

# La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal\*

## RESUMEN

Este artículo trata de discutir aspectos generales sobre los patrones de conocimiento de enfermería, elementos de fundamentación para el desarrollo del conocimiento y la práctica. En primera instancia muestra la importancia del desarrollo del conocimiento que sustenta la práctica y cómo ese conocimiento se expresa en cuatro patrones: empírico o ciencia de enfermería, ético, estético o arte de enfermería y el conocimiento personal.

Se hace asimismo una descripción de cada patrón de conocimiento, comenzando por el personal. El significado del patrón de conocimiento personal, el menos desarrollado de los cuatro, se muestra como algo básico para el desarrollo de los patrones ético y estético, ya que es casi condición sin la cual los mencionados patrones no pueden desarrollarse a plenitud ni ser expresados en la práctica de manera satisfactoria.

Se plantea la discusión de la evolución de las preguntas epistemológicas de los patrones hacia lo filosófico y ontológico. Es decir, se pretende progresar del conocer hacia el ser o esencia de lo conocido para terminar resumiendo las repercusiones que tiene la inclusión de los patrones del conocimiento en la sintaxis de la disciplina de enfermería.

## PALABRAS CLAVE

**Práctica de enfermería, patrón de conocimiento, patrón de conocimiento personal, patrón empírico o ciencia de enfermería, patrón ético y moral de enfermería, patrón estético o arte de enfermería.**

## ABSTRACT

*This article tries to discuss general aspects on models of nursing knowledge, basic elements for its development and practice. First, it shows the importance of the development of knowledge sustained by the practice and the expression of it by means of four knowledge models: empirical or nursing science, ethical, esthetical or nursing art, and personal.*

*A description of each model of knowledge takes place, beginning with the personal one. Its meaning is showed as something basic for the development of ethical and aesthetical models, as it is a condition sine qua non such models are not totally developed or expressed satisfactorily in practice.*

*It presents the discussion on evolution of epistemological questions toward philosophy and ontology. It tries to progress in the knowledge of the self or essence of what is known, to end with a summary on repercussions of knowledge models inclusion in syntax of nursing discipline.*

## KEY WORDS

**Nursing practice, knowledge model, personal knowledge model, empirical model or nursing science, ethical model and nursing moral, aesthetic model or nursing art.**

\* Ponencia presentada en el "Primer encuentro de profesionales universitarios del proceso diagnóstico de enfermería", celebrado en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, el 12 de mayo de 2005.

<sup>1</sup> Profesora Titular y Emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; profesora asesora, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana, Colombia. mmvillalobos@gmail.com



El presente trabajo busca mostrar la íntima relación que existe entre el proceso diagnóstico de enfermería y su orientación hacia la utilización de las bases filosóficas, científicas y metodológicas como sustento de la disciplina. En este contexto, entonces, es obvio comentar que la expresión del conocimiento de enfermería y su relación con la filosofía y las metodologías utilizadas para el desarrollo del conocimiento particular de la disciplina y el manejo de la práctica tienen gran relación con los conocimientos científico-empíricos, éticos, estéticos y personales que según Barbara Carper (1) son los patrones de conocimiento de enfermería. Esta relación se genera porque, sencillamente, la calidad de la práctica no se puede concebir sin comprender la interacción del cuidado y de las acciones o intervenciones de enfermería con el paciente.

Pero es atinado comenzar deteniéndonos un tanto en una palabra fundamental para enfermería: la práctica disciplinaria. Todos estamos familiarizados con ella. Es lo que hacemos todos los días, ir al trabajo, ir a práctica. La práctica es la esencia de las disciplinas profesionales como enfermería. Sin la práctica no existiríamos. ¿Pero hasta qué punto estamos conscientes del significado de la práctica? Para algunos significa "hacer cosas", o "procedimientos básicos", para otros la práctica es lo que se hace en los servicios. Si aceptamos estos conceptos la práctica se torna en un conjunto de acciones que hace un profesional, lo cual nos puede dejar un tanto mal parados respecto a nuestro ejercicio. Reflexionemos entonces... ¿no habrá una concepción al respecto que se ajuste más al concepto de práctica de una disciplina profesional? Martha Rogers (2) sugiere que la práctica es la expresión de la forma como utilizamos el conocimiento de enfermería. Si enfermería es una cien-

cia, entonces ella tiene unos fenómenos propios sobre los cuales se debe desarrollar el conocimiento, y si tiene un cuerpo organizado de conocimientos el cual se utiliza en la práctica, el uso creativo de este conocimiento se manifiesta en el arte de la práctica de enfermería.

Rogers continúa sugiriendo que:

muchas enfermeras expresan su preocupación por la teoría viéndola como "una teoría de torre de marfil sin mayor utilidad", pero nada más erróneo y para dar una respuesta a la idea de torre de marfil se puede utilizar esta analogía: los físicos teóricos, los ingenieros y los plomeros utilizan los mismos principios del mundo físico. La naturaleza y la profundidad de su conocimiento es lo que los diferencia, pero sobre todo la manera como lo utilizan (2).

Entonces, podemos decir que las enfermeras expresamos nuestro conocimiento a través de la práctica y si no pensamos en términos reales del conocimiento podemos entrar en la penumbra de la repetición y el estancamiento. Asimismo, el conocimiento se extiende a la investigación, herramienta sin la cual nuestro desarrollo disciplinario fácilmente se estancaría y la práctica se convertiría en el manejo arcaico de actividades derivadas de la tradición o en la repetición de actividades totalmente delegadas por los médicos o los administradores, sin importar el grado de aplicación tecnológica que éstas conlleven.

Inicialmente la práctica de enfermería se desarrolló casi por imitación, junto a la enfermera experta. Rara vez se sistematizaba esa práctica y menos aún el conocimiento que le daba soporte. Las enfermeras podían cambiar información pero ésta se enfocaba más en el "cómo". Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica. Cuando

las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque "procedimental" cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico (3).

La naturaleza de la práctica disciplinar sugiere que ésta debe ser guiada por teorías científicas. La idea de que la práctica y la teoría están separadas y que requieren ligarse es errónea. De igual manera que la teoría estructura a la investigación, la teoría da forma a la práctica. Estas dos entidades no son diferentes, más bien son diferentes aspectos del mismo fenómeno. La teoría, la práctica y la investigación no son entidades diferentes de la práctica profesional y éste es el verdadero significado que debemos dar a nuestro quehacer.

Entonces, si la práctica es la expresión de nuestro conocimiento, es lógico que trabajemos sobre los patrones de conocimiento de enfermería.

Carper (1) definió que el cuerpo de conocimientos que da soporte a enfermería se manifiesta por patrones, o sea por medio de formas características de expresión externa e interna que dejan ver la manera como se piensa sobre un fenómeno. Los patrones no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de mayor ayuda para la disciplina de enfermería.

Los patrones de conocimiento que identificó Carper a partir de un análisis de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería fueron cuatro: el empírico o ciencia de enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería y el conocimiento personal. Más tarde, en 1995, Silva, Sorrell y Sorrell (4) sugirieron la expansión de los patrones que va más allá del "conocer", y propo-

nen que debemos ir hacia la comprensión de las formas de "ser" de estos patrones, o sea, adentrarnos en su significado ontológico. En el mismo año, White (5) propuso una expansión y puesta al día de los patrones iniciales agregando el sociopolítico, el cual hace parte del conocimiento empírico y, por lo tanto, no será tratado de manera individual. Chinn y Kramer (6) plantean una discusión muy importante respecto al comportamiento de los patrones en su libro *Teoría y enfermería: desarrollo integrado del conocimiento*; en el 2002 Edwards (7) analiza los patrones desde las conexiones de éstos con la filosofía de la ciencia y las metodologías científicas, y en 2003, Schmith y cols. (8), explican la forma como se puede arti-

cular el currículo a partir de los patrones de conocimiento de enfermería, de manera semejante con la propuesta de Boikyn en 1994 (9).

Todos estos autores coinciden en afirmar que los patrones se expresan de manera integrada y que entre ellos existen conexiones sin las cuales sería muy compleja la expresión del cuidado y de las intervenciones de enfermería de manera holística. También están de acuerdo en que la máxima expresión del conocimiento es el patrón estético.

## El conocimiento personal

¿Pero por qué comenzar con el conocimiento personal? Porque es a partir de éste que se logra el verdadero arte de enfermería. Como se verá a continuación, nosotros podemos expresar el patrón empírico o ciencia de enfermería de manera neutra, pero la expresión de los patrones ético y estético es compleja si no existe un manejo experto del patrón de conocimiento personal por parte de la enfermera.

Según Carper (1), el conocimiento personal es tal vez el patrón más importante cuando se trata de entender el significado de salud en términos de bienestar. Si enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda de la necesidad de que la enfermera se conciba como un ser terapéutico y, por lo tanto, debe conocerse interiormente. Existe evidencia —como lo anota Mishel citada por Carper (1)— de que la calidad de los contactos interpersonales influye en las personas enfermas o con problemas de salud a la hora de afrontar su situación y lograr mayor bienestar. Eso hace pensar que "el uso terapéutico de sí mismo" implica una rela-

*Los patrones de conocimiento que identificó Carper a partir de un análisis de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería fueron cuatro: el empírico o ciencia de enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería y el conocimiento personal.*

ción en la cual se requiere conocerse y conocer al paciente porque el “ser” se crea en relación con otros. Chinn y Kramer (6), plantean un modelo de conocimiento personal que parte de dos preguntas fundamentales: ¿sé lo que hago? y ¿hago lo que sé? Al responder afirmativamente a ellas se garantiza que la práctica se pueda llevar a cabo de una manera holística haciendo posible mi totalidad y la del otro en un contexto de experiencia de relación y trascendencia.

El conocimiento personal es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y asimismo poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Es extensivo en tanto nos hace asequibles y nos permite comprender la experiencia del otro. Le da un significado compartido a la interacción.

Se expresa de manera congruente, auténtica y genuina en cuerpo-mente-espíritu. Es decir, percibiendo al otro a través de cualidades que se logran al ser consciente de estar en el mundo y que expresan lo que la persona es, dentro de un contexto cultural. Así, la comunicación se hace vital para una práctica disciplinar en donde es necesario crear una comprensión compartida, y para esto se requiere conocerse y desarrollarse a sí mismo. En última instancia, lo que es importante para crear una auténtica relación personal es valorar al otro en su libertad para crearse a sí mismo y tomar decisiones con autonomía, lo cual implica de nuestra parte dejar de lado generalizaciones, categorías y supuestos derivados de las formas empíricas de conocimiento así como las formas de tratamientos manipuladoras y de control, generalmente impersonales. El conocimiento personal valora la totalidad y la

*El conocimiento personal  
es un proceso dinámico  
de llegar a convertirse  
en un ser total y asimismo  
poder valorar al otro  
como un todo.  
Es la base de las  
expresiones de  
autenticidad,  
de ser genuino,  
lo que a su vez es esencial  
para una relación de  
cuidado con una meta  
de bienestar en mente.*

integridad de cada encuentro con el otro, y busca conocer y afirmar la forma única de cada persona y las experiencias únicas de ellas. Hall y Allan (10) explican el vínculo vital entre el conocimiento personal y las relaciones con otros en su concepto de “ser-en-relación-con...” en donde el “ser” se percibe como un sistema abierto que pertenece a un sistema social.

El conocimiento personal no emana de libros, revistas científicas, conferencias o discusiones académicas. Se refiere a comprender sin darse cuenta (11). Puede ser tan válido como el conocimiento científico y las enfermeras podemos estar seguras de su utilización como soporte para el cuidado. Sin embargo, como sugiere Edwards (7), este patrón que requiere conocimiento obtenido a través de la experiencia y la intuición no se utiliza para justificar la práctica ni al hablar de su credibilidad en términos de conocimiento empírico.

Finalmente, se puede agregar que el resultado de este patrón se traduce en la voluntad de aceptar la ambigüedad, la vaguedad y las discrepancias entre uno mismo y los demás. Conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los pacientes y el respeto por sus características individuales, al mismo tiempo que se mantiene la responsabilidad profesional por el bienestar del otro.

## El conocimiento empírico o ciencia de enfermería

Una vez aclarado el patrón anterior se puede proseguir con el patrón de conocimiento empírico.

El término “ciencia” rara vez se usó en la literatura de enfermería antes de 1950. Sin embargo, a partir de esa fecha ha habido un énfasis progresivo, o más bien urgencia por el desarrollo del cuerpo de conocimientos específicos de enfermería. Parece existir consenso general sobre la necesidad crítica de generar conocimiento acerca del mundo empírico, el cual es sistemáticamente organizado en leyes generales y teorías que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con la disciplina de enfermería. El desarrollo teórico y los esfuerzos investigativos están dirigidos a la generación de explicaciones sistemáticas y controladas, en las cuales las evidencias fácticas figuran en primer lugar para la organización y clasificación del conocimiento.

Lo que parece importante, por lo menos en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras paradigmáticas y teóricas presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos relacionados con el do-

minio de la disciplina, y que aspectos tan importantes como el bienestar, la salud, la evolución de los procesos de vida y otros se han legitimado, ya que permiten que la salud y el bienestar sean entendidos como algo dinámico, contextualizado y circunstancial, y se aceptan como elementos de estudio inherentes a la enfermería. Este cambio de preguntas o interrogantes que previamente habrían sido imposibles de sugerir, hoy día forman parte necesaria de la indagación disciplinaria (12).

Es natural que la ciencia de enfermería presente en su desarrollo teórico gran afinidad con la tradición empírica de las ciencias naturales. Sin embargo, la noción de lo que constituye el legítimo desarrollo de la ciencia de enfermería se ha ensanchado para incluir la evidencia derivada de la especulación a través de las formas inductivas y su generación consecuente de hipótesis de trabajo, tales como la descripción fenomenológica, la propuesta múltiple de la teoría fundamentada, la comprensión cultural de la etnografía y la hermenéutica y la historiografía. Este cambio se refleja en la transición de un vocabulario observable hacia uno en el que los términos tienden a proponer significados diferentes y se definen dentro de un contexto correspondiente a la teoría explicativa (12).

Dos procesos están inmersos en la estructuración de fenómenos empíricos: 1) la creación del significado conceptual, y 2) la estructuración y contextualización de la teoría. Existen además otras formas de conocimiento empírico tales como marcos o modelos conceptuales, principios y descripciones extensas de fenómenos empíricos, pero la teoría es la forma de conocimiento más formal y estructurada de las configuraciones de conocimiento empírico.

*El concepto de  
creatividad  
le imprime a la teoría  
expresión propia,  
es decir, que por ningún  
motivo la teoría se  
improvisa.*

Sería largo explicar qué es teoría, y de todas maneras existen numerosas referencias que dan cuenta de ello; pero desde un punto de vista sencillo se puede sugerir que toda teoría es una articulación de ideas rigurosa y creativa, en donde las ideas se organizan como conceptos representados por palabras simbólicas que harán que la teoría refleje la visión sistemática de un fenómeno. Los conceptos deben convergir en declaraciones de relaciones contextuales de la teoría, lo cual a la larga define la estructura sistémica de la teoría. La teoría genera un lenguaje y una estructura que le imprime naturaleza propia y propósito, es decir, que se ha creado por alguna razón pero que, sin embargo, es dinámica, presta a revisión y enraizada en supuestos y juicios de valor.

El concepto de creatividad le imprime a la teoría expresión propia, es decir, que por ningún motivo la teoría se improvisa. Requiere un proceso riguroso, sistemático, así como una concepción muy bien desarrollada que le crea la impronta de su creador. Chinn y Kramer (6) proponen una serie de definiciones y explicaciones interesantes para diferenciar los conceptos de ciencia, filosofía, hecho, modelo, marco conceptual o teórico, investigación y paradigma. Estas diferenciaciones permiten aclarar términos que han sido utilizados de forma intercambiable al trabajar la

epistemología de enfermería, pero que ameritan, hoy día, suficiente claridad. Así podremos, de forma más clara y certera, referirnos al conocimiento empírico o ciencia de enfermería.

Varias teorías de enfermería, así como numerosos esfuerzos investigativos, han sido modeladas según el ideal de la investigación científica de corte positivista y pospositivista. Sin embargo, los supuestos y propósitos de la teoría científica frente a los cuales han sido juzgadas las teorías de enfermería reflejan, de una u otra manera, que otros patrones de conocimiento, además del empírico, juegan roles de importancia en el enriquecimiento científico de la disciplina (13). Por ejemplo, los modelos de sistemas explican el nivel de bienestar personal en un punto de tiempo particular y como una función de los efectos acumulados de interacciones internas y externas del ambiente del paciente. El concepto de adaptación es central para este tipo de explicación ya que responde a las demandas del ambiente y facilita el mantenimiento y el restablecimiento del estado que se ha denominado meta del sistema. Los modelos de desarrollo muchas veces proponen una forma más genérica de explicación, en la cual ciertos eventos aparecen como condiciones principales y necesarias para el desarrollo normal del individuo.

La investigación científica es el método por excelencia para la producción de conocimiento empírico debido a que la naturaleza práctica de enfermería, orientada por metas concretas, requiere la prueba teórica como elemento de desarrollo fundamental. La validación y, por ende, la réplica, se convierten en herramientas para la práctica inteligente. Es por esta razón que, en nuestra práctica, debemos ir más allá de la simple utilización de teorías.

La práctica se debe convertir en el dinamizador de ellas ya que es en la práctica en donde se prueban y se expanden. Es decir, que la práctica basada en la teoría, su réplica y validación, contribuyen a nuestro desarrollo de la competencia científica ya que refinan los significados conceptuales y validan las relaciones teóricas y los resultados derivados de éstas.

En resumen, se puede decir que el patrón empírico es fáctico, descriptivo en última instancia de acuerdo con los últimos desarrollos, deductivo y generador de teoría, aunque como se vio anteriormente, pueden incluirse en este patrón de conocimiento los paradigmas naturalista, relativista e interpretativo. Es discutible y públicamente verificable (1, 13).

Sin ninguna duda, el conocimiento empírico es fundamental para los propósitos de enfermería. Pero enfermería también requiere estar consciente del hecho de que los modelos humanos en su abstracción son generalizables y categorizables siempre y cuando se refieran a lo común de las personas y los grupos. Por ello ninguna de estas categorías puede expresar la individualidad de las personas en sí mismas. Es por esta razón que enfermería debe promover el desarrollo y la expresión de otros patrones que nos permitan tratar de comprender de mejor manera las expresiones de la naturaleza humana.

## El patrón ético y el comportamiento moral de enfermería

Enfermería es una profesión que requiere conocimiento ético para guiar la práctica. Cualquiera que sea la experiencia de la enfermera o su lugar de trabajo

los resultados de nuestra práctica dependen de la ética y la moral.

En los últimos tiempos hemos estado muy sensibles por las dificultades de elección que deben tomarse dentro del contexto tan complejo de la salud. Estos hechos tienen que ver con aspectos fundamentales de lo que es moralmente correcto en conexión con el cuidado de la salud. Los dilemas morales surgen en situaciones de ambigüedad e incertidumbre, pero sobre todo cuando las consecuencias de nuestras acciones son difíciles de predecir y los principios tradicionales y los códigos éticos no ayudan para la solución de los problemas o resultan contradictorios. El código moral que guía la conducta ética de las enfermeras se basa en el principio primario de obligatoriedad emanado del concepto de servicio a la gente, respeto por la vida humana y autonomía de las personas.

El patrón de conocimiento ético se enfoca hacia materias de obligatoriedad. Va

*La investigación científica es el método por excelencia para la producción de conocimiento empírico debido a que la naturaleza práctica de enfermería, orientada por metas concretas, requiere la prueba teórica como elemento de desarrollo fundamental.*

más allá del conocimiento de los códigos y las normas legales. Incluye todas aquellas acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas al juicio de lo bueno o malo, incluyendo juicios de valor moral relacionados con motivos, intenciones o formas de carácter (1).

La enfermería es una acción deliberada, o una serie de acciones planeadas y desarrolladas para lograr metas determinadas; tanto las metas como las acciones conducen a la selección de alternativas que se basan en juicios normativos particulares y generales y, en ocasiones, los juicios y las normas están en conflicto, pero aún así el conocimiento ético se comprende y evalúa en relación con la práctica.

Se puede esperar que la práctica de enfermería que utiliza el conocimiento ético a través de un proceso disciplinario de diálogo y justificación crezca en su comportamiento moral. El comportamiento ético expresado en la práctica como conocimiento integrado puede conducir a cuestionamientos profundos; si esto ocurre se llegará a los procesos de valoración y clarificación (6).

Lo moral y lo ético se confunden muchas veces y se utilizan también como sinónimos en la literatura de enfermería. La distinción entre estos dos términos refleja la tensión entre la epistemología y la ontología, y la dificultad de separar lo que sabemos o conocemos de lo que somos.

En general, la ética se refiere a aspectos epistemológicos, lo moral se refiere a lo ontológico. La ética es una disciplina, una rama del conocimiento que trata sobre lo correcto-incorrecto, el bien-el mal y por ello existen teorías éticas, principios, reglas, códigos, leyes, listas de obligaciones o deberes y descripciones de comportamientos éticos. En contraste, lo moral se

refiere al comportamiento basado y expresado de acuerdo con nuestros valores. Si la ética es trabajo cerebral, lo moral es trabajo del corazón. La moralidad se refleja en nuestra vida diaria y expresa nuestras apreciaciones valorativas, lo cual está profundamente fundamentado en la cultura y el carácter. Lo que constituye el comportamiento moral puede variar dependiendo de lo que es importante dentro de una cultura. Cuando las personas se comportan de acuerdo con sus valores, la integridad moral se puede apreciar claramente y, por el contrario, cuando el comportamiento moral se ve afectado por factores situacionales ocurre el dolor moral.

Finalmente, se puede agregar que el mérito del conocimiento ético está íntimamente relacionado con su habilidad para contribuir a la práctica. Ello implica estar consciente de quiénes participan en la práctica de enfermería. Implica acciones arraigadas en la creencia de la capacidad de elección del paciente y la enfermera. Implica las acciones requeridas para disminuir la opresión moral que las enfermeras enfrentamos cuando nos debatimos entre dilemas éticos y morales.

El patrón ético se relaciona directamente con las decisiones éticas de cada día. La ética va más allá de las propuestas discursivas. Se sustenta en las decisiones de la práctica y se asume como la expresión de la práctica relacionada con los valores y la moral. Y los valores y la moral se relacionan directamente con el conocimiento de sí mismo.

De acuerdo con Chinn y Kramer (6), al examinar las cuestiones sobre el conocimiento ético surgen ciertas preguntas: ¿hacia dónde debe ir el conocimiento ético? ¿Qué debe hacerse para que la práctica amerite ser llamada ética o moral? ¿Qué valores respaldan la ética y la moral de

enfermería? ¿Qué tipo de perspectiva de desarrollo ético y moral debe desarrollarse y promoverse? Y, asimismo, emergen múltiples preguntas relacionadas con la tecnología y otros factores que apuntan al desarrollo de la práctica no sólo del cuidado, sino de ámbitos complejos del contexto de la salud que por estar sujetos a decisiones externas e intereses diferentes a los relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud de las personas chocan con los esfuerzos por mantener prácticas éticas y morales.

## Patrón estético o el arte de enfermería

“El acto artístico significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención”.

Ninguna persona que esté familiarizada con la literatura de enfermería puede negar que el mayor énfasis que se ha dado al desarrollo del conocimiento está cifrado en la ciencia de enfermería. No obstante

*“El acto artístico significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención”.*

existe, por otro lado, una admisión tácita que se puede describir como que, por lo menos en parte, enfermería es un arte. Pero lo que generalmente se entiende como arte en enfermería se refiere a las categorías de trabajos manuales o a las habilidades técnicas de la práctica de enfermería (1). Nada más erróneo.

El arte es el proceso de crear un objeto o una experiencia estética, también se utiliza el término para referirse al producto creado. El arte envuelve habilidades adquiridas de índole mecánica y técnica, y aspectos de trabajo con elementos que se requieren para elaborar el producto, además de capacidades internas que permitan imaginar el todo con anterioridad a que se convierta en experiencia e intuitivamente agrupar los elementos para que ésta se produzca (6). El arte expande las capacidades y posibilidades preceptuales. Está presente en todas las actividades humanas que tienen que ver con relacionar elementos en un todo.

A pesar de la abstracta y fluida definición de arte que se propone, el significado de estética se puede distinguir del significado de ciencia por varios factores. Se debe reconocer que el arte es expresivo y no formal, y que la creación estética es una experiencia que involucra la creación y apreciación de una realidad que es única, particular, subjetiva, de múltiples posibilidades o realidades que se resisten a la proyección de una forma discursiva desde el punto de vista del lenguaje.

Esas cualidades estéticas, que según Chinn y Kramer (6), se construyen a partir de elementos ubicados en un patrón que da forma a un todo, y tienen un significado simbólico que se proyecta más allá de los elementos mismos, se reflejan en todos los aspectos de la práctica de enfermería. Están presentes en las notas de enfermería, en formulaciones teóricas, en una breve interacción con una persona o en intervenciones sostenidas

con grupos y desde un encuentro inesperado hasta un sistema de cuidado pensado y planeado cuidadosamente. En todas estas experiencias se utilizan ciencia, ética, conocimiento personal y finalmente conocimiento estético. Porque es el conocimiento estético el que globaliza los demás patrones de conocimiento y hace del acto de cuidar un acto artístico; pero, sin duda, el primer paso requerido para generar el acto estético se construye a partir del conocimiento personal.

De acuerdo con Johnson (14, 15) gran parte de la dificultad que tenemos para especificar el arte de enfermería se relaciona con el hecho de que reside en un plano ontológico; se expresa a través del “ser-conocer” de la enfermera. Por este motivo no parece lógico separar lo que se percibe como estético y lo que se deriva de los otros patrones de conocimiento. Podemos reconocer aquello específicamente estético pero, como se señaló, es imposible separarlo de los componentes científico y ético, y del uso terapéutico de sí mismo.

Silva y cols. (4) se preguntan ¿cómo se llega a conocer lo artístico? Para entender lo artístico se requiere sincronía transformativa de movimientos y la respuesta puede estar en los planteamientos de Johnson (14, 15). Lo primero que se identifica es que el arte de enfermería requiere de la habilidad de comprender los significados en las relaciones o encuentros con el paciente. Esta cualidad es necesaria si la enfermera desea transformar la experiencia de salud, para lo cual precisa eliminar las preconcepciones y los prejuicios para tratar a quien se cuida. Lo segundo es la habilidad de establecer conexiones significativas con el paciente, lo cual requiere de la capacidad para comprender los significados ya que los movimientos transformativos deben estar en “la presencia del otro”, literal o simbólicamente.

El tercer elemento señalado por Johnson es la destreza para desarrollar con habilidad las actividades, lo cual con-

*Lo primero que se  
identifica es que el arte  
de enfermería  
requiere de la habilidad  
de comprender los  
significados en las  
relaciones o encuentros  
con el paciente.*

cuerda con la conceptualización temprana del arte de enfermería. Esta habilidad se deriva de los continuos ensayos para mejorar la habilidad técnica, o lo que Benner y Wrubel (16) llaman conocimiento “a la mano”. El cuarto elemento se identifica como la habilidad para determinar un curso de acción de enfermería racional y apropiado, o lo que Benner, Tanner y Chesla (17) llaman juicio clínico y razonamiento. Finalmente, Johnson expresa la habilidad de mantener la conducta moral de la práctica, lo que se convierte en un aspecto prioritario para poder generar un acto estético.

De acuerdo con Carper (1), Silva y cols. (4), Chinn en Chinn y Watson (18), Chinn y Kramer (6) y White (5), el proceso para desarrollar el conocimiento estético pasa por imaginar posibilidades y formar elementos que permitan percibir la realidad a través de representaciones creativas con posibilidades de transformar el comportamiento de los pacientes y de la enfermera con el fin de desarrollar significados expresados en su proceder.

Silva y cols. (4) explican la evolución de las preguntas epistemológicas de los patrones planteadas por Carper como una expansión de lo epistemológico o lo relacionado con el conocimiento hacia lo

ontológico o lo relacionado con la esencia de ser. En esta expansión las autoras tratan de profundizar en lo que denominan “los más allá” y “los en medio de” (traducción personal de Villalobos [12]) mostrando estos dos nuevos conceptos: lo inexplicable y lo desconocido. En este orden de ideas podemos decir que:

1. Las reflexiones epistemológicas del patrón empírico se relacionan con la pregunta ¿cómo se logra conocer lo conocido? Carper enfoca esta cuestión en los procesos finales del conocimiento más que en el proceso de conocer. Sin embargo, la filosofía idealista propone que existe un más allá que genera la verdadera naturaleza de los objetos. El significado de ese más allá no puede entenderse a través de las formas corrientes de relacionar objetos y eventos. Tenemos, entonces, la oportunidad de echar un vistazo reflexivo a los “más allá” y “los en medio de” de las situaciones diarias de la práctica teniendo en cuenta que los significados inherentes a las reflexiones pueden estar eclipsados por la cotidianidad y oscurecen las percepciones.

Entonces, la pregunta epistemológica de cómo conocer lo conocido evoluciona a la ontológica de cómo encontrar sentido a lo que se conoce. Lo cual es más importante, ya que sin comprender cómo se relacionan los objetos y los eventos, se pueden entender de forma distorsionada.

2. La cuestión de cómo conocer lo que ética y moralmente se debe hacer se transforma en cómo me debo comportar ética y moralmente. Este tipo de conocimiento va más allá de lo que es conocer para determinar la validez de mis actos.



Se reconoce que si se actúa en el deber conocer se pueden crear conflictos de conciencia. La conciencia requiere autorreflexión y juicio sobre la moralidad de los propios actos. Es una sanción interna que llama la atención sobre la pérdida real o potencial del sentido de totalidad e integración. Entonces la pregunta ontológica, "el más allá", se convierte en poder contestarnos si violamos nuestra propia conciencia y si se puede —y de qué forma se puede— articular el conjunto de elementos situacionales.

3. En tercer lugar está la cuestión estética. La pregunta epistemológica de cómo conocer lo estético se transforma en la necesidad ontológica de encontrar sentido a través de la sensibilidad por el arte y la belleza.

Sólo a través de la comprensión de "los más allá" y los "en medio de" se podrá comunicar con su verdadera esencia, aun en los actos más simples. Es decir, el conocimiento estético puede ir más allá de lo planteado por Harper, debe explicar cómo ese arte despierta las sensibilidades preceptuales que pueden dar sentido a la realidad de conocer y "ser" (4).

4. Finalmente, la evolución del patrón de conocimiento personal que, como se dijo, es el más significativo a la hora de entender la salud en términos de bienestar personal. Este patrón debe avanzar hacia la comprensión de cómo soy. El énfasis no lo debemos hacer acerca de ser, sino de conocer a ese "ser".

¿Se puede conocer al "ser" sin conocer los "más allá" y los "en medio de" que provienen de las sobreposiciones del conocimiento personal con los otros patro-

nes de conocimiento? Este hecho está tan íntimamente relacionado como el conocimiento personal, el ético y el estético.

La enfermería está retornando a las cosas en sí mismas. Benner y otras investigadoras han desarrollado indagaciones enfocadas al hecho ontológico concerniente a enfermería, y estas explicaciones han facilitado retomar la apreciación por la comprensión de formas de ser que dan sentido a la práctica disciplinaria (4).

Las repercusiones que tiene la inclusión de los patrones del conocimiento como elemento fundamental de la sintaxis de la disciplina, incluyendo como parte de ésta la práctica disciplinar, se pueden resumir así:

1. Los patrones representan una perspectiva estructural del conjunto de conocimientos requeridos para sustentar la práctica de enfermería.
2. Cada uno de los patrones de conocimiento representa una forma de conocimiento necesaria pero incompleta para abordar los problemas de la práctica.
3. Mientras cada patrón puede tratarse aisladamente, hasta cierto punto, los métodos que determinan su credibilidad promueven cierto tipo de integración del conocimiento.
4. El método utilizado para trabajar un patrón no puede utilizarse para el tratamiento del otro, pero en el proceso de integración del conocimiento se puede hacer uso de varios de ellos.
5. Todo el conocimiento está sujeto a cambio y revisión. Por supuesto, la

práctica merece el mismo tratamiento. Cada solución de un problema sugiere nuevas inquietudes y plantea nuevos problemas no resueltos. Los problemas nuevos requieren en la mayoría de los casos nuevos enfoques metodológicos y estructuras conceptuales, y esto cambia el patrón y la forma de conocer. Con estos cambios la práctica y la enseñanza requieren renovarse.

Cuidar a otros requiere que logremos el desarrollo de la ciencia de enfermería, es decir, la sistematización y organización del conocimiento fáctico en forma de teorías que expresen claramente el comportamiento de los fenómenos de la salud. Pero el conocimiento de nosotros mismos, la creatividad y nuestras decisiones morales también juegan un papel muy importante en la sintaxis del descubrimiento de la ciencia.

La razón para desarrollar, a través de la investigación, los patrones de conocimiento es crear y redefinir la práctica de enfermería experta. El aporte que enfermería le hace al cuidado y su perspectiva única de cuidado se deriva del cuerpo de conocimientos de la disciplina el cual ha sobrevivido a pesar de la cultura y los contextos dominantes del conocimiento positivista (19).

La idea de que el desarrollo del conocimiento se puede separar de la realidad práctica es desafortunada ya que para explicar la complejidad del ser humano en relación con su salud y las relaciones del cuidado entre ese ser humano y las enfermeras se requiere echar mano de las experiencias reales.

En resumen, el mensaje que debe quedar en cada uno de los profesionales de

enfermería es que el conocimiento de la disciplina es complejo y se expresa de formas diversas pero que se articulan de manera inseparable y que se deben investigar; además, para lograr una verdadera expe-

riencia del patrón estético se requiere a la vez la inclusión adecuada de los otros tres patrones, pero sin el desarrollo de nuestro patrón de conocimiento personal, es decir, sin ser capaces de generar una práctica en

donde la interacción y la transacción con el paciente nos permitan crecer mutuamente, ponemos en duda la posibilidad de controlar las contingencias de la práctica de enfermería.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci* 1978;1(1):13-23.
2. Rogers ME. Nursing Science Evolves. In: Madrid M, Barret EA, editors. *Roger's Scientific Art of Nursing Practice*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
3. Allgood MR. Toward a unitary view of nursing practice. In: Madrid M, Barrett EA, editors. *Roger's Scientific Art of Nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
4. Silva MC, Sorrell JM, Sorrell CD. From Carper's patterns of knowing to ways of being: an ontological philosophical shift in nursing. *Adv Nurs Sci* 1995;18(1).
5. White J. Patterns of knowing: review, critique and update. *Adv Nurs Sci* 1995;17(4):73-86.
6. Chinn PL, Kramer M. *Theory and Nursing: Integrater Knowledge Development*. 5<sup>th</sup> ed. Saint Louis: Mosby; 1999.
7. Edwards. *Nursing Knowledge: Defining New Boundaries*. *Nurs Stand*. 2002;17(2):40-44.
8. Schmith L, Nelson D, Godfrey L. A clinical ladder program based on Carper's fundamental patterns of knowing in nursing. *Nurs Adm* 2003;33(3):146-152.
9. Boikyn A, editor. *Living a Caring / Based Program*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
10. Hall BA, Allan JD. Self in relation: a prolegomenon for holistic nursing. *Nurs Outlook* 1994;42(3):110-114.
11. Benner P, Tanner C. Clinical judgement: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing* 1987;87(1):23-31.
12. Villalobos de MM. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Unibiblos; 1998.
13. Chinn PL, Jacobs M. *Theory and Nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: The CV Mosby Company; 1987.
14. Johnson JL. A dialectical examination of nursing art. *Adv Nurs Sci* 1994;17(1):1-14.
15. Johnson JL. Dialectical analysis concerning the rational aspect of the art of nursing. *Image J Nurs Sch* 1996;28(2):169-175.
16. Benner P, Wrubel J. The Primacy of caring: Stress and coping in health and illness.
17. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics*. New York: Springer Publishing Company; 1996.
18. Chinn PL, Watson J, editors. *Art and Aesthetics in Nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
19. Fry ST. Neglect of philosophical inquiry in nursing: cause and effect. In: Kikuchi JF, Simmons H, editors. *Philosophic Inquiry in Nursing*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.