

Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos*

MARTHA LUCÍA VÁSQUEZ TRIOSSI**

Resumen

El desarrollo conceptual que hasta ahora se ha dado en enfermería refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión y que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. En ese sentido, los diferentes abordajes conceptuales en enfermería nos conducen, de manera sustancial, no solo a ver al ser humano como un ser holístico e integral, sino que interactúan con su ambiente social y natural y con un nuevo lenguaje que entiende sistemas más complejos e integradores en una comunidad global. El hecho de que el sistema conceptual se haya centrado en el ser humano como fenómeno de interés para enfermería nos muestra que estamos iniciando su reconocimiento. Esto nos impulsa a seguir descubriendo lo que es esencial para enfermería y este descubrimiento, al parecer, continuará en el siglo XXI cuando ya empiezan a aparecer nuevas teorías. Indudablemente, la rápida innovación tecnológica, la globalización marcada por el conocimiento y el capitalismo transnacional, y la información sobre el cuidado de la salud presente en la red de comunicaciones, propenden por un desarrollo conceptual en enfermería

más acelerado y en el cual la profesión y la disciplina estarán ajustando y desarrollando sus paradigmas. No obstante la aceleración de este conocimiento, no podemos perder de vista los límites que podríamos enfrentar y que se relacionan con la complejidad del fenómeno mismo del conocimiento en enfermería, esto es, con su interdependencia y su multidimensionalidad.

Palabras clave: enfermería, desarrollo conceptual, cuidado en enfermería.

Abstract

The conceptual development that up till now has been given, in nursing reflects the insistent search for its own framework that grants identity to the discipline and the profession and that diminishes its historic dependence on other sciences in the health sector. In that sense, the different conceptual approaches in nursing drive us, in a substantial way, not only to see the human being like a holistic and integral being, but also, interacting with his or hers social and natural environment and with a new language that understands more complex and integrative systems in a global community. The fact that the conceptual system has been centered on the human being as a focal interest point for nursing shows us that we are starting to recognize it. This is forcing us to discover what is essential for nursing. And this discovery, apparently, will continue during the 21st century when new theories are already coming up. Undoubtedly, the rapid technological innovations, the globalization marked by know how, the transnational capitalism and the information on healthcare available in communications' networks, seek a more accelerated conceptual development in nursing where the profession and the discipline adjust and evolve in terms of its the new pa-

* Esta ponencia se presentó en el XVII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, 5 al 8 de octubre de 2005, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen).

** Doctora en Filosofía en Enfermería. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. maluvasq@telesat.com.co

Recibido: 28/10/2005 Aprobado: 04/11/2005

radigms. Nevertheless, the acceleration of this know how can not alter our view on the limits that we could face and that are linked to the complexity of the very same phenomenon of nursing knowledge, i.e. with its interdependence and its multidimensional character.

Key words: Nursing, conceptual development, nursing care.

Antes de dar comienzo a mi intervención quisiera presentar un especial agradecimiento en mi nombre y en el de la institución que represento, la Universidad del Valle, por esta convocatoria a los profesionales de enfermería, que nos otorga la oportunidad necesaria y pertinente de enriquecernos a través de la exposición de las tendencias en la investigación que se están llevando a cabo en las diferentes escuelas de enfermería del país.

Si bien es cierto que aún quedan vacíos, este coloquio presenta la disposición en investigación que, unida a los cambios conceptuales y las modificaciones de ley promulgadas por el Estado, muestran la orientación que nos compromete a los investigadores a desarrollar en el futuro inmediato, como compromiso con nuestra profesión y con la situación que presenta la salud en nuestro país.

Para describir cómo ha sido el desarrollo conceptual en enfermería es necesario precisar el origen del concepto mismo. La concepción, según Morin (1), inicia transformando lo conocido en concebido, es decir, en pensado, y en esa idea de concepción se puede encontrar la idea de formación de concepto. Así mismo, la concepción utiliza todos los recursos del espíritu, del cerebro y de la mano del hombre: combina la aptitud para formar imágenes mentales con la aptitud para producir imágenes materiales (dibujos, mapas cognitivos, planos). Igualmente, la concepción depende de las teorías y los paradigmas en los que se inscribe y por tanto está sujeta al fracaso o al error.

Los conceptos son categorías o propiedades seleccionadas de los objetos que se estudiarán. Su importancia radica en que desde ellos se construyen las teorías. Por tanto los conceptos son las dimensiones o atributos de la realidad que sirven como componentes para estructurar la teoría.

Los conceptos se definen y sus significados se entienden solo dentro del marco teórico del cual hacen parte. El refinamiento de estos conceptos es un proceso

continuo e interminable que implica un razonamiento lógico, el cual no solamente incorpora el modelo teórico y las definiciones operacionales sino la modificación de la teoría existente (2).

Las enfermeras buscan desde hace tiempo la delimitación del conocimiento en enfermería acercándolo a las fuentes e instrumentos de la ciencia. Demostrando la existencia de ese conocimiento propio de la enfermería y ampliable por ella misma, se espera alcanzar un grado de desarrollo conceptual que fortalezca la disciplina de la enfermería en el ámbito de lo social y además definible en los aspectos del saber y del hacer.

El desarrollo conceptual en enfermería debe igualmente entenderse desde la historia de la profesión, el contexto sociopolítico en el cual se ha venido dando el trabajo de enfermería y, por supuesto, la naturaleza de la orientación de los mismos enfermeros.

La enfermería contemporánea se basa en un conglomerado de modelos teóricos. Estos han incorporado cuatro conceptos centrales llamados elementos constitutivos del denominado paradigma en enfermería, esto es, el que identifica el fenómeno de interés de la disciplina (3). Estos conceptos centrales que han primado a lo largo de la historia contemporánea de la enfermería son la persona, la salud, el ambiente y la enfermería (4). A partir de estos, con todos o algunos de ellos, se describen proposiciones generales y sus relaciones tratando de explicar cuál es el aporte de la enfermería en esa relación.

Estas proposiciones, algunas veces, se basan en la evidencia empírica o anecdótica o se defienden a partir de las inferencias del raciocinio lógico. El conocimiento derivado de los conceptos centrales que se indicaron se obtiene como respuesta a cuestionamientos que se han venido haciendo las teóricas, como: ¿quién es nuestro cliente? ¿A quién se dirigen nuestras acciones? ¿Qué es lo que las enfermeras hacen para influir en la salud de las personas? (5). Para estos cuestionamientos se utiliza conocimiento de otras disciplinas pero, a través de la reflexión y la imaginación, se originan perspectivas sobre este conocimiento que son únicas para enfermería. Podríamos entonces afirmar que el desarrollo conceptual, esto es, conocimiento en enfermería, ha sido producto de la reflexión del denominado paradigma en enfermería y su credibilidad se asienta en parte en la medida en

que las enfermeras hallen útiles los modelos y las teorías construidos a partir de dichos conceptos.

La enfermera interactúa con la persona y el ambiente, con el propósito fundamental de proporcionar salud. Es dentro de estos grandes componentes y de sus interrelaciones que se ha venido dando el desarrollo conceptual de enfermería y por ende ha procedido su desarrollo teórico. Igualmente, desde la perspectiva histórica, los énfasis en uno u otro componente han variado de acuerdo con el momento en que se han vivido. Por tanto estos conceptos no han sido estáticos o permanentes, pues cambian con el tiempo, lo que les ha dado un sello dinámico que genera nuevos conocimientos, nuevos datos, nuevas experiencias.

Por ejemplo, en la mitad del siglo XIX Florence Nightingale conceptualizó la enfermería como una ciencia de la salud y la describió dirigida primordialmente a mejorar el ambiente físico para sanar al paciente. Su lema “sea lo que fueren los hospitales, no deben propagar las enfermedades” transformó la práctica hospitalaria (6). Su esfuerzo se dirigió especialmente a compensar las deficiencias del ambiente para buscar contrarrestar la enfermedad. Sus esfuerzos se concentraron en desarrollar conocimiento de los factores ambientales que ella consideraba esenciales para la salud. El énfasis sobre el ambiente continuó hasta mediados del siglo XX, cuando la enfermería vivió primordialmente una etapa práctica sustentada por la necesidad de utilizar un enfoque naturalista (5).

En las décadas de los cincuenta y sesenta el énfasis varió del ambiente al propósito y naturaleza de las relaciones persona-enfermera. En ese entonces, las enfermeras comenzaron a sentir que no solo se hacían actividades para los pacientes a fin de aliviar su ‘discomfort’ o incapacidad, sino también y principalmente con la naturaleza del proceso interpersonal que se derivaba de la relación enfermera-paciente. Con esta perspectiva (7) surgieron pensadoras como Peplau (1952) quien trajo la teoría interpersonal desde la psiquiatría y dio las bases para que las enfermeras comenzaran a analizar el proceso de su interacción con los pacientes en términos de su calidad terapéutica. Similarmente, Orlando (1961) utilizó la teoría de las comunicaciones para describir lo que ella denominó “las acciones deliberadas de enfermería”. Más tarde, pero en ese mismo contexto, King (1971) comenzó a

explicar el complejo proceso transaccional que ocurre entre la enfermera y el paciente. Para ello conceptualizó que la relación enfermera-paciente contemplaba tres sistemas interactivos: el sistema personal, el sistema interpersonal y el sistema social.

Otras teóricas durante este período enfatizaron en la relación enfermera-paciente, pero muy preocupadas en diferenciar la naturaleza de la práctica de enfermería respecto de la práctica médica. En ese sentido, sus aportes teóricos se centraron en el componente de la persona, el ajuste de esta a sus propios cambios o a los del ambiente. Henderson (1966) explicó sus conceptos indicando la necesidad de asistir al individuo sano o enfermo para que desempeñe actividades en pro de su salud o recuperación y ayudándolo para que sea autónomo e independiente. Orem (1971) conceptualizó la enfermería como la promoción del autocuidado del paciente. Roy (1970) promulgó la teoría de la adaptación en la cual la enfermera debe ayudar al individuo a adaptarse mediante la manipulación del entorno.

A partir de Rogers (1970) el desarrollo teórico con base en los cuatro componentes descritos da un giro profundo y enfatiza en la naturaleza unitaria del hombre, esto es, entendiéndolo como un ser único e integral y no como la suma de sus partes, sus órganos y sistemas y sus componentes psicosociales. Esta estudiosa ve el propósito de la enfermería como la promoción de una armonía entre el hombre y el ambiente y ve también la salud y la enfermedad como simples expresiones del proceso de vida (8). Esta visión difiere sustancialmente de las que se indicaron antes, las cuales se basan en la adaptación del hombre a su ambiente. En la visión de Rogers, ambos, el hombre y el ambiente, ejercen simultáneamente sus influencias pero se concibe al hombre como ser humano unitario y el entorno como campos de energía integrados en el proceso de la vida.

Al enfatizar en el ser humano como ser único e integral, se consolidan las bases para entender la enfermería como una ciencia humana. Como tal, trata de comprender la experiencia vivida por las personas y los significados que estas asignan a su diario vivir en lo que atañe a la salud y a la enfermedad. En ese sentido, resulta difícil y limitada la generalización de dichas experiencias, generalización que

solo se podría realizar como patrones pero dentro del contexto en que se dan las experiencias humanas.

Continuando con este recorrido histórico del desarrollo conceptual en enfermería, podemos precisar que, si bien el componente de salud ha estado presente desde el inicio de la enfermería moderna, al final del siglo XX se ha venido enfatizando en este concepto (9). Desde Nightingale, quien en 1859 abogó por defender el trabajo de las enfermeras en términos de mantener la salud de las personas, hasta nuestros días el concepto de salud ha sido un componente esencial en enfermería. Meleis (10), por ejemplo, indica que este componente ha variado desde considerarlo un objetivo para enfermería, un constructor, una idea, un concepto meta paradigma, una teoría, hasta un concepto propiamente dicho.

Nosotros nos hemos movido desde entender la salud y la enfermedad como un continuum, como expresiones del proceso de vida, la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, hasta conceptualizar la salud como expansión de la conciencia (11) o un proceso de empoderamiento (12).

La salud ha sido concebida como la pieza central del conocimiento de la enfermería (13) y, por tanto, mediante su búsqueda y promoción se ha transitado desde el quehacer para los pacientes al trabajo con los pacientes. Ha sido desde este componente que las enfermeras valoran, hacen planes, evalúan o realizan cambios en sus acciones de cuidado.

Es igualmente importante hacer notar que desde el componente de la salud las enfermeras también se apoyan en su trabajo diario: los pacientes no solo son valorados de acuerdo con su percepción de bienestar sino también en consonancia con su perspectiva de mantener su salud a pesar de graves diagnósticos o de padecer procedimientos complejos y traumáticos. Múltiples ejemplos se derivan de la práctica diaria no solo de enfermeras que trabajan en el campo comunitario, que se expresan con términos como hábitos saludables o factores protectores, sino de las enfermeras clínicas que indican términos como seguridad del paciente, bienestar, promoción de la salud o mantenimiento de estilos de vida saludables.

En ese sentido, la enfermería propende por asistir a las personas para que sean ellas mismas las que se

cuiden; las educa, motiva y orienta, y se involucra con ellas en su cuidado y en las decisiones que tomen con relación a su salud.

Concomitante con el concepto de salud, el concepto de cuidado, que cada vez recibe más atención en enfermería, también ha ocupado un papel prominente en la literatura y ha sido descrito como la esencia de la enfermería (14, 15).

Estos dos conceptos han tenido un acelerado énfasis y han hecho que se generen preguntas que se relacionan directamente con el dominio central de la enfermería. ¿La salud y el cuidado representan el foco de la disciplina de enfermería? ¿El conocimiento obtenido de la investigación sobre el cuidado o la salud identifica especialmente el conocimiento de enfermería?

El cuidado ha estado ligado generalmente al concepto de salud. Leininger, por ejemplo, enlaza cuidado con salud, Watson combina cuidado y sanación en una conexión causal y refiere repetidamente "cuidando y sanando" (16). Orem, por su lado, postula que al satisfacer las necesidades de autocuidado se mantiene la vida y la salud.

Numerosos estudios (17, 18, 19, 20) muestran la trayectoria del concepto de cuidado. En ese sentido, existe acuerdo general en que el cuidado como esencia de la enfermería ha tenido una enorme influencia en la educación, en la investigación y la filosofía en enfermería. La literatura expone la importancia de profundizar en su significado y perspectivas que se derivan de la naturaleza del cuidado. Algunas de esas perspectivas son el cuidado como trato humano, como imperativo moral, como afecto, como relación interpersonal y como intervención terapéutica.

Como trato humano, el cuidado se entiende como un modo de ser humano, es decir, como parte de la naturaleza humana. Como imperativo moral, el cuidado es un valor fundamental o un ideal moral en enfermería y de esta manera se orienta a mantener la dignidad humana. Como afecto, el cuidado involucra las emociones que se derivan de un sentimiento de empatía con la persona a la que se cuida. Este afecto implica que la enfermera esté atenta para proteger al ser que cuida, dedicarse y motivarse para realizar las acciones de enfermería. Como relación interpersonal, el cuidado es una interacción en la cual la enfermera y el paciente definen y expresan el cuidado y,

finalmente, como relación terapéutica, las acciones de cuidado se orientan principalmente a satisfacer las necesidades del paciente, y es el mismo paciente el que determina y define el cuidado y sus componentes (21).

Además de estas perspectivas, han surgido otras que relacionan al cuidado con un proceso de “estar con” o un modo de “estar pensando y sintiendo”, lo cual motiva la actitud del cuidado. Esta perspectiva ha tomado fuerza para entender la ciencia del cuidado en vez de una ciencia para el cuidado. Esta diferencia hace que se combine el cuidado físico (sentido antiguo del cuidado) con el cuidado emocional (nuevo sentido emergente), de tal manera que el cuidado reciba reconocimiento como buena enfermería y que el cuidado de enfermería se diferencie de otras formas de cuidado.

Pensando en que se reconozca el cuidado de enfermería como diferente y apropiado a las necesidades de las personas, se ha discutido el concepto de arte de enfermería como sinónimo de cuidado. El análisis epistemológico, descrito por Johnson (22), sobre el arte de enfermería indica que esta acepción tiene fundamentalmente cinco aspectos que deben alcanzarse para que el cuidado de enfermería se considere arte. El primero de ellos implica que la enfermera sea capaz de captar significado inherente en los encuentros que tenga con los pacientes. El descubrimiento de significados y significantes se atribuye más a las percepciones que a procesos intelectuales. El segundo aspecto es la capacidad que la enfermera debe tener para establecer conexión o comunicación efectiva con los pacientes. El tercer aspecto se refiere a que la enfermera sea capaz de desempeñarse hábilmente en las tareas y actividades con el paciente. El cuarto y el quinto elementos se refieren a la capacidad de la enfermera de elegir entre diferentes alternativas y desarrollar moralmente su práctica. Si la enfermera no incorpora en su quehacer estos cinco aspectos, difícilmente podrá marcar la diferencia e imprimirle el toque artístico al cuidado.

Además de haber avanzado en el desarrollo conceptual mediante investigaciones teóricas utilizando

metodologías como el análisis de concepto, otro de los avances conceptuales que se han obtenido hasta ahora es el desarrollo de tres teorías del cuidado.

Las estudiosas de estas tres teorías del cuidado han optado por la elaboración de lo que se denomina modelo de cuidado, concepto que, en pocas palabras, significa la utilización de fundamentos científicos para la orientación de los cuidados de enfermería en una determinada dirección.

La primera es la teoría del déficit del autocuidado, de Dorotea Orem, la cual incluye además tres teorías interrelacionadas: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería. El modelo muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de autocuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficits de autocuidado o de asistencia dependiente (23). Las principales funciones de cuidado identificadas por Orem forman parte de lo que ella denomina “un sistema de ayuda” en el cual lo que prevalece es actuar, apoyar, guiar al otro física y psicológicamente proporcionándole las condiciones ambientales que soportan su desarrollo personal. No obstante, esta teoría refleja los valores inherentes de autocuidado de la sociedad occidental y puede que no sea apropiada para sociedades con culturas diferentes.

La segunda teoría es la del cuidado humano, desarrollada por Jean Watson (24). La autora expresa las relaciones y las transacciones que son necesarias entre el cuidador y la persona que es cuidada. La teoría enfatiza en las dimensiones de cuidado psicológicas, emocionales y espirituales. Algunos de los críticos de la teoría puntualizan en la exclusión de otras características que corresponden a tareas cotidianas en enfermería, como los procedimientos que implican experticia técnica, con lo cual se podría dejar de lado la realidad clínica que viven las enfermeras. Además, los críticos también relevan que la relación profunda que se requiere entre la enfermera y el paciente es muy difícil de alcanzar en muchas situaciones en las cuales el periodo de hospitalización es corto o el contacto entre enfermera y paciente es breve o



cuando los pacientes son incapaces de interactuar debido a su estado mental, como es el caso de una persona inconsciente.

La tercera teoría, ideada por Leininger (25), es la de la universalidad y diversidad del cuidado transcultural. Esta teoría ha madurado de una taxonomía estática de constructos de cuidado, a una teoría que predice las acciones de cuidado específicas para las creencias y las prácticas de cuidado de los diferentes grupos humanos. Así, la visión de Leininger sobre el cuidado como un acto, depende de un entendimiento intracultural de significados, símbolos y patrones que se expresan a través de la cultura del cuidado y las acciones de enfermería, y posibilita el hecho de compartir culturas dando una vía para la conexión humana.

Leininger propone tres modos de acción: mantenimiento, negociación y reestructuración del cuidado. Esta teoría, según sus críticos, describe de manera general los términos abstractos, lo que implica un amplio rango de actividades que no están delimitadas para enfermería. No obstante, el avance de esta teoría consiste, en buena parte, en alertar a las enfermeras sobre la necesidad de considerar los valores y prácticas culturales que influyen en los patrones y significados del cuidado.

El desarrollo conceptual en enfermería refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión y que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. Podría deducirse que, a lo largo del camino recorrido desde la época de Nightingale, el desarrollo conceptual ha transitado por varias visiones o maneras de percibir y entender el mundo conceptual de la enfermería.

Una de estas maneras se ajustó inicialmente a un modelo naturalista con un enfoque curativo. Esta manera de interpretar el mundo de la profesión y la disciplina nació con Nightingale, quien definió su meta para "situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar sobre él". Además de centrarse en el medio ambiente, esta visión fue lineal, orientada hacia la búsqueda de un factor causal y unida a la práctica médica que concebía que la enfermedad podía explicarse con sus componentes culturales, sociales, físicos y emocionales bajo situaciones meramente biológicas. Esta perspectiva, si bien no ha influenciado

el desarrollo conceptual en enfermería, sí lo ha hecho fuertemente en su práctica.

Otra visión que ha emergido a lo largo del desarrollo conceptual es la de un modelo de suplencia o ayuda. Esta visión se puede deducir a partir de Henderson, quien puntualizó que la única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que él podría llevar a cabo sin ayuda, si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, para que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila (26).

El siglo pasado también se vio robustecido con una visión más integral de la enfermería, en la cual hay un reconocimiento de la importancia del ser humano para la sociedad. Esta manera de ver el mundo se apoya en el concepto de relación del hombre con el hombre y del hombre con el ambiente ecológico.

Con los más recientes avances conceptuales en enfermería, se está desarrollando una visión con un modelo hacia la transformación. En este se da una apertura social sin precedentes. Se conceptúa que la persona es un todo indivisible que orienta sus cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su Universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste en el medio. La salud, en esta visión, es un valor y una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad del ser humano y su entorno. El entorno es ilimitado y es el conjunto del Universo. El cuidado se dirige a la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, enfermera-persona, se benefician para desarrollar el potencial propio (27).

Estos últimos postulados nos conducen, de manera sustancial, no solo a ver al ser humano como un ser holístico e integral sino además en interacción con su ambiente social y natural y con un nuevo lenguaje que entiende sistemas más complejos e integradores en una comunidad global.

Como vemos, el concepto de cuidado, a pesar de que desde hace cerca de dos décadas se estudia mediante

investigación y debates, aún permanece ambiguo (28). La falta de una clara explicación acerca de qué acciones de cuidado corresponden únicamente a enfermería, la ausencia de una guía para la práctica dentro de las escuelas de enfermería, las quejas de los nuevos graduandos al no saber cómo practicar su profesión, y muy pocos estudios que muestren el verdadero efecto de las intervenciones de enfermería, se configuran en pruebas irrefutables de que aún falta un gran trecho en el estudio y aplicación práctica de este concepto.

TENDENCIAS Y DESAFÍOS

A pesar de que el servicio básico de enfermería, esto es, el cuidado, no ha cambiado, pues sigue siendo lo esencial y la expresión más directa, los ambientes en que se desarrolla y se desarrollará en un futuro próximo se ligan, de un lado, a complejas tecnologías y, de otro, nuevamente hacia la atención primaria en salud. Estas tendencias, indudablemente, hacen y harán que el desarrollo conceptual en enfermería se oriente inevitablemente hacia ellas, con la dificultad que en cualquiera de los dos escenarios el tiempo y el contacto disponibles para efectuar una comunicación efectiva entre la enfermera y la persona cuidada cada vez son más escasos. Veamos por separado cada una de estas direcciones.

En el primero de los casos las enfermeras se enfrentan al desafío de crear un ambiente personal en el contexto de una tecnología de cuidado de salud altamente sofisticada pero impersonal. La expresión poética en el ruego de un paciente que dice “no ves, enfermera, que puedes conocerme...” refleja la imperiosa necesidad de crear y recrear vínculos entre estos dos protagonistas del cuidado, que permitan facilitar la escucha y responder a los llamados de los pacientes mediante un sinnúmero de acciones innovadoras y singulares que hagan posible reconocer el valor intrínseco del cuidado. El otro reto que enfrentan las enfermeras en ambientes altamente tecnológicos, y por tanto costosos, es el de lidiar con los procesos contables que reflejen los resultados del cuidado en términos económicos y productivos, puesto que las entidades de salud deben mostrar un comportamiento gerencial eficiente y competitivo. Cuando los registros del cuidado de la salud y las discusiones interdisciplinarias se enfocan solamente a los requerimientos y

beneficios de las implicaciones biomédicas y económicas del cuidado (días de tratamiento, tasas de readmisión y factores de tiempo), la enfermería no solo se subvalora sino que se hace invisible, tiene el peligro de volverse una rutina y la persona a la que se cuida puede volverse un objeto despersonalizado. Por ello un ambiente altamente tecnológico y costoso, cuyo modelo esté centrado en la producción de resultados, hará difícil para las enfermeras el comprometerse en relaciones de cuidado con sus pacientes.

De otro lado, actualmente existe una estrategia fuertemente orientada por los sistemas sociopolíticos con relación a apoyar la tendencia hacia el sistema de cuidado primario de la salud, lo cual incluye asistir, en su domicilio, a las personas que han sido dadas de alta para su recuperación aun con procesos agudos. La dificultad de esta estrategia consiste en que ahora el tiempo que se invierte es comparativamente menor que el de hace tres décadas cuando se impulsó la misma estrategia. El tiempo de dedicación durante la relación entre los usuarios y las enfermeras tiende a ser breve y por tanto, como dijimos, es muy difícil lograr una aproximación efectiva para el cuidado de la salud.

CONSIDERACIONES FINALES

La enfermería está madurando; comenzó el desarrollo de su cuerpo de conocimientos desde inicios del siglo pasado y su avance continúa.

Se ha establecido un sistema de información viable que nos da, además de algunas claridades, información relevante para construir teoría e investigación. El hecho de que el sistema conceptual se haya centrado en el ser humano como fenómeno de interés para la enfermería, nos muestra que estamos iniciando su reconocimiento. Esto nos impulsa a seguir descubriendo lo que es esencial para la enfermería y este descubrimiento, al parecer, continuará en el siglo XXI cuando ya empiezan a aparecer nuevas teorías.

Indudablemente, la rápida innovación tecnológica, la globalización marcada por el conocimiento y el capitalismo transnacional y la información sobre el cuidado de la salud presente en la red de comunicaciones, propenden a un desarrollo conceptual en enfermería más

acelerado y en el cual la profesión y la disciplina ajustarán y desarrollarán sus paradigmas.

No obstante la aceleración de este conocimiento, no podemos perder de vista los límites que podríamos enfrentar y que se relacionan con la complejidad del fenómeno mismo del conocimiento en enfermería, esto es, con su interdependencia y su multidimensionalidad. Tenemos una necesidad vital de situar, reflexionar, reinterrogar nuestro conocimiento, conocer las condiciones, posibilidades y límites de sus aptitudes en la búsqueda de la verdad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MORIN, E. El método: el conocimiento del conocimiento. 2ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra, 1994, p. 260.
- (2) SCHULTZ, P. R. y A. MELEIS. Nursing Epistemology: traditions, insights, questions. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4): 217-221, 1984.
- (3) FAWCETT, J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image*, 16 (3): 84-87, 1984.
- (4) NEWMAN, M. *The continuing revolution: a history of nursing science. A developing discipline*. New York: National League for Nursing Press, 1995, pp. 18-32.
- (5) MELEIS, A. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1997, p. 665.
- (6) COHEN M. y E. NAGEL. *Introducción a la lógica y al método científico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993, p. 268.
- (7) MARRINER-TOMEY, A. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994, p. 530.
- (8) NEWMAN, M. *Nursing's theoretical evolution. Perspectives on nursing theory*. 2ª ed. Leslie Nicoll. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992, pp. 77-83.
- (9) NEWMAN, M. A. *Developing Discipline*. New York: National League for Nursing Press, 1995.
- (10) MELEIS, A. I. Óp. cit., pp. 93-101.
- (11) NEWMAN, M. *Ibid.*
- (12) JONES, P. S. y A. I. MELEIS. Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15 (3): 1-14, 1993.
- (13) MELEIS, A. I. Being and becoming healthy: core of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 3 (3): 107-114, 1994.
- (14) LEININGER, M. *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.
- (15) WATSON, J. *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers, 1999.
- (16) COHEN, J. *Two portraits of caring: a comparison of the artists*. Leininger and Wason. *J. Adv. Nurs*, 16: 899-909, 1991.
- (17) BRILOWSKI, G. y M. C. WENDLER. An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6): 641-650, 2005.
- (18) ROBINSON, Z. et ál. Dimensions of Nurse Caring. *Nursing Research*, 26 (2): 107-113, 1994.
- (19) CHIPMAN, Y. Caring: its meaning and place in the practice of nursing. *Journal of Nursing Education*, 30 (4): 171-175, 1991.
- (20) MORSE, J. M. et ál. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 23: 119-129, 1991.
- (21) MORSE, J. et ál. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*, 13 (1): 1-14, 1990.
- (22) JOHNSON, J. A dialectical examination of nursing art. *Advances in Nursing Science*, 17(1): 1-14, 1994.
- (23) MARRINER-TOMEY, A. Óp. cit.
- (24) WATSON, J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: NLN, 1988.
- (25) LEININGER, M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2a ed. New York: MacGraw-Hill, 1995.
- (26) DE MEESTER, D. W. et ál. *Definición de la enfermería. Modelos y teorías en enfermería*. Ann Marriner-Tomey. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995, pp. 102-115.
- (27) TAZON, M., J. GARCÍA y L. ASEQUINOLAZA. *Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2000, pp. 48-50.
- (28) BRILOWSKI, G. y M. C. WENDLER. An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6): 641-650, 2005.