

María Mercedes Durán de Villalobos

Profesora Titular y Emérita, Facultad de Enfermería,
Universidad Nacional de Colombia.
Asesora Facultad de Enfermería,
Universidad de La Sabana

Marco epistemológico de la enfermería

RESUMEN

El marco epistemológico de la enfermería pretende mostrar, de manera panorámica, la evolución del conocimiento de la enfermería. En primera instancia, se parte de una clarificación del significado de disciplina profesional y de los componentes de la disciplina: perspectiva, dominio, definiciones y conceptos y patrones del conocimiento. A partir de la definición de la disciplina de la enfermería como "el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana", se analiza su inmersión en los paradigmas alternos de la ciencia y se definen las visiones (paradigmas) propias de la disciplina. Asimismo, se comparan dentro de este contexto los elementos disciplinares y de la práctica, de acuerdo con la jerarquía estructural del conocimiento. Para aclarar las expresiones del conocimiento de la enfermería, se analizan los patrones de conocimiento de Carper: empírico, ético, personal y estético.

La segunda parte del artículo explica la necesidad de la relación de la teoría, la práctica y la investigación, como base fundamental del desarrollo de la práctica, y se discuten los tipos de teoría que se trabajan en enfermería, para, finalmente, detenerse en la teoría de mediano rango, o rango medio, y analizar su utilidad para la práctica y la investigación. Al final se muestra un cuadro, tomado de Liehr y Smith, en donde se muestran las teorías de rango medio de la enfermería y sus posibilidades de aplicación práctica.

PALABRAS CLAVE

Disciplina profesional, visiones del mundo de la enfermería, patrones de conocimiento de la enfermería, modelo conceptual, teoría de mediano rango.

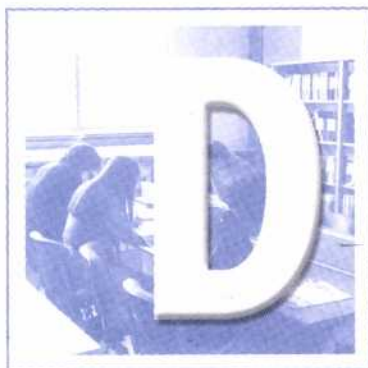
ABSTRACT

The epistemologic frame of nursing pretends to show, panoramically, the evolution of nursing knowledge. The first aspect is a clarification of the meaning of a professional discipline and its components: perspective, domain, definitions, concepts and models of knowledge. From the definition of nurse's discipline as "care study of the experience of human health", its immersion in alternated paradigms of science and the definition of discipline's visions (paradigms). Likewise, the elements of discipline and practice are compared, according to the structural hierarchy of knowledge. To explain the nursing knowledge terms, the carper's models of knowledge are analyzed: empirical, ethical personal and esthetical.

The second part of article explains the necessity to relate theory, practice and research, as fundamental basis for the development of practice, and nursing theories are also discussed, to analyze finally the utility of medium range theory for practice and research. At the end, a figure taken from Liehr and Smith, wich contains medium range theories of nursing and its possibilities for practical application, helps to clarify concepts.

KEY WORDS

Professional discipline, nursing worldviews, nursing knowledge models, conceptual model, medium range theory.



A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico.

e acuerdo con Newman, Sime y Corcoran-Perry (26), "una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser. Es decir, una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual especifica su área de estudio particular. Por ejemplo, la fisiología es el estudio de las funciones de los sistemas vivientes, la sociología es el estudio de los principios y procesos que gobiernan las sociedades humanas...".

Una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa, y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería, pero, más que todo, a aquel conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería (4, 11, 26).

La disciplina de la enfermería está compuesta por varios componentes: (a) perspectiva, (b) dominio, (c) definiciones y conceptos existentes y aceptados por la enfermería y (d) patrones de conocimiento de la disciplina (22).

La perspectiva está definida por cuatro características: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar (22).

El dominio de la enfermería no solamente engloba los resultados de la investigación, sino también el conocimiento de la enfermería para la práctica, el cual está sustentado en la filosofía e historia de

la enfermería, la práctica pasada, el sentido común, los resultados de la investigación, las teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos, que son esenciales para el desarrollo del conocimiento (25). En resumen, se puede decir que el dominio de la enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de la enfermería (22).

Meleis (22) sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que, a su vez, se sustentan en teorías de enfermería, cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de la enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras(os), los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de la enfermería, el proceso de la enfermería y los diagnósticos e intervenciones de la enfermería.

Por último, la misma autora (22) propone como patrones de conocimiento (formas de conocer) o sintaxis de la disciplina los siguientes aspectos: patrones de comprensión; perspectivas del conocimiento (empírica, de orientación de género feminista y teórico-crítica); patrones de teorización (teorías clínicas, teorías conceptuales y teorías empíricas), y formas de conocer propias y modelos metateóricos.

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir que el marco epistemológico de la enfermería es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional.

Paradigmas alternos del conocimiento e indagación

La enfermería funciona integrada al desarrollo científico general, y por ello, el desarrollo del conocimiento de la enfermería y la indagación científica reciben influencias de los paradigmas generales que han marcado el desarrollo de la ciencia. El cuadro 1 deja ver las claras diferencias que existen entre estas posiciones.

Cuadro 1 - Paradigmas alternos del conocimiento e indagación

| | Postpositivismo | Crítica social y otros | Constructivismo |
|----------------------|---|---|--|
| ONTOLOGÍA | Realismo crítico: "Realidad percibida de manera imperfecta y probabilística". | Realismo histórico: Realidad virtual, modelada social, política económica, étnica y culturalmente, incluyendo género y valores. Cristalizada en el tiempo. | Realidades construidas local y específicamente. |
| EPISTEMOLOGÍA | Dualista-objetiva. Tradicional crítica. Comunalidades. Hallazgos probablemente verdaderos. | Transaccional. Subjetiva. Hallazgos negociados. | Transaccional. Subjetiva. Hallazgos creados. |
| METODOLOGÍA | Modificada experimental. Manipulativa. Manipulación crítica. Falsificación de hipótesis, métodos cuantitativos y cualitativos. | Dialógica/Dialéctica. Relativismo: | Hermenéutica / Dialéctica. |

Tomado de Denzin y Lincoln (9).

En este contexto ha surgido, con claridad, el marco de la disciplina de la enfermería, durante los últimos veinte años. Se han identificado una serie de conceptos centrales que pueden ser considerados como fundamentales para el estudio de la enfermería. Sin embargo, existen algunas discrepancias entre las teóricas que han manejado este análisis: Jacqueline Fawcett y Margaret Newman. Su discusión se planteó desde 1991, cuando Newman y col. manifestaron que el núcleo de la disciplina de la enfermería, o núcleo paradigmático, podría enmarcarse en la siguiente declaración: "La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana". Explican las autoras que esta declaración, integrada en una sola frase, maneja los conceptos comúnmente identificados con la enfermería, en un nivel paradigmático. Por su parte, Fawcett (14)

analiza varias propuestas paradigmáticas explicativas, manejadas por King en 1990, Kim en 1987 y Meleis en 1990, y mantiene su posición sobre la tetralogía de conceptos: salud, persona, ambiente y cuidado de enfermería, como esencia del metaparadigma de la enfermería, sustentando su posición en las premisas relacionadas con las características que debe mantener todo metaparadigma (identificación del campo del conocimiento diferente al de otras disciplinas, abarcar los fenómenos de la disciplina de manera parca, mantener una perspectiva filosófica neutral y tener proyección internacional (12), y que, a su juicio, solamente son llenadas por los cuatro conceptos antes descritos.

Este contraste de opinión puede radicar en el tipo de abordaje filosófico que sustentan estas dos enfermeras. Fawcett,

con una posición postpositivista y Newman fenomenológica (constructivista), pero aun así, está claro que las dos concuerdan en la esencia fundamental del núcleo de la disciplina de la enfermería, y asimismo concuerdan en proponer que los conceptos que lo conforman deben mantener neutralidad interpretativa. Igualmente, el núcleo nos determina que es el cuidado de las experiencias de salud, miradas desde un punto de vista contextual, lo que constituye el dominio de indagación, y que, por lo tanto, el cuerpo del conocimiento de la enfermería se relaciona con el cuidado, las experiencias o vivencias de salud contextualizadas, y todo aquello que no apunte a solucionar los interrogantes que estos conceptos plantean no es conocimiento de enfermería.

Visiones del mundo de la enfermería

El acuerdo metaparadigmático de neutralidad se rompe a medida que las teóricas, con sus filosofías personales, imprimen en sus planteamientos conceptuales y teóricos sus visiones o interpretaciones de la realidad. Este hecho puede aparecer como una inconsistencia con lo mencionado anteriormente, pero la verdad es que la indagación de la enfermería y las propuestas teóricas (conocimiento de enfermería) se han desarrollado con una orientación hacia tres visiones de la realidad. Estas visiones o paradigmas guían el qué y el cómo se deben comportar los miembros de la disciplina en lo referente a la naturaleza del ser humano y a la meta de la disciplina (13).

Newman y col. (26) y Fawcett (14) coinciden en que estos puntos de vista ontológicos y epistemológicos se pueden agrupar en tres visiones o paradigmas, en su orden: visión particular-determinística o de reacción, visión integrativa-interactiva o de reciprocidad y visión unitaria-transformativa o de simultaneidad.

Estas visiones conducen a diferentes conceptualizaciones de los conceptos del metaparadigma, a distintas definiciones sobre la naturaleza de las relaciones entre los conceptos y a diferentes abordajes para la producción y prueba del conocimiento; es decir, de los fenómenos de la enfermería. De igual forma, los paradigmas reflejan el cambio de enfoque desde lo físico hacia lo social y humanístico. Un ejemplo de estas diferencias en las formas de indagación, según Newman y Col. (26), sería: el conocimiento generado desde la perspectiva particular-determinística incluye comportamientos que caracterizan el cuidado, aspectos físicos y psicológicos de la salud humana y reglas no contextuales relacionadas con comporta-

mientos de cuidado de la salud con resultados observables. Este mismo aspecto, mirado desde la visión integrativa-interactiva, incluye la naturaleza recíproca de las interacciones enfermera-cliente, las respuestas culturalmente determinadas y específicas al cuidado en los procesos vitales que interrumpen aspectos de salud y reglas relacionadas con la influencia que ciertos comportamientos de cuidado tienen sobre determinados grupos de clientes. El conocimiento de la visión unitaria-transformativa es más difícil de caracterizar, pero podría ser la comprensión de la sincronía y mutualidad de los encuentros que trascienden en la relación cliente-enfermera y las limitaciones de tiempo y espacio que presenta esta situación.

“La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana”.

Cualquiera de estas propuestas paradigmáticas es apropiada para el desarrollo del conocimiento de la enfermería, y es importante y deseable que se mantengan estas diferencias, ya que cada una de ellas puede dar claridad a fenómenos particulares, dadas ciertas circunstancias y de acuerdo con las consistencias que se requieren para que el conocimiento que se genere o pruebe tenga la suficiente validez y sirva de base para la reconstrucción o creación del nuevo conocimiento.

El marco epistemológico de la enfermería se puede resumir en el gráfico 1, denominado por Fawcett (14) "Jerarquía estructural del conocimiento", que muestra la manera como se derivan los aspectos básicos de la disciplina, a partir de los elementos filosóficos generales, y

se llega hasta definir los elementos más empíricos y operativos de la misma. Cada escalón de la jerarquía señala el nivel de abstracción y generalidad del conocimiento, a partir de los conceptos básicos y neutros del metaparadigma ("persona, salud, ambiente y cuidado de enfermería", de acuerdo con Fawcett, o "cuidado de las experiencias o vivencias de la salud de las personas", de acuerdo con Newman (26), y se dice que en la medida que estos reciben la influencia de las visiones de la realidad o filosofía de cada teórico particular, se van tornando en elementos más concretos, matizados y únicos.

Específicamente en la disciplina de enfermería, la respuesta a estas influencias se tradujo en lo que conocemos como los modelos conceptuales de enfermería.

El papel de los modelos conceptuales y su relación con la teoría lo expresa Fawcett (14) de la siguiente manera: el modelo conceptual ofrece una perspectiva profesional, es decir, que la práctica sustentada en un modelo se desarrolla bajo ciertas premisas básicas, que le imprimen características específicas a esa práctica. Y la enfermera/o que se identifica con el modelo acepta que la realidad del cliente y la suya propia se com-

portan de acuerdo con esos supuestos o guías paradigmáticas filosóficas y teóricas (sistemas, adaptación, desarrollo, interacción simbólica, etc.). Por ejemplo, si un o una profesional acepta las propuestas de adaptación de Roy, su práctica, que está respaldada por el conocimiento pertinente, tendrá como meta buscar la adaptación del ser adaptativo (paciente o cliente), según las condiciones propuestas por Roy. Pero si su preferencia es por el modelo de Orem, su meta buscará generar la capacidad de autocuidado. Si, por el contrario, prefiere a Neuman, su meta profesional buscará reforzar las líneas de defensa, para que los estresores no logren penetrar la línea de la estructura básica del sistema. O sea, que el trabajo se orientará a la prevención de estresores que interfieran con la integridad de

Gráfico 1 - Jerarquía estructural del conocimiento

CUADRO COMPARATIVO DEL ELEMENTO DISCIPLINAR Y LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA

| DISCIPLINA | PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA |
|--|---|
| Metaparadigma | ■ Receptor del cuidado o persona |
| ■ Ambiente, salud, proceso de enfermería (Visiones de enfermería) | ■ Filosofías de facultades y hospitales, servicios de enfermería, códigos de ética, derechos de los pacientes |
| Modelos conceptuales | ■ Perspectiva profesional de la enfermería |
| Teorías | ■ Especialidades clínicas, conocimiento de enfermería y otras disciplinas afines, sistemas y modelos de atención de enfermería, modelos de cuidado, otros |
| Indicadores empíricos | ■ Formatos de valoración, taxonomías diagnósticas de protocolos de intervención de enfermería, criterios de evaluación, otros. |
| | ■ Estándares para la práctica |

Tomado literalmente de Fawcett (14).

esas líneas de defensa. A su vez, si desea imprimir una nota de unitariedad y energía y helicidad a la práctica, optará por Rogers y trabajará promoviendo la salud del cliente y tratando de que este crezca hacia sistemas y procesos de vida más complejos y sincrónicos.

Como se puede observar, el modelo genera una intencionalidad a las acciones, dentro de una serie de presupuestos que dan soporte a esa intencionalidad.

Por su parte, la teoría, y sobre todo la teoría de rango medio o de mediano alcance, instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión mucho más operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural, que responda de ma-

nera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería. Adicionalmente, se debe aclarar que es posible ligar los modelos conceptuales con teorías de rango medio, siempre y cuando estas últimas se articulen paradigmáticamente con el modelo.

Los indicadores empíricos son los elementos observables y medibles o cualificables, que se traducen en la práctica de la enfermería. Cuando sucede este fenómeno, el indicador se transcribe en documentos, que facilitan su manipulación e interpretación inequívoca.

Patrones del conocimiento de la enfermería

Desde 1978, Barbara Carper propuso cuatro formas de conocer, propias

de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser, y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico, a las cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería (6). Estos patrones, al igual que las teorías, representan conocimiento y se constituyen en los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de la enfermería. Por lo tanto, el conocimiento acumulado a partir de ellos debe generarse y probarse, congruentemente, por diversos medios de indagación científica.

Cuadro 2 - Procesos y productos de los patrones del conocimiento

| CONOCER | SIMBOLIZAR | ENTENDER | CREAR |
|-----------------------|--------------|-------------|--------------|
| Empírico | Describir | Explicar | Predecir |
| Ético | Clarificar | Valorizar | Defender |
| Conocimiento personal | Experimentar | Ubicar | Darse cuenta |
| Estético | Representar | Interpretar | Imaginar |

Tomado literalmente de Chinn y Jacobs (6).

El cuadro 2 nos señala que el conocimiento de la enfermería no puede nutrirse, con exclusividad, de teorías empíricas o de evidencias derivadas de las mismas, ya que estaríamos perdiendo ámbitos de descubrimiento como los que nos ofrecen los otros tres tipos de conocimiento. Es por esto que la indagación de enfermería debe formalizar la integralidad del conocimiento, enfatizando en el desarrollo de teorías éticas, estéticas y de conocimiento personal, que darán claridad a estos patrones y que emergen de la comprensión de una enfermería que se comporta como ciencia humana (15).

Silva, Sorrell y Sorrell (28) añaden que las preguntas de los patrones de conocimiento han evolucionado, desde lo epistemológico o cómo conozco, hacia lo ontológico o el significado de lo que conozco, y agregan

Desde 1978, Barbara Carper propuso cuatro formas de conocer, propias de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser, y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico, a las cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería.

que este es un paso significativo para el desarrollo de la disciplina, ya que al entender de mejor manera la realidad, el sentido y el ser, se pueden cerrar algunos baches existentes entre la filosofía y el conocimiento de la enfermería.

En este orden de ideas, Silva y col. (28) adicionan dos conceptos a los patrones de Carper: lo inexplicable y lo desconocido. Es así como surgen las siguientes preguntas, que debemos hacernos: ¿Cómo conozco lo desconocido y qué significado tiene lo desconocido?, y ¿cómo conozco lo inexplicable y le encuentro sentido? Aparentemente, estas cuestiones tan abstractas no son de fácil indagación, pero, en realidad, la enfermería está en capacidad de resolverlas a medida que conoce y profundiza en los conceptos paradigmáticos y utiliza las metodologías apropiadas para satisfacer estos interrogantes.

Relación teoría - práctica - investigación

¿Por qué cuando se habla de la epistemología de la enfermería se debe, forzosamente, mirar la triada teoría - práctica - investigación? La respuesta es simple, y cuando comprendemos la relación entendemos por qué debemos manejar el desarrollo del conocimiento bajo la perspectiva de ella.

La razón de ser de la enfermería es la práctica profesional e, idealmente, todo conocimiento de enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la misión de la investigación que genera, redefine o produce nuevo conocimiento es desarrollar teorías que describan, expliquen, predigan y prescriban el comportamiento de los fenómenos de la enfermería. La investigación que genera datos relacionados con hechos aislados no es de mayor utilidad. La investigación que genera datos para

otras disciplinas no es investigación de enfermería. Los productos de la indagación se deben poder ligar a la base del conocimiento de la enfermería e incorporarse al desarrollo y formación de teorías propias o adaptadas. Las teorías, a su vez, explican el significado de los resultados de la investigación y, asimismo, estos deben probarse, para que refuercen su utilidad para la solución de los problemas de la práctica. Concordando, finalmente, con lo propuesto por Blegen y Tripp-Reiner (2), que estos tres aspectos del conocimiento se pueden mantener separados, pero en una relación cercana que permita crear puentes entre ellos, de manera que sean aporte sustantivo para la estructura del conocimiento de la disciplina.

Como se deduce de lo descrito, la investigación, el desarrollo teórico y la práctica basada en el conocimiento obtenido, a través de los dos primeros, son los ejes alrededor de los cuales gira la epistemología de la enfermería, y por ese motivo debemos poner énfasis en este tipo de desarrollo teórico.

...la investigación, el desarrollo teórico y la práctica basada en el conocimiento obtenido, a través de los dos primeros, son los ejes alrededor de los cuales gira la epistemología de la enfermería...

¿QUÉ ES TEORÍA?

Existen numerosas definiciones de teoría, pero la más simple y común es que la teoría científica es un intento organizado de dar sentido y organizar la realidad.

Genéricamente, la teoría de la enfermería se define como una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de la enfermería son los depósitos donde

reposan los resultados de la indagación relacionada con conceptos de enfermería, tales como salud, promoción de salud, comodidad, sanar, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, ayudar a ser capaz de, cuidado familiar... También son depósitos de las respuestas generadas para la comprensión de los fenómenos significativos de enfermería, tales como niveles cognitivos después de un accidente cerebrovascular, procesos de recuperación, rechazo a un régimen de rehabilitación para pacientes postinfarto del miocardio, admisiones recurrentes al hospital...

De acuerdo con Chinn y Jacobs (6), De Villalobos (7) y Chinn y Kramer (5), se pueden identificar varios tipos de definiciones de teorías:

Una de ellas tiene que ver con la estructura de la teoría (19). Esta definición habla de la teoría asimilándola a "una serie de hipótesis relacionadas" y, por lo tanto, incorpora la investigación como elemento fundamental en el desarrollo teórico y elimina las conceptualizaciones derivadas de procesos mentales. Otro tipo de definición se refiere a las metas de la teoría (10), y propone que "la teoría es un sistema conceptual o marco de referencia que se ha inventado con algún propósito". Esta definición elimina las diferencias de abstracción entre lo conceptual y teórico, y deja abierta la puerta a la invención de realidades mentales y la construcción de las mismas. El tercer tipo de definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría. Este tipo lo describe Barnum (1) como "una definición que da a entender o caracteriza un fenómeno". La autora pone énfasis en que los recursos de teorías para enfermería no son "lo que es", sino lo "que debe ser", y que las conceptualizaciones actuales son, en verdad, teorías de enfermería, porque las discusiones y distinciones entre teoría, conceptos, marcos de referencia y otros términos, conducen más a mirar las etiquetas y no la sustancia de una tesis dada. Esta definición es significativa en una serie de aspectos, porque reconoce que la teoría está siempre en un proceso de desarrollo, y que las conceptualizaciones, que se dan en un momento específico, tienden a ser teóricas y son compatibles con la investigación, ya que tanto la conceptualización como la indagación pueden convivir en la misma arena del desarrollo epistemológico.

Chinn y Jacobs (6) proponen una cuarta forma de interpretar el concepto "teoría", y hacen una síntesis de las tres propuestas anteriores, así: "la teoría es un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas (a los conceptos, definiciones...) con el propósito de describir, explicar,

predecir o controlar fenómenos de enfermería". De acuerdo con esta definición, cuando los conceptos están definidos y relacionados, formando un todo coherente, con algún propósito, se tiene una teoría. Esta definición es explícita en plantear la utilización de la teoría en la práctica y la investigación, no la restringe a la verificación de proposiciones de investigación y ejemplifica los múltiples usos de la misma.

Finalmente, está la definición propuesta por Fawcett en 1995, la cual se enfoca a los fenómenos de la enfermería. "Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones y están destinadas a explicar los fenómenos con mucha más minuciosidad que los modelos conceptuales y explican los fenómenos del metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado de enfermería, explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables". Este tipo de descripción agrega una nueva dimensión a la definición de teoría de la enfermería: lo específico de los conceptos delimitantes de la disciplina enfermería.

¿TEORÍA PROPIA O TEORÍA PRESTADA?

Esta es una respuesta que amerita detenimiento, porque la claridad que se tenga al respecto va a promover o detener el avance del conocimiento de la disciplina. En 1968, Dorothy Johnson escribió que es sumamente peligroso hacer diferencias profundas sobre la teoría propia de la enfermería y las teorías prestadas, porque no hay nada más arbitrario y artificial que las divisiones entre disciplinas, y porque estas divisiones no son constantes, como lo confirma el desarrollo científico actual. Además, porque el conocimiento no pertenece de forma innata a ningún campo de la ciencia. Mirando las cosas desde este punto de vista, lo propio o lo prestado no mantienen una permanencia real y, por lo tanto, hacer este tipo de discusión carece de sentido.

"la teoría es un sistema conceptual o marco de referencia que se ha inventado con algún propósito".

Es importante hacer estas aclaraciones, por los riesgos que se corren al permanecer aferrados a ciertas tradiciones que han sido comunes en enfermería y que se relacionan con su desarrollo epistemológico. Pero también se debe tener en cuenta que, a pesar de lo mencionado en el párrafo anterior, en el mundo de las disciplinas y las profesiones sí se espera y anticipa lo que cada una de ellas puede generar y a qué se debe dedicar. Por lo tanto, esto nos permite ubicar y concentrarnos en los problemas específicos de cada área del conocimiento. Además, porque esta diferenciación sustenta el hecho de que la enfermería puede ganar conocimiento propio, y no solo desarrollar su conocimiento a partir de otras disciplinas, en especial del conocimiento biomédico.

Entonces, la diferencia radica en que la teoría propia es aquella que apunta al conocimiento de los fenómenos específi-

cos de la enfermería y su práctica. Tal es el caso de las teorías de autocuidado y déficit de autocuidado (27) o la de transiciones (23). La teoría prestada es la que se desarrolla en el ámbito de otras disciplinas, pero que en un momento dado ha sido utilizada para solucionar los problemas de la práctica de la enfermería; por ejemplo, teorías de psicología, administración o educación, como soporte referencial teórico de investigaciones. Y otra forma de mirar el fenómeno es cuando se utiliza la teoría de otras disciplinas, pero esta evoluciona, se transforma y aplica de manera específica para solucionar los problemas de la enfermería, lo que la convierte en propia, como sucede con la teoría general de sistemas, aplicada en los modelos conceptuales de adaptación de Callista Roy y de sistemas de salud de Betty Neuman.

En términos generales, se puede afirmar que las polarizaciones y posiciones intransigentes no han ayudado a la com-

prensión del desarrollo teórico de la enfermería, y que en la actualidad los debates sobre las formas se han desplazado a los de las sustancias del conocimiento. Sin embargo, es necesario no olvidar que si continuamos tratando de entender los fenómenos de la enfermería desde la perspectiva de otras disciplinas (antropología, psicología, sociología...), o si continuamos con el estudio de la enfermedad con la idea de dilucidar etiologías y propiedades, disfunciones o funciones biológicas, estaremos sirviendo a la causa de la ciencia, pero no a la causa de la enfermería.

Debemos pensar, entonces, que la perspectiva de la enfermería guía la reconceptualización de la teoría existente, y que para el desarrollo del conocimiento de la enfermería es perfectamente irrelevante solucionar la discusión semántica, ya que, de cualquier manera, el desarrollo teórico continuará.

Las teorías de mediano rango y su utilidad para la práctica de la enfermería

Ahora bien, para comprender mejor esta relación es necesario entender los diferentes tipos de teoría y determinar cuál es la teoría que sirve a la enfermería para promover una práctica segura y autónoma.

TIPOS DE TEORÍA

Las teorías se clasifican, de acuerdo con sus características de aplicación, en grandes teorías o macroteorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías.

Las macroteorías son aquellas que cubren áreas amplias de preocupación

dentro de una disciplina. Son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de la enfermería, la misión de la enfermería y las metas del cuidado de enfermería.

Estas teorías, cuando se asocian con una disciplina profesional, como la enfermería, mantienen un papel formativo y de socialización dentro de la comunidad profesional; sin embargo, su papel dentro de la evolución y desarrollo del conocimiento disminuye una vez que una masa crítica de realización científica se produce, a partir e independientemente de estas teorías o modelos conceptuales, y se abren paso las teorías de rango medio (17).

Las teorías de rango medio son mucho más limitadas en amplitud, son menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan de mejor manera los componentes de la práctica. Los conceptos o fenómenos tienden a cruzar diferentes campos de la enfermería y reflejan una gran variedad de situaciones de cuidado de enfermería. Son ejemplos: incontinencia, incertidumbre, soporte social, calidad de vida y la salud como forma de empoderamiento.

El florecimiento de la literatura empírica de la enfermería evidencia el proceso de legitimación de la disciplina, y lo que se verá en el futuro es un proceso acelerado de atención a la investigación detallada y delimitada de los fenómenos específicos del núcleo disciplinar.

Merton (24) define las ideas de la teoría de rango medio como relativamente simples, en el sentido de que estas ideas proponen aspectos "funcionantes" de la disciplina. Las ideas son simples, pero generales, y son mucho más que generalizaciones empíricas. Son abstractas, y permiten extenderse más allá de una sola situación, lugar o tiempo. Asimismo, son lo suficientemente cercanas a los datos empíricos,

de modo que permiten generar y probar cuestionamientos distintivos de estudio y específicos para la práctica (17).

Durante los años ochenta, Afaf Meleis (20) propuso e hizo claridad sobre la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas, que generaran fundamentos para la práctica de la enfermería relacionados con conceptos específicos del quehacer. De acuerdo con las observaciones derivadas de la práctica de

la enfermería, la autora planteó la importancia de las teorías de amplio rango para generar parámetros generales de la práctica, y al mismo tiempo expresó que se requerían otro tipo de teorías, que generaran guías más específicas para esa misma práctica, y que deberían ser producidas en la forma de teoría empírica, o sea, la teoría que da respuesta a las relaciones de los conceptos de la práctica. Este tipo de teoría, que a su vez daría respuestas a los requerimientos de la práctica, se podría utilizar para la investigación.

El florecimiento de la literatura empírica de la enfermería evidencia el proceso de legitimación de la disciplina, y lo que se verá en el futuro es un proceso acelerado de atención a la investigación detallada y delimitada de los fenómenos específicos del núcleo disciplinar. Desde la década de los años noventa se ha visto el incremento de la teoría de rango medio, como se verá a continuación.

Generar teorías de rango medio requiere, como paso inicial, el desarrollo preciso de descriptores, para hacerlas mensurables u objetivamente codificables. Luego se requiere determinar las regularidades de estos descriptores y, por supuesto, de manera tan precisa que sean capaces de guiar la práctica de la enfermería.

A continuación se presenta el cuadro 3, tomado de Liehr y Smith (18), que presenta las teorías de rango medio de la enfermería, caracterizadas por su nivel de abstracción. Para lograr esta recopilación, las autoras realizaron un estudio del estado del arte entre 1988 y 1998; por lo tanto, es seguro que otras teorías que fueron publicadas con anterioridad no aparezcan relacionadas, lo mismo que aquellas que aparecieron en años posteriores, como es el caso de la teoría de transiciones de Meleis, Sawyer, Im, Messias y Schumacher (23).

Cuadro 3 - Teorías de rango medio por nivel de abstracción

| Alto medio | Medio | Bajo medio |
|---|---|---|
| Cuidado (1) | Incertidumbre ante la enfermedad (7) | Secretos peligrosos y hacerse cargo de forma renuente (14) |
| Facilitamiento del crecimiento y desarrollo (2) | Síntomas desagradables (8) | Afiliación de otro individuo como mediador ante el estrés (15) |
| Percepción interpersonal (3) | Tristeza crónica (9) | Ira en la mujer (16) |
| Autotrascendencia (4) | Terminación tranquila de la vida (10) | Cuidado de la enfermera obstétrica (17) |
| Resistencia (fortaleza ante la adversidad) (5) | Negociación entre socios (11) | Manejo del dolor agudo (18) |
| Adaptación psicológica (6) | Rompimiento cultural (12) | Balance entre la analgesia y los efectos secundarios (19) |
| | Expresión de simpatía de la enfermera ante el sufrimiento del paciente (13) | Falta de hogar - incapacidad (20) |
| | | Intervención musical individualizada para la inquietud (21) |
| | | Intervención cronoterapéutica para el dolor postquirúrgico (22) |

Tomado literalmente de Liehr y Smith (18).

Como aspecto final de este resumen, se puede anotar que las teorías de rango medio son propuestas articuladas que requieren refinamiento, el cual debe lograrse a través de la investigación y la práctica. Su gran ventaja radica en que trabajan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características singulares de la práctica de la enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo, pero que de ninguna forma proponen estereotipos o prácticas inmodificables. De igual manera, estos planteamientos teóricos no señalan

específicamente las intervenciones de cuidado que las enfermeras deben generar al utilizarlas como marcos de su quehacer. Por lo tanto, es al utilizarlas sistemáticamente, en la práctica, que se podrán proponer intervenciones de cuidado, de acuerdo con la creatividad de las enfermeras y de su propia característica para enfocar y explicar un fenómeno determinado.

Hasta aquí he tratado de hacer un resumen de lo que, a mi juicio, puede ser un marco epistemológico de la enfer-

mería. Se requiere aclarar que cada aspecto de estos debe ser objeto de estudio más profundo, si se desea comprender el verdadero alcance y significado del conocimiento de la disciplina de la enfermería. Y no olvidemos que la disciplina de la enfermería debe sustentarse, para su desarrollo, en tres principios fundamentales: la pluralidad, que significa dar cabida a múltiples interpretaciones de la realidad y del cuidado, la evolución contextualizada y el soporte a través de la indagación científica rigurosa.

REFERENCIAS

- Barnum, B. J. *Nursing theory: Analysis, application and evaluation*, 4th. Ed., Philadelphia, J. B. Lippincott, 1990.
- Blegen, M., y Tripp-Reiner, T. "Nursing theory, nursing research and nursing practice: Connected or separated?". En J. Mc Closkey Dochterman y H. Grace Eds., *Current issues in nursing*, St. Louis, Mosby, 2001.
- Carper, B. "Fundamental patterns of knowing in nursing", *Advances in Nursing Science*, 1, 1, 13-24, 1978.
- Castrillón, M. C. 1997.
- Chinn, P., y Kramer, M. *Theory and nursing*, 5th Ed., St. Louis, Mosby, 1999.
- Chinn, P., y Jacobs, M. *Theory and nursing*, 2nd. Ed., St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1987.
- De Villalobos, M. M. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*, Bogotá, Gráficas Ducal, 1998.
- De Villalobos, M. M. *Teorías de rango medio*. Conferencia presentada en el V Seminario Internacional de Cuidado de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, en imprenta, 2001.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. Eds. *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Ca., Sage Publications, 1994.
- Dickoff, J., y James, P. "Theory or theories: A position paper", *Nursing Research*, 17, 3, 197-203, 1968.
- Donalson, S., y Crowley, D. M. "The discipline of nursing", *Nursing Outlook*, 26, 2, 113-120, 1978.
- Fawcett, J. "The metaparadigm of nursing: International in scope and substance". En K. Krause y P. Astedt-Kurki (Eds.), *International perspectives on nursing: A joint effort to explore nursing internationally*, Finland, Tampere University, Department of Nursing, 1992.
- Fawcett, J. *Analysis and evaluation of conceptual models*, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1993.

14. Fawcett, J. *Analysis and evaluation of conceptual models*, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1995.
15. Fawcett, J.; Watson, J.; Neuman, B.; Waker, P. H., y Fitzpatrick, J. J. "On nursing theories and evidence", *Journal of Nursing Scholarship*, 23, 2, 115-119, 2001.
16. Johnson, D. "Theory of nursing: Borrowed and unique", *Nursing Research*, 17, 3, 206-209, 1968.
17. Lenz, E.; Pugh, L.; Milligan, R.; Gift, A.; Suppe, F. "Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms", *Advances in Nursing Science*, 17, 2, 1-13, 1995.
18. Liehr, P., y Smith, M. J. "Middle-range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium", *Advances in Nursing Science*, 21, 4, 81-91, 1999.
19. McKay, R. "Theories, models and systems for nursing", *Nursing Research*, 18, 5, 393-399, 1969.
20. Meleis, A. *Theoretical nursing: development and progress*, 1st. edition, Philadelphia, J. B. Lippincott, 1987.
21. Meleis, A. "Being and becoming healthy: The core of nursing knowledge", *Nursing Science Quarterly*, 3, 3, 107-114, 1991.
22. Meleis, A. *Theoretical nursing: Development and progress*, 3rd. edition, Philadelphia, J. B. Lippincott, 1997.
23. Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. A.; Schumacher, A. "Experiencing transitions: An emerging middle-range theory", *Advances in Nursing Science*, 23, 1, 12-28, 2000.
24. Merton, R. K. "On sociological theories of the middle-range". In *Social theory and social structure*, New York, Free Press, 1968.
25. Newman, M. "The continuing revolution: A history of nursing science". En N. Chalsea (Ed) *The nursing profession: A time to speak* New York, Mc Graw-Hill, 1983.
26. Newman, M. A.; Sime, A. M., y Corcoran-Perry, S. A. "The focus of the discipline of nursing", *Advances in Nursing Science*, 14, 1, 1-6, 1991.
27. Orem, D. *Nursing concepts of practice*, 4th Ed., St. Louis, Mosby Year Book, 1991.
28. Silva, M. C.; Sorrell, J. M.; Sorrell, C. D. "From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shifting in nursing", *Advances in Nursing Science*, 18, 1, 1-13, 1995.
29. Woods, N. K., y Canzaro, M. *Nursing research: Theory and practice*, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1988.

BIBLIOGRAFÍA DE LAS TEORÍAS DE RANGO MEDIO MENCIONADAS

- (15) Acton, G. J. "Affiliated-individuation as a mediator of stress and burden in caregivers of adults with dementia", *Journal of Holistic Nursing*, 15, 336-357, 1997.
- (22) Auvil-Novak, S. E. "A mid-range theory of chronotherapeutic intervention for postsurgical pain", *Nursing Research*, 46, 66-71, 1997.
- (3) Brooks, E. M., y Thomas, S. P. "The perception and judgment of senior baccalaureate student nurses in clinical decision making", *Advances in Nursing Science*, 19, 3, 50-69, 1995.
- (14) Burke, S. O.; Kauffmann, E.; Costello, E. A.; Dillon, M. C. "Hazardous secrets and reluctantly taking care: Parenting a child with repeated hospitalizations", *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23, 1, 39-45, 1991.
- (9) Eaks, G. G.; Burke, M. L.; Hainsworth, M. A. "Middle-range theory of chronic sorrow", *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 2, 179-184, 1998.
- (21) Gerdner, L. "An individualized music intervention for agitation", *Journal of American Psychiatric Association*, 3, 117-184, 1997.
- (18) Good, M. "A middle-range theory of acute pain management: Use in research", *Nursing Outlook*, 46, 120-124, 1998.
- (19) Huth, M. M., y Moore, S. M. "Perspective theory of acute pain management infants and children", *Journal of Scientific Pediatric Nursing*, 3, 23-32, 1998.
- (12) Jezewsky, M. A. "Evolution of a grounded theory: Conflict resolution through cultural brokering", *Advances in Nursing Science*, 17, 3, 14-30, 1995.
- (2) Kinney, C. K. "Facilitating growth and development: A paradigm case for modeling and role-modeling", *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 375-379, 1990.
- (8) Lenz, E.; Pugh, L.; Milligan, R.; Gift, A.; Suppe, F. "Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms", *Advances in Nursing Science*, 17, 2, 1-13, 1995.
- (8) Lenz, E.; Pugh, L.; Milligan, R.; Gift, A.; Suppe, F. "The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19, 3, 14-27, 1997.
- Levesque, L.; Ricard, N.; Ducharme, A.; Bonin, J. "Empirical verification of theoretical model derived from the Roy adaptation model: Findings from five studies", *Nursing Scientific Quarterly*, 11, 31-39, 1998.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. A.; Schumacher, A. "Experiencing transitions: An emerging middle-range theory", *Advances in Nursing Science*, 23, 1, 12-28, 2000.
- (7) Mishel, M. H. "Uncertainty in illness", *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 4, 225-235, 1998.
- (7) Mishel, M. H. "Reconceptualization the uncertainty in illness theory", *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 4, 256-262, 1990.
- (13) Olson, J., y Hanchett, E. "Nurse - experienced empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory", *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, 1, 71-76, 1997.
- (4) Reed, P. "Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories", *Advances in Nursing Science*, 13, 4, 64-74, 1991.
- (10) Ruland, C. M., y Moore, S. M. "Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life", *Nursing Outlook*, 46, 169-75, 1998.
- (5) Polk, L. V. "Toward a middle-range theory of resilience", *Advances in Nursing Science*, 19, 3, 1-13, 1997.
- (11) Powell-Cope, G. M. "Family caregivers of people with AIDS: Negotiating partnerships with professional health care providers", *Nursing Research*, 43, 324-330, 1994.
- (1) Swanson, K. M. "Empirical development of a middle-range theory of caring", *Nursing Research*, 40, 161-166, 1991.
- (16) Thomas, S. P. "Toward a new conceptualization of women's anger", *Issues on Mental Health Nursing*, 12, 31-49, 1991.
- (17) Thompson, J. E.; Oakley, D.; Burke, M.; Jay, S., y Conklin, M. "Theory building in nurse-midwifery: The care of process", *Journal of Nursing and Midwifery*, 34, 120-130, 1989.
- (20) Tollett, J. H., y Thomas, S. P. "A theory-based nursing intervention to instill hope in homeless veterans", *Advances in Nursing Science*, 18, 76-90, 1995.