### Componentes de la teoría

Según Meleis (1985), la teoría comienza con una serie de supuestos que, o bien, han sido probados empíricamente, o han sido aceptados como supuestos por un número previo de teorías o por investigación. Pueden evolucionar desde un punto de vista filosófico, ideológico, de consideraciones éticas, o por herencias culturales, estructuras sociales o por haber sido hipótesis previamente sustentadas.

Meleis (1985) y (Chinn y Jacobs, 1987) explican de manera diferente, pero no contradictoria los componentes de la teoría. Meleis propone dos criterios con sus correspondientes unidades de análisis, para la descripción de la teoría:

Descripción de la teoría	
Criterios	Unidad de análisis
Componentes estructurales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuestos</li> <li>• Conceptos</li> <li>• Definiciones o postulados</li> </ul>
Componentes funcionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque</li> <li>• Cliente</li> <li>• Cuidado</li> <li>• Salud</li> <li>• Interacciones enfermera/cliente</li> <li>• Contexto o ambiente</li> <li>• Problema de enfermería</li> <li>• Terapéutica de enfermería</li> </ul>

• Tabla 4. | Tomado literalmente de Meleis, 1985, p. 147

El origen de los supuestos ya fue explicado anteriormente. Cuando se determina la estructura de la teoría se debe utilizar la descripción que permite una búsqueda cuidadosa de los supuestos

inherentes a la teoría y además tener en cuenta aquellos no tan implícitos, pero que de alguna manera pueden tener influencia sobre los postulados teóricos en general. Las teorías más efectivas son aquellas en que se explicitan los supuestos que guían el pensamiento teórico, ya que entre menor ambigüedad, menor el riesgo de interpretar erróneamente las condiciones teóricas y sus metas.

El otro componente de la teoría son los conceptos. Los conceptos sobre los cuales se construye la teoría deben definirse con claridad, deben tener una descripción conceptual propia, límites y pueden ser primarios, es decir, conceptos originados por la propia teoría, o derivados de otras teorías. Los conceptos sobre los que existe un acuerdo previo, son simples en su definición. Los derivados se manejan dentro del contexto teórico y generalmente se basan en conceptos primarios.

Los conceptos también tienen cualidades de abstracción y concreción en sus dimensiones, lo cual corre paralelo con la complejidad o simplicidad de los planteamientos teóricos. Tanto los supuestos, como los conceptos pueden determinarse de manera simultánea o de manera cíclica.

Las definiciones o postulados son definiciones que se delinear y describen de manera totalmente intencional y consciente. La proposición describe las propiedades y dimensiones del concepto. También puede ser una definición de las relaciones entre dos o más conceptos. Las proposiciones o postulados proveen a la teoría con poderes de descripción, explicación o prescripción. Si se consideran las relaciones de los supuestos y los postulados, se expresa un mayor poder de explicación.

La descripción de los componentes funcionales es el paso siguiente planteado por Meleis (1985). El análisis funcional describe la teoría en términos del dominio propio de enfermería.

129

A diferencia del análisis estructural, una valoración funcional de la teoría, puede anticipar con cierto cuidado, las consecuencias de la teoría y su propósito. La descripción se hace teniendo en cuenta los aspectos del dominio de la enfermería así:

- 1:** ¿Sobre quién actúa la teoría? Esta es la pregunta más importante ya que da claridad sobre la función de la teoría. La teoría enfoca su interés en el cliente, la familia, los grupos, la sociedad; o la teoría apunta su mira hacia otros aspectos. La mira a la cuál apunta la acción de la teoría denota la valoración de la meta, y la intervención. La meta de enfermería debe ser el cuidado del cliente en toda la amplitud de la palabra.
- 2:** ¿Cuáles son las definiciones que la teoría aplica al cuidado, al cliente, la salud, los problemas de enfermería, el contexto, y las interacciones cliente enfermera? ¿Estas definiciones son claras y explícitas?
- 3:** ¿La teoría ofrece una idea clara de cuáles son las bases del problema de enfermería? ¿Ya se encuentran dentro o fuera del individuo?
- 4:** ¿La teoría brinda comprensión o explicación acerca de las formas de intervención de enfermería? Las variables que se manipulan están bien determinadas? ¿Están claramente definidos los puntos de entrada para la intervención de enfermería? ¿El centro de la intervención está justificado en la teoría?

- 5: Existen guías para las diferentes modalidades de intervención? Son específicas? ¿Y existe potencial para el desarrollo real de las modalidades de intervención?
- 6: Siendo la teoría de enfermería brinda guías para el desarrollo del rol de la enfermera?
- 7: Las consecuencias de las intervenciones de la enfermera están articuladas dentro de la teoría? ¿Son intencionales o no intencionales? positivas o negativas, anticipadas y esquematizadas? ¿Existe un plan para enfrentar estas consecuencias derivadas de la claridad anterior?

Estos criterios son generalmente consistentes con los ofrecidos por otros autores de la literatura de enfermería, tales como Dickoff, James y Wiedenback (1968) y Stevens (1984).

Por su parte Chinn y Jacobs (1987) proponen los siguientes elementos para la descripción de los componentes de la teoría, partiendo de la siguiente definición: "Teoría es un grupo de proposiciones, conceptos y definiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, y determina además, ciertas relaciones específicas entre los conceptos; con el propósito de describir, explicar y predecir". Adherido en esta definición, se encuentra el requerimiento de propósito, meta u objetivo de la teoría. La teoría generalmente se construye con algún propósito evidente o deseado. Las metas pueden variar, pero en ningún momento dejar de existir.

Los componentes de la teoría se resumen en: propósitos o metas, conceptos, definiciones y supuestos. Además, el *concepto teoría* maneja aspectos tales como *sistemático, grupo, e interrelaciones específicas*, por ello debe incluir un componente de relaciones entre conceptos y una estructura identificable.

## Propósito o meta

La meta es el propósito general para el cual fue definida la teoría y sugiere los límites de los eventos en que se aplica. La meta puede identificarse al responder la siguiente pregunta: ¿Por qué se formuló la teoría?

Una manera útil de comprender el significado de la meta de la teoría es proyectando las relaciones conceptuales dadas en la estructura teórica. Una vez se han visualizado las relaciones, la meta puede verse como un punto dado, muchas veces como un fin o como un punto de partida para el razonamiento teórico. Para determinar las metas se requiere cuidado, ya que determinar una meta que abarca más allá de la estructura teórica, y sus relaciones, puede conducir a suposiciones inválidas.

En la teoría que es útil para la práctica, la meta implica que la teoría puede ser usada para algo. Lograr metas requiere de la práctica real de enfermería. En estas teorías los conceptos incluyen acciones y comportamientos que contribuyen al propósito de la meta. Otro tipo de metas son de interés para enfermería pero no se derivan de acciones de enfermería, especificadas en la teoría, y pueden o no ocurrir como resultado de acciones específicas de enfermería.

La pregunta que surge es: ¿Cómo se diferencian las metas de los conceptos, si las primeras son igualmente conceptos y son parte de la matriz teórica?

## Conceptos

Sobran explicaciones al respecto de la necesidad de la clara definición de los conceptos, para entender y aplicar la teoría. Los conceptos representan objetos, propiedades o eventos dentro de la teoría. Una vez se han identificado los conceptos importantes de la teoría, surgen inquietudes a cerca de su organización conceptual y de su naturaleza. Se requiere entender si los conceptos son entidades únicas, o tienen conceptos derivados. Aclarado este hecho, los rudimentos de las relaciones estructurales comienzan a aparecer.

La información a cerca de la organización y cantidad de conceptos, requiere complementarse con consideraciones sobre la esencia y cualidad de los mismos. Al describir la teoría se requiere determinar el universo de conceptos, los cuales deben ser agrupados y escrutinizados para conocerlos en: cantidad, carácter, relaciones y estructuras. Esta descripción es crucial, porque la cantidad y carácter de los conceptos de la teoría determinan la naturaleza de las relaciones teóricas, la forma y estructura, y las definiciones.

## Definiciones

Son el tercer ingrediente de la teoría y requieren escrutinio en cualquier planteamiento teórico. Por definición se entiende cualquier intento para clarificar el significado de un concepto, bien sea implícito o explícito. En general las definiciones existen para clarificar la naturaleza de las abstracciones, que deben aparecer mentalmente cuando se define la palabra utilizada para el concepto. Las definiciones deben clarificar la naturaleza de las relaciones entre las palabras representativas de los conceptos y la realidad empírica que la palabra simboliza o representa.

Al describir las definiciones es importante preguntarse: ¿Cuáles conceptos se han definido? y cómo se han definido? No siempre es fácil reconocer las definiciones, porque muchas veces, no se citan explícitamente dentro del contenido teórico.

Es necesario tener en cuenta cuáles conceptos están definidos y qué tan explícita o implícitamente han sido definidos. Igualmente, detectar términos claves que no se encuentran definidos. Luego de determinar si los términos están definidos, se proponen o examinan el tipo de definiciones que ofrece la teoría.

Una manera de valorar cualitativamente las definiciones es describiendo la amplitud con que la definición explica específicamente, las propiedades de los fenómenos mismos y la amplitud con la que la definición describe características o factores asociados con el fenómeno. Ambos tipos de evaluación son útiles.

Un elemento pertinente, para determinar la calidad de las definiciones, es analizar la claridad con que guían la definición hacia los indicadores empíricos. La definición que muestra los rasgos empíricos, probablemente, es más específica que una que no lo hace.

Una vez se han identificado las definiciones de la teoría, los conceptos claves que no se han definido se identifican fácilmente. Asimismo, se puede aclarar si se utilizan definiciones semejantes para conceptos diferentes, si se maneja el mismo concepto para definiciones distintas, o si algunos conceptos se definen de manera poco convencional.

La concisión en las definiciones también es importante. Y por último determinar cuáles términos son suficientemente claros sin definición correspondiente, y cuales definiciones se enmarcan en otros términos.

## Relaciones

El enunciado de las relaciones es el cuarto componente de la teoría. Facilita la especificación de los enlaces o articulaciones entre los conceptos. La naturaleza de las relaciones de la teoría, puede ser algo difícil de percibir, y construir, particularmente en teorías en estado de desarrollo temprano. Las relaciones se definen como enlaces conceptuales, pero sin hacer énfasis en su estructura física. Pueden tomar diferentes formas, y éstas en conjunto con la estructura ayudan a definir si la teoría se cataloga como descriptiva, explicativa o prescriptiva.

Una vez se ha intentado determinar las relaciones, se pueden hacer las siguientes preguntas: Los conceptos que permanecen aislados, se relacionan con otros? ¿Hay conceptos relacionados con otros en múltiples formas y existen otros que sólo se relacionan en una o dos formas? ¿Existen desbalances en las relaciones conceptuales, es decir, hay algunos conceptos con los cuales se relacionan otros conceptos de manera múltiple, pero a su turno aquellos no se relacionan con ningún otro?

La naturaleza de las relaciones facilita guías para comprender la meta de la teoría y los supuestos en los que ésta se basa. Un concepto que no se relaciona con otros conceptos claves puede ligarse a la teoría a través de un supuesto, especialmente cuando su relación teórica no está explícitamente definida. Un concepto que tiene relaciones con varios conceptos más, pero de manera unidireccional (o sea que las relaciones o articulaciones terminan con el concepto), puede ser la meta de la teoría.

Una vez se han identificado las articulaciones o lazos teóricos, se debe valorar la naturaleza y carácter de los mismos. Esta valoración busca determinar cuáles enlaces generan una apreciación para poder medir el poder y la dirección de las relaciones.

Cuando las relaciones se examinan para determinar su poder, se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Las relaciones son descriptivas, o explican los enlaces? ¿Existen evidencias de que algunas relaciones sean predictivas de algún resultado?, o ¿generan un resultado?

Las relaciones de una teoría que describe, simplemente aseguran que los conceptos están relacionados. La explicación muestra como se interrelacionan los conceptos y da significado al conjunto de las relaciones. La predicción incluye el *si ocurre tal...*, en el suceso del fenómeno, y cuando las predicciones tienen validez empírica, pueden basarse en la explicación inicial.

La valoración relativa del poder de los enunciados de las relaciones, es seguida por una valoración de los diferentes tipos de relaciones existentes entre los conceptos y de la dirección de estas relaciones. Se pueden plantear los siguientes cuestionamientos: La mayoría de las relaciones son ¿descriptivas?, ¿explicativas?, ¿predictivas?, ¿prescriptivas? ¿Existe una mezcla de poderes en las relaciones? ¿Cuáles conceptos se relacionan de manera descriptiva? ¿Cuáles se relacionan para explicar? ¿Cuáles para predecir o prescribir? ¿Si hay relaciones predictivas cuál es su dirección? Las relaciones predicen resultados positivos, negativos o neutros? ¿Existe una mezcla en la

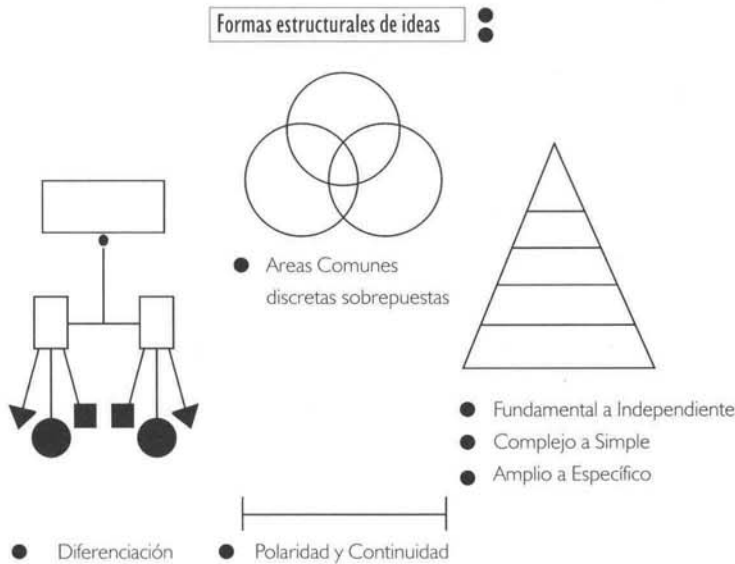
dirección? ¿Existe una mezcla de impresiones con relación a las relaciones, es decir, para algunos conceptos las relaciones son descriptivas, para otros explicativas y para otros predictivas o prescriptivas? Finalmente se debe poner atención a la dificultad o facilidad relativa con la cual se describen las relaciones.

## Estructura

La estructura de la teoría da forma a las relaciones conceptuales que se han identificado. Aunque el enunciado narrativo de relaciones puede sugerir la forma teórica, algunas veces no lo sugiere de manera aparente y clara.

Determinar la estructura teórica no es tarea fácil, ya que muchas veces los conceptos no encajan en cierta forma estructural determinada, ésto conlleva a que varias estructuras compitan dentro del presupuesto teórico. La figura que se muestra a continuación es un ejemplo de diferentes estructuras.

El dibujo triangular sugiere una inclusión de ideas derivadas y relacionadas, pero que varían en amplitud y simplicidad. Es más, insinúa que existen conceptos básicos sobre los cuales se soportan otros subconceptos. Los círculos sobrepuestos describen la noción de componentes discretos que tienen áreas comunes entre ellos, sin una jerarquía determinada, pero sí traslapada. Esta estructura permite entender que los tres componentes del esquema, están separados pero que en alguna instancia se sobreponen y en ella se comportan integralmente; además, se muestra que cada dos círculos comparten un espacio. La línea horizontal representa un continuo y sugiere una relación lineal y hasta gradual. La otra estructura transmite la idea de diferenciación, al plantear la división de conceptos mayores en subconceptos; y esta división puede continuar indefinidamente.



● Figura 4.2 Tomado literalmente de Chinn y Jacobs, 1987, p. 125.

Si las relaciones de conceptos se han determinado cuidadosamente, la estructura teórica debe llegar a ser evidente. Al determinarla se debe comenzar por las relaciones más obvias, las más



centrales. La dirección, la potencia, y la calidad deben tenerse en cuenta, para así especificar una estructura representativa. Mirar el orden de aparición de las relaciones puede facilitar la construcción estructural. Es importante tener en cuenta, si las relaciones se mueven en dirección a, o en contra de y si cohesionan los conceptos, o los diferencian.

Cuando es difícil determinar la estructura de una teoría, una forma que facilita su comprensión es simplemente listando los conceptos tal como se presentan. Un esquema de este orden facilita comprender la organización de las ideas, ya que se requiere cualquier tipo de estructura para poder visualizar el flujo de las relaciones teóricas; lo cual es esencial para el manejo de la teoría.

## Supuestos

El último componente teórico que requiere discusión son los supuestos. Son éstos las *verdades* aceptadas y fundamentales para el razonamiento teórico. Para descubrir los supuestos sobre los cuales se basa la teoría, es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que el autor determina como verdadero o cierto? o como valor aceptado? Esta pregunta debe hacerse una vez se hayan ligado y estructurado los conceptos con enunciados de relación y se hayan descrito las definiciones y determinado las metas.

Muchos autores hacen explícitos los supuestos. En dado caso, lo hacen de acuerdo con su naturaleza y número. Una vez se determinan los supuestos explícitos e implícitos de la teoría, se puede valorar la posición adoptada por el teorista preguntando:

¿Qué supone el teorista que es de valor, bueno, correcto, qué vale la pena o es incorrecto? La importancia de los valores teóricos radica en su utilidad para enfocar algunas tendencias no claras en los supuestos.

Los supuestos adoptan formas variadas y esto hace algunas veces compleja su identificación. Por ejemplo, se pueden presentar como relaciones explícitas, posiciones valorativas. Los supuestos basados en conocimiento son aquellos que son conocibles por su contenido empírico. Los supuestos relacionados con valores implican un juicio valorativo.

Determinados los supuestos teóricos, la teoría se puede examinar con mayor objetividad, particularmente si teorista y evaluador discrepan acerca de los supuestos y la discrepancia se reconoce.

A continuación se propone una guía que facilita la descripción de una teoría. Siendo una propuesta se debe tomar como tal y por lo tanto es susceptible de modificaciones. Pero para la persona que comienza a trabajar en aspectos de desarrollo teórico, puede funcionar como instrumento inicial de trabajo (Chinn y Jacobs, 1987).

# Guía para la Descripción de una Teoría

## Conceptos

- ¿Existe un concepto clave o general, con subconceptos organizados bajo su estructura?
- ¿Cuántos conceptos tiene la teoría? Cuántos de éstos son generales? Cuántos menores?
- ¿Los conceptos pueden ordenarse? ¿Relacionarse? ¿Configurarse dentro de algún tipo de representación? ¿Hay conceptos que no pueden relacionarse?
- ¿Hay conceptos amplios? ¿Reducidos? ¿Hasta que grado de empirismo o abstracción llegan los conceptos?
- ¿Cuál es el balance de conceptos muy abstractos y altamente empíricos?
- ¿Los conceptos representan objetos, propiedades o eventos?
- ¿Existen conceptos relacionados entre sí? ¿Estrechamente?

## Definiciones

- ¿Cuáles conceptos se han definido? ¿Cuáles no?
- ¿Los conceptos se definen implícita o explícitamente?
- ¿Cuáles conceptos están específicamente definidos? ¿Cuáles por asociación?
- ¿Cuáles conceptos se han definido por su uso contextual?
- ¿Hay definiciones que compiten por algunos conceptos? ¿Hay definiciones semejantes para conceptos diferentes?
- ¿Existe algún concepto que no requiere definición?
- ¿Se proponen definiciones conceptuales contrarias al uso común?

## Metas

- ¿Por qué se ha formulado la teoría?
- ¿Se ha propuesto una meta general? ¿Una jerarquía de metas? ¿Numerosas metas separadas?
- ¿Hay una meta para la enfermera? ¿Para el cliente? ¿Para la sociedad? ¿Para la salud?  
¿Cuáles son?
- ¿Qué tan amplia o limitada es la meta?
- ¿Cuál es la orientación de valores que tiene la meta? ¿Positiva negativa o neutra?
- ¿La meta teórica se deriva de acciones de enfermería?

¿La meta o metas reflejan descripción, explicación, predicción o prescripción de fenómenos?

¿Cuándo o en qué momento la teoría deja de ser aplicable? ¿Cuál es su punto final?

## **Relaciones**

¿Cuáles son las relaciones más importantes de la teoría?

¿Cuáles relaciones están implícitas, cuáles son obvias?

¿La descripción de relaciones incluye la totalidad de conceptos? ¿Cuáles no se incluyen?

¿Algunos conceptos están incluidos en diferentes y múltiples relaciones?

¿Existe una jerarquía de relaciones? ¿Las relaciones plantean descripción, explicación, predicción, prescripción?

¿Existe alguna combinación de éstas?

¿Las relaciones son direccionales? ¿Cuál dirección se aprecia? ¿Son neutras?

¿Existen relaciones mezcladas, que compiten entre ellas, o son incongruentes?

¿Se ilustran las relaciones?

## **Estructura**

¿Cómo se organizan las ideas de manera general?

¿Si se esquematizara, cómo se vería la teoría?

¿Las relaciones expanden los conceptos en todos más complejos y vice versa? ¿Se entrelazan los conceptos de forma lineal?

¿La estructura mueve los conceptos hacia la meta? ¿Los aleja?

¿Se pueden detectar estructuras diferentes? ¿Cuál es su forma?

¿Se puede percibir que más de una estructura está representada en las relaciones?

¿No se aprecia una estructura determinada?

## **Supuestos**

¿Qué supuestos dan base a la teoría? ¿Están implícitos o explícitos?

¿Cómo se describe el cuidado de enfermería, el cliente, el ambiente y la salud?

¿Los supuestos tienen una orientación de valores? ¿Cuál es?

¿Los supuestos pueden ser verificados?

¿Los supuestos se ubicaron dentro de la estructura teórica? ¿Con anterioridad, dentro o en

seguida del razonamiento teórico?

¿Los supuestos se pueden ordenar jerárquicamente o en otro orden dado?

¿Los supuestos tienen una relación identificable con las relaciones y la estructura?

¿Hay supuestos que compiten entre ellos?

## Selección de una teoría o modelo para la práctica

Antes de terminar el capítulo, es importante mencionar algunos puntos de interés que se deben tener en cuenta una vez que una enfermera determina utilizar una teoría o modelo como base para la práctica.

- 1:** En primera instancia es necesario aclarar la posición filosófica y los valores personales y confrontarlos con los conceptos paradigmáticos de enfermería. Esta labor es necesaria porque cada autora propone interpretaciones desde la propia construcción de su realidad. Por lo tanto las dos conceptualizaciones deben coincidir paradigmáticamente, o de lo contrario se presentará incongruencia entre lo postulado por la teorista y la enfermera.
- 2:** Antes de seleccionar una teoría o modelo se requiere un análisis detallado de varios de ellos, que coincidan paradigmáticamente.
- 3:** Comparación de contenidos de la teoría o modelo con las expresiones filosóficas y de imagen de la realidad, en especial con las formas de práctica utilizadas normalmente por la enfermera.
- 4:** Selección de la teoría o modelo que más se acerque a las creencias, conceptualizaciones y prácticas personales.
- 5:** Utilización de la teoría o modelo en una variedad de situaciones de enfermería para determinar su utilidad (Fawcett, 1995).

Carpers (1986), señala un hecho importante en cuanto a la utilización de teorías o modelos para práctica. Sugiere que se requiere determinar si el ambiente de la práctica de enfermería permite utilizar explícitamente la teoría o modelo, es decir, si existe capacidad real y disposición personal para desarrollar la práctica con base en la teoría o modelo y estudiar adicionalmente si otro personal de enfermería lo utilizaría. Además sugiere un estudio de utilización de recursos para la implantación.

El novicio que quiere utilizar teoría o modelo conceptual debe encarar las dificultades con decisión. La adopción de estas modalidades de trabajo requiere de la remodelación de la mente y pensamiento de las enfermeras y de la adopción de nuevos vocabularios y costumbres de trabajo. Por lo tanto, si se desea éxito se requieren esfuerzos sistemáticos y organizados.

Adicionalmente, se puede aconsejar que para un primer análisis y evaluación con miras a la utilización de una teoría o modelo, se utilicen guías facilitadoras. De esta forma el novicio puede seguir paso

a paso cada etapa de análisis y no omitir criterios, ni pasos importantes. Así se toma la decisión de acuerdo con las expectativas filosóficas y profesionales.

## Referencias

- Burns, N. & Gove, SK. (1987) **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1966) **Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social**. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Capers, CF (1986) Using nursing models to guide nursing practice: Key questions. **Journal of Nursing Administration**. 16, 11, 40-43.
- Chenitz, WC. & Swanson, JM. (1986) **From Practice to Grounded Theory**. Menlo Park, Cal.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Chinn, P. & Jacobs, M. (1978) A model for theory development in nursing. **Advances in Nursing Science**. 1, 1, 1-11.
- Chinn, P & Jacobs, M. (1987) **Theory and Nursing**. 2nd Ed, ST Louis: The CV. Mosby Company.
- Conway, ME. (1985) Toward greater specificity in defining nursing's metaparadigm. **Advances in Nursing Science**. 7, 4, 73-81.
- Dickoff, J & James, P. (1968) A theory of theories: A position paper. **Nursing Research**. 17, 3, 197-203.
- Dickoff, J & James, P. (1968) Reascerching reaserch's role in theory development. **Nursing Research**. 17, 3 204-206.
- Dickoff, J; James, P. & Wiedenbach, E. (1968) Theory in a practice discipline: Part I. **Nursing Research**, 17, 5, 415-435.
- Dickoff, J; James, P. & Wiedenbach, E. (1968) Theory in a practice discipline: Part II. **Nursing Research**. 17, 6, 545-554.
- Fawcett, J. (1995) **Analysis and Evaluation of Conceptual Models in Nursing**. 3er Ed. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Meleis, Al. (1985) **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Omery, A. (1983) Phenomenology: A method for nursing research. **Advances in Nursing Science**. 5, 2, 63-72.
- Polit, D. y Hungler, B. (1987) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. 2da. Edición. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Silva, MC. y Rothbart, D. (1984) An analysis of changing trends in philosophy of science on nursing theory development and testing. **Advances in Nursing Science**. 6, 2, 1-13.
- Stevens, BJ. (1984) **Nursing Theory**. Boston: Little, Brown and Company.
- Stern, PN. (1980) Grounded theory methodology: its uses and process. **Image**. 12, 1, 20-23.
- Walker, L. y Avant, K. (1988) **Strategies for Theory Construction in Nursing**. 2<sup>nd</sup> Ed. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts.

“ *Adiós, dijo el Principito*  
*Adiós, dijo el zorro: He aquí mi secreto.*  
*Es muy simple: no se ve bien sino con el*  
*corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.*  
*Lo esencial es invisible a los ojos, repitió el Principito, con el fin de acordarse.* ”

Antoine de Saint-Exupéry

En capítulos anteriores, se discutió la necesidad de la investigación para el desarrollo del componente disciplinar de enfermería. Sin embargo, hay aspectos significativos, relacionados con investigación, que se deben plantear para comprender con claridad la problemática existente; sobretodo, la relacionada con la poca o nula utilización de investigación y de resultados de investigación en la práctica clínica.

Existen elementos conceptuales y de índole metodológico que han favorecido el distanciamiento entre la investigación y la práctica de enfermería, y la utilización de las teorías de enfermería en la investigación. De igual manera, ha existido cierto rechazo a prácticas investigativas, tales como la crítica y la réplica, sin las cuales el crecimiento de la producción de conocimiento de enfermería se puede tornar muy lento.

Se desea plantear algunos elementos simples, pero que muchas veces no se han trabajado de manera consistente. Tienen que ver con las siguientes preguntas: ¿por qué es necesaria la investigación para la práctica?, ¿cómo se relaciona la investigación de enfermería con el resto de enfermería?, ¿por qué es necesaria la investigación en enfermería y cuál ha sido su desarrollo histórico?, ¿qué tipos de investigación utiliza enfermería? y finalmente el ¿por qué la distancia entre la investigación y la práctica de enfermería?

Contestar estas preguntas no es fácil si no se consideran algunos elementos epistemológicos que son válidos para entender el porque de ciertas aclaraciones y definiciones necesarias para emprender cualquier empresa investigativa y que aparecerán constantemente a lo largo del presente capítulo.

## Estructura Conceptual de la Investigación de Enfermería

Cada disciplina académica o profesional se restringe o limita a sí misma, estructurando el objeto formal de su atención seleccionando una perspectiva que constituye el marco de referencia que marca los límites del dominio del conocimiento y de la práctica en cuestión (Smith, 1984).

De acuerdo con Strasser (1969), la indagación humana debe explorar y dar sentido a las acciones y experiencias humanas, utilizando aquellas formas de trabajo que hagan justicia al humanismo de aquellos involucrados en el mencionado esfuerzo investigativo.

Si se acepta que el objeto formal o la razón de ser de la disciplina de enfermería hace explícito a través de las teorías de enfermería, son éstas las que de manera natural dan soporte a la investigación. Los puntos de articulación entre la filosofía, la teoría y la investigación, brindan las bases conceptuales para la indagación.

Si el fin de los esfuerzos de la indagación es valorar las acciones humanas desde perspectivas éticas y epistemológicas, se deben tener en cuenta cuatro preguntas fundamentales que dirigen la relación entre el objeto formal de la investigación, y que según la interpretación de las categorías de causalidad de Aristóteles son (Smith, 1984):

- 1: ¿En dónde reside la fuente problemática?
- 2: ¿Qué asunto o tema se busca indagar?
- 3: ¿Cuál es la forma adecuada de indagación para adquirir el conocimiento respectivo? y
- 4: ¿Cuáles son los resultados deseados de la investigación?

Contestar las cuatro preguntas relacionadas con las consideraciones epistemológicas de la investigación es fundamental si se quiere utilizar como elemento básico del desarrollo disciplinar (Schubert, 1980).

### **En dónde reside la fuente del problema?**

De acuerdo con Schubert (1980), la mayoría de las fuentes o raíces de las instancias que generan elementos problemáticos y de estudio en enfermería, se ubican en el mundo real de las enfermeras y de los clientes, o sea en el mundo de la práctica clínica, del ejercicio. El mundo real del ejercicio de enfermería es aquel que se mueve dentro de las acciones humanas y tiene a su vez consecuencias humanas.

Los problemas del ejercicio de la enfermería se presentan en aquellas ocasiones en que las personas o son enfermeras, o son clientes de las enfermeras. Estas personas son de una complejidad grande y presentan una amplitud enorme de posibilidades de investigación, cuando se articulan entre sí y con la razón de ser de enfermería.

La educación de enfermería depende, en gran medida, de la investigación del ejercicio de la enfermería y de la interacción de las variables mencionadas para poder explicar con claridad cual es la esencia del conocimiento requerido en la práctica.

El desarrollo teórico de enfermería depende de la investigación para generar y probar hipótesis. El ejercicio profesional y la práctica dependen de la investigación para validar las acciones o intervenciones que requieren los receptores del cuidado.

Conociendo que las fuentes de los problemas de enfermería están relacionados con la naturaleza humana, precaria y compleja, enmarcada dentro de las restricciones de las situaciones particulares



del entorno y demás influencias internas y externas, la investigación que se ajuste a estos problemas debe tener en cuenta las alternativas que faciliten el logro de la meta del conocimiento inherente a la fuente, y acercarse, dentro de lo posible, a la comprensión unitaria del ser humano y su relación con el cuidado de enfermería.

### ¿Qué asunto o tema se busca indagar?

El tema o asunto que se busca indagar se refiere, en particular, a las situaciones que representan un dilema para las practicantes profesionales y a los fenómenos con los cuales interactúan. El intento de la indagación es entonces, clarificar situaciones problemáticas específicas para promover soluciones que puedan o no ser utilizadas en situaciones que aparentan similitud.

El investigador decide a priori el tema para investigar al delinear la situación problemática de enfermería, del cliente, o de la relación entre ellos.

¿Cuál es la forma adecuada de indagación para adquirir el conocimiento respectivo?

Si las situaciones problemáticas de enfermería son las ocurrencias que suscitan dudas sobre aspectos relacionados con los sujetos del cuidado, o con las personas que llevan a cabo el ejercicio profesional, y en ellas reside el complejo fenómeno de los seres humanos involucrados en múltiples actos que conllevan a consecuencias de la misma naturaleza, se requiere contestar a los siguientes cuestionamientos para ubicar el tipo de indagación que requiere el fenómeno de interés.

- 1: ¿El método es adecuado o se ajusta a las características de los problemas de la investigación de enfermería? Esto significa que el método debe articular el objeto formal de enfermería y al problema o cuestionamiento que es sometido a investigación.
- 2: ¿El método preserva la integridad del carácter del fenómeno a través de la recolección de datos, del tratamiento y análisis de éstos y del reporte de los resultados?
- 3: ¿El método tiene en cuenta que la conducta de los sujetos es situacional, unitaria, y no predecible? Y ¿que es difícil entenderla si se mira desde una perspectiva de características aisladas?
- 4: ¿El método preserva la integralidad del ser humano, gestador de su realidad particular y del propósito de esta realidad, y a la vez responsable de experimentar y transformar su mundo y el de los demás?
- 5: El método se deriva de un esquema conceptual que evite las falacias del razonamiento y por el contrario asegure la confiabilidad y validez de los resultados? y
- 6: ¿El método tiene en cuenta el grado de medición necesaria y exclusiva a que se puede someter el sujeto del estudio (Schubert, 1980)?

Reconocer la importancia de las respuestas es fundamental para utilizar las formas de indagación requeridas y ajustadas a la razón de ser de enfermería y de los sujetos envueltos en las situaciones descritas en el punto 1.

Dependiendo del asunto o tema que se busca, se toma la decisión relacionada con la forma de indagación que se requiere para adquirir el conocimiento deseado y esta situación radica en la conciliación entre la naturaleza del fenómeno en estudio y los medios para hacer explícita la naturaleza del mismo, desde su origen.

## **¿Cuáles son los resultados deseados de la investigación?**

El fin de la investigación para la práctica es la decisión situacional específica y la acción (Schubert, 1980).

Los resultados buscados a través de la investigación pueden incluir: solución a los dilemas de la práctica, bases para las decisiones políticas, la réplica, la identificación de variables para la prueba de hipótesis, la validación de teoría correspondiente a la práctica de enfermería, y otros resultados de igual valor para los componentes disciplinar y profesional de enfermería.

La investigación puede conducirse para aclarar diferentes tipos de fenómenos (físicos, psicológicos, sociales, lingüísticos, culturales, etc.) y en diferentes niveles de desarrollo teórico, pero el investigador debe tener cuidado al considerar el método, ya que éste debe ser apropiado al fenómeno y al tipo de resultado esperado.

## **¿Por qué es necesaria la investigación en enfermería?**

### **Necesidad de investigación para enfermería**

La palabra investigación significa descubrir una cosa o examinarla cuidadosamente. Pero en el mundo de la ciencia significa *la indagación sistemática y diligente para validar, transformar, y generar conocimiento*. En aras de la simplicidad se puede sugerir que la investigación funciona de doble manera: probando y estimulando la generación de la teoría (Dickoff, James y Weidenbach, 1968).

La investigación es esencial para el desarrollo de cualquier disciplina profesional. Enfermería utiliza la indagación científica para desarrollar el conocimiento que permite a las enfermeras cuidar la salud (promover, mantener y restaurar) y mantener el bienestar (Benoliel, 1984). El desarrollo de las bases científicas para la práctica, a través de la investigación, debe conducir a la responsabilidad y a la autonomía profesional.

Para una disciplina profesional como enfermería, es esencial el control de la forma como se presta o brinda la atención y el cuidado de enfermería; por lo tanto, la investigación de la atención y del cuidado es fundamental para comprender la forma como se alcanza el conocimiento que los sustenta.

Existen tres razones fundamentales para investigar en enfermería:

### **Generación de conocimientos científicos**

La meta fundamental de la investigación en enfermería es desarrollar una base de conocimientos científicos para la práctica.

La dependencia de la investigación llevada a cabo por otras disciplinas no es la solución al problema del conocimiento de enfermería. Se anotó que una de las consecuencias de utilizar la orientación de otras disciplinas para la práctica y la investigación, es que el enfoque o centro de interés del fenómeno se aleja del enfoque propio y de la orientación de enfermería. Enfermería debe identificar sus áreas de interés particular, conducir su propia investigación y utilizar sus propias estrategias de

indagación, de manera tal, que se ajusten a la naturaleza y origen de sus fenómenos y así reforzar y aumentar el cuerpo de conocimientos propios, apuntando al desarrollo teórico. En tanto se haga énfasis en esta forma de entender el quehacer de la profesión, la investigación guiará su desarrollo e igualmente la perspectiva interpretativa del cuidado de enfermería se hará diferente a la de las otras disciplinas de la salud.

### **Proponer, desarrollar y probar teorías de enfermería**

Para que el conocimiento que se genera a través de la investigación tenga utilidad debe desarrollarse en términos de teorías aplicables a enfermería y a su práctica, de forma tal que éstas describan, expliquen, predigan y prescriban los fenómenos propios. Los simples resultados de un estudio de investigación sólo, no son útiles. Estos resultados o hechos deben ligarse, dentro del conjunto de bases del conocimiento de enfermería para formar teorías. A su vez, las teorías explican y dan significado a los resultados de la indagación. Las teorías deben así mismo, probarse a través de la investigación y luego ser redefinidas para reforzar su utilidad para la práctica.

### **Garantizar la autonomía y responsabilidad**

La generación de un cuerpo de conocimiento científico y la generación, el desarrollo y la prueba de teoría por medio de la investigación son necesarios para garantizar la autonomía de la práctica (Gortner, 1974).

Una base sólida de investigación provee las evidencias necesarias para ofrecer o brindar un cuidado efectivo. Si enfermería tiene predictibilidad científica pobre, con relación al efecto de sus intervenciones, es imposible responsabilizarse de llevar a cabo o no cierta acción específica en una situación dada del ejercicio. Y aunque la práctica de enfermería siempre mantendrá un cierto grado de incertidumbre, la investigación será quien la reduzca perceptiblemente (Hinshaw et al., 1981).

La utilización de la investigación da mayor credibilidad a las intervenciones de la enfermera como experta en su área de trabajo y hace más eficaz la toma de decisiones de su pertinencia. A medida que esto ocurre, el control sobre las intervenciones de enfermería y sus resultados será mayor. La credibilidad, la responsabilidad, el control y la autonomía están relacionados y son esenciales en el logro del reconocimiento del estatus profesional.

En términos generales, enfermería es responsable de ofrecer a la sociedad un cuidado de calidad y buscar las formas que mejoren la calidad de ese cuidado. Más específicamente, enfermería se toma más responsable y autónoma en tanto mejora el conocimiento de los fenómenos relacionados con su quehacer.

### **Relación de la investigación de enfermería con el resto de enfermería**

Para explorar el mundo de investigación de enfermería es interesante entender el marco de referencia que conecta la investigación y los varios elementos de enfermería. Tomada de Burns y Grove (1987, p.6), la figura que se presenta a continuación muestra un marco de referencia que explica, cómo la investigación no es una entidad desconectada de la enfermería, sino que a la vez tiene una gran influencia en su manera de entenderla, y moldearla en sus formas de expresión.

El modelo propone que el pensamiento de enfermería fluye a través de un continuo, del mundo de lo concreto al pensamiento abstracto.



La investigación de enfermería requiere habilidad en las dos formas de pensamiento: abstracto y concreto. El abstracto es necesario para identificar problemas que requieren investigación, para diseñar estudios y para interpretar los resultados y hallazgos de los estudios. El concreto, para planear y conducir estudios. Este flujo de doble vía entre lo concreto y la abstracto es una de las razones por las cuales la investigación de enfermería puede resultar bastante "ajena o extraña" (Burns y Grove, 1987).

Las actividades que envuelven el pensamiento abstracto tales como el desarrollo conceptual, el desarrollo teórico y la investigación se han reconocido como importantes para el desarrollo de enfermería y se comienzan a aceptar con mayor comodidad por los miembros de la profesión, y por los de áreas afines de la salud.

La experiencia del mundo empírico se asegura a través de nuestros sentidos y es la parte concreta de nuestra existencia. Es lo que se llama *la realidad*, y *hacer varias actividades* es parte de la realidad empírica. El sentido del mundo real es aparentemente predecible, controlable, entendible..., tiene más substancia que las meras ideas, es más seguro y confiable.

No es extraño, entonces, que el pensamiento concreto se base en el mundo empírico. El mundo empírico produce, igualmente, palabras como práctico, sobre la tierra, sólido y basado en hechos. El pensador de lo concreto requiere hechos y cualquier cosa que éste sabe tiene que ser aplicable de forma inmediata.

La práctica de enfermería se lleva a cabo en el mundo empírico, como se demuestra en el modelo. Y algunos componentes del proceso de investigación, también ocurren en el mundo empírico. Por ejemplo, las ideas de investigación que se convierten en problemas de investigación, se derivan en principio, del mundo empírico. La recolección de los datos tienen que ver, hasta cierto punto, con mediciones de aspectos del mundo empírico (medidas de la realidad). Las escalas de peso y talla están entre los medios más tangibles para medir la realidad. Además, los resultados de la investigación se utilizan en la práctica clínica, la cual está en el mundo empírico.

Burns y Grove (1987), agregan que al querer validar al mundo real a través de los sentidos, lo que se hace es asegurar constantemente que los mensajes recibidos por los sentidos sean exactos. Y para tener certeza de tal exactitud se desarrollan instrumentos que aseguren la confiabilidad de las experiencias sensoriales.

La investigación es una manera de validar la realidad y la manera como se valida está dada por la percepción del investigador. La investigación de enfermería es una forma de validar la realidad de la práctica de enfermería, una forma de demostrar cuál es la mejor forma de entender y aceptar lo que realmente sucede en el mundo empírico de enfermería.

El proceso de pensamiento abstracto es de particular importancia en la investigación. En la investigación se debe considerar no sólo aquello que se ve, también es importante el significado que se esconde detrás de lo que se ve. Sin las habilidades del pensamiento abstracto es muy difícil examinar el significado de lo que se ve. Cuando se hace observación clínica (que requiere del pensamiento concreto), y se da un significado dado, se genera una idea especial (pensamiento abstracto), que concluye con el planteamiento de un problema de investigación. Después de

obtener los datos (usando el pensamiento concreto), la pregunta que surge de inmediato es: ¿Y ésto que significado tiene? Cuando se contesta este cuestionamiento, una vez más, es necesario utilizar el pensamiento abstracto.

El proceso de pensamiento abstracto es un elemento clave en cada uno de los elementos del mundo de enfermería. Une todos los elementos. Sin habilidad de abstracción, las personas quedan atrapadas en el mundo del empirismo, una experiencia en la cual el mundo puede ser sentido y experimentado, pero nunca entendido (Abott, 1952).

La abstracción permite la prueba teórica (lo único que puede explicar el mundo de enfermería), y de esta manera avanzar en la conformación del cuerpo propio de conocimientos de enfermería. El pensamiento abstracto permite que los hallazgos científicos derivados de la investigación se desarrollen en teorías, que tanto el conocimiento científico como las teorías se mezclen en un cuerpo de conocimientos, que guiado por un marco de referencia filosófico, se pueda aplicar a la práctica.

En el caso de enfermería, el pensamiento abstracto es mucho más útil para la práctica, que lo que comúnmente se cree y acepta. Por ejemplo, el pensamiento abstracto permite a la enfermera reconocer patrones de comportamiento en pacientes recibiendo ciertos tratamientos, asimismo permite contemplar ideas acerca de las relaciones entre las múltiples variables del cuidado. El pensamiento abstracto ayuda a la enfermera a comprender las intervenciones individuales y únicas que requiere el cuidado de cada persona en particular, o de otros sujetos del cuidado, dependiendo de sus propias idiosincrasias y percepciones de su realidad.

Existen tres procesos del pensamiento abstracto que se mencionan, pero que no se explican detalladamente en este capítulo: introspección, intuición y razonamiento (Silva, 1977). Estos procesos son importantes en la práctica de enfermería, para desarrollar y evaluar teorías, para utilizar y entender datos científicos, para planear y desarrollar la investigación y finalmente, para aumentar el cuerpo de conocimientos de enfermería.

Siguiendo el modelo de la página 156, aparece la ciencia como producto y a la vez como proceso del pensamiento abstracto. La ciencia es la organización coherente de los hallazgos de la investigación, y de las teorías comprobadas que se relacionan con un campo del conocimiento. Algunas ciencias delimitan con rigidez el tipo de investigación que se puede utilizar para obtener el conocimiento. El método aceptable para desarrollar una ciencia, es el tradicional proceso investigativo (investigación cuantitativa). De acuerdo con este proceso, la información que se gana con un estudio, no es suficiente para agregarla al cuerpo de conocimientos o de la ciencia. El estudio debe replicarse y debe mostrar los mismos resultados para que la información pueda ser considerada como un hecho.

Los hechos derivados de la investigación se relacionan sistemáticamente, de manera que puedan explicar el mundo empírico del mejor modo. El proceso de pensamiento abstracto se utiliza para generar las relaciones mencionadas. Estas explicaciones generadas por el pensamiento abstracto (leyes, axiomas, principios), son falibles y pueden ser revaluadas por la investigación futura.

La meta última de la ciencia es entender el mundo empírico y por lo tanto, aumentar el control sobre el mismo. Para lograr la meta de la ciencia se requiere descubrir más conocimiento, expandir el existente y reformar el obtenido previamente (Andreolli & Thompson, 1977).

Enfermería se encuentra en un estado joven de desarrollo del conocimiento, si se compara con el desarrollo de otras disciplinas. Este es un concepto que comparten muchas epistemologías de enfermería. El conocimiento propio en proceso de evolución debe desarrollarse a partir de una base amplia, utilizando la variedad de métodos de investigación que le permita obtener, extender, comprender, y redefinir la gama de conocimientos que los múltiples fenómenos de su mundo le demandan, para ponerlos al servicio de la práctica (Munhall, 1982).

Se vio, que las teorías de enfermería provienen de un marco de referencia de la práctica de enfermería. Las teorías son tan importantes como la ciencia y se vuelven parte de la ciencia cuando se prueban de forma adecuada.

Toda investigación tiene el efecto de desarrollar, o de probar la teoría; con o sin intento consciente por parte del investigador. Sin embargo, muchos de los estudios de investigación que se llevan a cabo en nuestro medio están diseñados para probar teoría, teoría ajena a enfermería, y muchos de ellos ni siquiera alcanzan esta posibilidad de desarrollo del conocimiento (ACOFAEN, 1989).

Enfermería está llegando a un punto de desarrollo disciplinar y de desarrollo teórico que permite la prueba teórica, y ya que la investigación de enfermería examina los fenómenos de interés para la práctica, las ideas conceptuales de las teorías ajenas a enfermería, podrían incorporarse eventualmente, dentro de la teoría propia de enfermería (Dickoff y James, 1968; Johnson, 1968).

Es importante aclarar que la ciencia y la teoría son diferentes, pero dependen en gran medida una de la otra. Juntas requieren el proceso de pensamiento abstracto y el propósito de cada una es entender o conocer el mundo empírico. La ciencia se ve más cerca de la verdad, mientras que la teoría se asocia con conjeturas o posibilidades. Se piensa que la ciencia es más cierta que la teoría, y de acuerdo con Benoliel (1977), existen científicos que tienden a favorecer la ciencia en detrimento de la teoría y aquellos que toman la ruta en favor de la teoría, desconociendo la sabiduría del conocimiento científico. Enfermería debe evitar caer en estos excesos de manejo del conocimiento y dedicarse a engrosar su cuerpo de conocimientos científicos, si quiere generar conocimiento que sustente su quehacer y garantice la fiabilidad de la práctica clínica.

Para terminar la interpretación del modelo, es necesario entender el concepto del conocimiento y de filosofía y su relación con el mundo de enfermería.

El conocimiento es algo difícil de describir, pero de hecho presupone un orden en los pensamientos y en las ideas. Carper (1978), identifica 4 patrones fundamentales del conocimiento de enfermería: empírico, ético, estético y de conocimiento personal. Estos patrones ya fueron discutidos en el capítulo 1 y no requieren mayor profundización.

Las formas de obtener el conocimiento son variadas e incluyen desde la experiencia, la educación, el razonamiento abstracto y el acceso a autoridades. Pero el derecho a conocer implica el reconocimiento de la credibilidad de la persona que conoce un área de interés. Este reconocimiento generalmente, proviene de la educación formal en un área del conocimiento que ha sido cuidadosamente generada a través de experiencia, desarrollo teórico y estudios científicos.

La filosofía brinda una visión y explicación amplias del mundo. Es el concepto más abstracto y globalizador del modelo. La filosofía da unidad y sentido al mundo y brinda un marco de referencia



dentro del cual ocurre el pensamiento y el conocimiento. La posición filosófica influye en el conocimiento. La forma como se utiliza la ciencia y la teoría para explicar el mundo empírico, depende de la filosofía personal. Igualmente el mundo personal tiene influencia de la filosofía.

Las posiciones con relación a la investigación reflejan, en gran medida, las filosóficas. Los problemas de investigación que selecciona enfermería son un reflejo de su filosofía. Por ejemplo el interés de enfermería por la calidad de vida es reflejo de la filosofía. Los diseños de investigación reciben esta influencia: la visión holística y la unitaria requieren diseños de estudio que midan la interacción de múltiples variables, tales como, habilidades de enfrentamiento, soporte social, actitudes y fortaleza del yo, en un mismo estudio (Burns y Grove, 1987).

La filosofía, de igual forma, afecta la percepción del mundo empírico y cómo se interactúa con éste. Por ejemplo, si se piensa que la realidad varía con la percepción y que la verdad es relativa, no se debe tratar de imponer nuestros puntos de vista sobre la verdad y la realidad a los clientes del cuidado de enfermería. Las intervenciones que brinda enfermería para cuidar a los clientes también son reflejo de la filosofía.

En conclusión, la mayor abstracción de los conceptos (filosofía) se articula de una forma muy directa y significativa con el más concreto de ellos, el mundo empírico. Dentro del modelo de la figura 5.1, todos los elementos interactúan. La investigación no se deja a un lado y no está desconectada del resto de enfermería. Para utilizar el cuerpo de conocimientos de enfermería en la práctica, es necesario incorporar todos los elementos del mundo de enfermería, de forma significativa. "No se puede ser concreto solamente, o tan sólo abstracto, sólo teórico, o científico. No se puede atender solamente el aspecto de la práctica clínica y despreciar el resto del mundo de enfermería. No, si se es una enfermera en el sentido real de la palabra" (Burns y Grove, 1987).

## **Clase de investigación que necesita enfermería.**

¿Qué distingue a la investigación de enfermería de la investigación de otras disciplinas? Esta es una pregunta que ha causado debates fuertes en los círculos de enfermería. En términos generales no existe ninguna diferencia, porque el conocimiento y las habilidades requeridas para la investigación no varían de una disciplina a otra. La investigación de una disciplina debe ser consistente con la orientación filosófica y las teorías de esa disciplina. Por lo tanto, la investigación de enfermería debe ser consistente con la filosofía y teorías de enfermería.

De igual manera, las orientaciones teóricas del cuerpo de conocimiento de la disciplina definen las variables de estudio, y las brechas en el mismo, determinan las necesidades de nuevo conocimiento, o lo que se requiere conocer en la práctica de enfermería. La congruencia entre lo que requiere conocerse y la orientación filosófica y la de las teorías define lo que es *investigación de enfermería*.

Enfermería requiere abordajes de investigación cuantitativos y cualitativos, ya que los fenómenos de su interés abarcan un amplio espectro relacionado con la naturaleza humana, la cual aparenta tener en esencia dos fases: una lógica, matemática y regida por reglas y otra intuitiva, con base al sentimiento y es unitaria. La habilidad de utilizar los dos abordajes y lograr un balance entre ellos es importante para el trabajo con el cuidado de la salud.

En la investigación de enfermería el mencionado balance es indispensable, ya que el foco de la investigación es la respuesta del cliente o receptor del cuidado de enfermería, a su particular

situación de salud. Existe necesidad, para la práctica de enfermería, de la predicción y prescripción, de tener conocimiento de lo normal y lo promedio y de categorizar y generalizar. Este conocimiento lo brinda la investigación cuantitativa. Pero de otro lado, el conocimiento generado a través de la investigación cualitativa aporta significado y comprensión de lo específico: valores, experiencias de vida, percepciones del cuidado..., para plantear nuevas hipótesis de trabajo y teorías emergentes. Y tanto lo uno, como lo otro, son necesarios para engrosar el cuerpo propio de conocimientos.

## Distancia entre la Investigación y la Práctica

### Evolución de la investigación de la práctica

La investigación de enfermería y la utilización de sus hallazgos por parte de las enfermeras no son nuevos. A mediados del siglo XIX, Florence Nightingale recolectó e interpretó epidemiológicamente datos que sirvieron luego a Sir John Snow, oficial de salud británico, para identificar la causa de la infección de las víctimas de la epidemia del cólera en Londres. En 1859, Nightingale demostró a las autoridades inglesas, con datos de investigación, que la insalubridad, la desnutrición, y las enfermedades infecciosas eran causa de mayor número de muertes entre los soldados ingleses, que las mismas heridas de guerra. En 1864, analizó los datos y causas de mortalidad de los soldados en la India y concluyó que sin cambios significativos en la higiene y en las prácticas de salud de los grupos militares, Inglaterra perdería, por muerte humana, los recursos para mantener a la India como una colonia permanente (Palmer, 1977).

149

A pesar de las fallas que pudieron tener las investigaciones de Nightingale, el hecho es que fue capaz de utilizar los resultados de la investigación para: 1. dirigir el interés público y el respaldo del gobierno hacia el apoyo de hechos reales y lejos de preconcepciones y de intereses creados, y 2. identificar problemas de salud pública y de enseñanza de la salud como formas de acción para que las enfermeras pudieran ayudar a cambiar la situación de salud de una nación.

Con este promisorio inicio es difícil creer que solamente hasta hace pocos años, las enfermeras comienzan a comprender el impacto potencial de la investigación de enfermería en la práctica profesional.

Esto no quiere decir que la investigación y la utilización de resultados de la investigación estuvieran totalmente ausentes de la práctica, en fechas anteriores a los años cincuenta. Pero la forma en que la mayoría de enfermeras interpretaron la utilización de la investigación en esas fechas fue, a través de estudios de investigación educativa, administrativa y de utilización de recursos humanos (Henderson, 1980).

Las enfermeras hicieron tres contribuciones significativas para el desarrollo de enfermería con la investigación temprana: 1. en el campo de la educación de enfermería, con estudios sobre estrategias de aprendizaje, evaluación de estudiantes y comportamientos de aprendizaje; 2. en el campo de la sociología y en la administración de enfermería con estudios de análisis de roles, socialización del trabajo, ubicación de recursos humanos y formas de prestación de los servicios; y 3. en los campos de la medicina y la farmacología aplicada actuando (y muchas veces sin darse cuenta de ello) como recolectores de información en los ensayos médicos de investigación (Carnegie, 1974). A pesar de

estas contribuciones, el mejoramiento de la prestación del cuidado de enfermería o de los modelos administrativos de los servicios fue minúsculo, aún teniendo en cuenta que se llevó a cabo un gran esfuerzo por el refinamiento de las exigencias académicas de los programas educativos y por el impulso dado a los programas de postgrado.

Este planteamiento es válido no sólo, para la enfermería de los Estados Unidos y de Europa, sino también para el desarrollo de la investigación en América Latina. El fenómeno en América Latina se presenta más retardado, en el sentido de mostrar una larga permanencia de los componentes mencionados, aún en la época actual, y en varias partes del continente (ACOFAN, 1989).

A partir de la segunda mitad de la década de los sesenta, las enfermeras comienzan a estudiar la práctica de enfermería y así la investigación clínica de enfermería tuvo su renacer. Paralela al renacimiento, se mantuvo la idea de que como resultado de los flujos investigativos, las enfermeras en ejercicio utilizarían, de manera automática, los resultados de la investigación clínica y que se acomodarían al manejo del proceso de investigación. Sin embargo, en la primera mitad de los setenta se comenzó a crear inquietud por la ausencia de mejoría en la práctica clínica inducida por la aplicación de los resultados de la investigación (Abdellah, 1970; Notter, 1973; Ketefian, 1975).

Aún así, esta no fue la mayor preocupación de las enfermeras, lo llamativo fue comenzar a percibir la distancia que se presentaba entre la velocidad con que se producía la investigación clínica y la posibilidad de utilizar estos resultados en la práctica clínica.

### **Descripción de la distancia entre la investigación y la práctica.**

Phillips (1986), cita el estudio de Ketefian de 1975, en el cual se revisó lo sucedido con los resultados de investigación clínica, después de haber sido diseminados durante cinco años, y la práctica de enfermería. El resultado fue que la enfermera en ejercicio o desconocía la literatura de enfermería, o si la conocía no la relacionaba, ni utilizaba en la práctica.

Similares resultados obtuvieron Lindeman (1975), en los Estados Unidos, Myco (1981), en Irlanda, Roper (1977), en Escocia y seguramente, si un estudio semejante se llevara a cabo en América Latina no se obtendría marcada diferencia, dadas las condiciones imperantes en la región (ACOFAN, 1989). Las conclusiones de los estudios llevan a pensar que la existencia de la distancia entre la investigación y la práctica se debe fundamentalmente a tres causas.

- 1:** Asumir que la excelencia de la investigación y su aumento sistemático en cantidad mejora, automáticamente, la calidad del cuidado y por lo tanto la práctica de enfermería. Esto es falso y ha probado ser falso no sólo en enfermería sino en otras disciplinas profesionales. No importa que tanto aprendan las enfermeras a *hacer investigación*, el hecho es que la transferencia no se da en la práctica. Para ser consumidor de investigación de enfermería, la enfermera debe desarrollar las habilidades para llevar a cabo el proceso de transferencia *resultado de investigación práctica clínica*. Las herramientas incluyen la utilización de modelos de crítica, modelos de utilización de resultados y modelos de evaluación, social y profesional, y de las estrategias de utilización de resultados en tanto éstas son capaces de generar cambios en la práctica.
- 2:** Existencia de cualquier cantidad de razones para insistir en que las competencias requeridas para conducir investigación clínica y las necesarias para utilizar resultados de investigación, aún con semejanzas, difieren en su esencia.

La tabla 5.1, tomada literalmente de Phillips (1986), quien a su vez lo tomó de Mayco, (1981) y Holsley et al, (1978), muestra con claridad las capacidades y habilidades para uno y otro caso. La columna de la izquierda muestra las habilidades de la enfermera investigadora, preparada en la construcción teórica, diseños de investigación, técnicas de instrumentación y manipulación estadística para llevar a cabo investigaciones en el área clínica del campo de enfermería. La columna de la derecha presenta las capacidades y habilidades de la enfermera que consume investigación, preparada para dar cuidado de enfermería al cliente, bien sea individualmente, a la familia o grupos, en un área de interés para enfermería, y que utiliza los resultados de la investigación y la teoría de enfermería como base para la práctica (Phillips, 1986).

### Comparación de competencias de la enfermera para investigar y consumir investigación

Investigadora	Consumidora
1: Generación de problemas de investigación surgidos en la práctica clínica.	1: Utilización del proceso de enfermería, desde valoración hasta evaluación, para dar cuidado eficiente a los clientes.
2: Capacidad de operacionalización teórica de conceptos o de conceptualización de eventos	2: Utilización de conocimiento teórico investigativo y empírico como base del cuidado.
3: Habilidad para usar el proceso de investigación.	3: Capacidad de utilizar la experiencia permanente de la práctica y de la educación continua, la actualización y crecimiento profesional.
4: Capacidad de utilizar principios filosóficos en la indagación científica.	4: Habilidad para evaluar la importancia y utilidad de las innovaciones basadas en la investigación de la realidad clínica.
5: Capacidad para proponer y desarrollar diseños y metodologías.	5: Capacidad para transferir información de la práctica resultante de ambientes ideales, de forma crítica y apropiadamente, en su propio ambiente clínico.
6: Habilidad para utilizar modelos de medición y desarrollar sistemas de medida.	6: Habilidad para evaluar los efectos de la innovación para la situación del cliente.
7: Habilidad para utilizar técnicas de análisis estadístico.	7: Habilidad para evaluar los cambios en la situación del cliente, diferenciando los relacionados con la innovación, y aquellos producidos por otras intervenciones de enfermería, o de los cambios propios de su estado de salud.
8: Capacidad para la interpretación de datos que se relacionen con la base teórica del estudio.	8: Capacidad para comentar evaluativamente y realimentar las investigaciones.
9: Habilidad para comunicar los resultados de la investigación de forma adecuada para la audiencia consumidora potencial.	

Tabla 5.1 Tomado literalmente de Phillips, 1986. p. 9.

Las competencias del investigador y del consumidor requieren conocimiento, sofisticación y práctica, pero las áreas de especialidad y de concentración son diferentes. Y aunque posiblemente son complementarias y para utilizarlas se requiere algún tipo de conocimiento del grupo adicional, las enfermeras que desean trabajar como consumidoras de investigación deben tener la oportunidad de especializarse en las de la columna derecha y no exclusivamente en las de la izquierda.

- 3:** Ausencia de factores facilitadores prácticos para propiciar la transferencia del conocimiento obtenido por la investigación a la práctica real.

El primer factor ausente es el de *modelos* (enfermeras modelos) *clínicos* que demuestren exactamente como se puede utilizar la investigación en los campos clínicos. Teóricamente todas las enfermeras (intensivistas, especialistas, educadoras etc.), en cualquier campo de trabajo (atención primaria, instituciones de salud, educación, administración), deben ser capaces de transferir resultados de investigación en su ejercicio. En la realidad, sin embargo, sólo existen pocas enfermeras que llevan a cabo en su ejercicio este trabajo. Por esto, si alguna enfermera quiere desempeñar este rol, tiene pocas posibilidades de ayuda y pocos modelos para emular.

El segundo factor es la poca claridad e interés por parte de los empleadores de enfermeras (y aún de las enfermeras que desempeñan el ejercicio liberal de la profesión), en el estudio de lo pertinente al ejercicio; y las descripciones de trabajo con total ausencia de la investigación como parte de las funciones de enfermería. Parece que todavía se considera al trabajo de enfermería como un hacer cosas, y no como un trabajo de intervención que contribuye a la solución de los problemas del cuidado de salud de los clientes.

Al igual que las enfermeras investigadoras han comenzado a identificar sus roles dentro de las estructuras de enfermería, las enfermeras consumidoras de investigación deben comenzar a explorar e identificar este rol dentro de las mismas estructuras. Al respecto se puede agregar que la enfermera consumidora requiere apoyo, ayuda y libertad, dentro de las estructuras político sociales y burocráticas para crear pautas y modelos de cuidado que se requieren con premura.

### **Razones de la distancia investigación-práctica**

Durante los últimos 30 años se ha desarrollado involucramiento sustantivo de las enfermeras en la investigación clínica de enfermería. Al igual, se han debatido y resuelto hechos centrales tocantes con las conductas que se deben tener en cuenta al llevar a cabo investigación clínica de enfermería. Vale la pena resaltar dos de estos hechos: primero la capacidad desarrollada por la comunidad de enfermería, para establecer una ética de investigación estricta y segundo haber sido capaces de determinar la materia objeto de la investigación clínica de enfermería.

Con relación al primer hecho se puede afirmar, que existe una gran cantidad de evidencia de la instauración de la ética en la investigación de enfermería. La conducta, de las enfermeras académicas y de las enfermeras en ejercicio, ha mostrado de forma constante, la presencia de estrictos parámetros éticos en su trabajo investigativo. Si se tiene en cuenta que la mayoría de la investigación clínica de enfermería recae en seres humanos, se entiende con facilidad el porque del énfasis desarrollado, sobre ética, en la mayoría de los textos de investigación.

El segundo hecho que se relaciona con la materia de interés de la investigación clínica de enfermería, ha sido expuesto con generosidad. De nadie es desconocido que la investigación de enfermería

debe ser investigación clínica para la práctica o ejercicio (Newman, 1982). Siendo enfermería una disciplina profesional, es de su interés que las directrices de la investigación vayan dirigidas a enriquecer el quehacer. Pero es fundamental que los resultados de la investigación enriquezcan al componente disciplinar en sus aspectos de fundamentación profesional y de conocimiento propio de enfermería. Esto en última instancia, beneficiará al sujeto de la intervención de enfermería que es el cliente. Sobre este tema también existe uniformidad y acuerdo, y fácilmente se puede profundizar si se analiza en la literatura lo referente a los componentes del elemento disciplinar de enfermería y del quehacer que realimentan el conocimiento.

A pesar de la claridad de los hechos y de la velocidad exponencial del crecimiento de la investigación clínica de enfermería, es imposible dejar de lado aspectos de cuestionamiento con relación a la distancia que es común denominador entre la investigación y la práctica: el hecho real es que los resultados de la investigación siguen sin utilizarse de manera sistemática y generalizada. Y éste es, uno de los mayores problemas y desafíos que enfrenta la enfermería moderna.

Según múltiples autores la distancia, que no debe sorprender a nadie, se sustenta en la estructura filosófica, socio política y burocrática de la práctica de la enfermería. Es difícil hacer una explicación amplia al respecto, pero en resumen se puede afirmar que la historia, la tradición y la filosofía de la práctica clínica de enfermería han marcado su huella no sólo en la manera como enfermería se comporta con relación a su componente disciplinar, sino también en la forma como se ha tratado de hacer la interface del componente disciplinar con las tradiciones y filosofía de la comunidad científica.

Para cerrar la distancia entre la investigación y la práctica se requieren estrategias de cooperación, coordinación y comunicación entre los diferentes grupos de enfermeras.

## Filosóficas

Aunque la práctica y la investigación de enfermería están íntimamente ligadas, no son lo mismo. Son diferentes porque parten de raíces filosóficas disímiles, tienen propósitos y procesos ajenos y los resultados de cada una de las actividades también difieren. Estas diferencias son las bases filosóficas que contribuyen a la distancia de la investigación y la práctica.

La práctica de enfermería se sustenta, fundamentalmente, en la tradición ética del cuidado a los clientes y en brindar atención de salud a las personas que lo solicitan. Esta es la tradición filosófica con la cual se siente cómoda la mayor parte de enfermeras. De otra lado, la investigación clínica de enfermería se basa en las tradiciones de la ciencia. De hecho, el componente disciplinar de enfermería, y los componentes relacionados con la investigación clínica y la teoría de enfermería son del campo general de la ciencia. Y como tal, la teoría de enfermería, el conocimiento propio de enfermería y la investigación clínica de enfermería se adhieren a las mismas convenciones y tradiciones que rigen a la ciencia incluyendo definiciones, formas de investigación y modelos de indagación, desarrollo teórico, y filosofías de la ciencia.

La buena investigación genera cuestionamientos, mientras que la buena práctica requiere respuestas. Y aunque la práctica puede generar cuestionamientos, su fin último radica en proveer cuidado de calidad a los seres humanos. El fin último de la investigación clínica es interpretar y ordenar los eventos o situaciones del mundo real y al hacer ésto crear más y más cuestionamientos sobre el fenómeno de investigación (Hinshaw, 1981).



Adicionalmente la mayor base de sustentación para la investigación es el determinismo. Pero ésta es sólo una manera de explicación utilizada por enfermeras clínicas para diseñar las intervenciones con el cliente, y aunque la posición determinística trata de ceder hacia modelos holísticos de investigación, en la actualidad es la que tiene impacto y plantea directrices generales para la investigación de enfermería. Esta diferencia básica en filosofías afecta el grado de utilización de resultados de la investigación en la práctica y la interpretación que pueden dar las enfermeras clínicas a los resultados parciales de la investigación científica para una práctica que filosóficamente tiende a la integración y al holismo.

## Socio políticas

Las razones socio políticas que contribuyen a la distancia entre la producción y utilización se pueden centrar en tres áreas pragmáticas y concretas: problemas de comunicación entre las enfermeras clínicas y las enfermeras investigadoras, problemas de confianza entre los mismos grupos de enfermeras, y obstáculos en la organización burocrática de la práctica que frenan la utilización de la investigación.

- 1:** El problema de comunicación entre las enfermeras clínicas e investigadoras se refiere a la utilización de la palabra escrita como medio de comunicación entre los grupos y al establecimiento de sistemas de comunicación de doble vía. La comunicación tanto para las enfermeras investigadoras como para las clínicas, por medio de la palabra escrita, puede ser igualmente frustrante. Las unas porque deben someterse a todo el rigor, que con razón, exigen los editoriales y los comités de publicación de las series periódicas. Las otras porque consideran que los informes de resultados de investigación no están a su alcance y porque no todas las instituciones de salud en donde labora la gran mayoría de enfermeras clínicas, tienen como cultura obtener literatura para así, ofrecer a las enfermeras y otros trabajadores, la posibilidad, al menos de saber cuales son los resultados utilizables de la investigación en su área de desempeño. Adicionalmente, se puede agregar que el problema se agrava, porque los resultados de las investigaciones no se publican en las series periódicas que las enfermeras leen de rutina (Niño et al., 1989).

Aún solucionando los problemas descritos, y teniendo los resultados listos para traducirse a la práctica, la dificultad de comunicación entre los dos grupos de enfermeras, es lo que inhibe al proceso. Por ello es necesario el establecimiento del lenguaje común. No existe duda, de que son los encargados de la educación de enfermería los responsables directos para el logro de este empeño. Cuanta mayor claridad exista por parte de los docentes, con relación a la importancia de la utilización y la réplica de la investigación, mayor será el desarrollo del lenguaje comunicativo al que se hace referencia. Los estudiantes son quienes desde los momentos más tempranos de su formación, deben comenzar a utilizar la terminología pertinente a la investigación y a familiarizarse con el empleo y crítica de los resultados de sus pares profesionales. Esta es la forma de obtener, al menos, un mínimo de garantía que asegure el interés y comprensión de los resultados de la investigación por parte de las futuras enfermeras clínicas, y por ende de crear las condiciones de realimentación necesarias para asegurar la utilización de los resultados en la práctica.

- 2:** La confianza es el otro elemento pragmático que debe cambiar para garantizar la utilización de los resultados de la investigación. Históricamente ha existido un cisma en enfermería, entre enfermeras en ejercicio que valoran los logros académicos y el desarrollo educativo



y aquellas quienes ven en estos esfuerzos la antítesis de la filosofía y el propósito de enfermería.

"La desconfianza entre los dos grupos es una cuestión de percepción del valor que cada grupo es capaz de aportar al cuidado del cliente" (Phillips, 1986). Aunque esté históricamente arraigada, no cabe duda de que tiene realidades verdaderas en el campo clínico.

Las prioridades de la enfermera clínica, y las de la investigadora difieren, y muchas veces aparecen conflictivas. Ejemplo de esta situación se presenta cuando las intervenciones de la investigadora interfieren con las rutinas establecidas en los servicios, y además requieren de la cooperación de una enfermera ya recargada de trabajo, sin contar con las interpretaciones que el cliente pueda dar a estas intervenciones (Hinshaw, 1981). Igualmente, las enfermeras investigadoras son vistas como ajenas a los servicios de salud, como personas entrometidas que no pueden entender cuál es el mundo real de enfermería. Esta marginalidad afecta la forma como se utilizan los resultados de la investigación, aún en el mismo ambiente en donde se sucedió el estudio (Phillips, 1986).

También favorece la desconfianza la existencia de los riesgos que se presentan por el cruce de consultas. Los resultados de la investigación pueden poner en duda el estatus quo de la enfermera clínica, lo cual no facilita el entendimiento entre grupos. Pero para la investigadora el riesgo es de otra índole: es exponer públicamente sus ideas y confrontarlas con la realidad clínica. La investigación requiere involucramiento personal del investigador, y tener esta dedicación cuestionada y criticada por colegas, quienes tienen el aura de *enfermeras verdaderas*, puede ser devastador (Batey, 1974). El deseo de confianza que permita la exposición y la crítica, es esencial para comenzar a construir el puente que se requiere para eliminar la brecha investigación práctica.

## Burocráticas

Los obstáculos de la organización burocrática de enfermería son el tercer hecho de discusión. Los roles de enfermería que tradicionalmente se han entendido como dependientes e interdependientes de otros pares dentro de los sistemas de salud, han sido un obstáculo para la utilización de los resultados de la investigación. Enfermería ha tenido, muchas veces, dependencia de las directrices médicas para dar dirección a su práctica. Muchas enfermeras han rehusado el ejercicio independiente y autónomo, esperando órdenes médicas para llevar a cabo los más elementales cuidados de enfermería. Este rol de dependencia se ha reforzado en la educación y en el trabajo, y aunque muchas enfermeras ven un futuro cambio en perspectiva, muchas de ellas todavía, lo entienden como sustentado en la tecnología médica y no por el desarrollo propio de enfermería. Este lastre histórico es difícil de eliminar, al igual que la burocracia de las estructuras de la práctica.

La mayoría de las enfermeras trabajan para instituciones en las cuales la burocracia inhibe, más que estimula el cambio de prácticas tradicionales y menos la puesta en práctica de resultados de investigación. En estas instituciones, se tiene dificultad sobre el control de las prácticas clínicas propias y las enfermeras tienen gran dificultad para legitimizar las actividades investigativas. En muchos casos otras profesiones del área de la salud son críticas respecto al tipo y relevancia de las investigaciones de enfermería, ya que las consideran poco significativas y no universales (Abdellah, 1983; Conway, 1978). Estos hechos colaboran con la percepción deformada que se tiene sobre la investigación en los ambientes institucionalizados de salud: es decir, se ve como una actividad

costosa, que consume tiempo, que posiblemente es irrelevante para la práctica y que no aporta ningún tipo de recompensa económica o moral al investigador (Abdellah, 1983; Niño et al., 1987).

Se puede concluir que los problemas discutidos, de manera muy superficial en el capítulo, pueden ser solucionados y su solución implica: establecimiento de respeto mutuo y comprensión entre las enfermeras clínicas y las investigadoras, presentación de la práctica y la investigación de enfermería como algo unificado, de forma tal que así lo entiendan las agencias de salud, y una gran cantidad de trabajo que facilite la identificación de estrategias que contribuyan a disminuir las dificultades.

### **¿Quién se beneficia al disminuir la distancia?**

Los beneficiarios directos de la reducción de la distancia entre la investigación y la práctica de enfermería son, sin duda alguna, la profesión y el cliente del cuidado de enfermería. Por esta razón se requiere mucho tiempo, mucho esfuerzo y muchos recursos económicos, para la preparación de las enfermeras del futuro.

Sin exagerar y citando a numerosas enfermeras, se puede afirmar que sin investigación clínica de enfermería, será muy difícil para las enfermeras desarrollar y sustentar que enfermería mantiene las características atribuidas comúnmente a una profesión (Dickoff et al, 1968; Johnson, 1968; ; Henderson, 1980; Garzón, 1992).

La profesión se beneficia con la investigación clínica porque ésta refuerza el estatus profesional de enfermería. La investigación que se enfoca en los fenómenos clínicos de importancia para los receptores del cuidado, fortalece y ayuda a definir el cuerpo propio y único de conocimientos que, a su vez sustenta la teoría de enfermería. En última instancia define la enfermería con funciones independientes dentro del sistema de prestación de servicios de salud.

La retribución de la investigación clínica para la profesión incluye el crecimiento del estatus científico, y académico, y en las comunidades de las ciencias de la salud, lo cual confluye en la habilidad para establecer la relevancia, que sin reemplazo, tiene enfermería en el concierto de las ciencias de la salud.

Pero a pesar de la necesidad y de la importancia que tiene la investigación clínica de enfermería para el desarrollo de la profesión, la razón prioritaria de esta actividad es el beneficio para el cliente del cuidado de enfermería.

Para que este beneficio se dé, es importante aclarar como se beneficia. Gortner et al. (1976) identifican cuatro áreas de la investigación con las cuales se favorece el mejoramiento del cuidado de enfermería: 1. construyendo una ciencia de la práctica, 2. desarrollando el arte de la práctica, 3. estableciendo la estructura para brindar cuidado de óptima calidad, y 4. desarrollando las metodologías necesarias para la medición y evaluación del cuidado de enfermería.

### **Desarrollo del conocimiento científico para la práctica**

Desarrollar el conocimiento científico para la práctica o como propone Gortner (1976), construir una ciencia de la práctica, a través de la utilización de los resultados de la investigación, es el primer elemento que beneficia al cliente del cuidado de enfermería.

Phillips (1986), comenta que la práctica de enfermería moderna ha existido por casi un siglo, y el cliente receptor del cuidado ha podido sobrevivir sin una práctica científica o ciencia de la práctica. Por qué, se pregunta Phillips, ¿en estos momentos, se torna absolutamente indispensable comenzar a construir dicha ciencia o conocimiento científico?

La respuesta que se plantea es la siguiente. Smoyak (1976), sugiere que en los textos tradicionales de enfermería existía poco planteamiento teórico con relación al cuidado y la atención, o lo que se puede mencionar como *la práctica*. Los fenómenos del cuidado y la atención se describían como simples explicaciones de los hechos y asuntos relacionados con la práctica, y muchos de los mismos llegaron a clasificarse como mitos. Pero en su mayoría, los elementos manejados por los textos eran principios para la práctica, y los principios se definieron como las reglas para lograr un trabajo. Ya que los principios rara vez son reflejo de los resultados de la investigación científica, evolucionan naturalmente por el pragmatismo diario, al tener que hacer las cosas. Por ello tienden a solidificarse, a momificarse día a día y se torna más o menos imposible llegar a cuestionarlos.

Pero tampoco es nuevo sugerir que durante los últimos 30 años el mundo de práctica de enfermería, donde el cliente busca ayuda, también ha cambiado substancialmente. Una de las razones por las cuales las enfermeras no pueden continuar viviendo de los principios y los mitos del pasado como base de la práctica, es precisamente el tipo de cambios del mundo de la práctica. La práctica basada en rutinas, rituales y principios no cuestionables no responde a las necesidades cambiantes del cliente, o a los cambios en los roles que requieren los profesionales para la práctica.

El cambio social y científico que caracteriza a la sociedad contemporánea requiere que la práctica de enfermería evolucione y cambie de manera complementaria. Por ésto, una de las razones por las que se beneficia el cliente al utilizar los resultados de la investigación en la práctica, es porque así se reciben los beneficios de utilizar un conocimiento significativo, de prestar un cuidado dentro de los esquemas de las necesidades actuales y reales, que refleje los avances tecnológicos de las ciencias de la salud (Phillips, 1986).

Schlotfeld (1971), plantea la cuestión desde otro punto de vista. Establece que el propósito de enfermería es servir a la humanidad, y que el objeto de la intervención de enfermería es el ser humano. Agrega que las intervenciones llevadas a cabo por las enfermeras, solamente, tienen significado para el cliente, cuando se desarrollan dentro de un contexto que reconoce la complejidad del ser y su naturaleza holística. Propone, entonces, que los clientes de enfermería se benefician de la utilización de los resultados de la investigación, dentro de este contexto, de las siguientes formas.

- I : A través de la investigación, la enfermera gana conocimiento del comportamiento humano, y del comportamiento humano con relación a las prácticas de la salud. Por lo ello, el grado de observación repetitiva de estas prácticas, a través de la investigación, puede generalizarse y relacionarse con otras situaciones. Según Dicoff et al (1968), los fines de una ciencia práctica son describir, explicar, y controlar los fenómenos, pero su fin último es crear la prescripción, o sea, clarificar las estrategias que ayudan al cliente, o que establecen las relaciones de las intervenciones con aquellos factores que afectan su estado de salud. Solamente a través de la investigación se puede lograr la prescripción, y a su vez, la enfermera puede transferir la actividad unilateral de su quehacer, a un enfoque con la perspectiva del receptor de su cuidado.

- 2:** La investigación propone las bases que guían la práctica, la autocrítica y corrección de las interpretaciones erróneas y de mitos. Bien sea que la teoría sea generada de forma inductiva o deductiva, la prueba de su utilidad e importancia para el cliente reposa en el tipo de datos que se generan a través de ese escenario. Sin la práctica de enfermería, la teoría no tiene elemento para *teorizar sobre u ordenar en*. Por ello, los clientes son receptores del beneficio de la utilización del conocimiento derivado de los resultados de investigación, ya que las prácticas rutinarias y tradicionales pueden cuestionarse, los mitos se separan de las verdaderas situaciones de hecho y las innovaciones se ponen a prueba; todo esto con miras a la seguridad del cuidado del cliente.

## Desarrollo del arte de la práctica

La segunda forma que Gortner (1976) identifica como elemento de beneficio derivado de la investigación para el cliente es la referida al arte de la práctica. Parece incongruente pensar en el arte de la práctica y la investigación científica al mismo tiempo, pero nada más lejano a esta suposición. Investigación no quiere decir deshumanización, investigar es un medio para lograr cuidado que incluya acciones científicas seleccionadas y deliberadas, más no simplemente empapadas de sentimiento. La investigación y sus resultados se refieren a lo que hace la enfermera, por qué lo hace y a los resultados de sus acciones. Es decir, la utilización de la ciencia, como una herramienta efectiva para las intervenciones de enfermería y no como su enemiga.

El arte de enfermería es más que saber *qué* hacer, es saber *porque* hacerlo, *cómo* hacerlo, *cuándo* hacerlo y *cuándo no* hacerlo. El desarrollo del arte de cuidar y de confortar a los seres humanos requiere conocimiento, y en especial el tipo de conocimiento que se obtiene a través de la investigación deliberada y seria, y preferentemente de la utilización de los resultados en la práctica.

Phillips (1986), expone los puntos de vista de Gortner (1976) y de Henderson (1980) con relación a los hechos básicos que deben investigarse en el arte de la enfermería.

Gortner identifica dos tipos de investigación que son benéficos para el refinamiento del arte de enfermería: estudios relativos a procedimientos técnicos o físicos y estudios relacionados con aspectos psicosociales, interpersonales y cognitivos del cuidado. Henderson identifica cuatro: investigaciones de las necesidades humanas relacionadas con la salud, investigación de problemas que se relacionan con el cuidado de enfermería básico, investigación aplicada que pueda mejorar el cuidado de enfermería e investigación de problemas de enfermería que reconoce el valor de otras disciplinas para su solución.

Al aplicar resultados de investigación, en cualquiera de estas áreas, se mantiene la esencia humanística de enfermería. Y en todo caso, la utilización de la investigación beneficia al cliente ya que ésta se puede entender de forma tal que garantice su tratamiento holístico y seguro.

## Beneficios para el establecimiento de administración de cuidado de óptima calidad

Los dos últimos elementos que Gortner (1976), considera importantes al utilizar resultados de investigación en beneficio del cliente son de índole administrativa. Tanto la administración del cuidado de calidad, como el desarrollo de metodologías para medir y evaluar el cuidado de enfermería son aspectos de índole primordial en la administración del cuidado y de los servicios.

Los estudios descriptivos, analíticos y experimentales del medio físico y social en donde interactúan enfermeras y clientes son de singular interés.

De particular importancia son las estructuras que relacionan los costos de los servicios y la eficiencia. Este aspecto se puede enfocar desde dos puntos de vista. El primero trata de identificar aquellos aspectos del ambiente físico y social que afectan las formas en las cuales la enfermera cuida al cliente y en las que enfermeras y clientes interactúan y que a su vez afectan el cuidado de la salud. Sobra decir que en nuestro medio, de limitados recursos, este tipo de estudios deben tratarse con prioridad. Existen investigaciones relacionadas con el tema, pero no aplicables a nuestro entorno específico. Conociendo las limitaciones del mismo y el acostumbramiento totalmente desviado al que ha llegado todo el personal de salud, se puede pensar que la investigación de enfermería sobre las formas de administración del cuidado son esenciales. No es posible justificar ciertas costumbres, ni el mito de la carencia de los recursos. La investigación y análisis del costo beneficio para el cuidado del cliente está en mora de llevarse a cabo en Colombia y los países de América Latina. Tal vez entonces, se puedan plantear nuevas formas de dar cuidado y se comprenda porque los esquemas tradicionales de la prestación de los servicios de salud, al menos para enfermería, no son los óptimos. El cuidado de enfermería brindado al cliente a través de propuestas tradicionales es totalmente deficitario, desde la comprensión holística. Por ello y en beneficio de éste, se requiere la investigación no solo del cuidado, sino del tipo de ambientes en que se suceden las interacciones.

El segundo punto de vista que maneja Gortner (1976), sobre la administración del cuidado, es la evaluación del costo de los servicios. Este es un tema muy conocido para enfermería y ha sido manejado por mucho tiempo más en beneficio del dador del servicio, que en beneficio del cliente.

Los costos de dar cuidado son altos. Para reducirlos se han utilizado estrategias de diversa índole que se extienden desde la división del trabajo, asignando a personal menos preparado o sin ninguna preparación algunas labores *menos delicadas* del cuidado, hasta estrategias más complejas utilizadas para la extensión de coberturas de la atención de salud y otras.

Dividir la práctica del cuidado en actividades y luego asignarle éstas al personal que más económicamente pueda realizarlas y redefinir funciones en aras de la extensión de coberturas, son esfuerzos que no han tenido el éxito esperado, ya que a costa de la reducción de costos, se ha debilitado la calidad del cuidado. Los rituales y las rutinas pueden ser muy convenientes y eficientes desde el punto de vista de los trabajadores y de las instituciones, pero las necesidades de los clientes han sido totalmente descuidadas durante el proceso.

Estas prácticas han eliminado del componente del cuidado la posibilidad de percibir al cliente, han imposibilitado el tratamiento humanista de enfermería y han sacrificado a la persona.

Es posible sugerir la siguiente pregunta para ser tenida en cuenta en la investigación de la administración del cuidado de enfermería. ¿Eficacia para quién?, y ¿disminuir los costos a costa de quién? A través de la investigación se pueden distinguir las prácticas eficientes de las ineficientes y por ello enfermería no puede conformarse con poner de lado la tradición del cuidado humanitario, en aras de costos preconcebidos. Enfermería debe proponer las alternativas para el cuidado y sólo lo puede hacer a través de la investigación y de la utilización de sus resultados en la práctica.

## **Beneficios derivados del desarrollo de metodologías para la medición de la evaluación del cuidado de enfermería**

El último beneficio que obtiene el cliente cuando se utilizan los resultados de la investigación en la prestación del cuidado es la medición de la evaluación del cuidado. Según Phillips (1986), Gortner (1976) identifica una secuencia de actividades de investigación necesaria para la medición de la evaluación del cuidado: desarrollar metodologías que midan el cuidado de enfermería, y desarrollar metodologías que evalúen el cuidado de enfermería.

"Desarrollar métodos que midan el cuidado de enfermería requiere tres pasos. Primero, se requiere capacidad para determinar *qué tanto* de *qué* se precisa para producir un resultado positivo" (Phillips, 1986). Enfermería ha tenido dificultades para alcanzar este nivel de precisión de sus habilidades prescriptivas. La investigación en su gran mayoría se ha enfocado en qué hacer y sólo hasta el momento se está comenzando a pensar en el cuánto.

Segundo, la habilidad de medir el cuidado está relacionada con la capacidad de diagnosticar un problema con claridad. La idea del diagnóstico de enfermería data de 25 años atrás y se han logrado progresos, a pesar de los detractores de la capacidad de las enfermeras para hacer diagnósticos de enfermería. El problema se centra en que un diagnóstico equivocado o desviado es crítico para la seguridad del cliente. Y los diagnósticos son la guía para las intervenciones. Por lo tanto, es fundamental el uso de la investigación para refinar diagnósticos de forma tal, que el tratamiento para el cliente sea lo más apropiado y terapéutico posible.

Tercero, el cuidado de enfermería se relaciona con la habilidad de predecir que clientes están en riesgo, de manera que se pueda introducir una intervención preventiva. Esta es otra área de desarrollo inicial. Por ejemplo, Norton (1975), desarrolló una escala para medir el riesgo de la formación de úlceras por decúbito. Con este instrumento clínico las enfermeras pueden: identificar los clientes de alto riesgo y concentrar su atención en la prevención específica para ellos, individualizar el cuidado, e identificar clientes de bajo riesgo.

La segunda face identificada por Gortner (1976) es el desarrollo de metodologías para la evaluación del cuidado de enfermería. Todas las profesiones tienen que garantizar a sus clientes la responsabilidad en sus servicios. Y no es suficiente decir que el servicio es bueno. La persona receptora tiene derecho a recibir servicios evaluados cuidadosamente, es más, el cliente debe demandarlo. Es, en este orden de ideas, en donde la investigación clínica de la evaluación del proceso de intervención de enfermería se hace realmente útil, desde la perspectiva del cliente. Este tipo de investigación asegura al cliente la calidad de las intervenciones de enfermería, provee a la enfermera la retroalimentación para la modificación de las prescripciones, y permite generar estándares de medición para el cuidado.

## **Disminución de la Distancia entre la Investigación y la Práctica**

### **¿Cómo disminuir la distancia entre la investigación y la práctica?**

Para disminuir la distancia entre la investigación y la práctica se requiere discutir y conocer los lazos de unión existentes entre estas dos formas de ejercicio profesional y tratar de construir intereses



comunes entre enfermeras clínicas e investigadoras. Otra estrategia se proyecta identificando y motivando el rol de la enfermera *consumidora* de investigación. Este término poco común y a todas luces poco ortodoxo, será utilizado en esta parte del capítulo para señalar a las enfermeras clínicas que utilizan los resultados de la investigación en su ejercicio.

## Lazos entre la práctica y la investigación

Según Phillips (1986), a pesar de las diferencias entre la enfermería clínica y la investigación de enfermería, existen varios elementos comunes que sirven y se constituyen en puntos de unión entre la práctica y la investigación. Al reconocer estos elementos se puede construir la comunicación productiva entre los dos tipos de enfermeras.

Los elementos comunes mencionados por Phillips (1986), son: enfoque y propósito compartidos por la enfermería clínica y la investigadora, valores filosóficos, identificación e interés por el campo de enfermería, y problemas de la práctica.

## Enfoque y propósitos comunes

El cuidado y la investigación de enfermería son complementarios y sinérgicos. La investigación se genera por los problemas que se presentan al cuidar a los clientes. La meta de enfermería no es un virus, ni una neoplasia, o una fractura; es cuidar a la persona en un estado de salud dado, que debe enfrentarse a éste con limitaciones y fortalezas de diversos grados. El propósito de la investigación es definir la precisa situación del cliente para manejar el cuidado de enfermería en su beneficio (Rubin y Erickson, 1978).

Si el fin último de enfermería es brindar cuidado de calidad a las personas, no importa si la enfermera enfoca su trabajo hacia la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, a la comodidad del cliente, al cuidado y curación de los problemas de salud, si trabaja de manera individual o con familias y grupos. De cualquier forma, el eje principal de la práctica son las necesidades, problemas y fortalezas del cliente, y su propósito fundamental es el servicio.

Aunque los medios utilizados por las enfermeras clínicas y las investigadoras pueden diferir, comparten un fin común que es la solución de problemas reales y/o potenciales del cuidado de salud de los clientes. Aunque un grupo logra sus metas a través de la generación teórica y el otro por medio de la acción deliberada y el servicio, ambos se basan en necesidades, problemas, intereses, fortalezas y demás aspectos relacionados con el cuidado del cliente. (Phillips, 1986).

## Valores filosóficos compartidos

Relacionado con el punto anterior, el compartir filosófico se presenta como otro de los vínculos entre la investigación y la práctica. Ellis (1970), anota que un valor que cimienta a enfermería es el servicio a la sociedad expresado como interés y acciones para el cuidado de la salud, el bienestar y el cuidado de los clientes. Pero el servicio al cliente no es solamente un valor compartido por las enfermeras clínicas y las investigadoras, también lo es su preocupación por el mejoramiento del cuidado y en última instancia el nivel de salud de las poblaciones.

La mayoría de enfermeras actúan en la práctica, con intervenciones que en verdad, consideran benéficas para el cliente, o por lo menos, convencidas que no lo afectan en su integridad. Lo mismo se puede decir de las enfermeras investigadoras, ya que ellas investigan los fenómenos de



enfermería para descubrir vías más efectivas para dar cuidado. Estos dos tipos de enfermeras comparten otros valores filosóficos, tales como los derechos del cliente a la protección, confidencialidad, información, autodeterminación y al trato humanitario, conceptos éticos que guían las prácticas respectivas.

## **Identificación común con la profesión**

Aunque a la enfermera clínica le pudiera parecer que la investigadora se ha divorciado totalmente de la práctica de enfermería, existe poca evidencia que apoye esta idea. Al contrario, la mayoría de las enfermeras investigadoras son y se consideran parte activa de la profesión. Esto es evidente en virtud de los problemas clínicos que estudian, para lo cual se requiere estar en contacto con los procesos del diario vivir de la práctica y de las formas de cuidado que utilizan las enfermeras.

En algunos casos la forma de práctica de la investigadora puede diferir de la utilizada por la clínica, pero tampoco es menos cierto, que existen diferentes formas de ejercicio dependiendo de los ambientes y del tipo de clientes de la enfermera. No se puede decir que una enfermera tiene que utilizar las mismas estrategias de cuidado cuando se atiende al paciente en una unidad de cuidado crítico, o crónico, o cuando atiende a grupos comunitarios con un enfoque de atención primaria. Pues bien, de igual manera no se puede pretender que la enfermera que investiga utilice las mismas estrategias que la enfermera en cualquier campo de acción clínica.

La identificación común con la profesión puede referirse también al tipo de educación que reciben las enfermeras, a pesar de algunas diferencias existentes entre las clínicas y las investigadoras. En términos generales las enfermeras han tenido los mismos estudios básicos, en los cuales siempre se plantean aunque de manera somera, los métodos básicos de la investigación, y se trata de incorporar en los planes de estudio, elementos de investigación en los diferentes niveles del desarrollo de las asignaturas de enfermería.

Igualmente, las enfermeras comienzan el ejercicio profesional de la misma manera, trabajando como enfermeras de planta o en cargos de nivel básico en los servicios de salud. Esto conlleva a que en su mayoría hayan desarrollado experiencia en el cuidado básico de los clientes, sea cual fuere su ubicación intra o extra hospitalaria, y que conozcan por lo tanto, los problemas de la enfermera que se dedica al cuidado directo.

Tal vez, la diferencia se manifiesta en las formas de educación continua, ya que mientras las enfermeras clínicas la enfocan hacia aquellos aspectos que apoyan su área de trabajo, las investigadoras se entrenan en cursos de postgrado cuya meta es la formación de investigadoras de enfermería (maestría y doctorado). Aún así, esta diferencia no logra destruir todo un bagaje común que se ha obtenido con la educación básica profesional y con experiencias de la práctica.

## **Problemas comunes de la práctica profesional**

Los problemas comunes de la práctica profesional son de índole socio política, para ambos grupos de enfermeras. La mayoría de enfermeras investigadoras y clínicas trabajan en ambientes institucionalizados, o deben contar con acceso a una población de clientes para poder llevar a cabo su ejercicio. Estas dos características crean problemas comunes para los dos grupos.

- I :** Los miembros de los dos grupos tienen funciones autónomas pero deben, igualmente, tener en cuenta a miembros de otras profesiones, que salen de la esfera de la práctica de

enfermería, para poder realizar sus funciones. Asimismo, los dos grupos de enfermeras deben funcionar de manera multidisciplinar, y trabajar para crear una relación multiprofesional. La negociación es parte de la práctica de las enfermeras clínicas e investigadoras.

- 2:** Los miembros de ambos grupos se ven, con mucha frecuencia, requeridos para explicar sus roles particulares y para interpretar su actividad característica a otros. Las expectativas que otras personas o profesionales tienen sobre los roles de enfermería son, muchas veces, conflictivas con las que las propias enfermeras desean llevar a cabo en la práctica o la investigación.
- 3:** En la mayoría de los casos ni las enfermeras clínicas, ni las investigadoras tienen posiciones de poder dentro de las instituciones. A pesar de que algunos miembros individuales pueden manejar ciertos elementos de poder e influencia, los roles de la enfermera clínica y de la enfermera investigadora, por definición, no son inherentes al poder y autoridad. Por tanto, para ambos grupos obtener poder y legitimarlo dentro de una institución es difícil y en muchos casos la marginalidad es total.
- 4:** En términos generales, ninguno de los dos grupos tiene acceso al control del tiempo, y del dinero, que es lo que en última instancia facilita la realización de actividades deseadas. En la mayoría de las oportunidades, el tiempo que estos dos grupos de enfermeras pueden dedicar a sus proyectos es mínimo y por el contrario gastan enormes cantidades de energía y esfuerzo cumpliendo con actividades y proyectos asignados por otros. Como resultado se puede esperar un poco de desilusión en ellos (Phillips, 1986).

Aunque se pueden enumerar las diferencias entre los dos grupos de enfermeras y entre la enfermería clínica e investigadora, también se pueden tener en cuentas las semejanzas mencionadas.

163

El vacío entre la práctica y la investigación existe, en parte, por las diferencias de estas dos modalidades de trabajo. Pero es posible tratar de disminuir la distancia entre ellas a través de la comunicación, la educación, y el apoyo mutuo. Las enfermeras consumidoras de resultados de investigación y aquellas que procuran brindar cuidado de enfermería basado en la investigación y en la teoría, son las figuras centrales para comenzar a acercar la investigación y la práctica.

## Enfermera Consumidora de Investigación

“El rol de la enfermera consumidora de investigación está destinado a aquellas enfermeras clínicas que deseen utilizar los resultados de la investigación en la práctica clínica, como base fundamental para el cuidado de enfermería” (Phillips, 1986). La enfermera consumidora de investigación debe tener, por lo menos, una base educativa profesional que la haya preparado para comprender el significado y la utilidad de la investigación para la práctica. Este aspecto educativo es fundamental, dado que es común encontrar en la práctica de la profesión, enfermeras que si bien han recibido un elemento investigativo en su formación básica, no son capaces por desuso, o por bases deficitarias en la preparación, de comprender el hecho investigativo y su trascendencia para la práctica y el conocimiento.

No es necesario ser investigador, ni tener estudios de maestría y doctorado para consumir investigación. Por el contrario, cualquier enfermera con bases adecuadas puede consumirla, en cualquier nivel de desempeño. Esto es: enfermera intensivista, enfermera administradora, enfermera

de salud pública, enfermera educadora, enfermera comunitaria.... Lo que se requiere es un mínimo de conocimiento para comenzar el consumo investigativo y posteriormente una educación continua personal que facilite y ayude en la intención de utilizar investigación para la práctica.

Para este trabajo, son elementos esenciales, tener excelentes capacidades prácticas clínicas y elementos del proceso de metodología científica. Es muy difícil pretender que una enfermera base la práctica clínica en la investigación y en la teoría de enfermería, sin hacer un esfuerzo permanente para familiarizarse con los avances de la disciplina y la práctica. Para esto se requiere educación continua específica y enfocada al asunto pertinente. No es cualquier tipo de educación. Por ejemplo, no todas las revistas a las que se tiene acceso publican resultados de investigación. Por lo tanto, se deben buscar aquellas que faciliten este tipo de información. Muchas veces las enfermeras mal interpretando lo que se entiende por utilizar resultados de investigación, prefieren referirse a series periódicas de disciplinas afines. Aunque ésto no es del todo descartable, se debe tener en cuenta que las disciplinas afines a la enfermería no están interesadas en publicar resultados de investigación sobre el cuidado de enfermería.

### Roles de la enfermera consumidora de investigación

Rol	Forma de definición del rol
1: Facilitador	Facilita el camino para que la investigación se pueda conducir en el área clínica, con el menor número de obstáculos. Así la investigación impulsa el cambio de la práctica clínica, en un ambiente de poco disturbio. El facilitador es un agente de cambio que actúa en comités, consejos, y convence a otros de la importancia de servir a la investigación.
2: Defensor	Apoya el uso y el desarrollo de la investigación en el área clínica. Apoya con palabras y actos a los interesados dentro y fuera de la institución.
3: Activista	Influye para que los directivos y autoridades institucionales aseguren que se lleva a cabo investigación de enfermería en las áreas clínicas. El rol es semejante al de defensor pero se usa cuando se requiere mayor acceso a las líneas de autoridad y mando
4: Aventurado	Está determinado a exponer su práctica y sus formas de cuidado con aquellos que hacen investigación. También se arriesga a dejar al descubierto sus vacíos de conocimiento, con el fin de mejorar y aprender para la práctica. Este rol es inherente a los demás explicados en el cuadro.
5: Estudiante/ profesor	Invierte tiempo, esfuerzo, energía, leyendo, estudiando y discutiendo resultados de investigación con colegas, compañeros de trabajo e investigadoras y comunica a otras enfermeras la esencia y las implicaciones metodológicas de la investigación de enfermería.
6: Innovador	Mira la práctica y los proyectos de enfermería de forma crítica para identificar formas de generar investigación para la práctica. Este rol requiere creatividad, análisis, síntesis y evaluación tanto de la investigación, como de la práctica clínica.
7: Negociador	Sirve de intermediario entre diversos tipos de individuos (investigadores, clínicos, administradores, educadores, etc.) para facilitar de la manera más eficiente, las formas de conducir la investigación de enfermería en áreas clínicas. La negociación conlleva actividades tanto para facilitar la investigación, como para utilizar los resultados en la práctica.
8: Colaborador	Se comunica con enfermeras investigadoras para identificar áreas potenciales de investigación en la práctica, formas de desarrollar metodologías de investigación para áreas clínicas, formas para medir fenómenos relacionados, y para evaluar las necesidades de refinamientos futuros de cualquier aspecto relacionado con las investigaciones de interés. La colaboración tiene componentes teóricos, clínicos, técnicos, dimensiones prácticas.

Esas series periódicas publican lo pertinente a su disciplina, y ¿hasta qué punto vale la pena invertir esfuerzos en algo que no tiene aplicación inmediata para la práctica?

Las revistas de enfermería que tratan temas clínicos no siempre publican resultados de investigación. Por lo mismo, no se deben confundir experiencias vividas por las enfermeras, o la solución a problemas de la práctica, o problemas administrativos, con la verdadera publicación de resultados investigativos. Igualmente sucede con las memorias de congresos, conferencias y otros eventos que publican ponencias de enfermería. Las publicaciones se deben estudiar con cuidado antes de homologarlas a resultados investigativos. Para poder hacer estas diferenciaciones la enfermera consumidora requiere competencias específicas del proceso de investigación científica.

La enfermera consumidora de investigación debe mantenerse al día sobre los adelantos de enfermería pertinentes a su área de interés. Este es un trabajo individual y solamente puede esperarse retribución, en la medida en que varias enfermeras con estas pretensiones se comuniquen, intercambien conocimientos y experiencias, y desarrollen la comunidad investigativa aplicada.

Según Phillips (1986), las formas en que la enfermera consumidora de investigación puede trabajar su experiencia, está dada por ocho roles, cada uno diferente pero que sin duda conlleva implícito el elemento de consumo de resultados de investigación. El rol que seleccione la enfermera depende de la situación de la práctica y del estilo personal de cada una.

Para poder desempeñar el rol de consumidor se requiere llevar a cabo actividades que son representativas del rol.

### 1: Evaluación

Actividad esencial del consumidor. Consiste en ser capaz de evaluar crítica y creativamente los proyectos e informes de investigación. La documentación, la credibilidad, la subestructuración, y la aplicabilidad de los resultados son hechos claves para el consumidor de investigación. Una evaluación adecuada conduce a la enfermera consumidora a tomar decisiones sobre el total de la investigación o sobre elementos concretos de ella. Asimismo, es posible ubicar la investigación dentro del contexto de la experiencia y la realidad, utilizando el nuevo conocimiento, las nuevas ideas, y formas de entender el cuidado. Como resultado final se obtiene el cambio con base en el conocimiento y la acción deliberada y no por lo accidental.

### 2: Traducción

Actividad fundamental para el ejercicio investigación práctica investigación. Se refiere a crear un lenguaje común que permita la comunicación inequívoca entre la enfermera clínica e investigadora. En esta acción de doble vía, la enfermera consumidora debe poder comentar los específicos de la investigación con la autora, para así interpretar los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación, y analizar su utilidad en las áreas clínicas. Según Hinshaw et al (1981), "las enfermeras desarrollan sus habilidades en el contexto de su especialidad y cuando permanecen conscientes y permeables a estos contextos sus conocimientos de otras disciplinas pasan a ocupar un nivel secundario en el conocimiento". Por este motivo las enfermeras consumidoras de investigación están en la mejor posición para traducir la experiencia investigativa a la práctica.

Finalmente se puede decir que la enfermera consumidora está lista para traducir problemas de la práctica al lenguaje de la investigación en términos de pertinencia, factibilidad y validez de medición.

- 3:** Interpretación  
Consiste en poder discutir la importancia del problema y del propósito de la investigación y sus implicaciones para la práctica, con personas que no son investigadoras, ni consumidoras y aún, que pertenezcan a otras disciplinas de la salud. La interpretación es necesaria cuando se desea hacer cambios en la práctica clínica basados en resultados investigativos, ya que si se desea replicar, se requiere el convencimiento de las estructuras administrativas de la institución.
- 4:** Diseminación  
Este concepto se asemeja a la difusión. Es comunicar, compartir el conocimiento. La diseminación puede ser escrita o verbal. Las interacciones con colegas son diseminación y el convencimiento de la necesidad de aplicar los resultados también lo es. Esta actividad se requiere dentro y fuera de enfermería.
- 5:** Aplicación y/o utilización  
Estos dos conceptos se pueden utilizar como sinónimos o separadamente. Phillips (1986), resume la interpretación de algunos autores así. Aplicación es algo que puede aparecer de manera agregada a la persona, es decir, algo que no llega a ser parte integral del ser y que dadas ciertas circunstancias puede eliminarse o descartarse. Para otros, la connotación de aplicación va mucho más allá, y se interpreta como cambios en conocimientos, actitudes y comportamientos con características de permanencia. En otras palabras se interpreta como aplicación cognoscitiva que hace que la enfermera clínica evalúe una investigación, juzgue su utilidad y posible aplicación en la práctica clínica y finalmente, decida gravar la información para su análisis y utilización posterior, si fuere del caso, y se sustentara en suficiente evidencia empírica.

Pero un nivel más profundo de utilización es el denominado aplicación directa, en la cual la enfermera evalúa la investigación, juzga su utilidad para la práctica clínica y toma luego alguna acción para cambiar la práctica con base en los hallazgos de la investigación.

La aplicación directa requiere más que conocer lo que existe sobre un determinado desarrollo del arte. Requiere que la enfermera evalúe la investigación, la juzgue a la luz de su interés para la práctica clínica y luego decida cambiar la práctica de acuerdo con los resultados planteados en la investigación. Para la aplicación directa o la utilización es necesaria la crítica evaluativa, la cual permite desarrollar un juicio crítico del valor de los resultados de la investigación para ajustar su desarrollo en la práctica clínica, y en especial para la modificación de dicha práctica. Sin importar cual término se utilice, éstas son las características que deben desarrollarse para poder ejercitar el rol de consumidor de la investigación en una disciplina profesional como enfermería.

## **Herramientas para consumir investigación**

### **Crítica**

La crítica es una actividad muy conocida en otras disciplinas. Es parte de la evaluación de la literatura,

la filosofía, la antropología. Pero es relativamente nueva en enfermería. No es necesario hacer una clarificación de lo que significa la palabra crítica, pero valga la pena señalar que la persona que lleva a cabo crítica se sitúa en la posición de crítico, o sea aquel que expresa una opinión razonada sobre cualquier materia, y la expresa emitiendo un juicio valorativo o haciendo una interpretación.

El propósito básico de la crítica es determinar el valor, credibilidad o contribución de un trabajo determinado, en cualquier campo de la ciencia o el arte. Envuelve elementos de juicio, interpretación, análisis, evaluación y apreciación (Phillips, 1986). Es fundamentalmente una forma de trabajo constructivo. Desafortunadamente, muchos interpretan y manejan la crítica como una herramienta destructiva, haciéndole perder todo su valor creativo y de recreación. A su vez, la crítica genera dos resultados: la afirmación de aquellos elementos favorables y productivos del trabajos sometido a juicio, y el señalamiento de los aspectos débiles del mismo.

Es imposible pensar que los resultados de las investigaciones y los procesos a través de los cuales se obtuvieron esos resultados están exentos de falla. La crítica no debe seguir este juego peligroso. Alentar creencias y conductas de perfección entre los investigadores no es la mejor manera de llegar a la excelencia deseada. Es importante dedicar un poco más de interés y razonamiento a lo que sucede con la investigación clínica y se impone discutirla abiertamente. La crítica debe mirar la investigación con franqueza, sin llegar al criticismo destructivo. El término medio es el útil para el desarrollo y el mejoramiento de la investigación y por lo tanto se deben tener en cuenta el realismo y todas las posibilidades de construir a partir de cualquier producción investigativa, por débil que se perciba.

El estereotipo de perfección es el enemigo número uno de la investigación, pero es imperativo que exista balance entre las posibilidades de desarrollar un proyecto investigativo adecuado y el rigor exigido dentro de los dogmas de la ciencia. Lo sencillo no está en contraposición con el rigor metodológico (Jacox, 1974).

Jacox (1974) sugiere que existen problemas derivados de la intolerancia a la crítica. Uno es la posible justificación teórica, metodológica y procedimental de los problemas u obstáculos encontrados durante el transcurso de la investigación. Obstáculos que se presentan en la más refinada y cuidadosa investigación, sin duda alguna. Este problema conduce a un segundo que es el bloqueo de la exploración de los problemas encontrados en la investigación clínica, por parte de otros investigadores. Debe evitarse caer en la ingenuidad de que como todo proyecto debe ser perfecto, no existen problemas para resolver y que se deriva de su desarrollo. Si se mantiene esta posición intransigente, el resultado será la no utilización de los resultados de los proyectos y los problemas nunca se resolverán.

El tercer problema relacionado con la negativa de la crítica es la desilusión de las enfermeras clínicas en su interés por utilizar resultados para la práctica. Y éste es tal vez, el mayor problema con que se encuentran los estudiantes al aprender a utilizar e interpretar resultados. En este sentido no es aventurado decir que es posible aprender, siempre, algo de un proyecto de investigación de enfermería. Y es importante recalcar las palabras de Hinshaw (1979): "los proyectos de investigación llevan consigo una gran cantidad de compromisos que introducen imperfecciones dentro del proceso, ya que al seleccionar diseños, procedimientos, instrumentos, formas de recolección de datos, etc., el investigador compra automáticamente limitaciones y problemas a cambio de ciertos beneficios".



Finalmente se puede anotar como cuarto elemento problemático derivado de la negativa a aceptar la crítica, la restricción en la difusión y diseminación de la investigación de enfermería.

Smoyak (1976), sugiere que para convertir la crítica en un proceso creativo, ésta se debe interpretar como un aporte y un elemento significativo del quehacer de la enfermería clínica. Es decir, que si las enfermeras clínicas evalúan la investigación desde el punto de vista de su utilidad y la interpretan con creatividad se irá conformando una cultura de utilización y validación de la investigación en la práctica. Creatividad significa buscar las fortalezas, y no sólo las debilidades, posibilidades y no sólo desacuerdos. Mirada desde esta dimensión, la crítica se convierte en herramienta de desarrollo de la profesión y del avance disciplinar.

La crítica de investigación tiene múltiples usos en la educación, en la práctica clínica, en la administración y en la investigación misma. Bien sea utilizada con propósitos de aprendizaje y de crecimiento personal o para el mejoramiento de la práctica, el proceso de crítica resulta en claridad conceptual, precisión operativa y desarrollo lógico de ideas y de procedimientos investigativos. Además, brinda formas útiles de indagación, señala áreas potenciales de cambio y es un instrumento poderoso de la comunicación entre enfermeras investigadoras, clínicas, y consumidoras de investigación.

La consumidora de investigación que es capaz de hacer crítica de manera sistemática, erudita y objetiva se encuentra en una posición ventajosa para expresar los potenciales, alcances y beneficios de la investigación para la práctica, y al mismo tiempo identifica los vacíos substanciales existentes en el conocimiento de la disciplina. A través de la crítica se pueden plantear expectativas claras sobre los proyectos de investigación y la posible utilidad de éstos para la práctica, de forma tal que sean los hechos los que sustenten los beneficios y no la opinión o la solidaridad mal entendida. Todos los papeles que se desempeñan como consumidor de investigación: evaluación, traducción, interpretación, diseminación y aplicación/utilización, se refuerzan y soportan con una utilización del proceso de crítica sensitivo y consciente.

## **Modelos para la utilización de la investigación**

La preocupación por la incorporación de nuevas ideas en la práctica y las discusiones sobre las estrategias de cambio, no son nuevas en enfermería. Aunque se pueda pensar que las enfermeras han mantenido una posición de aceptación de ideas nuevas, la idea de la incorporación de estrategias para asegurar la calidad de la práctica utilizando resultados de investigación de enfermeras para enfermería, es relativamente nueva. Esta propuesta de trabajo se conoce con el término de modelos para la utilización de investigación (Phillips, 1986).

La actividad incluye una serie de planes bien desarrollados, lógicos, y sistemáticos que ayudan a todo tipo de enfermeras, y en cualquier tipo de ambiente de la práctica, a asimilar los desarrollos teóricos relevantes y los hallazgos de la investigación clínica, dentro de los propios contextos de su práctica clínica.

Los modelos que en la actualidad están disponibles en la literatura, son de variada gama, complejidad y amplitud, y comparten ciertos parámetros universales (Modelo WICHE de Krueguer, 1978; Modelo CURN de Horsley, 1978; Modelo de Stetler, 1976; Modelo Dracup-Breu 1977; Modelo de Sistemas, Conway, 1978)



Una característica común es el hecho de representar un proceso de creación de cambio en la práctica clínica, cambio de naturaleza secuencial y sistemática. Y aunque los formatos y las sustentaciones teóricas de los modelos pueden variar, igualmente se basan en elementos teóricos del cambio. Básicamente lo que pretenden los modelos es llevar a cabo una modificación de la práctica clínica, de carácter positivo y al largo plazo, pero que se base en la teoría y en los avances del conocimiento de enfermería, y que se ejecute en los ambientes burocráticos.

Otra característica común es la identificación de la crítica de investigación, como el primer paso esencial, para el proceso de utilización del modelo. Ningún autor de modelos supone o sugiere que cada trabajo de investigación existente en la literatura se puede incorporar a la práctica. Cualquier cambio en la práctica clínica debe basarse en los resultados de la investigación siempre y cuando hayan sido evaluados metódicamente y hayan demostrado ser seguros, eficaces, y apropiados para el área clínica. Los expertos en utilización de modelos también reafirman la necesidad de tener capacidades de consumidores de investigación para poder: 1. criticar los artículos de investigación y sus resultados, 2. evaluar su propia área de trabajo para determinar la compatibilidad de ésta con la de la muestra de la investigación, y 3. determinar las probabilidades y lo apropiado de utilizar los resultados de las investigaciones en su propia área de desempeño profesional. Para los expertos en utilización de modelos, la decisión final sobre la dirección de los cambios de la práctica basados en resultados de investigación, recae únicamente en la enfermera clínica.

Un tercer hecho común de los modelos para la práctica es que cada uno de ellos incluye: 1. un componente evaluativo que facilita, a las enfermeras clínicas, formas para determinar el cambio potencial en términos de si es conveniente mantenerlo o no, en determinado ambiente clínico y como elemento sustantivo de la práctica, y 2. un mecanismo de retroalimentación que facilita la comunicación de inquietudes y posibles áreas de interés para futura investigación.

169

La confianza en la utilización de modelos es un avance para la práctica y para el cambio en la prestación del cuidado, pero es conveniente mantener una evaluación constante de los resultados de la utilización de los modelos, de manera que la seguridad del usuario y los cambios deseados estén bajo auditaje permanente y de igual forma se aprovechen las ideas de investigación que se generan.

La última característica de los modelos, es que cada uno de ellos tiene en cuenta los elementos estructurales que están implícitos y que afectan el cambio en los ambientes burocráticos. Se recomienda, generalmente, hacer una valoración de las áreas clínicas, y de los mecanismos organizativos de las instituciones que pueden ser impulsores o inhibidores del cambio, antes de tratar de imponer el cambio prescrito por el modelo.

Aunque, por la descripción hecha anteriormente, se pudiera pensar que la utilización de los modelos es difícil y compleja, no es el caso. Por el contrario, la utilización de modelos derivados de la investigación, en la práctica clínica, representa el vínculo entre la investigación clínica de enfermería y las realidades de la práctica en ambientes prefigurados y burocratizados (Phillips, 1986). Al estar sustentada y apoyada por el conocimiento serio emanado de la crítica investigativa, la utilización de los modelos pretende brindar a las enfermeras consumidoras de la investigación, instrumentos investigativos que disminuyan la distancia entre la investigación y la práctica clínica. Además se crea un espíritu curioso y de aventura que llama a replantear los conceptos del ambiente clínico.

El uso más importantes de los modelos es para efectuar cambios en la práctica clínica. Los cambios deben ajustarse, dentro de lo posible, a resultados derivados de las investigaciones, de fenómenos clínicos, bien planeadas y replicadas.

Una segunda forma de utilización está dada por los resultados creativos que se desprenden de la investigación en el área clínica, en términos del mejoramiento, en términos de la excelencia del cuidado de enfermería, y de la generación de ideas novedosas para el futuro de la investigación clínica.

## Referencias

- Abdellah, F. (1970) Overview of nursing research 1955-1968 (partes 1, 2 y 3). **Nursing Research**. 19, 6-17; 151-162; 239-252.
- Abdellah, F. (1983) Address on the twenty-fifth anniversary of the College of Nursing, Tucson, Arizona, March.
- Abott, E.A. (1952) **Flatland**. New York: Dover Publications, Inc.
- ACOFAEN (1989) **Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería**: Memorias. Bogotá.
- Andreolli, K.G. y Thompson, C.E. (1977) The nature of science in nursing. **Image**. 9, 2, 32-37.
- Batey, M.V. (1974) Bridging the gap: Problems and progress. **Communicating Nursing Research**. 16, 4, 161-168.
- Benoliel, J.Q. (1977) The interaction between theory and research. **Nursing Outlook**. 25, 2, 108-113.
- Benoliel, J.Q. (1984) Advancing nursing science: Qualitative approaches. **Communicating Nursing Research**. 17 (Summer), Boulder, Co. WICHE.
- Bohny, B.J. (1980) Theory development for a nursing science. **Nursing Forum**. 19, 1, 50-67.
- Burns, N. y Grove, S. (1987) **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Carnegie, M.E. (1974) Toward more clinical research in nursing. **Nursing Research**. 23, 5, 371.
- Carper, B.A. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**. 1, 1, 13-23.
- Conway, M.E. (1978) Clinical research: Instrument for change. **Journal of Nursing Administration**. 8, 27-32.
- Dickoff, J., James, P. (1968) A theory of theories: A position paper. **American Journal of Nursing**. 17, 3, 197-203.
- Dickoff, J., James, P. y Weidenbach, E. (1968) Theory in a practice discipline: Part II, Practice oriented research. **Nursing Research**. 17, 6, 545-554.
- Donalson, S.K. y Crowley, D.M. (1978) The discipline of nursing. **Nursing Outlook**. 26, 2, 113-120.
- Ellis, R. (1970) Values and vicissitudes in the scientist nurse. **Nursing Research**. 19, 15, 440-445.
- Feldman, H.R. (1980) Nursing research in the 1980's: Issues and implications. **Advances in Nursing Science**. 3, 1, 85-92.
- Garzón, N. (1992) Liderazgo en enfermería: Barreras y oportunidades. **Memorias de la Conferencia Panamericana de Enfermería**. México. D.F. 8-10 de Abril.
- Gortner, S.R. (1974) Scientific accountability in nursing. **Nursing Outlook**. 22, 12, 764-768.
- Gortner, S.R. (1975) Research for a practice profession. **Nursing Research**. 24, 3, 193-197.
- Gortner, S.R., Block, D. y Phillips, T.P. (1976) Contributions of nursing research to patient care. **Journal of Nursing Administration**. 6, 3, 22-28.
- Gortner, S.R. (1980) Nursing science in transition. **Nursing Research**. 29, 180-183.

- Gortner, S.R. (1983) The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 1-8.
- Henderson, V.A. (1980) Preserving the essence of nursing in a technological age. *Journal of Advanced Nursing*. 5, 245-260.
- Hinshaw, A.S. (1979) Problems in doing research. *Western Journal of Nursing Research*. 1, 3, 251-255
- Hinshaw, A.S. et al. (1981) Research in practice: A process of collaboration and negotiation. *Journal of Nursing Administration*. February, 33-38.
- Horsley, J.; Crane, J.; Bingle, J.D. (1978) Research utilization as an organizational process. *Journal of Nursing Administration*. 8, 4-6.
- Jacox, A. (1974) Nursing Research and the clinician. *Nursing Outlook*. 22, 6, 382-385.
- Johnson, D.E. (1968) Nursing theory: Borrowed and unique. *Nursing Research*. 17, 3, 106-209.
- Johnson, D.E. (1974) Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 23, 5, 372-377.
- Ketefian, S. (1975) Application of selected nursing findings into nursing practice. *Nursing Research*. 24, 2, 89-91.
- Lindeman, C.A. (1975) Delphi survey of priorities in clinical nursing research. *Nursing Research*. 24, 6, 434-441.
- Mayco, F. (1981) The implementation of nursing research related to the nursing profession in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*. 6, 51-58.
- Munhall, P.L. (1982) Nursing philosophy and nursing research: In opposition or opposition. *Nursing Research*. 31, 13, 176-181.
- Newman, M. (1982) What differentiates clinical research? *Image*. 14, 3, 86-88.
- Niño, L.; Quintero, S.; Villalobos, M.M. (coord) (1989) **Estudio Nacional de Enfermería 1985-1987**. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Norton, D. (1975) Research and the problem of pressure sores. *Nursing Mirror*. 140, 65-67.
- Notter, L.E. (1973) Twelve years and sixty editorials later. *Nursing Research*. 22, 5, 387 (editorial).
- Palmer, I. (1977) Florence Nightingale: Reformer, reactionary and researcher. *Nursing Research*. 26, 2, 84-89.
- Phillips, L.R. (1986) **A Clinician's Guide to the Critique and Utilization of Nursing Research**. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts.
- Roper, N. (1977) Justification and use of research in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2, 365-371.
- Rubin, R. y Erickson, F. (1978) Research in clinical Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 7, 1146-1150.
- Schlofffeld, R. (1971) Significance of empirical research in nursing. *Nursing Research*. 20, 2, 140-142.
- Silva, M.C. (1977) Philosophy, science, theory: Interrelationships and implications for nursing. *Image*. 9, 3, 59-63.
- Schubert, W.A. (1980) Recalibrating educational research: Toward a focus on practice. *Educational Research*. 9, 17-24.
- Smith, M.C. (1984) Research Methodology: Epistemologic considerations. *Image*. 16, 2, 42-46.
- Smoyak, S. (1976) Is practice responding to research? *American Journal of Nursing*. 76, 7, 1146-1150.
- Strasser, S. (1969) **The Idea of Dialogal Phenomenology**. Pittsburgh: Duquesne University Press.

## Bibliografía General

- Aamodt, A.M. (1982) Examining ethnography for nurse research. **Western Journal of Nursing Research**. 4, 2, 209-221.
- Aamodt, A.M. (1983) Problems in doing nursing research: Developing a criteria for evaluating qualitative research. **Western Journal of Nursing Research**. 5, 4, 398-40.
- Abdellah, FG. (1969) The nature of Nursing science. **Nursing Research**. 18, 5, 393-399.
- Abdellah, F. (1970) Overview of uring research 19955-1968 (partes 1, 2 y 3). **Nursing Research**. 19, 6-17; 151-162; 239-252.
- Abdellah, F. (1983) Adress on the twenty-fith anniversary of the College of Nursing, Tocson, Arizona, March.
- Abott, E.A. (1952) **Flatland**. New York: Dover Publications, Inc.
- ACOFAEN (1989) **Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería**: Memorias. Bogotá: Ministerio de Salud OPS Acofaen.
- Acton, G.J. et al. (1991) Theory testing research: Building the science. **Advances in Nursing Science**. 14, 1, 52-61.
- ACOFAEN. **Archivos de Planes de Estudio 1980-1990**.
- Adam, ET. (1975) A conceptual model for nursing. **Canadian Nurse**. 7, 9, 40-41.
- Adam, E. (1985) Toward more clarity in terminology: Frameworks, theories and models. **Journal of Nursig Education**. 24, 151-155.
- Aggleton, P. & Chalmers, H. (1985) Critical examination. **Nursing Times**. 81, 14, 38-39.
- Aggleton, P. & Chalmers, H. (1986) Nursing research, nursing theory and the nursing process. **Journal of Advanced Nursing**. 11, 197-202.
- Aggleton, P. & Chalmers, H. (1986) Model choise. **Senior Nurse**. 5, 5/6, 18-20.
- Aggleton, P. & Chalmers, H. (1987) Models of Nursing, nursing practice and nursing education. **Journal of Advanced Nursing**. 12, 573-581.
- Allen, D. (1985) Nursing research and social control: Alternative models of science that emphasize understanding and emancipation. **Image**. 17, 2, 59-64.
- American Nurses' Asociation. (1980) **Nursing: A Social Policy Statement**. Kansas: American Nurses' Asociation.
- ANA Cabinet on Nursing Research. (1985) **Directions for nursing research:Toward the twenty-first century**.
- Andreoli, K. & Thomson, K. (1977) The nature of science in nursing. **Image**. 9, 1, 32-37.
- ANEC (1996) Ley 266 de Enfermería.
- Ashley, J.A. (1978) Foundations for scholarship: Historical research in nursing. **Advances in Nursing Science**. 1, 1, 25-36.
- Atwood, JR. (1984) Advancing nursing science: Qualitative approaches. **Communicating Nursing Research**. 16, 9-15.
- Baer, ED. (1985) Nursing 's divided house: An historical view. **Nursing Research**, 34, 32-38
- Barnard, KE. (1980) Knowledge for Practice: Directions for the Future. **Nursing Research**. 29, 4, 208-212.
- Batey, MV. (1971) Conceptualizing the research process. **Nursing Research**. 20, 296-301.
- Batey, MV. (1972) Values relative to research and to science in nursing as influenced by a sociological perspective. **Nursing Research**. 21, 6, 504-508.

- Batey, M.V. (1974) Conceptualization: Knowledge and logic guiding research. *Nursing Research*. 26, 5, 324-329.
- Batey, M.V. (1974) Bridging the gap: Problems and progress. *Communicating Nursing Research*. 16, 4, 161-168.
- Beck, C.T. (1994) Replication strategies for nursing research. *Image*. 26, 3, 191-194.
- Beckstrand, J. (1978a) The notion of a practice theory and the relationship of scientific and ethical knowledge to practice. *Research in Nursing and Health*. 1, 3, 131-136.
- Beckstrand, J. (1978b) The need for a practice theory as indicated by the knowledge used in conduct of practice. *Research in Nursing and Health*. 1, 4, 175-179.
- Beckstrand, J. (1980) A critique of several conceptions of practice theory in nursing. *Nursing Research and Health*. 3, 2, 69-76.
- Benner, P. (1983) Uncovering the Knowledge embedded in clinical practice. *Image*. 15, 2, 36-41.
- Benner, P. (1984) **From Novice to Expert**. Menlo Park, Ca.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1985) Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*. 8, 1, 1-14.
- Benner, P & Wrubel, J. (1989) **The Primacy of Caring: Stress and Coping**. Menlo Park, Ca: Addison-Wesley Publishing, Company.
- Benoliel, J.Q. (1977) The interaction between theory and research. *Nursing Outlook*. 25, 108-113.
- Benoliel, J.Q. (1984) Advancing nursing science: Qualitative approaches. *Communicating Nursing Research*. 17, 1-8.
- Benoliel, J.Q. (1987) Response to "Toward holistic inquiry in nursing: A proposal for synthesis in patterns and methods". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1, 2, 147-152.
- Bilitski, J.S. (1981) Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. *Advances in Nursing Science*. 4, 15-29.
- Bohny, B.J. (1980) Theory development for a nursing science. *Nursing Forum*. 19, 1, 50-67.
- Bronowsky, J. (1970) **New Knowledge in Human Values**. En Maslow, A.H. Ed. Chicago: H. Ragny Co. p 52.
- Brown, M.I. (1964) Research in the development of nursing theory. *Nursing Research*. 13, 2 (spring) 109-112.
- Bunge, M. (1959) La Ciencia su Método y su Filosofía. En Thomas, C.C. **Metascientific Queries**. Springfield, Ill.
- Burns, N. & Gove, S.K. (1987) **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bush, H.A. (1979) A model for nursing. *Advances in Nursing Science*. 1, 2, 13-21.
- Butts, P.A. (1982) Dissemination of nursing research findings. *Image*. 14, 2, 62-64.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1966) **Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social**. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carnegie, M.E. (1974) Toward more clinical research in nursing. *Nursing Research*. 23, 5, 371.
- Carper, B. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*. 1, 1, 13-24.
- Carper, B. (1992) Philosophical inquiry in Nursing: An application. En **Philosophical Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, J.F. y Simmons, H. Ed.). Newberry Park: Sage Publications. Cap 7.
- Carpers, C.F. (1986) Using nursing models to guide nursing practice: Key questions. *Journal of Nursing Administration*. 16, 11, 40-43.
- Capra F. (1983) **The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture**. New York: Bantam Books.
- Cessario, L. (1987) Utilization of board gaming for conceptual models of nursing. *Journal of Nursing Education*. 26, 167-169.

- Chenitz, WC. & Swanson, JM. (1986) **From Practice to Grounded Theory**. Menlo Park, Cal.: Addison-Welsley Publishing Company.
- Chinn, P (1983) Nursing theory development: Where we have been and where we are going. (Chasca, NL. Ed) **The Nursing Profession a Time to Speak**. New York: McGraw Hill.
- Chinn, PL. (1985) Debunking myths in nursing theory and research. **Image**. 17, 2, 45-49.
- Chinn, P & Jacobs, M. (1987) **Theory and Nursing**. 2nd Ed, ST Louis: The CV. Mosby Company.
- Chopoorian, TJ. (1986) Reconceptualizing the environment. In Moccia P. ed. **New Approaches to Theory Development**. New York: The National League for Nursing.
- Conant, LH. (1967) Closing the theory-practice gap. **Nursing Outlook**. 15, 11, 37-39.
- Conway, M.E. (1978) Clinical research: Instruent for change. **Journal of Nursing Administration**. 8, 27-32.
- Conway, ME. (1985) Toward greater specificity in defining nursing 's metaparadigm. **Advances in Nursing Science**. 7, 4, 73-81.
- Crowley, DM. (1968) Perspectives of pure science. **Nursing Research**. 17, 6, 497-501.
- Coward, D.D. (1990) Critical multiplism: A research strategy for nursing science. **Image**. 22, 3, 163-167.
- DeGroof, HA. (1988) Scientific inquiry in nursing: A model for a new age. **Advances in Nursing Science**. 10, 3, 9-25.
- Dennis, K.E. (1986) Q methodology: Relevance and application to nursing research. **Advances in Nursing Science**. 8, 3, 6-17.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. Ed. (1994) **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, Ca.: SAGE Publications. Caps.3, 6 y 7.
- Dickoff, J & James, P (1968) A theory of theories: A position paper. **Nursing Research**. 17, 3, 197-203.
- Dickoff, J & James, P (1968) Reaserching reaserch 's role in theory development. **Nursing Research**. 17, 3, 204-206
- Dickoff, J; James, P & Wiedenbach, E. (1968) Theory in practice discipline. **Nursing Research**. 17, 5, 415-435.
- Dickoff, J; James, P & Wiedenbach, E. (1968) Theory in a practice discipline. Part I. **Nursing Research**, 17, 5, 545-554.
- Dickoff, J., James, P y Weidenbach, E. (1968) Theory in a practice discipline: Part II, Practice oriented research. **Nursing Research**. 17, 6, 545-554.
- Donaldson, S & Crowley, D. (1978) The discipline of nursing. **Nursing Outlook**. 26, 113-120.
- Duffey, M, & Muhlenkamp, AF. (1974) A framework for theory analysis. **Nursing Outlook**. 22, 570-574.
- Duffy, M.E. (1987) Methodological triangulation: A vehicle for merging quantitative and qualitative research. **Image**. 19, 3, 130-136.
- Dzurec, L.C. (1989) The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research: A poststructuralist perspective. **Advances in Nursing Science**. 11, 4, 69-77.
- Ellis, R. (1968) Characteristics of significant theories. **Nursing Research**. 17.3. 217-222.
- Ellis, R. (1969) The practitioner as theorist. **American journal of Nursing**. 69, 7, 428-435.
- Ellis, R. (1970) Values and vicissitudes in the scientist nurse. **Nursing Research**. 19, 15, 440-445.
- Evaneshko, V & Kay, MA. (1982) The ethnoscience research technique. **Western Journal of Nursing Research**. 4, 1, 49-64.
- Fawcett, J. (1978) A relationship between theory and research: A double helix. **Advances in Nursing Science**. 1, 1, 49-62.
- Fawcett, J. (1982) Utilization of nursing research findings. **Image**. 14, 2, 57-60.
- Fawcett, J. (1984) Another look at utilization of nursing research. **Image**. 16, 2, 59-62.

- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image*. 16, 84-87 Ver si mejorar.
- Fawcett, J. (1986) **The relationship of theory and research**. Norwalk, Conn.: Appleton -Century-Crofts.
- Fawcett, J. (1995) **Analysis and Evaluation of Conceptual Models in Nursing**. 3er Ed. Philadelphia: FA, Davis Company.
- Feldman, H.R. (1980) Nursing research in the 1980's: Issues and implications. *Advances in Nursing Science*. 3, 1, 85-92.
- Feldman, HR. (1981) A science of nursing. *Image*. 13, 3, 63-66.
- Field, PA. (1983) An ethnography: four public health nurses' perspectives of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 8, 3-12.
- Field, PA. & Morse, Jm. (1985) **Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches**. Rockville, Ma.: An Aspen Publication. Aspen Systems Corporation.
- Fitzpatrick, J & Whall, A. (1983) **Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application**. Maryland: RJ Brady Co: A Prentice Hall Publishing and Communications Company.
- Flaskerud, JH. & Hallorand, EJ. (1980) Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*. 3, 1, 1-7.
- Fleming, JW. (1984) Selecting a clinical research problem for research. *Image*. 16, 2, 62-64.
- Fuller, SS. (1978) Wholistic man and the science and practice of nursing. *Nursing Outlook*. 26, 11, 700-704.
- Fuller, E.O. (1982) Selecting a clinical problem for research. *Image*. 14, 2, 60-62.
- Garzón, N. (1992) Liderazgo en enfermería: Barreras y oportunidades. **Memorias de la Conferencia Panamericana de Enfermería**. México, D.F. 8-10 de Abril.
- George, JB. et al. (1980) **Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice**. (The Nursing Conference Group) Englewood Cliffs, NJ.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967) **The discovery of grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. Chicago: Aldine.
- Goodwin, LD. & Goowin, WL. (1984) Qualitative vs. quantitative research or qualitative and quantitative research? *Nursing Research*. 33, 378-380.
- Gordon, M. (1982) **Nursing Diagnosis: Process and Application**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gortner, S.R. (1974) Scientific accountability in nursing. *Nursing Outlook*. 22, 12, 764-768.
- Gortner, S.R. (1975) Research for a practice profession. *Nursing Research*. 24, 3, 193-197.
- Gortner, S.R., Block, D. y Phillips, T.P. (1976) Contributions of nursing research to patient care. *Journal of Nursing Administration*. 6, 3, 22-28.
- Gortner, S.R. (1980) Nursing science in trabsition. *Nursing Research*. 29, 180-183.
- Gortner, S.R. (1983) The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 1-8.
- Gortner, SR. y Schultz, PR. (1988) Approaches to nursing science methods. *Image*. 20, 1, 22-24.
- Gortner, SR. (1990) Nursing values and science: Toward a science philosophy. *Image*. 22, 2, 101-105.
- Greene, J. (1979) Science, nursing and nursing science: A conceptual analysis. *Advances in Nursing Science*. 2, 4, 57-64.
- Haase, J.E. y Myers, S.T. (1988) Roconciling paradigm assumptions of qualitative and quantitative research. *Western Journal of Nursing Research*. 10, 2, 128-137.
- Hadley, BJ. (1969) Evolution of a Conception of Nursing. *Nursing Research*. 18, 5, 400-405.



- Hall, BA. (1981) The change paradigm in nursing: Growth versus persistence. **Advances in Nursing Science**. 3, 4, 1-6.
- Hall, BA. (1983) Toward an understanding of stability in nursing phenomena. **Advances in Nursing Science**. 5, 3, 15-20.
- Haller, K.B.; Reynolds, M.A.; Horsley, J. (1979) Developing research-based innovation protocols: Process, criteria and issues. **Research in Nursing and Health**. 2, 45-51.
- Handlin, O. (1965) Science and technology in popular culture. Science and Culture. En G. Holton ed. **Science and Culture**. Boston: Houghton Mifflin.
- Hansen, B., Wikkiams, C., Flemming, J. et al. (1980) Generating a scientific basis for nursing practice: Research priorities for the 80's. **Nursing Research**. 29, 4, 219.
- Hardy, ME. (1978) Practice oriented theory: Part I, Prespectives on nursing theory. **Advances in Nursing Sciences**. 1, 1, 37-48.
- Hardy, ME. (1978) Practice oriented theory: Part I, Prespectives on nursing theory. **Advances in Nursing Sciences**. 1, 1, 37-48.
- Hardy, LK. (1986) Identifying the place of theoretical frameworks in an evolving discipline. **Journal of Advanced Nursing**. 11, 103-107.
- Henderson, VA. (1964) The nature of nursing. **American Journal of Nursing**. 64, 8, 62-68.
- Henderson, VA. (1980) Preserving the essence of nursing in a technological age. **Journal of Advanced Nursing**. 5, 245-260
- Henderson, V. (1977) We've "come a long way", but what of direction? **Nursing Research**. 26, 3, 163-164.
- Henderson, V. (1994) **Naturaleza de la Enfermería: Después de Venticinco Años**. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill.
- Hinshaw, A.S. (1979) Problems in doing research. **Western Journal of Nursing Research**. 1, 3, 251-255
- Hinshaw, AS. et al. (1981) Research in practice: A process of collaboration and negotiation. **The Journal of Nursing Administration**. 11, 2, 33-38.
- Hinshaw, AS., Chance, HC. & Atwood, J. (1981) Research in practice: A process of collaboration and negotiation. **The Journal of Nursing Administration**. 11, 2, 33-38.
- Hinshaw, AS. (1987) Response to "Structuring the nursing knowledge system: A typology of four domains". **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**. 1, 111-114.
- Horsley, J.; Crane, J.; Bingle, J.D. (1978) Research utilization as an organizational process. **Journal of Nursing Administration**. 8, 4-6.
- Iyer, P. et al. (1986) **Nursing Process and Nursing Diagnosis**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Jacobs, M. & Huether, S. (1978) Nursing science: The theory-practice linkage. **Advances in Nursing Science**. 1, 1, 63-73
- Jacox, A. (1974) Nursing research and the clinician. **Nursing Outlook**. 22, 6, 382-385.
- Jacox, A. (1974) Theory construction in nursing: an over-view. **Nursing Research**. 23, 1, 4-13.
- Jacox, AK. & Webster, AK. (1986) Competing theories of science. En **Perspectives on Nursing Theory** (Leslie H. Nicoll Ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Company. pp.365-371.
- Jick, TD. (1979) Mixing qualitative and quantitative methods: action. **Administrative Science Quarterly**. 24, 602-611.
- Johnson, DE. (1959) The nature of a science in nursing. **Nursing Outlook**. 7, 5, 291-294.
- Johnson, DE. (1968) Theory in nursing—Borrowed and unique. **Nursing Research**. 17, 3, 209-209.
- Johnson, DE. (1974) Development of a theory: A requisite for Nursing as a primary health profession. **Nursing Research**. 23, 5, 372-377.

- Johnson, DE. (1987) Guest Editorial. Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. **Dimensions of Critical Care Nursing**, 6, 195-197.
- Ketefian, S. (1975) Application of selected nursing findings into nursing practice. **Nursing Research**, 24, 2, 89-91.
- Kikuchi, JF. (1992) Nursing questions that science cannot answer. En **Philosophic Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, JF y Simmons, H. Ed.). Newberry Park: Sage Publications. Cap 2.
- Kim, HS. (1983) **The Natural of Theoretical Thinking in Nursing**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Kim, HS. (1987) Structuring the nursing system: A typology of four domains. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, 1, 99-110.
- Kleffel, D. (1991) Rethinking the environment as a domain in nursing science. **Advances in Nursing Science**, 14, 1, 40-51.
- Kleffel, D. (1996) Environmental paradigms: Moving toward an ecocentric perspective. **Advances in Nursing Science**, 18, 4, 1-10.
- Knaff, A.K. y Howard, M.J. (1984) Interpreting and reporting qualitative research. **Research in Nursing and Health**, 7, 17-23.
- Krueger, J.; Nelson, A.; Wolanin, M.O. (1978) **Nursing Research: Development, Collaboration and Utilization**. Germantown, Md.: Aspen Systems.
- Kuhn, TS. (1962) **La Estructura de las Revoluciones Científicas**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lancaster, W. y Lancaster, J. (1981) Models and model building in nursing. **Advances in Nursing Science**, 3, 3, 31-42.
- Langer, SK. (1957) **Problems of Art**. New York: Scribner.
- Larson, E. (1981) Nursing research outside the academia: A panel presentation. **Image**, 13, 3, 75-77.
- Leddy, S & Pepper, JM. (1985) **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Filadelfia: JB. Lippincott Company.
- Leninger, M. (1969) Ethnoscience: A promising research approach to improve nursing practice. **Image**, 3, 1, 2-8.
- Leininger, MM. (1978) **Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices**. New York: Wiley & Sons.
- Leininger, MM. (1984) **Care: The Essence of Nursing and Health**. Detroit: Wayne State University Press. Caps. 1, 4 y 7.
- Leininger, M.M. ed. (1985) **Qualitative Research Methods in Nursing**. Orlando, Fla: Grune & Stratton, Inc.
- Leininger, MM. (1988) **Care: The Essence of Nursing and Health**. Detroit: Wayne University Press. Cap 1.
- Lindeman, CA. (1984) Dissemination of nursing research. **Image**, 16, 2, 57-58.
- Mariano, C. (1990) Qualitative research: Instructional strategies and curricular considerations. **Nursing and Health Care**, 11, 7, 354-359.
- Marriner, A. (1994) **Modelos y Teorías de Enfermería**. Madrid: Mosby-Doyma Libros.
- Mayco, F. (1981) The implementation of nursing research related to the nursing profession in Northern Ireland. **Journal of Advanced Nursing**, 6, 51-58.
- McKay, R. (1969) Theories, models and systems for nursing. **Nursing Research**, 18, 5, 393-399.
- Melia, K.M. (1982) "Tell it as it is" qualitative methodology and nursing research: Understanding the student nurse's world. **Journal of Advanced Nursing**, 7, 327-335.
- Meleis, AI. (1985) **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: JB. Lippincott Company
- Meleis, AI. & May, K. (1981) Nursing theory and the scholarliness in the doctoral program. **Advances in Nursing Sciences**, 4, 32-33.
- Mercer, R.T. (1984) Nursing Research: The bridge to excellence in practice. **Image**, 16, 2, 47-51.

- Miller, SR. (1968) Have we dichotomized theory and practice in nursing? *Nursing Leadership*. 1, 1, 34-36.
- Mitchell, E.S. (1986) Multiple triangulation: A methodology for nursing research. *Advances in Nursing Science*. 8, 3, 18-26.
- Moccia, P. ed. (1992) **New Approaches to Theory Development**. New York: National League for Nursing.
- Morse, J.M. y Bortorff, J.L. (1990) The use of ethology in nursing research. *Advances in Nursing Science*. 12, 3, 53-64.
- Munhall, P.L. (1986) Methodological issues in nursing research: Beyond a wax apple. *Advances in Nursing Science*. 8, 3, 1-5.
- Munhall, P.L. (1982) Nursing philosophy and nursing research: In apposition or opposition. *Nursing Research*. 31, 13, 176-181.
- Munhall, P.L. y Oiler, C.J. (1986) **Nursing Research: A Qualitative perspective**. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts.
- Nagle, L.M. et al. (1991) Theoretic diversity: Evolving paradigmatic issues in research and practice. *Advances in Nursing Science*. 14, 1, 17-25.
- Naisbitt, J. (1982) **Megatrends**. New York: Warner Books.
- Naisbitt, J. (1994) **Global Paradox**. New York: Avon Books.
- Nursing Theory Think Tank. (1979) *Advances in Nursing Sciences*. 1, 3 105.
- Newman, M. (1972) Nursing's theoretical evolution. *Nursing Outlook*. 20, 7, 449-453.
- Newman, M. (1979) **Theory development in nursing**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Newman, M. (1982) What differentiates clinical research? *Image*. 14, 3, 86-88.
- Newman, M.; Sime, AM.; Corcoran-Perry, SA. (1991) The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 14, 1, 1-6.
- Newman, M. (1994) **Health as Expanded Consciousness**. New York: National League for Nursing Press.
- Newman, M. (1995) *A Developing Discipline: Selected Works*. New York: National League for Nursing Press. Caps. 1, 2, 3 y4.
- Nightingale, F. (1969) **Notes on Nursing: What it is and what is not**. New York: Dover.
- Niño, L.; Quintero, S.; Villalobos, M.M. (coord) (1989) **Estudio Nacional de Enfermería 1985-1987**. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Norbeck, J. (1987) In defense of empiricism. *Image*. 19, 1, 28-30.
- Norris, CM. ed. (1983) **Concept Clarification in Nursing**. Germantown, Md.: Aspen System.
- Norton, D. (1975) Research and the problem of pressure sores. *Nursing Mirror*. 140, 65-67.
- Notter, L.E. (1973) Twelve years and sixty editorials later. *Nursing Research*. 22, 5, 387 (editorial).
- Oda, S.D. (1983) Social and political facilitation of research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 9-16.
- Oddi, LF. (1994) Contributions of graduate students to the creation and dissemination of nursing knowledge. *Image*. 26, 1, 7-12.
- Olier-Boyd, C. (1993) Toward a nursing practice research method. *Advances in Nursing Practice*. 16, 2, 9-25.
- Omery, A. (1983) Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 49-64.
- Orem, Dorothea. (1980) **Nursing: Concepts of Practice**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Osborn, O. (1977) Emic-etic issues in nursing research. *Communicating Nursing Research*. 9, 373-380.
- Pagana, KD. (1986) Consider this. *Journal of Nursing Administration*. 16, 2, 4.

- Palmer, I. (1977) Florence Nightingale: Reformer, reactionary and researcher. **Nursing Research**. 26, 2, 84-89.
- Parse, R.R. et al. (1985) **Nursing Research: Qualitative Methods**. Bowie, Md: Brady Communications Company.
- Pender, N.J. (1978) **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwalk, Conn.: Appleton and Lange.
- Peplau, H.E. (1969) Theory: The professional dimension. **Proceedings of the First Nursing Theory Conference**. University of Kansas, Medical Center, Department of Nursing Education. March 20-21.
- Pettengill, M.M.; Gillies, D.E.; Clark, C.C. (1994) Factors encouraging or discouraging the use of nursing research findings. **Image**. 26, 2, 143-144.
- Phillips, J.R. (1977) Nursing systems and nursing models. **Image**. 9, 1, 4-7.
- Phillips, L.R. (1986) **The Clinician's Guide to the Critique and Utilization of Nursing Research**. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.
- Polit, D. & Hungler, B. (1987) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Ragucci, A. (1972) The ethnographic approach to nursing research. **Nursing Research**. 21, 485-490.
- Roach, M.S. (1992) The aim of philosophical inquiry in nursing: Unity or diversity of thought? En **Philosophic Inquiry in Nursing**. (Kikuchi, J.F. y Simmons, H. Ed.). Newberry Park: Sage Publications. Cap 3.
- Rogers, M. (1970) **An introduction to the theoretical basis of nursing**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rogers, M. (1980) Nursing: A science of unitary man. En J:P Riehl and Roy, C. Ed. **Conceptual Models for Nursing Practice**. 2<sup>nd</sup>. Ed. New York: Appleton Century Crofts.
- Rogers, M. (1990) The science of unitary human beings. En **Visions of Rogers' Science Based Nursing** (Barret, E. Ed) New York: National League for Nursing Press.
- Rogers, M. (1994) **Rogers' Scientific Art of Nursing Practice**. (Madrid y Barret Ed.) New York: National League for Nursing Press.
- Roper, N. (1977) Justification and use of research in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 2, 365-371.
- Rubin, R. y Erickson, F. (1976) Research in clinical Nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 76, 7, 1146-1150.
- Ruffing-Rahal, M.A. (1986) A combined qualitative methodology for nursing research. **Advances in Nursing Science**. 8, 3, 58-69.
- Sandelowsky, M. (1991) Telling stories: Narrative approaches in qualitative research. **Image**. 23, 3, 161-166.
- Sandelowski, M. (1986) The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing Science**. 8, 3, 27-37.
- Sarnecky, M.T. (1990) Historiography: A legitimate research methodology for nursing. **Advances in Nursing Science**. 12, 4, 1-10.
- Schloffeld, R. (1971) Significance of empirical research in nursing. **Nursing Research**. 20, 2, 140-142.
- Schubert, W.A. (1980) Recalibrating educational research: Toward a focus on practice. **Educational Research**. 9, 17-24.
- Schumacher, K.L. y Gortner, S.R. (1992) (Mis)conceptions and reconceptions about traditional science. **Advances in Nursing Science**. 14, 4, 1-11.
- Schuster, E.A. (1992) Earth dwelling. **Holistic Nurse Practitioner**. 6, 4, 1-9.
- Schutz, P.R. & Meleis, A.I. (1988) Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. **Image**. 20, 4, 217-221.
- Selby, M.L.; Muller, R.R. Farrel, A. (1992) Building administrative support for your research. **Nursing Outlook**. 40, 2, 73-77.
- Shannon, A.M. (1973) Theory in research: Uses and abuses; In **Doctoral preparation for Nurses with Emphasis on the Psychiatric Field**, ed by E.A. Garrison. San Fco: U of California, 230-237.

- Shermis, S. (1962) On becoming an intellectual discipline. *Phi Delta Kappan*. 44, 84
- Silva, M.C. (1977) Philosophy, science, theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image*. 9, 3, 53-63.
- Silva, MC; & Rothbart, D. (1984) An analysis of changing trends in philosophies of science of nursing theory development and testing. *Advances in Nursing Science*. 6, 2, 1-13.
- Silva, MC. (1986) Research testing nursing theory: State of the art. *Advances in Nursing Science*. 9, 1, 1-13.
- Silva, C. M. y Sorrell, J.M. (1992) Testing of nursing theory: Critique and philosophical expansion. *Advances in Nursing Science*. 14, 4, 12-23.
- Silva, MC.; Sorrell, J.M.; Sorrell, CD. (1995) From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shifting in nursing. *Advances in Nursing Science*. 18, 1, 1-13.
- Smith, M.C. (1984) Research Methodology: Epistemologic considerations. *Image*. 16, 2, 42-46.
- Smith, M.C. y Naftel, DC. (1984) Meta-Analysis: A perspective for research. *Image*. 16, 1, 9-13.
- Smoyak, S. (1976) Is practice responding to research? *American Journal of Nursing*. 76, 7, 1146-1150.
- Stern, PN. (1980) Grounded theory methodology: its uses and process. *Image*. 12, 1, 20-23.
- Stetter, CB.; y Marram, G. (1976) Evaluating research findings for applicability in practice. *Nursing Outlook*. 24, 559-563.
- Stevens, BJ. (1978) Theory, research and the scholarly paper. *Research in Nursing and Health*. 1, 1 (april), 2.
- Stevens, BJ. (1984) **Nursing Theory**. Boston: Little, Brown and Company.
- Strikland y walts 1990.
- Strasser, S. (1969) **The Idea of Dialogal Phenomenology**. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Thomson, J.L. (1985) Practical discourse in nursing: Going beyond empiricism and historicism. *Advances in Nursing Science*. 7, 4, 59-71.
- Tinkle, M.B. y Beaton, J.L. (1983) Toward a new view of science: Implications for nursing research. *Advances in Nursing Science*. 5, 2, 27-36.
- Turner, J.H. (1986) **The Structure of Sociological Theory**. Chicago: Dorsey Press.
- Velandia, AL. (1995) **Historia de la Enfermería en Colombia**. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Visintainer, MA. (1986) The nature of knowledge and theory in nursing. *Image*. 18, 2, 32-38.
- Wald, FS. y Leonard, RC. (1967) Towards development of nursing practice theory. *Nursing Research*. 13, 4, 309-313.
- Walker, LO. (1971) Toward a clear understanding of the concept of nursing theory. *Nursing Research*. 20, 5, 428-435.
- Walker, LO. (1972) Rejoinder to commentary: Toward a clearer understanding of the concept of nursing theory. *Nursing Research*. 21, 1, 59-62.
- Walker, LO. & Nicholson, R. (1980) Criteria for evaluating nursing process models. *Nurse Educator*. 5, 5, 8-9.
- Walker, LO. (1983) Theory and research in the development of nursing as a discipline: Retrospect and Prospect, in **Nursing Profession** ed. by N. Chaska. New York: McGraw-Hill Book Company. 406-415.
- Walker, LO. y Avant, KC. (1988) **Strategies for Theory Construction in Nursing**. 2<sup>nd</sup> Ed. Norwalk, Conn.: Appleton and Lange.
- Watson, J. (1981) Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*. 29, 7, 413-416.
- Watson, J. (1988) **Nursing Human Science and Human Care**. New York: National League for Nursing Press.

Webster, G., Jacox, A., & Baldwin, B. (1981) Nursing theory and the ghost of the received view. In J.C. McCloskey & H. K. Grace (Eds) *Current Issues in Nursing*. Boston: Blackwell Scientific.

Whall, A.L. (1989) The influence of logical positivism on nursing practice. *Image*. 21, 4, 243-245.

Wilson, H.S. (1991) Identifying problems for clinical research to create a nursing tapestry. *Nursing Outlook*. 39, 6, 280-282.

Woods, NK. & ; Catanzaro, M. (1988) *Nursing Research: Theory and Practice*. St. Louis: The CV Mosby Company.

Yura, H. & Torres, G. (1975) Today 's conceptual frameworks within baccalaureate programs. In National League for Nursing: *Faculty and Curriculum Development*, part III.







Este libro se terminó de reimprimir  
en el mes de junio de 2001  
Universidad Nacional de Colombia  
EDITORIAL UNIBIBLOS  
Teléfonos: 3165290 ó 3165000 ext. 19645  
Telefax: 3165357 ó 3165000 ext. 19646  
E-mail: unibiblo@dnic.unal.edu.co  
Bogotá, D.C.

**María  
Mercedes  
Durán  
de  
Villalobos**



Facultad de  
Enfermería  
Universidad  
Nacional de  
Colombia

Fortalecimiento  
de los Postgrados  
en Enfermería



proyecto  
**INNOVAR**



9 789588 051215

# **Enfermería**



Desarrollo Teórico e Investigativo