

Divergencias en el diagnóstico: medicina y enfermería. Un análisis kuhniano

Divergences in Diagnosis: Medicine and Nursing. A Kuhnian Analysis

Lucía Federico^{i, ii}  

ⁱ Departamento de Ciencias Sociales; Universidad Nacional de Tres de Febrero; Buenos Aires; Argentina

ⁱⁱ Centro de Estudio de Filosofía e Historia de la Ciencia; Universidad Nacional de Quilmes; Buenos Aires; Argentina

Correspondencia: Lucía Federico. Correo electrónico: luciafed@hotmail.com

Recibido: 12/03/2024

Revisado: 03/05/2024

Aceptado: 11/06/2024

Citar así: Federico, Lucía. (2024). Divergencias en el diagnóstico: medicina y enfermería. Un análisis kuhniano. *Revista Guillermo de Ockham*, 22(2), pp. 75-88. <https://doi.org/10.21500/22563202.6979>

Editor en jefe: Norman Darío Moreno Carmona, Ph. D., <https://orcid.org/0000-0002-8216-2569>

Editor invitado: Evandro Agazzi, Ph. D., <https://orcid.org/0000-0002-5131-7281>

Copyright: © 2024. Universidad de San Buenaventura Cali. La *Revista Guillermo de Ockham* proporciona acceso abierto a todo su contenido bajo los términos de la licencia *Creative Commons* Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Declaración de intereses: la autora ha declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Disponibilidad de los datos: todos los datos relevantes se encuentran en el artículo. Para más información, póngase en contacto con el autor de la correspondencia.

Financiación: Universidad Nacional de Tres de Febrero [80120230100038TF], Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica [PICT 2018 0345].

Descargo de responsabilidad: el contenido de este artículo es responsabilidad exclusiva de la autora y no representa una opinión oficial de sus instituciones ni de la *Revista Guillermo de Ockham*.

Resumen

La medicina se caracteriza por su poder de diagnóstico, un importante consenso entre los profesionales al diagnosticar y un sistema de clasificación estandarizado de enfermedades (*i. e.* la CIE de la OMS). Por su parte, la enfermería enfrenta una desconexión entre teoría y práctica (*theory-practice gap*, Risjord, 2010), a pesar de que en la actualidad se sustenta en el proceso de atención en enfermería (PAE), un sistema de diagnóstico estandarizado (la NANDA) y un corpus académico propio. Sin embargo, la falta de integración entre la investigación teórica y la práctica impacta el PAE, en particular en el diagnóstico, que se diferencia del médico por su taxonomía y lenguaje. En ese sentido, se analizan ambos diagnósticos desde una perspectiva kuhniana para identificar las diferencias que afectan el éxito de la enfermería en el sistema de salud. Se plantea como hipótesis que la brecha entre teoría y práctica contribuye a la falta de solidez en el diagnóstico enfermero, por lo que el objetivo es precisar cómo se manifiesta esta grieta. Por último, en virtud de las características de una investigación filosófica, la perspectiva metodológica del artículo se centra en el análisis conceptual y crítico del material bibliográfico seleccionado.

Palabras clave: diagnóstico, medicina, enfermería, proceso de atención en enfermería, sistema de clasificación, Thomas Kuhn, filosofía de la ciencia, filosofía de la medicina, filosofía de la enfermería.

Abstract

Medicine is characterized by its diagnostic power, a strong consensus among professionals when diagnosing, and a standardized classification system of diseases (*i. e.* the WHO ICD). On the other hand, nursing faces a disconnect between theory and practice (*theory-practice gap*, Risjord, 2010), even though it is currently supported by the nursing care process (NCP), a standardized diagnostic system (NANDA), and its own academic corpus. However, the lack of integration between theoretical research and practice impacts the NCP, particularly in the diagnosis, which differs from the medical one due to its taxonomy and language. In that sense, both diagnoses are analyzed from a Kuhnian perspective to identify the differences that affect the success of nursing in the health care system. It is hypothesized that the gap between theory and practice contributes to the lack of robustness in nursing diagnosis, so the objective is to specify how this gap manifests itself. Finally, by virtue of the characteristics of philosophical research, the methodological perspective of this article focuses on the conceptual and critical analysis of the selected bibliographical material.

Keywords: diagnosis, medicine, nursing, nursing process, classification system, Thomas Kuhn, philosophy of science, philosophy of medicine, philosophy of nursing.

Introducción. El diagnóstico en salud: presentación de un dilema

Como señala Saborido (2020), la medicina es una práctica social institucionalizada en la que se integran el conocimiento teórico y práctico. El nudo gordiano donde se encuentran teoría y práctica es el diagnóstico y, como señala el autor, esta actividad se distingue por antonomasia. Existe, además, un sistema de taxonomía del diagnóstico: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), aprobada y estandarizada por la OMS. En general, los miembros de la comunidad médica comparten sus diagnósticos y, aunque no está exenta de errores diagnósticos (ED) (Barajas-Ochoa y Ponce-Horta, 2018), la medicina tiene un gran prestigio social y un alto estatus epistémico. Sin embargo, no es la única profesión con capacidad diagnóstica. Al igual que la medicina, la enfermería contemporánea es un conglomerado compuesto por una práctica profesional y una disciplina científica del cuidado (Aggleton y Chalmers, 1986a; Alligood y Tomey, 2014; Fawcett, 2005; Risjord, 2010).

El cuidado y la salud han cambiado sustancialmente desde el siglo XX, lo que ha presionado el rol de los profesionales. A partir de finales de dicho siglo, la enfermería ha desarrollado una práctica profesional estandarizada, que se consolida en el proceso de atención en enfermería (PAE), y ha establecido un sistema de diagnóstico propio, la clasificación de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico Enfermero (NANDA, por su sigla en inglés: North American Nursing Diagnosis Association), aunque no ha sido aceptado por la OMS.

La bibliografía canónica del área (Alligood, 2014; Fawcett, 2005; Reed y Lawrence, 2008) sostiene que, en su práctica independiente, el profesional de enfermería emite un juicio clínico respaldado por el desarrollo teórico disciplinar. A pesar de ello, esta vinculación no es del todo clara. Como menciona Risjord (2010), “los profesionales [...] no usan las teorías de la enfermería para analizar las respuestas [clínicas] de sus pacientes [...]”; la enfermería teórica y la investigación no soportan la práctica profesional de la forma que se espera lo hagan” (p. 3). Esta desconexión, conocida en la literatura como “*theory-practice gap*”, fue reconocida desde los años sesenta (Conant, 1967) y aún es objeto de análisis. Lo anterior lleva a plantear los siguientes interrogantes: ¿cuáles son las diferencias entre las formas de diagnosticar en cada práctica? Y, si las hay, ¿se asocian con la denominada *theory-practice gap*?

Para esclarecer dónde y cómo se manifiesta la desconexión entre teoría y práctica en el diagnóstico enfermero, se realiza un análisis paralelo de ambos diagnósticos (médico y enfermero) desde una perspectiva kuhniana (Kuhn, 1962/1992, 2000). Este enfoque permite identificar, mediante la comparación, las diferencias que explican por qué la enfermería no alcanza el mismo nivel de éxito en el ámbito de la salud que la medicina. El estudio se centra en la relación entre el diagnóstico y el desarrollo teórico disciplinario.

Metodología

Para el presente estudio, se aplica la metodología habitual en investigaciones teóricas y epistemológicas. Este enfoque, característico de los trabajos filosóficos, requiere, en primer lugar, un examen exhaustivo de la bibliografía pertinente. En segundo, conlleva una discusión teórica de las principales hipótesis y desarrollos conceptuales ligados al tema. En todas las etapas, se emplean técnicas de interpretación (hermenéutica) y

análisis conceptual (elucidación). El marco analítico adoptado es sobre todo kuhniano (Kuhn, 1962/1992, 2000). Aunque existe bastante bibliografía en el ámbito científico y el filosófico, por limitaciones de espacio, se seleccionaron algunos escritos para su discusión. En ese orden de ideas, para cumplir con el objetivo propuesto, se procede de la siguiente manera:

Primero, se presenta el diagnóstico en medicina. Para ello, se aborda el sistema de clasificación del diagnóstico médico CIE (OMS, 2019), una herramienta utilizada por los profesionales en múltiples aspectos del diagnóstico, y se discute su fundamentación filosófica en “clases naturales”, según Saborido (2020) –se excluye del estudio el capítulo dedicado a las enfermedades mentales–.

Segundo, se desarrolla la tesis de Lorenzano (1977, 2007, 2023), basada en la matriz disciplinar (Kuhn, 1962/1992) y su vínculo con la noción de red teórica estructuralista (Balzer *et al.*, 1987). Este análisis destaca la articulación entre práctica profesional y corpus de conocimiento médico, generalmente sustentado por la investigación biomédica (Thagard, 2006). Por razones de espacio, se omiten las discusiones sobre el enfoque holista en medicina (Solomon *et al.*, 2017).

Tercero, siguiendo a Mayoral (2021), se exponen las observaciones kuhnianas referentes a cómo los profesionales emiten juicios clínicos y toman decisiones diagnósticas, tesis que es útil tanto para la medicina como para la enfermería. Cabe resaltar que este artículo no aborda el juicio estadístico o basado en la evidencia (Upshur y Chin-Yee, 2017).

Cuarto, se procede de manera similar con el diagnóstico enfermero, abordando el sistema de clasificación de la NANDA (Herdman *et al.*, 2021), el formato de diagnóstico estandarizado, desde la perspectiva de una de sus fundadoras (Gordon, 2000/2015). Quinto, se estudia cómo los profesionales de la enfermería diagnostican mediante el protocolo del PAE, profundizando en el análisis kuhniano iniciado por Federico (2017). Finalmente, se comparan ambos análisis y se extraen conclusiones útiles para las dos disciplinas y sus análisis metateóricos.

Resultados

El diagnóstico en medicina

Los profesionales médicos reconocen diversos estados enfermos (Saborido, 2020). El diagnóstico es el procedimiento con el que el profesional puede identificar una enfermedad, afección o lesión. Este consiste, en primer lugar, en recopilar datos: los síntomas, durante la entrevista (anamnesis) y los signos, en la exploración física, a partir de la semiótica médica. Por lo general, los síntomas y signos definen un síndrome, un conjunto de rasgos o anomalías que tienden a presentarse juntos. El diagnóstico, en última instancia, es una hipótesis acerca de la enfermedad que puede causar el síndrome; es decir, distingue una patología.

La CIE es un documento accesible en la web de la OMS, donde aparecen todas las condiciones tratables reconocidas por la medicina, las enfermedades diagnosticables y los síndromes asociados. La última revisión se efectuó en 2019 y entró en vigor en 2022, aunque el COVID-19 tiene una entrada especial. Los términos clínicos codificados en la CIE son la base para el registro de la salud y las estadísticas sobre las enfermedades en todos los niveles de atención. También, estandarizan la recolección de información y la investigación, lo que “garantiza la interoperabilidad semántica y la neutralidad de los datos registrados para los diferentes casos de uso” (OMS, 2019, p. 16).

En este sentido, Saborido (2020) señala que el sistema de codificación sirve para evitar posibles confusiones terminológicas, “es una especie de idioma universal que da cuenta de todas las condiciones médicamente tratables” (p. 196). Según la CIE, la codificación es “el proceso de asignación de un código que corresponda a un concepto clínico para un uso específico [...] para lograr coherencia y comparabilidad de los datos” (OMS, 2019, p. 16). Esta guía es un recurso valioso a la hora de determinar un diagnóstico y de asentar la historia clínica del paciente. Por ejemplo, el código J09-J18 corresponde a enfermedades infecciosas respiratorias, en particular, “influenza y neumonía”; donde el código J13 refiere a “neumonía por *Streptococcus pneumoniae*”. En ese sentido, la “CIE incluye una amplia variedad de signos, síntomas, resultados clínicos anormales, quejas y factores sociales que corresponden al contenido de los registros relacionados con la salud y los certificados de defunción” (OMS, 2019, p. 16).

La CIE “complementa estos datos permitiendo captar informaciones adicionales, como las de anatomía, sustancias, medicamentos, dispositivos médicos, agentes infecciosos y lugar de la lesión” (OMS, 2019, p. 26). Esta guía se actualiza periódicamente, desde la coordinación de la OMS, para reflejar los cambios en el conocimiento médico y las prácticas de atención sanitaria. A continuación, se presenta el análisis filosófico de Saborido sobre el sistema de clasificación CIE.

El diagnóstico a partir de clases naturales de enfermedades

La pregunta filosófica y ontológica sobre cómo los profesionales de la medicina clasifican enfermedades para generar un diagnóstico no es trivial. La respuesta de Saborido (2020) es que se basan en una taxonomía en “clases naturales”. Para catalogar los signos observados en los pacientes, a partir de la semiótica, los especialistas establecen un estándar de enfermedad: “una especie de ideal platónico, que constituye el modelo de enfermedad. Los casos particulares que se ajusten a este modelo de ‘caso típico’ serían instancias de esa enfermedad” (p. 202).

En términos generales, Saborido (2020) señala que existen tres criterios para clasificar las enfermedades: el clínico, el etiológico y el mecanístico. Una “clase natural desde el punto de vista clínico” (p. 202) es una agrupación de un tipo definido de patologías que presentan síntomas y signos comunes. Verbigracia, la neumonía se caracteriza por una inflamación del tejido pulmonar con llenado de líquido. En cuanto al criterio etiológico, este “clasifica o caracteriza a una enfermedad por el agente causal que la ha provocado” (p. 203). En el caso anterior, la bacteria *Streptococcus pneumoniae* es la causante, aunque también puede generarse, con el mismo cuadro clínico, por COVID-19. Por último, el criterio patogénico o mecanístico, uno de los más utilizados, se sustenta en una perspectiva mecanicista que “agrupa las enfermedades por el tipo de fallo biomédico que suponen. Cada enfermedad se corresponde con un mecanismo patológico concreto” (p. 204).

Actualmente se emplean los tres criterios, coexistiendo una pluralidad de enfoques: “sería erróneo plantear la discusión entre criterios en términos competitivos o como alternativas incompatibles. La mayoría de las clasificaciones médicas se basan en un pluralismo integrador en el que se consideran tanto aspectos clínicos como etiológicos y mecanísticos” (Saborido, 2020, pp. 209-210). Aunque los profesionales utilizan los tres, en la próxima sección se trata de mostrar que esta pluralidad puede ser mejor entendida si se aborda desde un enfoque de paradigmas y ejemplares kuhnianos.

El diagnóstico en el contexto de un paradigma

Las lecturas de Lorenzano (1977, 2007, 2023) dejan ver que aquello que Saborido describe como “pluralismo integrador pragmático” puede interpretarse como la prác-

tica de una comunidad médica alineada bajo un paradigma en el sentido kuhniano (Kuhn, 1962/1992). Se debe recordar que un paradigma o una matriz disciplinar es un conjunto de elementos compartidos que caracterizan una comunidad científica. Estos incluyen: las generalizaciones simbólicas (principios o leyes), los métodos de resolución de problemas, los modelos y analogías (las representaciones conceptuales que ayudan a los científicos a entender y explicar fenómenos complejos), los valores epistémicos y no epistémicos y los ejemplares, los casos exitosos resueltos por el paradigma que son ampliamente aceptados (Kuhn, 1962/1992).

En sus escritos, Lorenzano (1977, 2007, 2023) propone que el paradigma médico tiene la capacidad de conectar síntomas y signos de una enfermedad particular con las alteraciones anatomofisiopatológicas. Esta virtud le permite articular la manifestación semiológica de la enfermedad con las lesiones características de los distintos órganos y predecir su curso. Más aún, con el avance del conocimiento de la ciencia biomédica, los síntomas y signos se pueden explicar por medio de las alteraciones moleculares o genéticas. A su vez, el paradigma da cuenta de la evolución conjunta de las alteraciones orgánicas y de los síntomas y signos de la enfermedad, lo que en medicina se llama la evolución clínica o el pronóstico. Cada paciente sanado constituye un ejemplar paradigmático: un caso concreto y específico de enfermedad resuelto con éxito por el paradigma (Kuhn, 1962/1992; Lorenzano, 1977). Las enfermedades infecciosas, por otro lado, se explican desde una estructura paradigmática similar; la diferencia radica en que las lesiones anatomofisiopatológicas las causa un agente externo, particularmente biológico.

En ocasiones, Lorenzano llama al paradigma “teoría clínica”. Otras veces, “teoría general”, pues considera que incluso abarca las enfermedades infecciosas; esta última también la denomina “teoría clínico-infecciosa” (Lorenzano, 2023, p. 182). En este punto, es necesario aclarar que Lorenzano (2023) utiliza para su estudio una versión refinada del instrumental kuhniano, aportada por la concepción estructuralista de las teorías científicas (Balzer *et al.*, 1987).

La noción sincrónica de paradigma (o matriz disciplinar) de Kuhn (1962/1992) puede capturarse y precisarse a través del concepto estructuralista de red teórica (Balzer *et al.*, 1987). Una red teórica es un grupo de elementos teóricos relacionados entre sí por el vínculo de especialización o concreción. Al igual que un paradigma, una red teórica es más compleja que una teoría en su noción clásica; presenta generalizaciones simbólicas más abstractas y otras más restrictivas. Una red teórica se forma por un número variable de elementos teóricos, cuyas leyes fundamentales tienen distintos grados de generalidad. Lorenzano entiende una teoría general en este sentido, como una estructura que contiene al menos dos teorías: la teoría clínica y la teoría de las enfermedades infecciosas. Mientras que la generalización simbólica kuhniana (o la ley fundamental para el estructuralismo) es el enunciado que afirma cómo será la evolución conjunta y permite predecir el proceso de una enfermedad (con o sin tratamiento).

Lorenzano (2023) explica así la estructura del diagnóstico:

En el diagnóstico de K se siguieron tres etapas claramente diferenciadas:

- i. La presencia de signos y síntomas que hacen del paciente un caso de manifestación semiológica de enfermedad.
- ii. Las hipótesis sobre las alteraciones anatomofisiológicas, así como el agente causal.
- iii. La posterior corroboración de las hipótesis anteriores, y la evolución de la enfermedad –su pronóstico–. (pp. 183-184)

En el ejemplar paradigmático de la neumonía, Lorenzano (2023) señala que, en la zona del dolor torácico, donde hay matidez y el soplo tubárico, el aire en el pulmón es sustituido por un exudado de características particulares; ello determina lo que el profesional denomina condensación pulmonar, que causa la manifestación semiológica de la enfermedad. A esto se añade el agente causal: la presencia de microorganismos.

En el siglo XX, el avance científico permitió ampliar la descripción de las enfermedades, agregando las enfermedades nutricionales, las autoinmunes y las genéticas a las ya conocidas (Thagard, 2006). Desde un enfoque mecanicista, Thagard (2006) coincide con Lorenzano (2023) en que estos nuevos conocimientos sobre las enfermedades comparten una misma estructura de explicación. Esta estructura –llamada teoría general, paradigma o mecanismo– explica qué es la enfermedad y cuál es la causa, abarcando los aspectos clínicos, etiológicos y mecanísticos.

La tesis de este artículo apunta a que la estructura teórica de Lorenzano captura las apreciaciones señaladas por Saborido (2020) cuando afirma que los diferentes criterios (clínicos, etiológicos y mecanísticos) pueden coexistir, puesto que pertenecen a un mismo marco conceptual. Al mismo tiempo, ese ideal platónico –señalado por el autor español– se ajusta mejor a un ejemplar paradigmático tipo, que agrupa todos los rasgos característicos de la enfermedad. Estos son los que se describen en los libros médicos canónicos y con los que los jóvenes practicantes aprenden a distinguir una patología y luego a diagnosticarla.

Entonces, una vez elucidados los elementos que fundamentan la clasificación, cabe preguntarse: ¿cuál es el procedimiento o la metodología que emplean los profesionales médicos para realizar un diagnóstico frente a la singularidad de un paciente? Por tanto, es momento de indagar sobre los aspectos pragmáticos que acompañan la decisión de una hipótesis.

Decidir un diagnóstico desde una perspectiva kuhniana

El juicio clínico refiere a la capacidad del profesional de “tener en cuenta múltiples fuentes de información, como múltiples restricciones sobre una decisión, con el fin de formular un curso de acción pertinente para el problema en cuestión” (Upshur y Chin-Yee, 2017, p. 365). La conclusión del proceso de juicio clínico es el diagnóstico. Al respecto, Mayoral (2021) discute la metodología o los procesos que prevalecen en la toma de decisiones (*decision-making*) a la hora de diagnosticar:

El concepto central que la medicina requiere es el que permita explicar cómo una gran variedad de individuos converge a una práctica común similar (un concepto central que no necesita ser el “paradigma” kuhniano), un enfoque que parece ser aplicable, por defecto kuhniano, es el de “comunidad médica”. [...]. En ese caso, también estaríamos hablando de la toma de decisiones sobre una terapia particular para un paciente específico. (pp. 143-144)

A primera vista, según señala Mayoral (2021), “la elección teórica entre paradigmas podría tener en términos históricos un alcance mayor que optar por un diagnóstico e intervención en un caso médico particular” (p. 140). Sin embargo, el propio Kuhn (2000) sugiere que el análisis en torno a las discusiones sobre la elección entre paradigmas es similar a los procesos de toma de decisiones intraparadigmáticos: “esos ‘criterios’ (o valores) que gobiernan la ciencia en ‘períodos de estabilidad léxica’ son los que también se usan en ‘especiación y cambio léxico’” (p. 140). Esta perspectiva es útil en especial si se considera la reconstrucción kuhniana de la clínica médica realizada por Lorenzano (1977, 2007) y su versión estructuralista (2023).

El texto de Mayoral (2021) aborda una discusión central en filosofía de la medicina, la medicina basada en la evidencia (MBE), que utiliza una serie de algoritmos para pro-

poner la toma de decisiones clínicas de los profesionales del campo. Aunque este tema es interesante y compartido con la enfermería, este artículo prescinde de esa discusión y se hace énfasis en la propuesta de cómo, de acuerdo con [Mayoral \(2021\)](#), los profesionales médicos deciden con respecto a un diagnóstico.

En este orden de ideas, “Kuhn se opone a los defensores de una perspectiva abstracta [de los filósofos empiristas] sobre el contexto de la elección teórica o la toma de decisiones” ([Mayoral, 2021, p. 142](#)), pues rechaza que los individuos sigan reglas absolutas y sean, por tanto, intercambiables; ello implicaría “un papel disminuido (por decir lo menos) para el juicio de valor en la elección de una teoría” (p. 143). Esta concepción –denominada por [Kuhn \(1984/2017\)](#) “solipsismo metodológico” (p. 59)– destaca la importancia del juicio de valor en la elección de teorías, lo que es esencial en el contexto de la medicina y otras comunidades científicas, donde existe una heterogeneidad entre los integrantes en cómo sopesan los valores que forman parte del paradigma.

La noción de paradigma, conforme con [Mayoral \(2021\)](#), “reúne varios enfoques bajo la característica común de considerar una solución dada a un problema como el foco principal del trabajo de formación e investigación” (p. 143). Por ende, la toma de decisiones en estas comunidades se basa en “la ponderación que cada miembro realiza de las virtudes de las alternativas involucradas” (p. 140).

La racionalidad científica, cuya base es el juicio individual en el sentido de Kuhn, responde a un “modelo metodológico social altamente idealizado y no formal” (p. 142). Entonces, ¿cómo toman decisiones los individuos que pertenecen a una comunidad? Para responder a esta pregunta, el exégeta de Kuhn señala:

Desde un punto de vista kuhniano, la sentencia individual incluye una ponderación de algunas características que se encuentran en las teorías en competencia [...]. El individuo debe tener recursos para una visión completa del problema y las explicaciones hipotéticas involucradas antes de decidir entre las alternativas disponibles. En el caso de las decisiones médicas (como en el contexto más amplio de la elección de la teoría científica), parece por lo tanto que ningún aspecto disponible de una hipótesis causal debe ser suprimido (o su relevancia disminuida) de antemano. ([Mayoral, 2021, p. 144](#))

Si se vuelve a la reconstrucción de la teoría clínica propuesta por [Lorenzano \(1977, 2007, 2023\)](#), se encuentran generalizaciones simbólicas que evidencian cómo las lesiones anatomofisiopatológicas (que acompañan a signos y síntomas) las causan un agente externo (biológico o inorgánico) o una alteración en algún lugar de un mecanismo. Si dichas alteraciones causales son una parte de la formación disciplinar médica, esta información “debería incluirse también en la práctica de la toma de decisiones” ([Mayoral, 2021, p. 144](#)). Así mismo, es importante la elección de los ejemplares, pues –como recuerda el filósofo español, “sobre la base de criterios ponderados adecuados e individuales de la elección” (p. 143)– para [Kuhn \(1983, p. 209\)](#), como se citó en [Mayoral, 2021](#)), “si la ciencia puede ser descrita justificadamente como una empresa que resuelve rompecabezas, tales argumentos bastan para probar la racionalidad de las normas observadas” (p. 143).

En consecuencia, se acuerda con [Mayoral \(2021\)](#) que el juicio crítico de los individuos formados en una comunidad científica particular sopesa cómo se deben considerar las fuentes probatorias al optar por un diagnóstico. Además, como primera conclusión, esos juicios compartidos hacen exitosa la práctica médica, aunque puedan existir desacuerdos en algunos diagnósticos. Empero, como señala [Guerrero Pino \(2000\)](#), para Kuhn un modelo racional de elección de teoría –entendido como “criterio”, ‘norma’, ‘valor epistemológico’, ‘virtud epistemológica’ o ‘desiderata’” (p. 21)– no está constituido por “reglas que determinan de manera unívoca la decisión a tomar sino más bien algo que influye

en la decisión” (p. 21). Estos mismos juicios les permiten a los practicantes hacer un correcto uso de la CIE, pese a que, para el no practicante, su presentación parezca confusa.

Enseguida, se emprende el análisis conceptual de la enfermería desde un enfoque kuhniano para hacer consistente la comparación.

El diagnóstico en enfermería: una perspectiva distintiva

En el ámbito de la salud, es posible advertir tres dimensiones en el actuar del profesional en enfermería: una dependiente de la práctica médica; otra interdependiente, donde colaboran enfermeros y otros profesionales de la salud en la prescripción; y una independiente, donde el profesional en enfermería es responsable legalmente de toda acción; en la última cobra mayor importancia el diagnóstico propio. De acuerdo con Gordon (2000/2015), el diagnóstico enfermero se distingue del médico, porque está precedido por un juicio de enfermería, donde se entiende al paciente como un ser holístico, a diferencia del diagnóstico médico sistémico que se refiere a procesos “morbosos o respuestas fisiopatológicas específicas”. De este modo:

Si bien las enfermeras reconocen que ellas mismas hacen juicios clínicos paralelamente a aquellos que están asociados directamente con la enfermedad o patología, es decir, a los juicios médicos [...]; las enfermeras día a día desarrollan un lenguaje específico para comunicar estos juicios que determinan sus diagnósticos, sus intervenciones y resultados. (p. 173)

En cuanto al diagnóstico enfermero, en 1973 se registra una primera clasificación. En 1982 se crea la Asociación Norteamericana de Diagnóstico Enfermero (NANDA). En 1988 se propone a la OMS (en el momento de la CIE-10) una versión de la taxonomía, pero es rechazada al no poder incluirse como una caracterización de enfermedades médicas. Tras varias modificaciones, en el 2000 se plantea una clasificación de diagnósticos basada en “dominios” y “clases”, donde los dominios distinguen esferas de actividad o estudios. Por ejemplo, en relación con el diagnóstico de neumonía de la CIE, en el tercer dominio (“eliminación”), la cuarta clase es “función respiratoria”, donde el diagnóstico 00031 dice “limpieza ineficaz de las vías aéreas: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” (Herdman *et al.*, 2021).

En cuanto a cómo se proyectó la clasificación, Gordon (2000/2015) sostiene que los diagnósticos se ordenan conforme a los fenómenos causantes. Sin embargo, al delimitar sus aspectos teóricos,

No estuvo basada en ningún modelo conceptual, probablemente debido al pluralismo teórico (término que se difundió en la década de los años 70 para describir la coexistencia de muchas teorías sobre enfermería, tales como la del autocuidado, adaptación, patrones vitales y otras) existente en la mayoría de los países donde se practica una enfermería profesional. (p. 174)

A continuación, se expone cómo se ha establecido, disciplinariamente, el procedimiento para el diagnóstico en enfermería.

Exploración del diagnóstico enfermero desde la perspectiva kuhniana del PAE

La búsqueda de una mayor profesionalización llevó a la enfermería a desarrollar un instrumento para la atención y la prevención del cuidado con bases científicas (Alli-good, 2014; Hernández Conesa *et al.*, 2003). Desde sus inicios, esta disciplina mostró una tendencia notable a organizar el cuidado en función de las intuiciones de los profesionales involucrados, promoviendo lo que se conoce como enfermería intuitiva (Aggleton y Chalmers, 1986b). Frente a ello, se legitima el PAE o proceso enfermero (PE)



como sistema de práctica profesional, el cual incorporan los planes de estudio superior desde los años ochenta. El PAE es un instrumento que permite al usuario crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, cuyo eje central es el diagnóstico en enfermería, el cual se distingue del médico por su taxonomía y lenguaje (Seaback, 2006).

En las primeras iniciativas, como las de Hall en 1955, Jonson en 1959 y Orlando en 1960, se planteó un instrumento de tres etapas (valoración, planeación y ejecución). Posteriormente, en 1967, Yura y Walsh introdujeron una cuarta: realización. A partir del aporte de Roy en 1975, que añadió el diagnóstico, se establecieron las cinco etapas actuales. Esta última, la más discutida en la literatura, cobra mayor relevancia para el presente análisis, en cuanto se espera que el profesional de enfermería utilice ahí el conocimiento desarrollado en su campo (en principio, aquel clasificado en la NANDA).

Partiendo de un enfoque kuhniano (Federico, 2017), el protocolo PAE de cinco pasos puede usarse (o su uso tiene sentido) una vez se ha articulado con un paradigma o una matriz disciplinar (sea el biomédico o de la enfermería), con sus generalizaciones simbólicas abstractas (esquemas) y algunas instanciadas (más concretas y cuyas aplicaciones han resultado exitosas) (Kuhn, 1962/1992). El PAE utiliza casos concretos solucionados; los ejemplares paradigmáticos en terminología kuhniana. Una vez que el profesional en enfermería recoge los datos del paciente y los analiza, emite un diagnóstico, que no es más que la pretensión de aplicar, a la información recogida en la valoración, las generalizaciones simbólicas más abstractas y algunas instanciadas que den cuenta de su estado o comportamiento (Federico, 2017). En las etapas posteriores del PAE (planificación y ejecución), se pone en práctica el tratamiento y se evalúa si la hipótesis fue acertada (corroborada) en la etapa de evaluación.

Como ocurre en un período de ciencia normal, el paradigma acumula ejemplares: los enigmas resueltos. La función de la NANDA es clasificar los casos exitosos—aquellos que los profesionales y las teóricas de la enfermería resolvieron con satisfacción—bajo sus etiquetas para usarse más adelante como referencia, de modo que orienten la resolución de nuevos enigmas, como señala Kuhn (1962/1992) en *La estructura de las revoluciones científicas y su posdata*.

Este modo de operacionalizar el diagnóstico coincide con lo señalado por Mayoral (2021) en cuanto a cómo los profesionales de la salud diagnostican. Cada nuevo caso se explica (se subsume) desde alguna generalización simbólica instanciada a partir de compararlo con los ejemplares existentes. Habitualmente, los usuarios de la matriz operan según una metodología o heurística que los lleva a resolver lo que Kuhn llamó rompecabezas (a veces traducidos como enigmas): problemas con solución, siempre de acuerdo con la lógica consignada por el paradigma o la matriz disciplinar. Este trabajo suele consistir en detectar analogías entre el caso nuevo y los conocidos (Kuhn, 1962/1992).

Hasta aquí se ha desarrollado, desde una reconstrucción kuhniana particular, cómo debería funcionar el PAE y la NANDA en el proceso de diagnóstico. Ahora, es pertinente revisar si esto ocurre en el campo disciplinar.

En su artículo de investigación en enfermería, España López (2016) señala, respecto al PAE (al que llama modelo profesional) y las etiquetas diagnósticas de la NANDA (que nombra modelos de lenguaje), lo siguiente:

La fase de diagnóstico es el eje fundamental del modelo de profesión. [...]. En el modelo profesional [PAE] se han descrito los modelos de lenguaje [etiquetas diagnósticas] que permiten operativizar la práctica enfermera ya que se facilita el uso de un lenguaje común en el desempeño de la práctica y, con ello, se logra universalizar el cuidado. (p. 4)

Su afirmación, hasta el momento, no difiere de lo aquí dicho. Sin embargo, en enfermería la vinculación teórica con los NANDA no es usual ni explícita. Para integrar los modelos teóricos con el diagnóstico hace falta un paso adicional; España López (2016) señala:

Actualmente, se utiliza la clasificación NANDA como la taxonomía diagnóstica oficial en el desarrollo del proceso enfermero [...]. Así pues, desde los modelos de lenguaje se facilita la universalización del cuidado y se permite unificar, a partir de un método, la práctica enfermera. Por medio de la *correlación entre un modelo conceptual* [énfasis añadido] [un paradigma de la enfermería] y *un modelo de lenguaje* [énfasis añadido] [etiqueta NANDA] se consigue identificar aquellos aspectos que se consideran necesarios para la persona, para mantener o mejorar la salud, integrando así el entorno teórico en el entorno de la práctica clínica. (p. 8)

En ese sentido, la autora aborda un ejemplo correlacionando la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA) de Orem (2003) y los NANDA. Para comprender con mayor detalle su propuesta, es preciso explicar de manera sucinta el modelo de Orem (2003). La TEDA plantea que las personas tienen la capacidad de autocuidarse; es decir, satisfacer sus necesidades permanentes para mantener su vida, salud y bienestar. Esta competencia se teoriza conceptualmente como agencia de autocuidado. La capacidad de autocuidado de un individuo puede registrarse mediante el conjunto de acciones reguladoras concretas que este realiza, conocidas como acciones de autocuidado.

El estado de bienestar de los sujetos depende de un grupo de condicionantes de la salud denominados requisitos y factores. En el primer conjunto se encuentran los “requisitos universales de autocuidado”, comunes a todos los seres humanos en todas las etapas de la vida; los “requisitos de desarrollo”, que dependen de un estado de desarrollo particular; y aquellos denominados “de desviación de la salud”, cuando existe una patología crónica. En el segundo se encuentran los factores, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales; verbigracia, edad, género, raza/etnicidad, nivel de educación (formal), etc.

A partir de estos conceptos, la teoría es capaz de evaluar el estado de bienestar de una persona para determinar –de acuerdo con los requisitos, los factores y las acciones de autocuidado– si se encuentra o no en un “déficit de autocuidado”; en otras palabras, en incapacidad de satisfacer las necesidades de autorregulación del cuidado. La teoría puede, además, definir el grado de asistencia que requiere una persona, así como el tipo de asistencia que le brindará el profesional de la salud.¹

Con base en el modelo de Orem, España López (2016) propone lo siguiente:

Entre los dos modelos [el conceptual y el de lenguaje] se han llevado a cabo una serie de fases que han permitido establecer la correlación directa de los requisitos de autocuidado con las etiquetas diagnósticas *identificando la relación semántica existente* [énfasis añadido] ante un determinado requisito [...]. Esto es lo que da lugar a que, de alguna manera, desde la identificación de los requisitos de autocuidado del paciente, se pueden identificar las necesidades de salud definidas por los diagnósticos NANDA. (pp. 5-6)

La autora resalta que los elementos conceptualizados por la teoría o el modelo de Orem como observacionales, los llamados requisitos, se pueden correlacionar con algunos elementos de los diagnósticos de la NANDA, interpretándose luego bajo la generalización simbólica esquema del paradigma, en este caso, el modelo de Orem. A saber, las acciones de cuidado que un sujeto necesita dependen del déficit de cuidado que experimenta, de tal manera que estas acciones le permitan mantener el estado ideal de salud o bienestar o, si es preciso, volver a él (Federico y Giri, 2023, p. 172). En tal sentido, el modelo es un paraguas que guía la interpretación de los datos y permite después realizar un diagnós-

1. Se puede ver una reconstrucción del modelo de Orem en Federico y Giri (2023).

tico que corresponda, con cierto ajuste, a una etiqueta NANDA. A su vez, una etiqueta NANDA puede vincularse con más de una teoría o modelo.

Discusión

El éxito de la medicina, según Saborido (2020), radica en que “los médicos son capaces de compartir una comprensión común de las particularidades de las enfermedades concretas” (p. 191). El análisis desarrollado en el presente artículo demuestra que la enfermería no comparte esta característica de la medicina, lo que le acarrea inconvenientes al diagnosticar.

Se ha visto que los profesionales en medicina cuentan con un sistema de clasificación de los diagnósticos, la CIE, que además les permite estandarizar su uso y evitar confusiones. Pese a que, para el filósofo español, los criterios que sigue la CIE son en gran parte arbitrarios –se comparan con la clasificación borgeana del ensayo “El idioma analítico de John Wilkins” (Saborido, 2020, p. 199)–, el sistema de caracterización variopinto de la CIE mantiene algo fundamental en su estructura: el núcleo o corpus teórico de la medicina.

Por consiguiente, se apela a los trabajos reconstructivos de la teoría clínica de Lorenzano en formato kuhniano (1977, 2007) y estructuralista (2023) para demostrar que la CIE hace un uso explícito de los elementos paradigmáticos y su ley fundamental o generalización simbólica, lo que permite relacionar síntomas y signos con lesiones anatomofisiológicas:

Una clasificación tiene clases residuales (“otras especificadas” y “no especificadas”) que garantizan que todos los casos siempre puedan clasificarse. En una terminología, de manera similar a lo que ocurre en una clasificación moderna, una enfermedad puede definirse, por ejemplo, *estableciendo vínculos entre sus elementos, como la anatomía o los signos clínicos* [énfasis añadido]. (OMS, 2019, p. 24)

De la mano de Mayoral (2021) se observa cómo los profesionales toman decisiones intraparadigmáticas para emitir un juicio clínico. En períodos de ciencia normal esos juicios son compartidos, lo que hace exitosa la práctica médica, aunque puedan existir desacuerdos en algunos casos. Esto mismo les permite a los practicantes hacer un correcto uso de la CIE, pese a que, para el ojo del no practicante, su presentación parezca confusa.

Ahora bien, para la enfermería la situación es diferente. La enfermería se entiende a sí misma como una ciencia social por la forma holista de comprender el cuidado, además, comparte su carácter multiparadigmático y sus amplios métodos de investigación (Alligood, 2014; Fawcett, 2005; Federico, 2020; Risjord, 2010). Ejemplo de ello es la coexistencia de distintos modelos paradigmáticos –como el de Orem, el de Roy, el de Rogers, el de Newman, etc.–, de sus diferentes teorías generales y sus teorías de rango medio (Alligood, 2014; Fawcett, 2005).

Mientras que la CIE se fundamenta en un corpus teórico homogéneo, el diagnóstico enfermero, aunque lo respalda la NANDA, aún se encuentra desarticulado de la teoría. Mason y Attree (1997) indican que las primeras etiquetas diagnósticas se generaron en 1973, en la primera Conferencia Nacional para Diagnósticos de Enfermería en la Universidad de Saint Louis, por consenso de sus participantes y sin un marco teórico definido. Esto implica que, si bien los usuarios del PAE escogen un diagnóstico NANDA, esos usuarios, en principio, no están adoptando un enfoque teórico.

Como se dijo, al ser la enfermería un campo con múltiples paradigmas o multiparadigmático, en el sentido de Masterman (1970/1975, p. 180; Federico, 2020), se complejiza adoptar un marco teórico. Aunque la NANDA y las creadoras de algunos modelos de

enfermería han intentado vincular los diagnósticos de la primera con los paradigmas de las segundas (Flaherty, 2014), este proceso apenas está en sus comienzos. Neuman (2011), la creadora del modelo de sistemas en enfermería, así lo advierte:

Aunque se han realizado progresos considerables en los últimos años, la profesión sigue sin disponer de criterios definitivos para establecer un diagnóstico enfermero dentro del proceso enfermero [PAE]. Se considera que se encuentra en un estado evolutivo con respecto a las directrices actuales de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico Enfermero. Existe una gran preocupación por el hecho de que estos criterios solo se relacionan en parte con diversos marcos conceptuales de la enfermería. (p. 30)

Esto explica por qué les resulta tan complejo encuadrar su práctica bajo algún modelo teórico de la disciplina o por qué la bibliografía reconoce la denominada *theory-practice gap*. Si bien existen diversas explicaciones al respecto, la más consensuada indica que el corpus de conocimiento enfermero es demasiado abstracto y de difícil aplicación en la práctica. Durán de Villalobos (2007) recoge las apreciaciones más resonantes de los profesionales en el ámbito de la salud:

“Los modelos conceptuales y las teorías no se pueden aplicar en la práctica, porque son muy confusos”, “utilizan lenguaje sofisticado que no es comprensible”, “son muy abstractos y no es posible operacionalizarlos con facilidad” y en nuestro medio, porque se asegura que “con tantos pacientes es imposible aplicar un modelo o teoría”. (p. 169)

Las propias características de la disciplina generan que, en la práctica diaria, los profesionales que se enfrentan a la necesidad de integrar los cuidados dentro de un marco teórico desarrollen habilidades adicionales a las empleadas en el PAE, la NANDA y los modelos de enfermería. Tales capacidades no son requeridas por otros profesionales del área de la salud.

Conclusión

Mediante un análisis comparativo entre ambos diagnósticos (si se aceptan las conclusiones preliminares), se han trazado las diferencias sustanciales entre medicina y enfermería. Incluso, en períodos de ciencia normal, la toma de decisiones sobre el diagnóstico por parte de los profesionales de enfermería –en caso de utilizar un marco teórico explícito– se vuelve compleja, dado que implica, primero, seleccionar una matriz disciplinar y, luego, dentro de esta, un ejemplar paradigmático que sea lo suficientemente similar al del caso a diagnosticar. Esto contribuye a entender por qué el diagnóstico en enfermería, en la mayoría de los casos, se desvincula de la teoría (usando la NANDA solo de manera instrumental), por qué los profesionales no incorporan las investigaciones recientes en su práctica y por qué la enfermería no alcanza el estatus epistémico de la medicina.

Con base en este análisis, para concluir, se respalda la hipótesis recurrente en la bibliografía del área sobre la existencia de una brecha entre teoría y práctica, aún más compleja de lo que se suele discutir, pues el sistema de clasificación diagnóstica NANDA se desarticula de la teoría y obliga a redoblar los esfuerzos para encontrar soluciones que fortalezcan una práctica profesional científica.

Referencias

- Aggleton, P., y Chalmers, H. (1986a). *Nursing models and the nursing process*. Macmillan.
- Aggleton, P., y Chalmers, H. (1986b). Nursing research, nursing theory and the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, 11(2), 197-202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01237.x>



- Alligood, M. R. (2014). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En M. R. Alligood y A. M. Tomey (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 2-13). Elsevier.
- Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (Eds.). (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Balzer, W., Moulines, C. U., y Sneed, J. D. (1987). *An architectonic for science: The structuralist program*. Reidel.
- Barajas-Ochoa, A., y Ponce-Horta, A. M. (2018). Reconocer los errores diagnósticos, un paso necesario para abordarlos. *Salud Pública México*, 60(1), 109-110. <https://doi.org/10.21149/8418>
- Conant, L. H. (1967). Closing the practice-theory gap. *Nursing Outlook*, 15(11), 37-39.
- Durán de Villalobos, M. M. (2007). Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichuan*, 7(2), 161-173. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110>
- España López, A. M. (2016). Correlación entre el modelo conceptual y el modelo profesional del cuidado. *Revista de Enfermería ENE*, 10(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. F. A. Davis.
- Federico, L. (2017). Una mirada filosófica del proceso de atención en enfermería: aportes a la enseñanza en enfermería. *Revista Territorios del Cuidado*, 2(1), 63-76. <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3498>
- Federico, L. (2020). Modelos y teorías en la ciencia del cuidado: aclaraciones epistemológicas. *Cultura de los Cuidados*, 24(56), 300-314. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.21>
- Federico, L., y Giri, L. A. (2023). Organizing nursing knowledge from metatheoretical structuralisms viewpoint. En C. Abreu (Ed.), *Philosophy of science in the 21st century: Contributions of metatheoretical structuralism* (pp. 155-179). NEL; UFSC.
- Flaherty, K. M. (2014). Neuman systems model in nursing practice. En M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization and application* (pp. 200-221). Elsevier.
- Gordon, M. (2000/2015). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 19(42), 172-178. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.16>
- Guerrero Pino, G. (2000). Elección de teoría, juicios de valor y racionalidad en Kuhn. *Éndoxa: Series Filosóficas*, 1(13), 15-32. <https://doi.org/10.5944/endoxa.13.2000.4982>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., y Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* (12.ª ed.). Elsevier.
- Hernández Conesa, J., Moral de Calatrava, P., y Esteban Albert, M. (2003). *Fundamentos de la enfermería: teoría y método*. McGraw-Hill.
- Kuhn, T. S. (1962/1992). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE.
- Kuhn, T. S. (1984/2017). *Desarrollo científico y cambio de léxico*. FIC-Udelar; ANII; SADAIF.
- Kuhn, T. S. (2000). *The road since structure* (J. Conant y J. Haugeland, Eds.). University of Chicago Press.
- Lorenzano, C. J. (1977). Análisis metodológico de una ciencia empírica: la medicina. *Diánoia*, 23(23), 124-136. <https://doi.org/10.22201/iifs.18704913e.1977.23.931>
- Lorenzano, C. J. (2007, julio). *El devenir de la medicina: una mirada epistemológica* [Ponencia]. Congreso Internacional Extraordinario de Filosofía, San Juan, Argentina.
- Lorenzano, C. J. (2023). The structure of the medical clinic. En C. Abreu (Ed.), *Philosophy of science in the 21st century: Contributions of metatheoretical structuralism* (pp. 181-188). Universidad Federal de Santa Catalina.

- Mason, G. M. C., y Attree, M. (1997). The relationship between research and the nursing processing clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 1045-1049. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00472.x>
- Masterman, M. (1970/1975). La ciencia normal y sus peligros. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento* (pp. 159-202). Grijalbo.
- Mayoral, J. V. (2021). Decision-making in medicine. *Teorema: Revista Internacional de Filosofía*, 40(1), 133-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7817969>
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. En B. Neuman y J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5.ª ed., pp. 3-33). Pearson.
- Orem, D. (2003). Self-care and health promotion: Understanding self-care. En K. Rempenning y S. Taylor (Eds.), *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem* (pp. 212-222). Springer.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión. Guía de referencia*. [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
- Reed, P. G., y Lawrence, L. A. (2008). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 422-432. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00862.x>
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge: Science, practice and philosophy*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444315516.ch6>
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Tecnos.
- Seaback, W. (2006). *Nursing process: Concepts and application* (2.ª ed.). Thomson Delmar Learning.
- Solomon, M., Simon, R. J., y Kincaid, H. (Eds.). (2017). *The Routledge Companion to philosophy of medicine*. Routledge.
- Thagard, P. (2006). What is a medical theory? En R. Payton y L. McNamara (Eds.), *Multidisciplinary approaches to theory in medicine* (pp. 47-62). Elsevier.
- Upshur, R., y Chin-Yee, B. (2017). Clinical judgment. En M. Solomon, R. J. Simon y H. Kincaid (Eds.), *The Routledge Companion to philosophy of medicine* (pp. 363-371). Routledge.