

Teoría de enfermería ¿un camino de herradura?

RESUMEN

Esta revisión pretende reflexionar sobre las dificultades que tenemos las enfermeras para la selección, utilización y desarrollo de la teoría de enfermería que respalde la práctica autónoma. Se revisa la historia de la evolución de la teoría a partir del nacimiento del pensamiento teórico disciplinar hasta la generación de la teoría de rango medio. Posteriormente, se acnaran elementos fundamentales para diferenciar la teoría de enfermería prestada a la teoría propia, y se analizan a partir de la literatura de enfermería los aspectos que, a juicio de la autora, han sido obstáculos para el desarrollo teórico: la diferencia semántica y estructural del modelo conceptual y la teoría de enfermería, la utilización de la teoría propia y la teoría prestada, y el surgimiento de la teoría de rango medio y su trascendencia para la práctica disciplinar.

PALABRAS CLAVE

Epistemología, enfermería, teoría de enfermería. (Fuente: DeCS, Bireme).

1 Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia. mmvillalobos@gmail.com

Nursing Theory: A Bridle Path?

ABSTRACT

The purpose of this review is to reflect on the difficulties we nurses face in the selection, use and development of nursing theory that supports independent practice. The history of theoretical development is reviewed, beginning with the birth of disciplinary theoretical thought and extending to the generation of middle-range theory. Fundamental elements for differentiating between borrowed theory in nursing and nursing's own theory are clarified, and the aspects the author regards as obstacles to theoretical development are analyzed on the basis of nursing literature. They include the semantic and structural difference between the conceptual model and nursing theory, the use of nursing's own theory and borrowed theory, and emergence of the middle-range theory and its importance in nursing practice.

KEY WORDS

Knowledge, nursing, nursing theory.

Teoria de enfermagem, um caminho de ferradura?

RESUMO

Esta revisão trata de reflexionar acerca das dificuldades das enfermeiras para selecionar, utilizar e desenvolver a teoria da enfermagem respaldando a prática autônoma. É revisada a história da evolução da teoria desde o nascimento do pensamento teórico disciplinar até a geração da teoria de rango médio. São clarificados elementos fundamentais para diferenciar a teoria emprestada à teoria própria e analisados, partindo da literatura de enfermagem, aspectos que, segundo a autora, tem sido obstáculos para desenvolvimento teórico: a diferencia semântica y estrutural do modelo conceitual e a teoria de enfermagem, a utilização da teoria própria e a teoria emprestada, e a emergência da teoria de rango médio e a sua transcendência para a prática disciplinar.

PALAVRAS-CHAVES

Conhecimento, enfermagem, teoria de enfermagem.



Introducción

Por qué ha existido y existe todavía entre las enfermeras controversia sobre la teoría de enfermería y su aplicación en la práctica y la investigación? O, ¿finalmente, llegaremos a un acuerdo entre nosotras antes de perder la oportunidad de desarrollar plenamente el liderazgo que deberíamos tener dentro del grupo de las disciplinas orientadas a la práctica del cuidado y promoción de la salud?

A pesar de las sugerencias de Florence Nightingale (1) relacionadas con la dirección que debía tomar el desarrollo del conocimiento de enfermería, la evolución de éste nos ha llevado, en ocasiones, a alejarnos de la responsabilidad que demanda la disciplina, y solamente a partir de la década de los sesenta comenzamos a descubrir nuevamente el tipo de conocimientos que nos permitirán establecernos como una ciencia enfocada al cuidado y a la promoción del bienestar de los seres humanos en la salud y la enfermedad.

Nightingale, en *Notas de enfermería* (1), señaló:

Está claro, como lo apunta Newman (2), que aunque los lineamientos para el desarrollo del conocimiento fueron claros, la enfermería del siglo XX basó su conocimiento en el conocimiento médico. Las enfermeras “instruidas” por los médicos aprendieron lo necesario para llevar a cabo el régimen médico. Pero como veremos, el conocimiento de enfermería florece y es necesario conocerlo para apreciar su riqueza y utilidad.

Algo de historia

Margaret Newman (2) y Afaf I. Meleis (3) hacen un recuento claro sobre el desarrollo teórico y epistemológico de enfermería, respectivamente, y coinciden en sus apreciaciones referentes a cuál ha sido el sendero de la teoría de enfermería. Sendero porque, como se verá, el camino ha sido largo, de más de cuarenta años, tortuoso, ascendente o descendente y, en términos coloquiales, se podría sugerir que ha sido un “camino de herradura”².

Las autoras coinciden en apreciar que durante las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basó en gran parte en el conocimiento médico y que, aún teniendo educación universitaria autónoma, ésta giró alrededor de las necesidades de llenar el régimen de prescripción médica para el paciente; y podríamos sugerir, con cautela, que la modalidad organizativa curricular y los contenidos programáticos de las asignaturas profesionales por áreas de especialización, son comunes hoy en día.

Paralelamente, y por algún tiempo (años treinta, cuarenta y cincuenta) otro enfoque que contribuyó al desarrollo del conocimiento de enfermería fue el de manejo administrativo y educativo. Este periodo cambió la pregunta sobre cómo atender al paciente y asegurar el régimen médico, hacia cuál currículo plantear para educar mejor a las enfermeras, y cómo enseñarlo. Igualmente, se relacionó con los roles funcionales para los cuales debía estar preparada la enfermera. Por tanto, mucho del interés y énfasis curricular y de preparación de los docentes de enfermería tuvo que ver con contenidos administrativos, pedagógicos, didácticos, disciplinas que manejan conocimientos útiles para enfermería, pero que no son conocimiento de enfermería, y nuevamente la propuesta de Nightingale quedó relegada a un segundo o tercer plano.

² Camino de polvo o adoquín hecho para que transitaran bestias de carga y que aún existe en ciertas zonas muy montañosas de nuestro país. Es un camino trazado sin las consideraciones tecnológicas modernas, pero que fue fundamental para el desarrollo de los países y las regiones, antes de la aparición y utilización de los automóviles, camiones...

La etapa de educación y administración fue importante para el posterior desarrollo teórico, ya que generó preguntas tales como: ¿qué es enfermería?, ¿cuál es la diferencia del cuidado que brinda una enfermera con el que brinda una auxiliar de enfermería?, ¿cuál es la diferencia entre enfermería y medicina?, y otras tantas que urgieron a las enfermeras a articular el núcleo teórico de enfermería (4). De acuerdo con Meleis (3), esta etapa aligeró el camino para el desarrollo teórico posterior, a pesar de no haber tenido en cuenta, por sí misma, el conocimiento disciplinar.

Este proceso dio paso a la investigación. Pero a una investigación que inicialmente tuvo un enfoque de roles, centrada en las enfermeras más que en enfermería. La etapa de investigación fue básica para el desarrollo teórico ya que, durante este periodo, las enfermeras sentaron los cimientos y las instrumentaciones para el desarrollo científico, la crítica y el avance académico. Aunque los marcos de referencia y los hechos fundamentales del núcleo de la disciplina faltaban por desarrollar, durante este periodo se formuló la sintaxis disciplinar (5, 6).

Finalmente, los primeros años de la década de los sesenta dieron apertura a lo que se puede considerar el desarrollo teórico de enfermería. Muchos esfuerzos se dieron en esta década a partir de los académicos, el soporte y la financiación de la investigación, y el reconocimiento de las publicaciones científicas, hechos que fueron fundamentales para el giro que dio la disciplina de enfermería, pero sobre todo para la mejor comprensión de la necesidad de la utilización de la teoría, generación y validación de la misma para garantizar la autonomía de la práctica disciplinar.

El tipo de teoría para enfermería

Para entender el tipo de teoría que requiere enfermería debemos atender a dos preguntas: ¿qué es la teoría? y ¿por qué para enfermería?

La teoría es un elemento esencial para el desarrollo de las disciplinas, y es componente primario del conocimiento disciplinar. Son numerosas las autoras que han clarificado el concepto, y éste depende básicamente de la utilización que se pretenda para la teoría como se puede apreciar en Ellis, McKey, Hardy, Jacox, Fawcett, Meleis, Stevens, citadas por De Villalobos (7) y Chinn y Kramer (8). Burns y Grove (9), así mismo, explican gráficamente cómo para validar los hechos del mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica.

Villalobos (7) aclara que este proceso generador de conocimiento debe producirse a partir del pensamiento abstracto porque las respuestas a las preguntas del conocimiento se generan a partir de la abstracción. La abstracción es clave en el mundo de

enfermería, dada la complejidad de la naturaleza de los conceptos metaparadigmáticos de la disciplina (10, 11). Además, porque sin abstracción enfermería queda atrapada en el mundo del empirismo en el cual dicho mundo puede ser sentido y experimentado, pero nunca entendido.

La abstracción permite la generación y la prueba teórica (lo único que puede explicar el mundo de enfermería), y de esta manera avanzar en la conformación de un cuerpo propio de conocimientos disciplinares. El conocimiento abstracto es el que permite que los hallazgos científicos derivados de investigación se desarrollen en teorías que, guiadas por un soporte filosófico, puedan sustentar la práctica.

En síntesis, podemos asegurar que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que nos permite dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica.

Para responder acerca del porqué, es importante concordar que enfermería requiere teoría para la práctica e investigación, y es preciso no perder de vista que la teoría es la herramienta fundamental para la práctica, y que tanto la teoría como la investigación son requerimiento esencial para aquella; esta afirmación no es motivo de discusión en los medios académicos, a pesar de las afirmaciones de Levine (12) sobre las dificultades y los malos entendidos iniciales sobre la necesidad del desarrollo teórico, y la confusión semántica que aclararemos posteriormente en esta revisión.

Donalson y Crowley (13) aclaran con amplitud el significado de ser una disciplina profesional, como lo es enfermería, y de las necesidades teóricas que den respuesta a la relación de la disciplina con la práctica; en este sentido explican la urgencia de tener una amplia gama de teorías que expliquen, predigan y prescriban o controlen los fenómenos de la misma. Continúan expresando que la disciplina requiere teoría descriptiva y explicativa, para entender los fenómenos básicos del dominio de enfermería, pero agregan, al igual que Stevens (14), que para generar práctica confiable y autónoma se requiere teoría de prescripción o de control. Pero cualquiera sea el tipo de teoría con el cual nos encontremos para comprender la práctica, debe ser significativa, relevante y, sobre todo, comprensible.

Dickoff y James (15, 16), y Dickoff, James y Weidenbach (17, 18) en 1968 propusieron formas aclaratorias sobre la teoría de enfermería e hicieron énfasis en la necesidad de tener una teoría orientada hacia la acción que apuntara a moldear la realidad de la práctica, no de una manera fútil, sino a través de una conceptualización clara, de fines y medios de la misma, la cual se basara en su conocimiento adecuado con relación a la estructura, el desarrollo y el potencial futuros. Dadas estas condiciones, está claro que para la disciplina no es suficiente el desarrollo teórico prescriptivo ex-

clusivamente, se requiere también una estructura conceptual inventada o extraída de la práctica, que sirva como prerrequisito o propósito para ajustar en ésta la teoría o teorías de más concreto alcance o mayor operatividad. En palabras comunes, la teoría prescriptiva es la adecuada para guiar las acciones que conducen a dar forma a nuestra realidad.

¿Y cómo podría enfermería, una disciplina nueva, producir este tipo de teoría sofisticada? Los autores proponen que la respuesta radica en el eventual y privilegiado intercambio con el mundo empírico de la práctica disciplinar. Este rico recurso de conocimiento preconceptual es la raíz para la comprensión de fenómenos complejos y patrones de comportamiento que, al articularse en conceptos y proposiciones, conducen al desarrollo teórico pero teniendo en cuenta que este desarrollo no debe seguir los procedimientos ortodoxos de otras disciplinas académicas, sino aquellos que conduzcan a un proceso de utilidad para las peculiaridades de enfermería.

A manera de conclusión se puede afirmar que la teoría es el componente que da forma e identificación a la disciplina, y que las teorías que ésta utiliza deben estar impregnadas por las clarificaciones de los supuestos básicos y los valores compartidos por las enfermeras que, en última instancia, definen los resultados y el propósito de la práctica (19, 20). Dicho de otra manera, clarifica la complejidad intelectual y la interacción de los elementos del dominio de enfermería, lo que permite plantear investigación relevante y aplicable a la práctica, situación que hace la diferencia entre una práctica de cuidado experta y coordinada y la mera ejecución de tareas sin conexión o delegadas de la práctica médica, por más sofisticadas que éstas sean (21, 8).

Otras de las ganancias que aportan las teorías al conocimiento de enfermería fueron mencionadas por Fawcett (10), y vale la pena hacerlas notar en esta revisión:

1. Permiten identificar estándares para la práctica, ya que la teoría razona sobre las mejores opciones y estrategias que se deben tener en cuenta al determinar las intervenciones de cuidado.

2. Identifican ambientes en donde la práctica de enfermería debe ocurrir, y las características de los recipientes del cuidado de enfermería, ya que la teoría no es universal, más bien apunta a comprender fenómenos o situaciones determinados facilitando su comprensión y resolución, en un momento dado.

Los primeros años de la década de los sesenta dieron apertura a lo que se puede considerar el desarrollo teórico de enfermería. Muchos esfuerzos se dieron en esta década a partir de los académicos, el soporte y la financiación de la investigación, y el reconocimiento de las publicaciones científicas.

3. Identifican los diversos procesos de enfermería y las tecnologías que deben utilizarse para la práctica, incluyendo instrumentos de valoración, etiquetas sobre los problemas de los pacientes o usuarios del cuidado, estrategias de intervención y criterios para la evaluación de los resultados del cuidado.

4. Dirigen las formas de prestación de servicios de enfermería porque, junto con los elementos filosóficos, proveen marcos de referencia para el cuidado y las diversas formas de atención que puede brindar enfermería.

5. Sirven de base para los sistemas de información que requiere enfermería para la toma de decisiones fundamentales para el cuidado.

6. Dan forma a los programas de aseguramiento de la calidad de los servicios de enfermería que son consecuencia o resultado del desarrollo de los puntos anteriores.

Como se puede deducir, sin hacer aclaraciones adicionales, la teoría junto con la investigación pueden ser los agentes de cambio que permitan a enfermería no sólo sustentar la práctica, sino proponer cambios para reevaluar los modelos de prestación de servicios que realmente se ajusten a las necesidades de los usuarios de las empresas que gestionan las necesidades de salud de la gente, es decir, modificar con evidencias las decisiones sobre políticas de salud.

Terminología de la teoría de enfermería

La terminología de la teoría de enfermería ha sido algo problemática, como puede derivarse de la literatura respectiva. Los conceptos utilizados se han manejado de forma indiscriminada (modelo conceptual, modelo teórico, marco de referencia, teoría), y tal vez sea ésta una de las razones para que se haya generado dificultad para su comprensión y utilización, hasta llegar a extremos de descartarla totalmente en el trabajo científico, en algunos sectores de enfermería.

La teoría puede explicarse desde tres puntos de vista que se notan claramente, tanto en la literatura como en el lenguaje cotidiano de las enfermeras: a) la diferencia semántica y estructural de los modelos conceptuales y las teorías, que así mismo tiene que ver con la jerarquía de abstracción, como lo propone Fawcett (22); b) la utilización de teoría propia y de teoría prestada, y c) el surgimiento de la teoría de rango medio y la teoría práctica.

Pero antes de comenzar a discutir los tres aspectos mencionados en el párrafo anterior es importante proponer una conceptualización de teoría y de teoría de enfermería.

De acuerdo con Meleis (3), la teoría es:

una articulación organizada, coherente y sistemática, de una serie de definiciones que se relacionan de forma coherente con los cuestionamientos de una disciplina y que se articulan en un todo significativo. Es una descripción simbólica de aspectos de la realidad que se descubren o inventan para describir, explicar, predecir o prescribir eventos, situaciones, respuestas, condiciones o relaciones. Las teorías manejan conceptos relacionados con los fenómenos de la disciplina. Estos conceptos se relacionan entre sí dando forma a las proposiciones teóricas.

La teoría de enfermería la define la misma autora, como:

la conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería que se propone con el fin de describir y explicar los fenómenos, y de mostrar las relaciones entre fenómenos, predecir consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de enfermería son los depósitos en donde se almacenan o guardan los hallazgos sobre los conceptos que maneja enfermería tales como, comodidad, sanación, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, cuidado familiar, ayudar a ser capaz de, transiciones, tristeza, dolor, insomnio... También son los depósitos en donde se acumulan las respuestas para los fenómenos significativos de la práctica, tales como niveles de cognición posaccidente cerebrovascular, procesos de recuperación, rechazo a un régimen de rehabilitación posinfarto del miocardio, admisiones concurrentes, para mencionar algunos ejemplos.

Estas definiciones o conceptualizaciones de teoría nos proponen una serie de requisitos que se deben contemplar al hablar de ésta: primero, la teoría debe estar enmarcada dentro de los límites de la disciplina, es decir, debe referirse a fenómenos que encajen dentro de las fronteras del dominio disciplinar, o dentro de las fronteras del metaparadigma disciplinar, y deben tener un propósito determinado; segundo, deben caracterizar el fenómeno, situación, problema... bien de manera total, como sería el caso de los síntomas desagradables (23), o de una forma parcial como sería el caso de los modos adaptativos que forman parte del modelo de Adaptación de Callista Roy (24); tercero, las relaciones entre las proposiciones teóricas deben estar determinadas con toda claridad, es decir, debe reflejarse una estructura o *modus operandi* de la teoría, y cuarto, puede derivarse de la observación de hechos empíricos, de la evidencia resultante de procesos investigativos o de una combinación de éstos.

Lo enunciado concuerda con los pensamientos de Dickoff y James (15) referentes a que la teoría no es un fin en sí del desarrollo del conocimiento, sino un medio (instrumento) para su comprensión y sistematización, y además que todas las propuestas teóricas apuntan a conceptualizaciones e interpretaciones de la realidad que para enfermería, idealmente, deben estar ligadas a la clarificación de la práctica disciplinar.

Con las aclaraciones anteriores podemos ocuparnos de los tres puntos sobre la terminología de la teoría.

a. Diferencia semántica y estructural de los modelos conceptuales y las teorías

La diferencia semántica está íntimamente relacionada con los niveles de abstracción del conocimiento y la estructura de las teorías, lo que llama Fawcett (22) la jerarquía u "holarchy"³ estructural del conocimiento. La propuesta señala que existe una diferencia, dado el nivel de abstracción, entre los modelos conceptuales y las teorías, y que éstas a su vez pueden clasificarse por su mismo nivel de abstracción y posibilidad de operacionalización de sus conceptos integrantes.

En este orden de ideas se podría decir que el modelo conceptual de enfermería es la expresión de la entidad teórica de mayor abstracción dentro de la jerarquía del conocimiento de enfermería. La función del modelo es expresar, a través de conceptos y proposiciones, de una manera amplia, un fenómeno de interés para enfermería (25); en este sentido, se puede afirmar que el modelo representa un paradigma de enfermería, un enfoque⁴, una guía que da perspectiva a la práctica, un horizonte, incluyendo formas instrumentales e indicadores empíricos derivados de la meta del modelo; por ejemplo, y por nombrar algunos, los modelos de Roy (24), Rogers (26, 27), Orem (28), Neuman (29) proponen la generación de una práctica con perspectiva o enfoque adaptativo, de promoción y "unitariedad" de las personas, de autocuidado y de prevención respectivamente; estas propuestas hoy en día dan forma a ciertos paradigmas de enfermería: rogeriano, de Roy, de autocuidado, entre otros.

El modelo conceptual es descriptivo en su esencia y es imposible generar investigación a menos que se fragmente en partes lógicas y se hagan operativos sus conceptos; sin embargo, siempre conceptualizan, bajo su propia caracterización los conceptos mayores de la disciplina identificados en el metaparadigma. No existe el mejor modelo, ni tampoco éstos explican en su totalidad los fenómenos de enfermería. Cada uno, de acuerdo con los intereses

3 Concepto acuñado por la doctora J. Fawcett que pretende dar un significado integral y no jerárquico a la estructura del conocimiento. Es decir, lo muestra con un sentido de integración y totalidad, y no estructurado de acuerdo con cierta categorización abstracta. De esta forma sugiere que todos los elementos, ya sean abstractos o concretos, son de igual importancia para el desarrollo del conocimiento; son de igual importancia tanto los conceptos metaparadigmáticos y las filosofías, como los indicadores empíricos. En este sentido es importante aclarar que en esta "holarchy" los elementos de mayor abstracción que los modelos conceptuales se consideran filosofías. (Este concepto no tiene todavía traducción al castellano, por tanto se continuará utilizando el término "jerarquía".)

4 Es importante no confundir el término "paradigma" que apunta a describir una forma de pensamiento, una forma de utilización de herramientas científicas y de la práctica, con el término "metaparadigma" que describe los cuatro conceptos (persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería) que delimitan las áreas de conocimiento o dominio de la disciplina enfermería.

de la teórica, trata de mostrar la relevancia de ciertos aspectos de un fenómeno y deja de lado otros que no le son de interés particular. Pero de todas formas se utilizan de manera efectiva para dar estructura y significado a las actividades generales de la práctica, la educación y la administración, y como referentes mayores en la investigación.

De otro lado, aparece el concepto de teoría que es la segunda entidad teórica, en nivel de abstracción, según Fawcett (22), y la que se suele confundir con modelo conceptual. Las mismas teorías se diferencian en grandes teorías, teorías y teorías de rango medio. La teoría de mayor amplitud es la gran teoría, la de menor amplitud es la microteoría, y la ubicaremos dentro del concepto de teoría de rango medio. Dejaremos las teorías de rango medio para posterior discusión.

La gran teoría se compone de conceptos y proposiciones abstractos, pero un poco menos generales que los de los modelos conceptuales. La mayoría de los modelos conceptuales se consideran grandes teorías, aunque algunas autoras como Fawcett (22) discrepan de esta clasificación. La autora sugiere que la gran teoría es más restrictiva al interpretar los fenómenos o las situaciones; como ejemplos se pueden citar las teorías de: expansión de la conciencia de Newman (30), la de Ser y llegar a ser humano de Parse (31) y la de Cuidado humano de Watson (32). Las teorías, al igual que los modelos, son descriptivas y explicativas, pero pueden llegar a ser predictivas y, al igual que los modelos, requieren operacionalizaciones para aplicarlas en la práctica y la investigación. Es decir, es necesaria su instrumentación específica, y además requieren indicadores empíricos concretos para la medición.

Como se puede observar, es difícil hacer una delimitación inequívoca entre modelo conceptual, gran teoría y teoría: un modelo debe modelar o moldear otra entidad, o un fenómeno, y presenta un grupo de conceptos discretos que no siempre proponen relaciones claras, mientras que la teoría no necesariamente modela el fenómeno, más bien clarifica propiedades, relaciones, estructuras y funciones.

Siendo así, es necesario sugerir que la discusión semántica parece estar totalmente fuera de lugar, y que como propone Meleis (3), el concepto "teoría" es suficiente para describir las conceptualizaciones teóricas que ha propuesto y propondrá enfermería para satisfacer las necesidades de la disciplina, y

que se requieren tanto modelos conceptuales como teorías de diversa amplitud para dar interpretación a nuestros fenómenos.

Continuando con el nivel de abstracción y la teoría nos encontramos finalmente con la teoría de rango medio (TRM) o teoría de mediano rango que es la más concreta que maneja enfermería. Su nacimiento puede ubicarse en los primeros años de la década de 1990, aunque Fawcett (22) sugiere que teorías como la de Relaciones interpersonales de Peplau (33) y la de Promoción de salud de Pender (34), se ubican en esta categoría. Meleis (3) considera que el surgimiento de la teoría de rango medio fue un avance significativo para el desarrollo disciplinar y ésta ha evolucionado hasta la fecha, de manera significativa, como se verá. Las TMR, originarias de la sociología (23), se ocupan de fenómenos específicos de enfermería, y surgen y reflejan tanto la práctica como los procesos clínicos. Son sustantivamente específicas, se limitan a fenómenos del mundo real, manejan un número limitado de conceptos concretos que están definidos operativamente y de proposiciones que dejan apreciar con claridad sus relaciones, lo que permite, con relativa sencillez, la prueba empírica (23, 25, 35-37), y de acuerdo con nuestra experiencia práctica utilizan un lenguaje coloquial que se ajusta perfectamente a la comprensión y las necesidades de enfermería.

Concretamente, la TRM es verificable a través de la prueba hipotética, y permite generalizar propuestas para el trabajo con ciertos fenómenos de enfermería (8, 38, 39). Dentro de esta categoría se pueden incluir las llamadas teorías clínicas, las teorías prácticas y las microteorías, que aunque algunos autores las caracterizan de manera independiente, en verdad no presentan características tan diferenciadas que ameriten un análisis particular.

b. Teoría propia y teoría prestada

El otro aspecto que llama la atención sobre el desarrollo teórico es el falso dilema sobre si enfermería trabaja con teoría propia o con teoría prestada, y el significado de esta diferencia para el desarrollo de la disciplina.

Estos planteamientos se relacionan con dos aspectos, primero si consideramos que enfermería es una ciencia, y segundo si la teoría es de enfermería o para enfermería, hecho que está íntimamente ligado con el anterior.

La terminología de la teoría de enfermería ha sido algo problemática, como puede derivarse de la literatura respectiva. Los conceptos utilizados se han manejado de forma indiscriminada, y tal vez sea ésta una de las razones para que se haya generado dificultad para su comprensión y utilización, hasta llegar a extremos de descartarla totalmente en el trabajo científico.

Comenzaremos afirmando que, sin duda, enfermería es una disciplina (2, 3, 8, 9, 11, 13, 22, 24, 26, 27, 40), y que consecuentemente ésta abarca el conocimiento delimitado por el metaparadigma disciplinar. Ese conocimiento está conformado, en esencia, por la teoría, materia de nuestra discusión, y por la ciencia de enfermería derivada de los hallazgos sistemáticos de la indagación científica.

Teoría propia o teoría prestada: esta discusión ha perdurado en nuestro medio, hasta el presente, en el sentido de si enfermería debe utilizar solamente teoría propia o debe usar a su vez teoría de otras disciplinas. Johnson (41) explica que este dilema se puede enfocar desde dos puntos de vista, el tipo de conocimiento que requiere la práctica disciplinar, la disponibilidad de conocimiento que tiene enfermería para suplir esta necesidad, y la producción o el enfoque de los fenómenos de los productos de la indagación científica. Es decir, que siendo enfermería una disciplina que lidia con la complejidad de los seres humanos, es difícil pensar en que, dada su juventud teórica, podremos satisfacernos con la teoría planteada por enfermería, con exclusividad. Lo referente a los productos de indagación radica en el tipo de preguntas que queremos respondernos con la investigación y, en este sentido, la determinación de los fenómenos permitirá mirar el conocimiento con frescura, originalidad y creatividad, para así llegar a aumentar los planteamientos teóricos requeridos. En fin, es difícil imaginar el conocimiento y la teoría de enfermería totalmente apartados de los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanas, pero también es difícil imaginar que sin teoría propuesta por enfermería se puedan responder las inquietudes de la práctica, con lo cual el conocimiento estaría incompleto y nunca llegaríamos a generar una práctica disciplinar autónoma que esté respaldada por una teoría que clarifique los cuestionamientos surgidos de ésta.

Siguiendo este orden de ideas, no sería apresurado pensar que el conocimiento generado a partir de teorías prestadas ha evolucionado porque finalmente éste se utilizó en el contexto propio de la disciplina de enfermería y por ello lo prestado, eventualmente se cambia y reajusta a la necesidad disciplinar porque se utiliza de manera única y específica para sus requerimientos existentes (42). En última instancia tenemos que recordar que el conocimiento es universal, y que si bien existen barreras artificiales que delimitan espacios y definen los ámbitos de las disciplinas, cada vez la interdisciplinariedad y la naturaleza de los problemas que debe-

El modelo conceptual de enfermería es la expresión de la entidad teórica de mayor abstracción dentro de la jerarquía del conocimiento de enfermería. La función del modelo es expresar, a través de conceptos y proposiciones, de una manera amplia, un fenómeno de interés para enfermería.

mos resolver nos invitan a mirar al conocimiento como un bien compartido ya que la verdadera diferencia entre disciplinas radica no tanto en los problemas que indagamos, sino en cómo los interpretamos, los resolvemos, y en los instrumentos y métodos que utilizamos para alcanzar las respuestas.

Con referencia a si la teoría es de enfermería o para enfermería Barrett (43) comenta sobre este hecho y sugiere que el asunto está relacionado con la manera como comprendamos la posición de enfermería en cuanto a si es una ciencia básica o una ciencia aplicada. "De" significa que el conocimiento, o desarrollo teórico es original de la disciplina y describe la singularidad del fenómeno de enfermería. Así mismo, implica el surgimiento de nuevo conocimiento derivado de enfermería. "Para" significa que el desarrollo teórico es una síntesis de conocimiento de varias disciplinas y se aplica en la práctica de enfermería. Es decir, que el conocimiento ya estaba desarrollado con anterioridad y ahora lo utiliza enfermería. Pero el elemento crítico se centra en si enfermería se percibe como una ciencia básica cuyo núcleo está exclusivamente definido para enfermería, o por el contrario es una ciencia aplicada que utiliza el conocimiento, sea éste cual fuere, para sustentar la práctica.

Las teóricas del paradigma de la simultaneidad, entre ellas Rogers (26, 27), Parse (31, 44), Newman (30) y Watson (46), representan la teoría del "de". Definen enfermería como una ciencia básica asentada en el conocimiento de los seres humanos unitarios, irreducibles, en total compenetración con su ambiente (un todo único e inseparable) y, como señala Rogers (45), la teoría del "de" es un conocimiento totalmente emergente, un nuevo producto, lo cual genera a su vez, otro lenguaje, diferente al de las ciencias biomédicas, y esto es importante porque como sugiere Watson (46), sin un lenguaje propio somos invisibles como disciplina y enfermería seguirá percibida como una práctica derivada de las ciencias médicas y sociales con un perfil totalmente indiferenciado.

Los teóricos del paradigma de la totalidad, Roy y Orem, están de acuerdo con la teoría "de" aunque su terminología difiere un tanto de las mencionadas anteriormente (43). Esto demuestra que el hecho "de-para" no es exclusivamente paradigmático; más bien, que la idea es transversal y se maneja en los dos paradigmas. Aún así hay teóricas del paradigma de la totalidad que mantienen la idea de la teoría "para", esta posición nació a partir de la

propuesta de que la teoría prestada, una vez utilizada y reformulada para solucionar los problemas de enfermería, conduciría a nuevos conceptos y teorías de enfermería (41, 47).

A pesar de las diferencias de epistemología y ontología de las dos visiones, está claro que las teóricas del "de y para" están identificadas con la importancia de la ciencia y el conocimiento de enfermería, y con la necesidad de que la disciplina tenga su diferenciación propia y particular; aunque como se puede esperar, las diferencias persisten, no sólo para la práctica, sino para la indagación. Nuestro deber es contribuir al logro de esta meta aunque es imposible y poco deseable unificar el pensamiento general de enfermería.

c. Surgimiento de la teoría de rango medio (TRM) y la teoría práctica

El tercer elemento de esta revisión tiene que ver con la teoría de rango medio (TRM) y la práctica, que ya fueron comentadas parcialmente. Pero, ¿por qué dedicar un espacio a la TRM?

Sin duda alguna los modelos conceptuales y las teorías fueron piedra angular para el futuro de la teoría; jugaron y continúan jugando un papel definitivo en el proceso de pensamiento y desarrollo teórico de enfermería ya que generaron y reforzaron la identidad profesional de la disciplina. Así mismo, se consideran como los elementos disciplinares que dieron nacimiento a la teoría. Y existen numerosas teorías de menor amplitud que se han derivado de los modelos conceptuales y las grandes teorías, pero en gran parte del medio de enfermería ha existido cierta resistencia para su utilización. La primera razón, que es poco válida y que es imposible referir por ausencia de literatura pertinente, toca con expresiones como las siguientes: "los modelos conceptuales y las teorías no se pueden aplicar en la práctica porque son muy confusos", o "utilizan lenguaje sofisticado que no es comprensible", o "son muy abstractos y no es posible operacionalizarlos con facilidad"... y en nuestro medio, en especial, porque se asegura que "con tanto paciente es imposible aplicar un modelo o teoría". Estas razones son totalmente inválidas, pero hasta cierto punto no se pueden ignorar porque tal vez han sido una oportunidad para la generación y el éxito de las TRM, como veremos a continuación.

La TRM tuvo su origen en la sociología, y fue el trabajo de Robert Merton (1968) el

que facilitó su desarrollo al hacer una diferenciación entre la gran teoría y la TRM en términos de bajo nivel de abstracción, alcance relativo, y utilización y caracterización concretas, y probabilidad de prueba hipotética. Es decir, que la TRM sobrepasa las posibilidades de la descripción y explicación pudiendo llegar a proponer teorías productoras de situaciones, o sea teorías prescriptivas. Pero la esencia de la TRM radica en la posibilidad de sus fundamentos empíricos de relacionarse a través de codificaciones objetivas (21, 46-48). Consistentemente con lo planteado, enfermería ha determinado las características de la TRM como sigue:

1. Limitada amplitud, ya que aunque suficientemente general dado que los fenómenos de interés se pueden utilizar en múltiples situaciones, ofrece acceso a la solución de problemas clínicos de forma deliberativa y fácil de comprender (49).
2. Relacionadas con fenómenos concretos y específicos, pero que atraviesan de manera transversal numerosos fenómenos de enfermería. Esta característica se relaciona con la anterior, y los ejemplos facilitan apreciar su significado. La teoría de Síntomas desagradables de Lenz y cols. (23, 50) tiene que ver con síntomas como el dolor, la disnea, la fatiga y la náusea. Estos síntomas pueden aparecer en numerosas situaciones, con pacientes de cualquier edad. Es decir, la teoría es útil para solucionar numerosos problemas de la práctica y como referente para la investigación. La teoría de la Incertidumbre (51, 52) de Mishel, la cual se presentó inicialmente como "incertidumbre ante la enfermedad crónica", y posteriormente se planteó para situaciones agudas. Esta nueva posibilidad permitió utilizar la teoría en múltiples circunstancias, que, como se señala en esta segunda característica, puede trabajarse transversalmente.
3. Compuestas por pocos conceptos y proposiciones. Esta característica va de la mano con la sencillez de la teoría. El número de conceptos facilita la comprensión y operacionalización de éstos, y genera proposiciones que son susceptibles de llevarse a la prueba empírica. Esta característica es muy importante porque a partir de ella se puede generar la teoría productora de situaciones o teoría prescriptiva ya que el limitado número de proposiciones conduce a una capacidad de control muy superior que con las descripciones complejas que se suceden cuando existen numerosos conceptos imposibles de delimitar con indicadores empíricos y, por tanto, muy difíciles de observar empíricamente. Así mismo, esta característica hace que la estructura de la teoría sea mucho más fácil de comprender y se comporte con agilidad.

El otro aspecto que llama la atención sobre el desarrollo teórico es el falso dilema sobre si enfermería trabaja con teoría propia o con teoría prestada, y el significado de esta diferencia para el desarrollo de la disciplina.

4. Apropriadas para la prueba empírica, sin ser meras consideraciones empíricas.
5. Aplicables directamente en la práctica e investigación. Estas dos características se derivan de tres anteriores descripciones, porque gracias a la facilidad de manejo de la TRM es utilizable en la práctica dando forma a varias expresiones de ésta como son intervenciones a partir de diagnósticos, elaboración de guías y protocolos clínicos, definición de estándares de cuidado y otros indicadores empíricos que expresan las características de la práctica. De la misma forma, en la investigación son útiles como marcos teóricos y de referencia, por la facilidad de articulación con indicadores empíricos, bien sean éstos derivados de esquemas cualitativos o cuantitativos.

Siendo enfermería una disciplina que lidia con la complejidad de los seres humanos, es difícil pensar en que, dada su juventud teórica, podremos satisfacernos con la teoría planteada por enfermería, con exclusividad.

6. Manejan lenguaje genérico utilizado en la práctica. Ejemplo de esto son los títulos de algunas teorías: síntomas desagradables, incertidumbre, afrontamiento, transiciones, tristeza crónica, dolor agudo y efectos colaterales. Como se puede ver, ésta es la terminología del diario vivir de la práctica, es la que utilizamos cuando cuidamos, es comprensible para todas las enfermeras.

Estos atributos son atractivos para las enfermeras investigadoras y clínicas, quienes ven en las TMR una herramienta útil y sencilla que responde a sus necesidades disciplinares. Al contrario de los modelos conceptuales que, como se dijo, son descripciones amplias que dan una perspectiva a enfermería, las teorías de mediano rango tienen fuentes un tanto más concretas, y sin duda se puede asegurar que provienen, en su mayoría, de la combinación de la práctica y la investigación (53, 54).

¿Cómo se generan las TMR?

Lenz (1996), citada por Liher y Smith (49) identificó, en un análisis del estado del arte de las 22 TMR existentes a la fecha, seis estrategias disciplinares que describen los métodos que se utilizan en la generación de TMR. Las estrategias no son mutuamente excluyentes porque en numerosas ocasiones las teóricas usan más de un método para desarrollar sus planteamientos.

La primera estrategia es inductiva y se soporta en resultados de investigación. La segunda es deductiva y deriva la teoría de guías de la práctica clínica. Estos dos recursos, investigación y práctica, son los más comunes para el desarrollo de la TMR. Los resultados de la investigación de teoría fundamentada y de otros

métodos cualitativos interpretativos son recursos para la generación de la teoría. Ejemplo de ello son: la teoría de Cuidado de la mujer (55), Promoción del autocuidado (56), Depresión posparto (57).

Las teóricas reportan la combinación de resultados de investigación y revisión de literatura; el análisis y la síntesis de conceptos y otras técnicas para el desarrollo teórico, tal como lo llevaron a cabo en 2000 con la teoría de transiciones (58). Lenz y cols., 1995 y 1997 (23, 52), utilizaron observaciones de la práctica, en primera instancia, para el desarrollo de la teoría de Síntomas desagradables y posteriormente utilizaron resultados de investigación. Igual estrategia utilizó Good (59) al proponer la teoría del Manejo del dolor agudo.

La tercera estrategia es la derivación de un modelo conceptual o una gran teoría. Dada la dificultad que existe de trabajar el modelo conceptual o la gran teoría como un todo, en la prueba empírica e investigación se ha sugerido el desarrollo de TMR derivadas de ellos. La forma como opera esta estrategia es la siguiente: se mantienen los supuestos del modelo o gran teoría que son pertinentes a la TMR propuesta, se seleccionan conceptos y proposiciones manteniendo coherencia a partir del análisis y la síntesis de conceptos para la teoría en desarrollo, y se crea una estructura diferente. Ejemplos son la teoría de Expresión de empatía (60) que se deriva del modelo de Orlando, la de Autocuidado para indigentes (61) derivada del modelo de Orem, y la Prevención como intervención (62) basada en el modelo de Neuman, entre otras. Otros modelos que han gestado TMR son el de Rogers, Newman, Roy (57-63).

La cuarta estrategia es una combinación de teorías de enfermería y de otras disciplinas. Esta TMR se desarrolla combinando conceptos o elementos de múltiples teorías. (64) utilizó elementos de Rogers complementados con conceptos de la psicología del desarrollo de Piaget y Fagin, para la teoría de Autotrascendencia.

Otro ejemplo es la teoría de Dunn (65) de Adaptación al dolor crónico. Utilizó conceptos de Lazarus y Folkman, Benson y Wilson, y del modelo conceptual de Adaptación de Roy.

La estrategia número cinco es derivar la teoría de teorías de otras disciplinas. Las disciplinas que más ha utilizado enfermería para tal efecto son las ciencias del comportamiento (psicología, sociología y antropología). Ejemplo de la estrategia lo presentan la teoría de Comodidad de (66), ya que la autora reporta utilización de conceptos derivados de revisiones de literatura de medicina, psiquiatría, ergonomía y psicología, además de enfermería; la Incertidumbre de (67), quien reporta inclusión de aspectos de la

teoría de Caos, y Mercer quien utilizó la teoría de Roles para plantear la TMR⁵ de rol maternal (68).

Finalmente, la sexta estrategia propone sintetizar la teoría de resultados de investigación, pero aparentemente esta categoría se puede agrupar con las números uno y dos, ya que es casi imposible pensar en TMR de enfermería que no esté ligada a la práctica de alguna forma ya sea ésta presentada como hechos y situaciones particulares, o como estándares, guías, protocolos de cuidado, entre otros.

Como se puede apreciar, la TMR es la herramienta adecuada para sustentar las intervenciones de cuidado de enfermería ya que genera explicaciones sobre el porqué de los fenómenos íntimamente ligados al quehacer cotidiano de enfermería (69), e igualmente da respuesta al planeamiento del mismo cuando se trabaja con una perspectiva profesional basada en un modelo conceptual o una gran teoría. Se debe aclarar que cuando se da este enlace entre utilización de modelo o gran teoría con la TMR es indispensable tener la certeza de que tanto la una como la otra se ubican en la misma visión de enfermería. De otra forma se rompería con una estructura mental organizada que da sentido a la práctica. Este manejo debe sustentarse de forma analítica, y es posible de llevar a cabo ya que las presentaciones de las TMR permiten, con facilidad, a través de los supuestos que las respaldan y de un análisis evaluativo, hacer la ubicación pertinente. Por ejemplo, el modelo de Adaptación de Roy (24) que se ubica en la visión del mundo de enfermería de la reciprocidad o interactiva-integrativa es compatible con la TMR de Incertidumbre de Mishel (53, 54), o el modelo de los Seres humanos unitarios de Rogers (26, 27), que ese ubica en la visión de simultaneidad o unitaria transformativa, es compatible con la teoría de Autotranscendencia de Reed.

La teoría práctica, como se dijo anteriormente, se puede considerar una TRM. Sin embargo, es una teoría mucho más concreta, que interpreta la realidad de una forma rígida y limitada, por ello su amplitud y abstracción giran dentro de límites predeterminados. No se puede utilizar transversalmente como la TRM porque está ligada a poblaciones muy especiales o a determinado campo de la práctica. La estructura es lineal y sencilla. Los conceptos se operacionalizan fácilmente y las proposiciones permiten ver con claridad las relaciones lo que conduce a una prueba empírica relativamente sencilla. Las fuentes que dan origen a la teoría práctica son las grandes teorías o las TRM y la práctica, naturalmente. Se podría sugerir que la teoría práctica tiende a convertirse en una microteoría, que es el nivel de teoría de más baja abstracción, y muchos académicos la definen como un grupo de proposiciones o hipótesis (70).

La simplicidad de estas teorías no nos debe confundir ya que son instrumentos muy valiosos para respondernos ciertas cuestiones. Permiten, por ejemplo, probar relaciones de proposiciones de TRM, identificar situaciones concretas como el cuidado de un determinado

catéter o una úlcera por decúbito, y juzgar *a priori* de forma proactiva circunstancias previsibles para el cuidado de cualquier tipo de paciente o persona que requiera cuidado de enfermería.

Sería imposible mencionar en esta revisión todas las posibilidades y combinaciones de que disponemos en la actualidad para transformar nuestra práctica en una práctica diferenciada, creativa y autónoma que resuelva los problemas del cuidado de los pacientes. Esta es una invitación a reflexionar sobre lo que podemos crear para nuestro futuro y sobre la riqueza con que contamos en la actualidad y que podemos generar en el mediano plazo para garantizar el cuidado de calidad. Si respondemos que sí a la invitación nos estaríamos contestando la pregunta introductoria de esta revisión, es decir, que en el mediano plazo, utilizando nuestro conocimiento teórico, podríamos dar respuestas más asertivas a las inquietudes sobre el liderazgo que debe mantener enfermería relacionado con el cuidado y la promoción de la salud de la gente que cuidamos.

Las TRM se deben utilizar con amabilidad y amigablemente. Si pensamos que podemos avanzar en la idea de la práctica descrita en el párrafo anterior, debemos dejar de lado las discusiones retóricas y centrarnos en la idea de generar conocimiento que resuelva los vacíos de la práctica disciplinar a partir de condiciones que para nosotras están dadas, ya que nuestra enfermería está en capacidad de aportar a esta meta porque su desarrollo académico es suficiente para lograrlo. Para reforzar esta posición citaré el comentario de Fawcett (71), cuando cita a Jean Watson (1997) al referirse a la práctica de enfermería:

Si no deseamos continuar con una práctica de enfermería *qua*⁶ médica sino con práctica *qua* enfermería, nuestra práctica debe basarse en conocimiento desarrollado por sus integrantes y no en conocimiento desarrollado por una maza disciplinar ajena e indiscriminada respecto al interés propio. Este conocimiento propio se evidencia con los modelos conceptuales, con más de 50 TRM derivadas de sólo siete de esos modelos conceptuales, y muchas otras más teorías de rango medio que han sido desarrolladas por enfermeras. El conocimiento de enfermería abarca patrones de conocimiento que nos explican a través de teorías de rango medio empíricas, éticas, estéticas, sociopolíticas y personales cómo es nuestro mundo y cuáles son nuestros fenómenos de interés. Podemos preguntarnos ¿cómo sería el mundo de la salud si enfermería dejara de desarrollar actividades de enfermería *qua* médica y se dedicara a lo propio de la práctica disciplinar del cuidado desarrollando una práctica de enfermería *qua* enfermería?

La respuesta la tenemos todas nosotras y en nuestras manos está lograr la utopía.

5 Teoría de rango medio

6 Característica de, capacidad de, cómo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nightingale F. Notes on nursing: what it is, and what it is not. London: Harrison and Sons; 1859.
2. Newman M. Nursing theoretical evolution. *Nursing Outlook* 1972; 20 (7): 449-453.
3. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 3 edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 25-48.
4. Henderson V. La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill; Interamericana 1994.
5. Wald FS, Leonard RC. Towards development of nursing practice theory. *Nursing Research* 1964; 13: 309-313.
6. Niño L, Quintero S, Villalobos de MM. Estudio Nacional de Enfermería - ENE. Bogotá: Ministerio de Salud; 1989.
7. Villalobos de MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos 1998.
8. Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: Integrated knowledge development. 6 ed. St Louis: Mosby; 2004.
9. Burns y Grove.
10. Fawcett J. Contemporary conceptualizations of nursing: Philosophy or science? En Kikuchi JF, Simmons H. (eds.). *Philosophic inquiry in nursing*. Newberry Park, CA.: Sage; 1992.
11. Newman M, Simme AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science* 1991; 14 (1): 1-6.
12. Levine M. The rhetoric of nursing theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1995; 27 (1): 11-14.
13. Donalson S, Crowley S. The discipline of nursing. *Nursing Outlook* 1978; 26 (2): 113-120.
14. Stevens-Barnum. *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. 5 ed. Philadelphia: Lippincott; 1998.
15. Dickoff J, James P. A theory of theories: a position paper. *Nursing Research* 1968; 17 (3): 197-203.
16. Dickoff J, James P. Researching research's role in theory development. *Nursing Research* 1968; 17 (3): 415-435.
17. Dickoff J, James P, Weindenbach E. Theory in practice discipline: Part I. *Nursing Research* 1968; 17 (5): 415-435.
18. Dickoff J, James P, Weindenbach E. Theory in practice discipline: Part II. *Nursing Research* 1968; 17 (6): 545-554.
19. Allgood MR, Marriner-Tomey A. *Nursing theory: Utilization and application*. 2 ed. St. Louis: Mosby; 2002.
20. Ruddy JE. The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28 (2): 243-250.
21. Omery A, Kasper CE, Page GG. In search of nursing science. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
22. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2 ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2005.
23. Lenz E, Pugh LC, Milligan SA, Gift A. Collaborative development of middle range nursing theory: Toward a theory of umpleasean symptoms. *Advances in Nursing Science* 1995; 17 (3): 1-13.
24. Roy C, Andrews, HA. *The Roy adaptation model*. 2 ed. Stanford, CN: Appleton and Lange; 1999.
25. McEwin M. Overview of nursing theory. In McEwin M, Wills EM. *Theoretical basis of nursing*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
26. Rogers M. The science of unitary human beings: current perspectives. *Nursing Science Quarterly* 1994; 5: 33-35.
27. Madrid M y Barret EM. (eds.). *Roger's scientific art of nursing practice*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
28. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 6 ed. St. Louis: Mosby; 2001.
29. Neuman B, Fawcett J. (eds.). *The Neuman systems model*. 4 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.
30. Newman M. *Health as expanding consciousness*. 2 ed. New York: National League for Nursing Press; 1994.
31. Parse RM. *Man - Living - Health: A theory of nursing*. New York: Wiley; 1981.
32. Watson J. *Nursing: human science and human care, a theory for nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.
33. Peplau HE. *Interpersonal relationships in nursing*. New York: Putnam; 1952.
34. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3 ed. Stanford, CN: Appleton and Lang; 1996.
35. Peterson SJ. Introduction to the nature of nursing knowledge. In Peterson SJ, Bredow TS. (eds.). *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
36. Whall AL. The structure of nursing knowledge: analysis and evaluation of practice middle range theory and grand theory. In Fitzpatrick JJ, Whall AL. (eds.). *Conceptual models of*

- nursing: Analysis and application. 4 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2005.
37. Higgins PA, Moore SM. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook* 2000; 48: 179-183.
 38. Smith MJ, Liehr P. (eds.). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing Company; 2003.
 39. Ketefian S, Reedman RW. Nursing science in the global community. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1997; 29 (1): 11-16.
 40. Woods NF, Catanzaro M. *Nursing research: Theory and practice*. St. Louis: The CV. Mosby Company; 1988.
 41. Jonhson DE. Theory in nursing: Borrowed or unique. *American Journal of Nursing* 1968; 17 (3): 206-209.
 42. DeKayser F, Medoff-Cooper B. A Non-theorist's perspective on nursing theory, issues of the 1990s. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 2001; 15 (4): 329-341.
 43. Barrett EM. Theory: Of or for nursing? *Nursing Science Quarterly* 1991; 4 (2): 48-49.
 44. Parse RM, Coyne AB, Smith MJ. *Nursing research: Qualitative methods*. Bowie, MD: Brady; 1985.
 45. Rogers M. Nursing science and art: A prospective. *Nursing Science Quarterly* 1988; 1: 99-102.
 46. Watson J. *Post modern nursing and beyond*. New York: Churchill Livingston; 1999.
 47. King IM. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley; 1981.
 48. Walker LO y Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. 4 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2005.
 49. Liher P, Smith MJ. Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science* 1999; 21 (4): 81-91.
 50. Parker M. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2001.
 51. Morris DL. Middle range theory: Role in education. *Sixth Conference proceedings; Rosemary Ellis Scholar's Retreat. Nursing Science, Implications for the Twenty First Century*. Cleveland, Ohio, May, 1996.
 52. Lenz E, Pugh LC, Milligan SA, Gift A. The middle range theory of unpleasant symptoms: Un update. *Advances in Nursing Science* 1997; 19 (3): 14-27.
 53. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1988; 20 (4): 225-231.
 54. Mishel MH. Reconceptualization of uncertainly in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1990; 22 (4): 256-262.
 55. Wuest J. Precarious ordering: Toward a formal theory of women's caring. *Health Care for Women International* 2001; 22: 167-193.
 56. Leenerts HM, Magilvy JK. Investing in self care: A mid-range theory of self care grounded in the lived experience of low income HVI positive white women. *Advances in Nursing Science* 2000; 22 (3): 1-13.
 57. Beck TC. Teetering on the edge: A substantive theory of post partum depression. *Nursing Research* 1993; 42 (1): 42-48.
 58. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Mesias DD, Shumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science* 2000; 23 (1): 12-28.
 59. Good M. A middle range theory of acute pain management: Use in research. *Nursing Outlook* 1998; 26 (3): 120-124.
 60. Olson J, Hanchett E. Nurse expressed empathy, patient's outcomes and development of a middle range theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1997; 29 (1): 71-76.
 61. Rew L. A theory of taking care of on self grounded in experiences of homeless youth. *Nursing Research* 2003; 52 (4): 234-241.
 62. Brady MA. Prevention as intervention. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31 (6): 1304-1308.
 63. McEwan M. Introduction to middle range Theory. In McEwan M, Wiils E. 2 ed. *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
 64. Reed PG. Toward a nursing theory of self transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science* 1991; 13 (4): 64-77.
 65. Dunn KS. Toward a middle range theory of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly* 2004; 17 (1): 78-84.
 66. Kolkaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19: 1178-1184.
 67. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainly in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1990; 22: 256-262
 68. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1988; 20: 225-231.
 69. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research* 1985; 34 (4): 189-204.
 70. Good M, Moor SM. Clinical practice guidelines as a new source of middle range theory: A focus on acute pain. *Nursing Outlook* 1996; 44 (2): 74-79.
 71. Fawcett J. Nursing qua nursing: The connection between nursing knowledge and nursing shortages. *JAN Forum. Journal of Advanced Nursing* 2007; 56: 97-99.