Martha Raile Alligood • Ann Marriner Tomey

Modelos y teorías

en enfermería

Séptima edición

ELSEVIER
MOSBY

Material protegido por derechos de autor

Modelos y teorías

en enfermería

C0190.indd 1 11/9/10 7:28:07 PM

C0190.indd 2 11/9/10 7:28:09 PM

Modelos y teorías

en enfermería

Séptima edición

Martha Raile Alligood, PhD, RN, ANEF
Professor and Director, PhD program,
College of Nursing,
East Carolina University,
Greenville, North Carolina

Ann Marriner Tomey, PhD, RN, FAAN
Professor Emeritus,
College of Nursing, Health and Human Services,
Indiana State University,
Terre Haute, Indiana

ELSEVIER

Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

C0190.indd 3 11/9/10 7:28:09 PM

Edición en español de la séptima edición de la obra original en inglés
Nursing Theorists and Their Work
Copyright © MMX by Mosby, an affiliate of Elsevier Inc.

Revisión científica
Míriam Rodríguez Monforte
Profesora Asociada de Enfermería Básica Aplicada, de Enfermería Comunitaria y de Seminario Profesionalizador, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

© 2011 Elsevier España, S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21
08021 Barcelona (España)

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)
Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores…).

El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido. Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original: 978-0-323-05641-0
ISBN edición española: 978-84-8086-716-0

Depósito Legal: 47.359-2010
Coordinación y producción editorial: EdiDe, S.L.
Impreso en España por Fareso

Advertencia
La enfermería es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el trata- miento más indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El editor

Colaboradores

Herdis Alvsvåg, RN, Cand Polit
AssociateP rofessor
Department of Education and Health Promotion
University of Bergen
Bergen, Norway;
Associate Professor II
Bergen Deaconess University College
Bergen,N orway

Donald E. Bailey, Jr., PhD, RN
AssociateP rofessor
School of Nursing
Duke University
Durham,N orth Carolina

Barbara Banfield, RN, PhD
Farmington Hills, Michigan

Violeta A. Berbiglia, EdD, MSN, RN
AssociateP rofessor, Retired
The University of Texas Health Science Center at San Antonio School of Nursing
San Antonio, Texas;
Educational Consultant
Helotes, Texas;
Faculty
Friendship Bridge to Vietnam
Evergreen, Colorado;
Co-Editor
Self-Care, Dependent-Care, and Nursing
St.L ouis, Missouri

Sue Marquis Bishop, PhD, RN, FAAN
Professor and Dean Emerita
College of Health and Human Services
University of North Carolina, Charlotte
Charlotte, North Carolina

Debra A. Bournes, RN, PhD
Directoro fN ursing
New Knowledge and Innovation
University Health Network
Toronto,C anada

Vigdis Elisabeth Brekke, Cand Polit
AssociateP rofessor
Haraldsplass Deaconess University College
Ulriksdal,B ergen, Norway

Nancy Brookes, PhD, RN, MSc (A), CPMHN (C)
Nurse Scholar
Royal Ottawa Health Care Group
Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa, Ontario, Canada

Janet Witucki Brown, PhD, RN, CNE
Associate Professor
College of Nursing
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Karen A. Brykczynski, RN, FNP, DNSc, FAANP
Professor
School of Nursing at Galveston
The University of Texas Medical Branch
Galveston, Texas

Sherrilyn Coffman, DNS, RN
Professor
School of Nursing
Nevada State College
Henderson, Nevada

Doris D. Coward, PhD, RN
Associate Professor, Retired
School of Nursing
The University of Texas at Austin
Austin, Texas

Thérèse Dowd, PhD, RN, CHTP
Associate Professor
College of Nursing
The University of Akron
Akron, Ohio

Nellie S. Droes, DNSc, RN
Associate Professor
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Margaret E. Erickson, PhD, RN, CNS, AHN-BC
Executive Director
American Holistic Nurses' Certification Corporation
Cedar Park, Texas

C0200.indd v 11/9/10 6:44:51 PM

Bjørn Inge Follevaag, RN
Translator
Bergen,N orway

Barbara T. Freese, RN, EdD, FRCNA
ProfessorE meritus
School of Nursing
Lander University
Greenwood,S outh Carolina

Mary E. Gunther, RN, MSN, PhD
Assistant Professor
College of Nursing
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Sonya R. Hardin, PhD, RN, CCRN, APRN
AssociateP rofessor
Department of Adult Health Nursing
School of Nursing
College of Health and Human Services
University of North Carolina, Charlotte
Charlotte, North Carolina

Patricia A. Higgins, PhD, RN
Assistant Professor
Francis Payne Bolton School of Nursing
Case Western Reserve University
Cleveland, Ohio

Bonnie Holaday, DNS, RN, FAAN
Professor and Director, Graduate Studies
School of Nursing and Institute on Family and Neighborhood Life
Clemson University
Clemson,S outh Carolina

Eun-Ok Im, PhD, MPH, RN, CNS, FAAN
Professor and La Quinta Motor Inns Inc. Centennial Professor
School of Nursing
The University of Texas at Austin
Austin, Texas

D. Elizabeth Jesse, PhD, RN, CNM
AssociateP rofessor
College of Nursing
East Carolina University
Greenville,N orth Carolina

Lisa Kitko, RN, PhD(c), CCRN
Doctoral Candidate
School of Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, PA

Theresa G. Lawson, MS, APRN, BC, FNP
Instructor
Department of Nursing
Lander University
Greenwood, South Carolina

Lisbet Lindholm, RN, PhD
Associate Professor
Department of Caring Science
Faculty of Social and Caring Sciences
Åbo Academy University
Vaasa, Finland

Unni Å. Lindström, PhD, RN
Professor
Department of Caring Science
Faculty of Social and Caring Sciences
Åbo Academy University
Vaasa, Finland

Chin-Fang Liu, PhD, RN
Assistant Professor
Nursing Department
Chang Gung Institute of Technology
Taiwan;
Assistant Professor
College of Nursing
Kaohsiung Medical University
Taiwan;
Professional Registered Nurse
Department of Nursing
Kaohsiung Medical University
Taiwan

M. Katherine Maeve, PhD, RN
Nurse Researcher
Charlie Norwood VAMC
Augusta, Georgia

Marilyn R. McFarland, PhD, RN, FNP, BC, CTN
Associate Professor of Nursing and Family Nurse Practitioner
Urban Health and Wellness Center
University of Michigan
Flint,M ichigan

Molly Meighan, RNC, PhD
Professor Emerita
Division of Nursing
Carson-Newman College
JeffersonC ity, Tennessee

Patricia R. Messmer, PhD, RN-BC, FAAN
Director
Patient Care Services Research
Children's Mercy Hospital and Clinics
KansasC ity,M issouri

Gail J. Mitchell, RN, BScN, MScN, PhD
AssociateP rofessor
York University
Toronto, Ontario, Canada

Janice Penrod, PhD, RN
Associate Professor of Nursing
School of Nursing and of Humanities
College of Medicine;
Associate Director
Penn State Hartford Center for Geriatric Nursing Excellence
Coordinator
Doctoral Programs in Nursing
The Pennsylvania State University
UniversityP ark, Pennsylvania

Susan A. Pfettscher, DNSc, RN
Retired
Bakersfield,C alifornia

Kenneth D. Phillips, PhD, RN
Professor and Associate Dean for Research and Evaluation
College of Nursing
The University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Marie E. Pokorny, PhD, RN
Professor and Acting Associate Dean of Graduate Programs
Department of Graduate Nursing Science
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Marguerite J. Purnell, PhD, RN, AHN-BC
Assistant Professor
Christine E. Lynn College of Nursing
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Teresa J. Sakraida, PhD, RN
Assistant Professor
College of Nursing
University of Colorado, Denver
Aurora, Colorado

Karen Moore Schaefer, PhD, RN
Associate Chair and Associate Professor
Department of Nursing
College of Health Professions
Temple University
Philadelphia, Pennsylvania

Kirsten Costain Schou, PhD
Freelancer
Heggedal, Norway

Ann M. Schreier, PhD, RN
Associate Professor
School of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Carrie J. Scotto, PhD, RN
Assistant Professor
College of Nursing
University of Akron
Akron, Ohio

Christina L. Sieloff, PhD, RN, NE, BC
Associate Professor
College of Nursing
Montana State University
Billings, Montana

Janet L. Stewart, PhD, RN
Assistant Professor
Department of Health Promotion and Development
School of Nursing
University of Pittsburgh
Pittsburgh,P ennsylvania

Danuta M. Wojnar, PhD, RN, MEd, IBCLC
Assistant Professor
College of Nursing
Seattle University
Seattle, Washington

Joan E. Zetterlund, PhD, RN
Professor Emerita of Nursing
School of Nursing
North Park University
Chicago, Illinois

Revisoras

Mary Curtis, PhD, APRN-BC
Director
Nursing Program
Maryville University
St.L ouis, Missouri

Debra Miles, EdD, MSN, RN
Associate Professor
School of Nursing
Gardner-Webb University
Boiling Springs, North Carolina

C0205.indd ix 11/8/10 10:07:57 AM

C0205.indd x 11/8/10 10:07:57 AM

Prefacio

Este libro es un homenaje a las teóricas de la enfermería. Presenta a las principales pensadoras en enfermería, revisa algunas de sus ideas más relevantes, ofrece una lista de sus publicaciones y enumera las publicaciones que se han basado en sus trabajos y han escrito acerca de ellas y de las principales fuentes que utilizaron.

El capítulo 1 presenta una breve historia de las teorías en enfermería, su importancia y el marco para el análisis de los trabajos teóricos incluidos. En otros capítulos de la unidad I se explican la historia y la filosofía de la ciencia, el razonamiento lógico y el proceso de desarrollo de la teoría. En el capítulo 5 se describen brevemente diez trabajos de ediciones anteriores de *Modelos y teorías en enfermería,* de pensadoras de la enfermería de importancia histórica: Peplau, Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, Travelbee, Barnard, Adam, Roper, Logan, Tierney y Orlando.

En la unidad II se presenta el conjunto de perspectivas y teorías de Nightingale, Watson, Ray, Benner, Martinsen y Eriksson. La unidad III incluye los modelos de enfermería de Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy y Johnson. La unidad IV se abre con el trabajo de Boykin y Schoenhofer sobre las teorías en enfermería, seguido de un nuevo capítulo sobre Meleis. En la unidad IV también se incluyen los trabajos de Pender, Leininger, Newman, Parse, Erickson, Tomlin y Swain, además de los de Husteds. La unidad V presenta los trabajos teóricos intermedios de Mercer, Mishel, Reed, Wiener y Dodd, Eakes, Burke y Hainsworth, Barker, Kolcaba, Beck, Swanson, Ruland y Moore. La unidad VI analiza las últimas tendencias y la ciencia de las teorías en enfermería desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia enfermera, la expansión del desarrollo de la teoría, y la naturaleza global y el uso de trabajos teóricos de enfermería en todo el mundo.

El trabajo de cada pensadora se desarrolla usando los siguientes encabezados para facilitar la uniformidad y la comparación entre las pensadoras y sus trabajos:

- Biografía que detalla la formación y la experiencia
- Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría
- Utilización de datos empíricos
- Conceptos principales y definiciones
- Principales supuestos
- Afirmaciones teóricas
- Forma lógica
- Aceptación por parte de la comunidad enfermera
- Desarrollos posteriores
- Crítica del trabajo
- Resumen
- Caso clínico basado en el trabajo
- Actividades de pensamiento crítico
- Puntos adicionales de estudio
- Referencias y bibliografías

Esta obra recoge los trabajos de pensadoras en enfermería de todo el mundo e incluye los trabajos de algunas de las pensadoras internacionales más destacadas. *Modelos y teorías en enfermería* se ha traducido a numerosos idiomas para estudiantes de enfermería de otros lugares del mundo.

Enfermeras y estudiantes en todas las etapas de formación tienen interés en estudiar las teorías en enfermería y los trabajos teóricos de enfermería de todo el mundo. Los que acaban de empezar sus estudios de enfermería, encontrarán interesantes los conceptos, las definiciones y las afirmaciones teóricas; los estudiantes de máster y doctorado estarán más interesados en la forma lógica, la aceptación por parte de la comunidad de enfermería, las fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría y el uso de datos empíricos. Las referencias y las extensas bibliografías son especialmente útiles para los estudiantes universitarios que necesitan localizar fuentes primarias y secundarias. Estos recursos aumentan las páginas web específicas de cada pensadora. Las siguientes páginas web globales constituyen excelentes recursos, con información sobre recursos teóricos y los vínculos a las pensadoras individuales presentadas en este libro:

- Página de enlace a las teorías en enfermería, Clayton College and State University, Department of Nursing: http://www.healthsci.clayton.edu/eichelberger/nursing.htm
- Página de teorías en enfermería, Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego: http://www.sandiego.edu/academics/nursing/theory/
- Una colección completa de recursos de teorías en enfermería, *The Nurse Theorists: Portraits of Excellence, Vol. I y Vol. II y Nurse Theorists: Excellence in Action:* http://www.fitne.net/

Las pensadoras y los trabajos teóricos presentados han estimulado el extraordinario crecimiento de la bibliografía enfermera y han enriquecido nuestras vidas profesionales al guiar la investigación, la formación, la administración y la práctica de la enfermería. Este crecimiento continúa con el análisis y la síntesis de su trabajo, la generación de nuevas ideas y el desarrollo de nuevas teorías y aplicaciones para la formación en la disciplina y la asistencia de calidad en la profesión.

C0210.indd xi 11/9/10 6:46:51 PM

C0210.indd xii 11/9/10 6:46:51 PM

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias a las pensadoras por la crítica del original y de muchos capítulos posteriores sobre ellas mismas para mantenerlos actualizados y con un contenido preciso. Más que una omisión del texto, el trabajo de Paterson y Zderad no se ha incluido por su petición expresa.

Agradecemos al personal de las bibliotecas su ayuda para localizar todo tipo de información, así como al resto de las personas cuyo trabajo ha quedado en la sombra con los años durante las ediciones previas. En la tercera edición, Martha Raile Alligood se unió a Ann Marriner Tomey para redistribuir los capítulos, intervenir como autora y revisar la nueva organización del texto. La doctora Tomey recomendó a la doctora Alligood a Elsevier para diseñar y coeditar *Nursing Theory: Utilization and Application* con ella y, basándose en la experiencia de Alligood en las teorías en enfermería, pasó a ser coeditora y autora de futuras ediciones de este texto, *Modelos y teorías en enfermería.*

Damos las gracias a los editores de Elsevier por su dirección y ayuda durante los años dedicados a crear esta edición. Las revisiones externas solicitadas por los editores de Elsevier han contribuido a una mejora notable de cada nueva edición. Las autoras de los capítulos que a través de los años han colaborado con su experto conocimiento de las pensadoras y su trabajo siguen siendo la contribución más valiosa.

Martha Raile Alligood
Ann Marriner Tomey

Me gustaría mostrar mi reconocimiento y dar las gracias a Ann Marriner Tomey por su visión para desarrollar la primera edición de este libro y las posteriores. Su consejo, su sabiduría y su compañerismo han sido muy especiales para mí durante mi carrera profesional. Su dedicación a esta obra ha sido muy valiosa para la disciplina y la profesión enfermera. Le deseo una jubilación muy apacible.

Martha Raile Alligood

C0215.indd xiii 11/8/10 10:10:32 AM

C0215.indd xiv 11/8/10 10:10:33 AM

Índice de contenidos

UNIDAD I

Evolución de las teorías en enfermería

1. **Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis, 3**
Martha Raile Alligood

2. **Historia y filosofía de la ciencia, 16**
Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

3. **Razonamiento lógico, 26**
Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

4. **Proceso de desarrollo de la teoría, 36**
Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

5. **Teorías en enfermería de importancia histórica, 50**
Marie E. Pokorny

Hildegard E. Peplau
Virginia Henderson
Faye Glenn Abdellah
Ernestine Wiedenbach
Lydia Hall
Joyce Travelbee
Kathryn E. Barnard
Evelyn Adam
Nancy Roper
Winifred W. Logan
Alison J. Tierney
Ida Jean (Orlando) Pelletier

UNIDAD II

Filosofías

6. **Florence Nightingale: La enfermería moderna, 71**
Susan A. Pfettscher

7. **Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, 91**
D. Elizabeth Jesse

8. **Marilyn Anne Ray: Teoría de la atención burocrática, 113**
Sherrilyn Coffman

C0220.indd xv 11/8/10 10:14:36 AM

9. **Patricia Benner: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 137**
Karen A. Brykczynski

10. **Kari Martinsen: Filosofía de la asistencia, 165**
Herdis Alvsvåg

11. **Katie Eriksson: Teoría del cuidado caritativo, 190**
Unni Å. Lindström, Lisbet Lindholm y Joan E. Zetterlund

UNIDAD **III**

Modelos enfermeros

12. **Myra Estrin Levine: El modelo de conservación, 225**
Karen Moore Schaefer

13. **Martha E. Rogers: Seres humanos unitarios, 242**
Mary E. Gunther

14. **Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado, 265**
Violeta A. Berbiglia y Barbara Banfield

15. **Imogene M. King: Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos, 286**
Christina L. Sieloff y Patricia R. Messmer

16. **Betty Neuman: Modelo de sistemas, 309**
Barbara T. Freese y Theresa G. Lawson

17. **Sor Callista Roy: Modelo de adaptación, 335**
Kenneth D. Phillips

18. **Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual, 366**
Bonnie Holaday

UNIDAD **IV**

Teorías en enfermería

19. **Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica, 393**
Marguerite J. Purnell

20. **Afaf Ibrahim Meleis: Teoría de las transiciones, 416**
Eun-Ok Im

21. **Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud, 434**
Teresa J. Sakraida

22. **Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 454**
Marilyn R. McFarland

23. **Margaret A. Newman: Modelo de la salud como expansión de la conciencia, 480**
Janet Witucki Brown

24. **Rosemarie Rizzo Parse: Desarrollo humano, 503**
Gail J. Mitchell y Debra A. Bournes

25. **Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain: Modelos y modelado de roles, 536**
Margaret E. Erickson

26. **Gladys L. Husted y James H. Husted: Teoría bioética sinfonológica, 560**
Carrie J. Scotto

UNIDAD V

Teorías intermedias

27. **Ramona T. Mercer: Adopción del rol materno-convertirse en madre, 581**
Molly Meighan

28. **Merle H. Mishel: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 599**
Donald E. Bailey, Jr. y Janet L. Stewart

29. **Pamela G. Reed: Teoría de la autotrascendencia, 618**
Doris D. Coward

30. **Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd: Teoría de la trayectoria de la enfermedad, 638**
Janice Penrod, Lisa Kitko y Chin-Fang Liu

31. **Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke y Margaret A. Hainsworth: Teoría del duelo disfuncional, 656**
Ann M. Schreier y Nellie S. Droes

32. **Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 673**
Nancy Brookes

33. **Katharine Kolcaba: La teoría del confort, 706**
Thérèse Dowd

34. **Cheryl Tatano Beck: Teoría de la depresión posparto, 722**
M. Katherine Maeve

35. **Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados, 741**
Danuta M. Wojnar

36. **Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore: Teoría del final tranquilo de la vida, 753**
Patricia A. Higgins

UNIDAD **VI**

Futuro de las teorías en enfermería

37. **Estado actual y ciencia de la teoría enfermera, 765**
Martha Raile Alligood

Índice alfabético, 773

UNIDAD

I

Evolución de las teorías en enfermería

- *La búsqueda del conocimiento sustantivo llevó a las eruditas en enfermería a identificar la necesidad de teorías para guiar la investigación y la práctica profesional de la enfermería.*
- *La enfermería siguió una trayectoria que la llevó de conceptos a marcos conceptuales, a modelos, a teorías y, al final, a la teoría de nivel medio, en esta era de utilización de la teoría.*
- *La historia de la enfermería demuestra la importancia de la teoría para la enfermería como una rama de la educación (la disciplina) y un campo especializado de la práctica (la profesión).*
- *El conocimiento del proceso de desarrollo de la teoría es básico para adquirir el conocimiento personal de los trabajos teóricos de la disciplina.*
- *El análisis de la teoría empieza el proceso examinando la guía de toma de decisiones que hay que utilizar en la investigación o la práctica de la enfermería.*
- *El análisis facilita el aprendizaje a través de la revisión sistemática, el pensamiento crítico y la reflexión sobre los trabajos teóricos de la disciplina.*

CAPÍTULO 1

Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis

Martha Raile Alligood

«La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión…, sin embargo, teoría y práctica deben ser constantemente interactivas. La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin la teoría, ciega» (Cross, 1981, p. 110).

Este texto se ha elaborado para presentar al lector a las autoras de las teorías en enfermería y su trabajo. Las teorías en enfermería se han convertido en un tema importante durante los últimos 50 años, estimulando el crecimiento notable y la inmensa expansión de la educación y la bibliografía de la enfermería. En este texto se presentan pensadoras de la enfermería seleccionadas, para exponer a los estudiantes un amplio abanico de ellas y diferentes tipos de trabajos teóricos. Numerosas enfermeras de épocas anteriores prestaron un cuidado excelente a sus pacientes; sin embargo, gran parte de los conocimientos de enfermería se transmitían a través de la formación vocacional centrada en la ejecución hábil de tareas funcionales. Si bien muchas de estas prácticas parecían eficaces, no se probaron ni se usaron con uniformidad. Desarrollar un conocimiento enfermero sobre el que pudiera basarse la práctica de la enfermería fue un objetivo principal propuesto por las líderes de la profesión enfermera en el siglo xx, porque las enfermeras buscaban mejorar la práctica y obtener el reconocimiento de la enfermería como una profesión. La historia de la enfermería documenta claramente los esfuerzos constantes dedicados al objetivo de desarrollar un volumen sustancial de conocimientos de enfermería que sirviera para guiar la práctica enfermera (Alligood, 2006a; Bixler y Bixler, 1959; Chinn y Kramer, 2008; George, 2002; Johnson y Webber, 2004; McEwen y Wills, 2006; Meleis, 2007; Parker, 2006).

En este capítulo se presentan al lector las teorías en enfermería bajo tres apartados principales: historia, importancia y análisis. Una historia breve del movimiento de la enfermería desde la vocación hasta la profesión describe la búsqueda de la esencia de la enfermería que llevó a ese apasionante momento de su historia, relacionando la etapa de la teoría con la enfermería como disciplina académica y como profesión práctica. Aunque los líderes de la enfermería realizaron esfuerzos continuados en la primera mitad del siglo xx para lograr el reconocimiento de la enfermería como profesión, hasta la segunda mitad del siglo xx no vieron la necesidad de establecer marcos conceptuales y teóricos para desarrollar el conocimiento esencial de la enfermería y el camino hacia la práctica de la enfermería

Autoras anteriores: Martha Raile Alligood, Elizabeth Chong Choi, Juanita Fogel Keck y Ann Marriner Tomey.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

profesional (Batey, 1977; Hardy, 1978). Durante este período, el desarrollo del conocimiento enfermero fue una fuerza significativa cuando la licenciatura empezó a ser aceptada más ampliamente como el primer nivel educativo para la enfermería profesional y la enfermería empezó a lograr el reconocimiento y aceptación nacional como una disciplina académica en la educación superior. Las enfermeras investigadoras han trabajado para desarrollar y aclarar un cuerpo sustancial de conocimiento enfermero con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados del paciente, proporcionando un estilo profesional a la práctica enfermera y así ser reconocida como una profesión. La historia de la enfermería nos ofrece el contexto para comprender la importancia de la teoría de la enfermería para la práctica profesional en la etapa de la utilización de la teoría. La historia y la importancia de las teorías en enfermería conducen de manera lógica al análisis, el apartado final de este capítulo. El análisis de los trabajos teóricos de la enfermería y su papel en el desarrollo del conocimiento se presenta como un proceso esencial de reflexión crítica necesario para la adquisición del conocimiento. Los criterios para el análisis de los trabajos teóricos se presentan junto con un breve comentario de la contribución de cada criterio a nuestra comprensión de la teoría (Chinn y Kramer, 2008).

HISTORIA DE LA TEORÍA DE LA ENFERMERÍA

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Después de su servicio de organización y cuidado de los heridos en Scutari, durante la Guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela de enfermería en el hospital St. Thomas de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna. Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica de la enfermería y sus escritos posteriores describiendo cómo debía ser la educación enfermera sirvieron como guía para establecer escuelas de enfermería en Estados Unidos a principios del siglo xx (Kalisch y Kalisch, 2003; Nightingale, 1859-1969). La enfermería empezó con un fuerte énfasis en la práctica, pero a través del siglo xx las enfermeras trabajaron para el desarrollo de la enfermería como una profesión a través de períodos sucesivos reconocidos como etapas históricas (Alligood, 2006a).

En la etapa del currículo la pregunta fue qué deberían estudiar las aspirantes para convertirse en enfermeras. En esta etapa, el énfasis se puso en los cursos que deberían realizar para alcanzar un currículo estandarizado (Alligood, 2006a). A mediados de la década de 1930 se había publicado un currículo estandarizado. Sin embargo, en esta época también surgió la idea de trasladar la formación de las enfermeras, diplomatura desarrollada sobre todo en un ámbito hospitalario, a las universidades. Pero esto no se consiguió en muchos países hasta medio siglo más tarde (Kalisch y Kalisch, 2003).

A medida que las enfermeras buscaban cada vez más educación superior, empezó a nacer una etapa de énfasis en la investigación. Ésta llegó cuando muchas enfermeras realizaban ya una formación superior y llegaban a la concepción común de la edad científica; es decir, que la investigación es el camino hacia el nuevo conocimiento de enfermería. Las enfermeras empezaron a participar en la investigación y en el currículo enfermero de muchos de los programas de formación en enfermería se empezaron a incluir cursos de investigación (Alligood, 2006a).

La etapa de la investigación y la etapa de la educación superior se desarrollaron simultáneamente. Empezaron a surgir programas de másteres en enfermería para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación enfermera clínica especializada. Muchos de estos programas incluían un curso de investigación en enfermería. También fue en esta etapa cuando la mayoría de másteres en enfermería empezaron a incluir cursos en desarrollo de conceptos o modelos de enfermería. Estos cursos presentaron a los estudiantes a las primeras pensadoras de la enfermería y el proceso de desarrollo del conocimiento (Alligood, 2006a).

La etapa de la teoría fue una extensión natural de la etapa de la investigación y de la educación superior. A medida que aumentaba nuestra comprensión del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente y que eran la investigación y la teoría juntas las que creaban la ciencia enfermera (Batey, 1977; Fawcett, 1978; Hardy, 1978). En los primeros años de la etapa de la teoría prosperó la educación de posgrado en enfermería con el énfasis centrado en el desarrollo de la teoría.

En la etapa de utilización de la teoría, el énfasis se centró en la teoría intermedia para la práctica de la enfermería basada en la teoría y en el desarrollo continuo de la teoría (Alligood y Tomey, 1997, 2002, 2006; Batey, 1977; Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005; Tomey y Alligood, 2006).

Cada etapa dirigió el conocimiento enfermero de un modo único que contribuyó a su desarrollo y se puede observar en la historia de la enfermería. En cada etapa, la cuestión dominante («¿qué tipo de conocimientos se necesitan para ejercer la enfermería?») parece haberse dirigido al nivel de conocimiento que imperaba en ese momento (Alligood, 2006a).

La visión de la enfermería que tenía Nightingale (1859-1969) se ha estado poniendo en práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado rápidamente durante las cinco últimas décadas, lo que llevó finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica, con un cuerpo sustancial de conocimientos (Alligood, 2006a, 2006b; Alligood y Tomey, 2006; Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005; Tomey y Alligood, 2006; Walker y Avant, 2005). A mediados del siglo XIX, Nightingale escribió que el conocimiento enfermero es distinto del conocimiento médico. Describió que la función propia de una enfermera era el hecho de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza (Dios) actuara sobre él o ella. Propuso la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de las personas y de su entorno, una base de conocimiento distinta a la usada por los médicos en su práctica. A pesar de este precepto precoz de Nightingale en la década de 1850, no fue hasta la década de 1950 que la profesión enfermera empezó a entablar una seria discusión sobre la necesidad de desarrollar, articular y probar la teoría de la enfermería (Alligood, 2006d; Alligood, 2004; Chinn y Kramer, 2008; Meleis, 2007; Walker y Avant, 2005). Hasta la confirmación de la enfermería como ciencia alrededor de 1950, la práctica enfermera se basaba en principios y tradiciones que se habían mantenido mediante la educación del aprendizaje y manuales de procedimientos hospitalarios (Alligood, 2002a; Kalisch y Kalisch, 2003).

Aunque algunos líderes de la enfermería aspiraban a que ésta llegara a convertirse en una profesión y una disciplina académica, la práctica de la enfermería continuó reflejando su herencia vocacional, más que una visión profesional. La transición de vocación a profesión conllevó la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la práctica enfermera. La etapa del currículo destacó la selección y el contenido de los programas de enfermería y dio paso a la etapa de investigación, que se centró en el aprendizaje del proceso de investigación y el cumplimiento del objetivo a largo plazo de adquirir un conocimiento sustantivo para guiar la práctica enfermera.

A mediados de la década de 1970, una evaluación de los primeros 25 años de la revista *Nursing Research* reveló que los estudios de enfermería carecían de conexiones conceptuales y de marcos teóricos (Batey, 1977). La toma de conciencia de la necesidad del desarrollo de conceptos y de una teoría coincidió con la aparición de otros dos hitos para la evolución de las teorías en enfermería: la estandarización de programas educativos para másteres en enfermería mediante los criterios de reconocimiento de la National League for Nursing, y la decisión de que los estudios de doctorado para las enfermeras deberían tratar de enfermería (Alligood, 2006a). La etapa de la teoría de enfermería coincidía con una conciencia de la enfermería como profesión y como disciplina académica por sí misma, y ésta surgió de los debates y las discusiones de la década de 1960 acerca de la dirección correcta y la disciplina adecuada para el desarrollo del conocimiento de la enfermería. La explosiva proliferación de programas de doctorado en enfermería y de bibliografía sobre las teorías en enfermería corroboró la necesidad de centrar los temas de doctorado en la enfermería (Nicoll, 1986, 1992, 1997; Reed, Shearer y Nicoll, 2003; Reed y Shearer, 2008). En la década de 1970, la enfermería siguió haciendo la transición de vocación a profesión a medida que cada vez más enfermeras se preguntaban: «¿se basará la enfermería en otra disciplina o en la misma enfermería?». La historia ha dado la respuesta: «la práctica de la enfermería debe basarse en la ciencia de la enfermería» (Alligood, 2006a; Fawcett, 1978; Nicoll, 1986). Como Meleis (2007) observó, «la teoría no es un lujo en la disciplina de la enfermería… sino una parte integral del léxico enfermero en la educación, la administración y la práctica» (p. 4).

La década de 1980 fue un período de desarrollos importantes en la teoría de la enfermería, caracterizado como una transición del período preparadigmático al paradigmático (Fawcett, 1984; Hardy, 1978). Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de las teorías en enfermería. En la década de 1980, la propuesta fundamental de Fawcett de que los conceptos generales de enfermería representaban un metaparadigma en enfermería añadía una estructura organizativa a los marcos de enfermería existentes e introducía una forma de agrupar que previamente se había considerado como un trabajo teórico individual (Fawcett, 1978, 1984, 1993). La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas dentro de un metaparadigma con los conceptos de *persona, entorno, salud y enfermería* unía sistemáticamente los trabajos teóricos de enfermería a la disciplina. Este sistema clarificaba y mejoraba la comprensión de un proceso de desarrollo del conocimiento al situar los trabajos de los teóricos en un contexto más amplio, facilitando, por tanto, la comprensión del crecimiento de la ciencia enfermera desde la perspectiva paradigmática (Alligood y Tomey, 2006; Fawcett, 2005). El cuerpo de la ciencia enfermera y la investigación, la educación, la administración y la práctica continúa expandiéndose en la enseñanza de la enfermería. Las presentaciones en conferencias nacionales e internacionales, los boletines de información, las revistas y los libros escritos por comunidades de eruditos asociados a los diversos modelos y teorías de información describen una base teórica para la práctica y la investigación presentando su enseñanza con un modelo o teoría seleccionado desde una perspectiva paradigmática (Alligood, 2004; Alligood y Tomey, 2006; Fawcett, 2005; Parker, 2006).

Estas observaciones del desarrollo de la ciencia enfermera llevan a la descripción de Kuhn (1970) acerca de la ciencia normal. Su filosofía de la ciencia clarifica nuestro conocimiento de la evolución de la teoría de la enfermería mediante el paradigma científico. Históricamente es importante que fueron los esfuerzos personales los que llevaron a la primera teoría, cuando líderes de la enfermería en varias zonas del país publicaron sus obras, que más tarde se verían de manera colectiva dentro de una estructura sistemática de conocimiento (Fawcett, 1984, 2000, 2005). El desarrollo de la teoría emergió como un producto de la enseñanza y el crecimiento profesional entre líderes de enfermería, administradores, educadores y profesionales que buscaban una educación superior. Estos líderes encontraron limitaciones de la teoría de otras disciplinas para describir, explicar o predecir los resultados de enfermería y trabajaron para establecer una base científica sólida para el control, programa, práctica e investigación de la enfermería. El uso de la teoría para transmitir una estructura organizativa y el significado en estos procesos desembocó en una convergencia de ideas, que llevó a lo que hoy se conoce como la *etapa de la teoría de la enfermería* (Alligood, 2006b; Alligood y Tomey, 2006; Nicoll, 1986, 1992, 1997; Reed, Shearer y Nicoll, 2003; Reed y Shearer, 2008).

El cumplimiento de la ciencia normal abrió la etapa de utilización de la teoría a medida que el énfasis se desvió hacia la aplicación de la teoría en la práctica, la educación, la administración y la investigación en enfermería (Alligood, 2006c; Wood y Alligood, 2006). La etapa de utilización de la teoría restableció el equilibrio entre investigación y práctica para el desarrollo del conocimiento en la disciplina de la enfermería. Para aplicaciones de casos y una discusión de la utilización de trabajos teóricos de enfermería en la práctica, se remite al lector a la cuarta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application* (Alligood, 2010).

Este breve repaso a la historia sirve de contexto para el estudio de los teóricos de la enfermería y de sus trabajos. La etapa de la teoría mantiene el énfasis en el desarrollo y la utilización de la teoría de la enfermería para obtener pruebas para la práctica profesional. Destaca la utilidad concreta de las teorías intermedias para guiar el pensamiento y la acción de la práctica enfermera (Alligood, 2006c; Alligood y Tomey, 2006; Fawcett, 2005; Peterson, 2008; Smith y Leihr, 2008). Por tanto, la preparación para la práctica en la profesión de la enfermería requiere el conocimiento de los trabajos teóricos de la disciplina.

Los trabajos teóricos presentados en este texto son marcos que se han organizado en cuatro tipos. En el cuadro 1-1 se citan las teorías incluidas en cada tipo. Los cuatro tipos, aunque algo arbitrarios, reflejan cierto nivel de la abstracción o la preferencia de la pensadora.

El primer tipo incluye las filosofías de la enfermería. La filosofía explica el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, razonamiento y presentación lógica. Los primeros trabajos que precedían a la etapa de la teoría de la enfermería contribuyeron al desarrollo del conocimiento proporcionando una dirección o base para desarrollos posteriores. Trabajos posteriores reflejan las ciencias humanas y sus métodos (Alligood, 2006b; Chinn y Kramer, 2008; Meleis, 2007). En la unidad II

Cuadro 1-1 Tipos de trabajos teóricos en enfermería

FILOSOFÍAS EN ENFERMERÍA
Nightingale
Watson
Ray
Benner
Martinsen
Eriksson

MODELOS CONCEPTUALES EN ENFERMERÍA
Levine
Rogers
Orem
King
Neuman
Roy
Johnson

TEORÍAS EN ENFERMERÍA
Boykin y Schoenhofer
Meleis
Pender
Leininger
Newman
Parse
Erickson, Tomlin y Swain
Husted y Husted

TEORÍAS INTERMEDIAS EN ENFERMERÍA
Mercer
Mishel
Reed
Wiener y Dodd
Eakes, Burke y Hainsworth
Barker
Kolcaba
Beck
Swanson
Ruland y Moore

(caps. 6 a 11) se presentan los trabajos seleccionados clasificados como filosofías enfermeras.

Un segundo tipo, los modelos conceptuales de enfermería, incluye trabajos enfermeros de las grandes teorías, conocidas también como pioneras en enfermería (Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005; Meleis, 2007). Fawcett (2005) afirma: «un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distinto para sus partidarios… que les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina» (p. 16). Los modelos enfermeros son extensos y definen los conceptos del metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería) según su marco (Fawcett, 2005; Tomey y Alligood, 2006). Numerosos modelos conceptuales enfermeros incluyen grandes teorías que los teóricos han obtenido explícitamente de ellos y algunos modelos incluyen teorías de manera implícita. Las teorías se diferencian de los modelos en que proponen una dirección o acción que puede probarse (Alligood y Tomey, 2006). En el trabajo de Roy se observa un ejemplo de una gran teoría procedente de un modelo enfermero, en el que una gran teoría de la persona como un sistema adaptable deriva de su Modelo de Adaptación. El nivel altamente abstracto de la teoría de este ejemplo facilita la derivación de muchas teorías intermedias específicas para la práctica (Alligood, 2006d). En la unidad III (caps. 12-18) se presentan los trabajos clasificados como modelos enfermeros.

El tercer tipo, teorías enfermeras, procede de filosofías de enfermería, modelos conceptuales o teorías de enfermería más abstractas, o de trabajos de otras disciplinas (Tomey y Alligood, 2006). Un trabajo que se clasifica como una teoría de enfermería se desarrolla a partir de cierto marco conceptual y es más específico que el marco. Las teorías pueden ser específicas de un aspecto o ámbito concreto de la práctica enfermera. Por ejemplo, la teoría de las transiciones de Meleis (cap. 20) es específica de aspectos del proceso vital del paciente en la salud y en la enfermedad. En la unidad IV (caps. 19-26) se presentan las teorías en enfermería.

El cuarto tipo, la teoría intermedia, tiene un centro de atención todavía más específico y su nivel de abstracción es menor que el de las teorías en enfermería (Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005). Por tanto, las teorías intermedias son más precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera. Especifican factores como el grupo de edad del paciente, la situación de la fami-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lia, el estado de salud, la posición del paciente y, lo más importante, la acción de la enfermera (Alligood, 2006c). Las teorías intermedias se centran en temas concretos de las situaciones enfermeras dentro de la perspectiva del modelo o teoría del que se derivan (Alligood, 2006b, 2006c, 2006d; Fawcett, 2005). En la bibliografía enfermera se han desarrollado teorías intermedias de manera inductiva y deductiva. En la unidad V (caps. 27-36) se presentan teorías intermedias escogidas. En la tabla 1-1 se expone un ejemplo de conocimiento teórico en cada nivel de abstracción dentro de una estructura de conocimiento.

IMPORTANCIA DE LAS TEORÍAS EN ENFERMERÍA

A principios del siglo xx, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque estos términos *(disciplina* y *profesión)* están interrelacionados y a veces se utilizan indistintamente, deben señalarse las importantes diferencias que hay entre ellos. Cada uno tiene un significado específico que es importante conocer, como se explica a continuación:

- Una **disciplina** es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982). Una **profesión** hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Donaldson y Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982).

Los logros de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. La historia demuestra que numerosas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron el *statu quo* con ideas creativas tanto para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Sus logros dieron paso a este momento estimulante en el que la enfermería fue reconocida como una disciplina académica y como una profesión (Fitzpatrick, 1983; Kalisch y Kalisch, 2003; Meleis, 2007). En este apartado se estudia la importancia de los trabajos teóricos para la disciplina y la profesión de la enfermería. Los trabajos teóricos enfermeros son la forma más representativa de presentar el conocimiento enfermero sistemático; por tanto, los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

Importancia para la disciplina

Las enfemeras entraron en licenciaturas y programas de grado superior en las universidades durante la última mitad del siglo xx, y empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera. Proliferaron los

Tabla **1-1** *Niveles de estructura del conocimiento con ejemplos*

Nivel de estructura	Ejemplo
Metaparadigma	Persona, entorno, salud y enfermería
Filosofía	Nightingale
Modelos conceptuales	Modelo de sistemas de Neuman
Teoría	Teoría de la estabilidad óptima del cliente de Neuman
Teoría intermedia	Estabilidad óptima del cliente respecto al envejecimiento saludable mediante la intervención para mantener la actividad del paciente con recordatorios en entornos comunitarios

Datos tomados de Alligood, M. R. y Tomey, A. M. (2006). *Nursing theory: Utilization & application* (3.ª ed.). St. Louis: Mosby; y Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories* (2.ª ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

programas de titulación universitaria, se desarrollaron másteres en enfermería y se realizó un currículo estandarizado nacional a través de un proceso de acreditación. Como se ha mencionado antes, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual (Alligood, 2006a). Las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera. Algunas defendieron la enfermería como una ciencia aplicada, y otras proclamaron la enfermería como una ciencia básica (Donaldson y Crowley, 1978; Johnson, 1959; Rogers, 1970). La historia proporciona la evidencia del consenso al que se llegó; la investigación en enfermería se convirtió en el contenido esencial en los currículos de los másteres y creció el interés por los programas de doctorados en enfermería.

En 1977, después de la publicación de *Nursing Research* durante 25 años, los estudios se revisaron globalmente y ese año se publicaron los puntos fuertes y débiles en la revista. Batey (1977) se centró en la importancia de la conceptualización enfermera en el proceso de investigación y del papel de un marco conceptual en el diseño de la investigación para producir ciencia. Este énfasis sobre la importancia de la conceptualización enfermera en los proyectos de investigación y el desarrollo de marcos conceptuales para los currículos enfermeros fueron precursores de la etapa de desarrollo de teorías que trasladó la enfermería hacia el objetivo de desarrollar conocimiento enfermero para guiar la práctica enfermera. En este momento, empezaron a publicarse los trabajos teóricos en enfermería (Johnson, 1968, 1974; King, 1971; Levine, 1969; Neuman, 1974; Orem, 1971; Rogers, 1970; Roy, 1970). Poco después, Fawcett (1978) presentó su metáfora de la doble hélice (ahora un clásico) sobre la relación interdependiente entre teoría e investigación. También fue en esa época cuando eruditas en enfermería como Henderson, Nightingale, Orlando, Peplau y Wiedenbach fueron reconocidas por la adecuación de sus escritos teóricos. Las educadoras desarrollaron estos primeros trabajos como marcos para estructurar el contenido del currículo o guiar el contenido de los cursos en programas de enfermería. De forma similar, la teoría de Orlando (1961, 1972) fue el resultado de un proyecto de investigación financiado a nivel nacional, diseñado para estudiar la práctica enfermera.

Las principales teóricas se reunieron por primera vez en un mismo sitio en la Nurse Educator Nursing Theory Conference en Nueva York en 1978. La mayoría de ellas empezaron sus presentaciones afirmando que no se veían a sí mismas como teóricas. Aunque en ese momento la comprensión del significado de estas palabras para la enfermería era limitada, parece que gran parte del público asistente al acto (estudiantes de programas de doctorado y máster) era consciente de la importancia de éste. Después de las primeras presentaciones, el auditorio reaccionó con risas ante las negativas de las teóricas de ser teóricas y rápidamente se quedaron en silencio y escucharon atentamente a medida que ellas describían el trabajo que habían desarrollado para los currículos, la investigación o la práctica enfermeras.

También debe mencionarse que Donaldson y Crowley (1978) presentaron la conferencia inaugural en la Western Commission of Higher Education in Nursing Conference en 1977, justo cuando estaban a punto de empezar sus programas de doctorado en enfermería. Ellas reabrieron la discusión sobre la naturaleza de la ciencia enfermera y del conocimiento necesario para la disciplina y la profesión. La versión publicada de su conferencia se convirtió en una referencia clásica para que los estudiantes aprendan lo que es la enfermería como disciplina y para identificar la diferencia entre la disciplina y la profesión. Los ponentes reclamaban tanto investigación básica como aplicada, afirmando que el uso de este conocimiento era crucial para la enfermería como disciplina y como profesión. Ellas afirmaban que la disciplina y la profesión están relacionadas de manera inseparable, y que no conseguir reconocerlas y separarlas ancla la enfermería en una visión más vocacional que profesional.

Poco después, los marcos conceptuales enfermeros empezaron a necesitarse como marcos para el currículo en los programas de enfermería y a reconocerse como modelos conceptuales enfermeros que aplican los conceptos principales y más abstractos (metaparadigma) de enfermería. Esta conceptualización creativa de un metaparadigma enfermero y una estructura teórico-conceptual del conocimiento enfermero aclaró la naturaleza de los trabajos de las principales enfermeras teóricas como trabajos-marcos conceptuales y paradigmas de enfermería. Esta organización de los trabajos teóricos enfermeros introdujo un punto de vista sistemático y unido del conocimiento teórico que habían desarrollado las teóricas en diferentes momentos y en diferentes puntos del país. Cada modelo conceptual enfermero se clasificó en función

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de su acción en relación a un conjunto de criterios de análisis y evaluación (Fawcett, 1984). Considerar los diferentes trabajos enfermeros de manera colectiva bajo el paraguas del metaparadigma conduce a un aumento de la comprensión de los trabajos teóricos enfermeros como cuerpo de conocimiento. La importancia de la teoría para la disciplina de la enfermería consiste en que la disciplina depende de la teoría para seguir existiendo. Los trabajos teóricos han llevado a la enfermería a niveles superiores de educación y práctica. El énfasis ha cambiado: de un enfoque funcional donde la importancia se centraba en cómo funcionaban las enfermeras a un enfoque centrado en conocer qué saben las enfermeras y cómo utilizan lo que saben para guiar su pensamiento y su toma de decisiones mientras se concentran en el paciente. La enfermería sigue practicándose en numerosos niveles, como vocación y como profesión.

Los marcos y las teorías son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a las enfermeras una perspectiva del paciente, y esta perspectiva es característica de una profesión. Los profesionales de la enfermería proporcionan un servicio público en una práctica que está centrada en quienes atienden. El proceso enfermero se usa en la práctica, pero el foco de atención principal es el paciente o ser humano. El conocimiento de las personas, la salud y el entorno forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina, y este conocimiento se enseña a quienes entran a formar parte de la profesión. Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico. Por tanto, la enfermería como disciplina académica depende de la existencia de conocimiento enfermero que se transmite como base para la práctica profesional de aquellos que quieren entrar a formar parte de ésta. Kuhn (1970), el filósofo de la ciencia, afirmó que «el estudio de los paradigmas… es lo que en gran parte prepara al estudiante como miembro de una comunidad científica concreta en la que posteriormente ejercerá» (p. 11). Esto es importante para todas las enfermeras, y especialmente para las que entren a formar parte de la profesión, porque «a falta de un paradigma… todos los hechos que posiblemente podrían estar relacionados con el desarrollo de una determinada ciencia es probable que parezcan igual de importantes» (Kuhn, 1970, p. 15). Finalmente, respecto a la prioridad de los paradigmas, Kuhn afirma que «estudiándolos y ejerciendo con ellos, los miembros de su comunidad correspondiente aprenden su oficio» (Kuhn, 1970, p. 43). Los estudiantes de un máster aplican y comprueban el conocimiento enfermero en su práctica enfermera. Los estudiantes de doctorado desarrollan y comprueban las teorías en enfermería y contribuyen a la ciencia enfermera realizando estudios de investigación basados en la teoría y generadores de nueva teoría.

Importancia para la profesión

La teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional. A finales del siglo xx el reconocimiento de la enfermería como profesión se convirtió en una cuestión menos urgente, pero ha sido un tema principal durante gran parte del siglo xx a medida que la enfermería avanzaba de manera lógica hacia un estatus profesional. Hoy en día, la enfermería se reconoce como una profesión. Durante gran parte del siglo xx, los criterios para una profesión se utilizaron como guía para su desarrollo. La enfermería fue el tema de numerosos estudios sociológicos de desarrollo profesional que utilizaron diferentes conjuntos de criterios. Por ejemplo, Bixler y Bixler (1959) publicaron un conjunto de criterios adaptados a la enfermería en la *American Journal of Nursing*. Estos criterios establecían que una profesión hacía lo siguiente:

1. En su práctica, utiliza un cuerpo de conocimiento especializado bien definido y bien organizado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
2. Aumenta constantemente el cuerpo de conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
3. Confía la formación de sus profesionales a centros de educación superior.
4. Aplica su cuerpo de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.
5. Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional.
6. Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen la ocupación que han escogido como un trabajo de por vida.

7. Lucha por compensar a sus profesionales proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica (pp. 1142-1146).

Estos criterios tienen valor histórico porque mejoran la comprensión del camino que ha seguido el desarrollo de la profesión enfermera. Por ejemplo, durante la última mitad del siglo xx se formalizó una base de conocimiento bien definida, organizada y específica para la disciplina, pero este conocimiento no es estático. Más bien continúa creciendo en relación con los objetivos profesionales para el bienestar social y humano de la sociedad a la que sirven las enfermeras. Es decir, aunque el cuerpo de conocimiento es importante, las teorías y la investigación son cruciales para la disciplina y la profesión para que se siga generando conocimiento nuevo. La aplicación del conocimiento enfermero en la práctica es un criterio actualmente en vanguardia, poniendo énfasis en la contabilidad de la práctica enfermera, en la práctica enfermera basada en la teoría y en el reconocimiento creciente de que la teoría intermedia es importante para la práctica profesional enfermera (Alligood y Tomey, 2006).

En las últimas décadas del siglo xx se publicaron ideas centradas en el avance de la enfermería que se anticiparon al nuevo milenio. Por ejemplo, Styles (1982) distinguía entre una profesión enfermera colectiva y la enfermera individual como una profesional y exigía el desarrollo interno para una nueva creación basada en los ideales y creencias de la enfermería para una nueva creación. Su premisa era que la profesión necesitaba una propuesta nueva y positiva para el futuro, desprovista de problemas del pasado, para avanzar en el desarrollo profesional. De forma similar, Fitzpatrick (1983) presentó una crónica histórica de los logros del siglo xx que habían llevado al estatus profesional de la enfermería. Styles (1982) y Fitzpatrick (1983) referenciaron una historia detallada específica del desarrollo de la enfermería como una profesión. En este texto, la enfermería se reconoce como una profesión y se enfatiza la relación entre los trabajos teóricos enfermeros y el logro de estatus como profesión. Había semejanzas y diferencias en los conjuntos de criterios utilizados para evaluar el estatus de las profesiones; sin embargo, todos requerían desarrollar y utilizar un cuerpo de conocimiento que sirviera de base para la práctica de una profesión determinada (Styles, 1982).

A medida que las enfermeras crecen en su estatus profesional, el uso de conocimiento sustantivo para la enfermería basada en la teoría es una cualidad característica de su práctica. Este acuerdo de práctica basada en la teoría es beneficiosa para los pacientes en cuanto que guía los cuidados enfermeros de forma sistemática y erudita. También sirve a la profesión enfermera porque las enfermeras son reconocidas por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad. Para la disciplina de la enfermería, el desarrollo de conocimiento es una actividad importante a la que deben dedicarse las especialistas en enfermería. Es importante que la enfermería siga siendo reconocida y respetada como disciplina erudita que contribuye a la salud de la sociedad. Finalmente, lo más importante es que la teoría enfermera es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones necesarios para la calidad en la práctica enfermera:

> Los entornos de la práctica enfermera son complejos y la cantidad de datos (información) que manejan las enfermeras es prácticamente infinita. Ellas deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un método teórico ayuda a que las enfermeras no se vean desbordadas por la cantidad de información y avancen en el proceso enfermero de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender lo que sucede en la práctica para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y de evaluar la eficacia de los cuidados (Alligood, 2004, p. 247).

La práctica profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente y los trabajos teóricos proporcionan sólo las perspectivas del paciente. Los trabajos teóricos presentados en este libro son ejemplos de las diferentes perspectivas. Las filosofías de la enfermería, los modelos conceptuales de enfermería, las teorías enfermeras y las teorías intermedias guían el pensamiento y la acción de la enfermera para procesar datos, evaluar los indicios y decidir la acción que hay que tomar en la práctica (Alligood y Tomey, 2006; Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Una vez considerados en este capítulo los datos sobre la historia y la importancia de la teoría enfermera para la disciplina y la profesión, junto con la introducción de los niveles de abstracción de diversos tipos de teoría en una estructura de conocimiento enfermero, retomamos el tema del análisis de la teoría, un proceso sistemático para la revisión crítica de los trabajos teóricos enfermeros (Chinn y Kramer, 2008).

ANÁLISIS DE LA TEORÍA

El análisis de la teoría es el proceso que se sigue para adquirir el conocimiento del trabajo teórico. El análisis es un proceso importante y es el primer paso en la aplicación de los trabajos teóricos enfermeros en educación, investigación, administración o práctica. El análisis, la crítica y la evaluación son métodos usados para estudiar los trabajos teóricos enfermeros de forma crítica. Los criterios para evaluar cada uno de los trabajos teóricos que se incluyen en este texto son la claridad, la simplicidad, la generalidad, la precisión empírica o la accesibilidad y la importancia de las consecuencias deducibles (Chinn y Kramer, 2008). Este proceso resulta útil para aprender de los trabajos y es muy práctico para los científicos enfermeros que intentan probar, expandir o ampliar los trabajos. Cuando las enfermeras científicas consideran sus intereses en investigación en el contexto de uno de los trabajos teóricos, las áreas que requieren un desarrollo más profundo se descubren mediante procesos de crítica, análisis y revisión crítica. Así, el análisis es un proceso importante para aprender y desarrollar proyectos de investigación y de la ciencia asociada con los trabajos teóricos de la enfermería en el futuro. Es básico conocer un marco teórico para aplicarlo en la práctica.

Claridad

> «¿Es suficientemente clara la teoría?» (Chinn y Kramer, 2008, p. 237)

La claridad y la coherencia se revisan en términos de semántica y estructura. El significado de los términos habla de la definición, mientras que el significado y la estructura hablan de la lógica y el uso coherente y completo de estos términos en la teoría. El análisis empieza cuando se identifican los principales conceptos, subconceptos y sus definiciones. A menudo, las palabras pueden tener múltiples significados dentro de una o varias disciplinas, así que se deberían definir las palabras cuidadosa y específicamente desde el marco (filosofía, modelo conceptual o teoría) del que derivan. Los esquemas y ejemplos contribuyen a la claridad y deberían ser coherentes. El desarrollo lógico y el tipo de estructura usada deben ser claros, y los supuestos deberían indicarse claramente y ser coherentes con el objetivo de la teoría (Chinn y Kramer, 2008; Reynolds, 1971; Walker y Avant, 2005). Reynolds (1971) habla de la intersubjetividad y afirma: «Debería haber un acuerdo unánime en cuanto a las definiciones de los conceptos y las relaciones entre ellos dentro de una misma teoría» (p. 13). Hardy (1978) recurre a la adecuación lógica y de significado cuando afirma, «Los conceptos y las relaciones entre conceptos deben ser válidos y claramente identificables» (p. 106). Ellis (1968) se refiere a los «criterios de la terminología» para evaluar la teoría, y destaca «el peligro de la pérdida de significado cuando los términos se toman prestados de otras disciplinas y se utilizan en un contexto distinto» (p. 221). Walker y Avant (2005) apuntan que la adecuación lógica de una teoría deriva de la estructura lógica de los conceptos y afirmaciones propuestas en la teoría.

Simplicidad

> «¿Es simple esta teoría?» (Chinn y Kramer, 2008, p. 237)

La simplicidad ha sido muy apreciada en el desarrollo de las teorías en enfermería. Chinn y Kramer (2008) pidieron formas simples de teoría, como la intermedia, para guiar la práctica. Cualquier teoría debe ser suficientemente comprensible, presentada en un nivel de abstracción para servir de guía y tener los mínimos conceptos posibles, junto con relaciones simples, para facilitar la claridad. Reynolds (1971) mantiene que «la teoría más útil es la que ofrece el mayor sentido de conocimiento» (p. 135). Walker y Avant (2005) indican que la escasez es elegante en su simplicidad y todavía más en el contenido.

Generalidad

> «¿Es general esta teoría?» (Chinn y Kramer, 2008, p. 237)

La generalidad de una teoría habla del alcance de los conceptos y del objetivo en la teoría. Ellis (1968) afirma: «Cuanto mayor es el campo de aplicación, mayor es la importancia de la teoría» (p. 129).

La generalidad de un trabajo teórico varía según lo concreto o abstracto que es (Fawcett, 2005).

La importancia de la abstracción se ha ido entendiendo mejor en los últimos años, a medida que más estudiantes han llegado a comprender que los marcos abstractos son útiles en el desarrollo de teorías intermedias. La teoría de Rogers de la Aceleración del Cambio (1986) es un ejemplo de una teoría abstracta de la que se han generado numerosas teorías intermedias.

Precisión empírica

> «¿Es accesible esta teoría?» (Chinn y Kramer, 2008, p. 237)

La precisión empírica se relaciona con la comprobación y uso último de una teoría, y se remite al «punto en que los conceptos están emplazados en la realidad observable» (Hardy, 1978, p. 144). Reynolds (1971) evalúa la importancia empírica y recurre al hecho de que «cualquier persona debería ser capaz de examinar la correspondencia entre una teoría en particular y los datos empíricos objetivos» (p. 18). Este autor apunta que otros científicos deberían ser capaces de evaluar y verificar los resultados por sí solos. Walker y Avant (2005) evalúan la precisión basada en la capacidad de la teoría de generar hipótesis y ser útil para que los científicos la incorporen al cuerpo de conocimientos. Chinn y Kramer (2008) hablan de la accesibilidad en el contexto de indicadores empíricos, llevando claramente los conceptos al nivel de la aplicación práctica.

Consecuencias deducibles

> «¿Es importante esta teoría?» (Chinn y Kramer, 2008, p. 237)

Puede establecerse un paralelismo entre resultado e importancia. Si la investigación, la teoría y la práctica deben estar relacionadas significativamente, las teorías en enfermería deberían dedicarse a la comprobación de la investigación, y ésta debería contener el conocimiento que guía la práctica. Las teorías en enfermería orientan la investigación y la práctica, generan nuevas ideas y diferencian el centro de interés de la enfermería del de otras profesiones (Chinn y Kramer, 2008). Ellis (1968) indica que, para ser considerada útil, «es esencial que la teoría desarrolle y guíe la práctica… las teorías deberían exponer el conocimiento que las enfermeras deben perseguir» (p. 220).

Estos cinco criterios para el análisis de la teoría (claridad, simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles) se utilizan para la revisión crítica de cada trabajo teórico de los capítulos 6 a 36. Estos amplios criterios son suficientes para el análisis de trabajos teóricos, se apliquen o no los trabajos al nivel de abstracción de las filosofías, los modelos conceptuales, las teorías o las teorías intermedias.

RESUMEN

Este capítulo ha presentado una introducción a las teorías en enfermería con una exposición sobre su historia, importancia y análisis. Una enfermera aumenta el valor profesional cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Las enfermeras que utilizan la teoría para estructurar su práctica mejoran la calidad de los cuidados porque organizan más rápidamente los datos del paciente, deciden la acción enfermera necesaria y suministran el cuidado con una expectativa de resultado. Además, son capaces de discutir con otros profesionales de la salud el marco utilizado para estructurar su práctica. La teoría contribuye a aumentar la autonomía profesional de la enfermera guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión. Considerar la práctica enfermera en el contexto de una teoría ayuda a los estudiantes a desarrollar capacidades analíticas y de pensamiento critico, clarifica sus valores y los supuestos, y ofrece una guía para la práctica, la formación y la investigación enfermeras (Alligood y Tomey, 2006; Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005; Meleis, 2007; Tomey y Alligood, 2006).

En general, las enfermeras reconocen la valiosa herencia de los trabajos de los teóricos de la enfermería; es decir, sus filosofías, los modelos conceptuales, las teorías y las teorías intermedias de la enfermería. Las contribuciones de los teóri-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cos presentan la enfermería como una disciplina y proporcionan la estructura de conocimientos para el posterior desarrollo. Modelos y teorías guían la investigación basada en la teoría para la práctica basada en datos científicos. El debate sobre cuál es el mejor modelo que ha llevado al reconocimiento de la diversidad de la enfermería valora lo que cada modelo representa. Actualmente se observa una mayor clarificación en la comprensión de los trabajos teóricos, ya que las enfermeras los usan como marco para la práctica basada en la teoría, así como también las filosofías, los modelos, las teorías y las teorías intermedias se utilizan en la educación, la administración, la investigación y la práctica enfermera.

Durante esta época se ha reconocido la importancia de la ciencia normal. Sólo la enseñanza en las pasadas tres décadas ha dado lugar a un extenso volumen de bibliografía de enfermería sobre las filosofías, modelos, teorías y teorías intermedias que también ha mejorado cualitativamente. A medida que más enfermeras cuentan con una educación superior, ha aumentado la comprensión de los trabajos teóricos enfermeros. El uso de la teoría por parte de las enfermeras ha aumentado espectacularmente su capacidad para el desarrollo del conocimiento de enfermería y los beneficios de la práctica de ésta han ido surgiendo (Chinn y Kramer, 2008; George, 2002; Johnson y Webber, 2004; McEwen y Wills, 2006; Parker, 2006).

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- La Nursing Theory Page de la Hahn School of Nursing, University of San Diego en: http://www.sandiego.edu/ACADEMICS/nursing/theory
- http://www.nursingtheory.net
- Clayton State University, School of Nursing, página de teorías en enfermería en: http://nursing.clayton.edu/eichenberger/nursing
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook, 26*(2), 1113-1120.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 16*, 84-87.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (2003). *American nursing in history* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (2010). *Nursing theory: Utilization & application* (4rd ed.). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006a). The nature of knowledge needed for nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 3–15). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006b). Models and theories in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 17–42). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006c). Models and theories: Critical thinking structures. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 43–65). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006d). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 487–497). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2004). Nursing theory: The basis for professional nursing practice. In K. K. Chitty (Ed.), *Professional nursing: Concepts and challenges* (4th ed., pp. 271–298). Philadelphia: W. B. Saunders.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (1997). *Nursing theory: Utilization & application.* St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2002). *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2006). *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Batey, M. V. (1977). Conceptualization: Knowledge and logic guiding empirical research. *Nursing Research, 26*(5), 324–329.

Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing, 59*(8), 1142–1146.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated knowledge development in nursing* (7th ed.). St. Louis: Elsevier-Mosby.

Cross, K. P. (1981). *Adults as learners.* Washington DC: Jossey-Bass, a subsidiary of John Wiley & Sons.

Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook, 26*(2), 1113–1120.

Ellis, R. (1968). Characteristics of significant theories. *Nursing Research, 27*(5), 217–222.

Fawcett, J. (1978). The relationship between theory and research: A double helix. *ANS Advances in Nursing Science, 1*(1), 49–62.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 16*, 84–87.

Fawcett, J. (1993). *Analysis and evaluation of: Nursing theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2000). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories.* Philadelphia: F. A. Davis.
Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
Fitzpatrick, M. L. (1983). *Prologue to professionalism.* Bowie, MD: Robert J. Brady.
George, J. (2002). *Nursing theories* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. *ANS Advances in Nursing Science, 1*(1), 27–48.
Johnson, B., & Webber, P. (2004). *An introduction to theory and reasoning in nursing* (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Johnson, D. (1959). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook, 7*, 291–294.
Johnson, D. (1968). One conceptual model for nursing. Unpublished paper presented at Vanderbilt University, Nashville, TN.
Johnson, D. (1974, Sept/Oct). Development of the theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Research Nursing, 23*, 372–377.
Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (2003). *American nursing in history* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
King, I. (1971). *Toward a theory of nursing.* New York: John Wiley.
Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.
Levine, M. (1969). *Introduction to clinical nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
McEwen, M., & Wills, E. (2006). *Theoretical basis of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Neuman, B. (1974). The Betty Neuman health systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 94–114). New York: Appleton-Century-Crofts.
Nicoll, L. (1986). *Perspectives on nursing theory.* Boston: Little, Brown.
Nicoll, L. (1992). *Perspectives on nursing theory* (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Nicoll, L. (1997). *Perspectives on nursing theory* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not.* New York: Dover. (Originally published 1859.).
Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of practice.* St. Louis: Mosby.
Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship.* New York: G. P. Putnam's Sons.
Orlando, I. (1972). *The discipline and teaching of nursing process.* New York: G. P. Putnam's Sons.
Parker, M. (2006). *Nursing theory and nursing practice* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
Peterson, S. (2008). *Middle-range theories: Applications to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Reed, P., & Shearer, N. (2008). *Perspectives on nursing theory* (5th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
Reed, P., Shearer, N., & Nicoll, L. (2003). *Perspectives on nursing theory* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Reynolds, P. D. (1971). *A primer for theory construction.* Indianapolis: Bobbs-Merrill.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Rogers, M. E. (1986). Science of unitary human beings. In V. Malinski (Ed.), *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook, 18*, 42–45.
Smith, M., & Leihr, P. (2008). *Middle range theory for nursing* (2nd ed.). New York: Springer Publishing.
Styles, M. M. (1982). *On nursing: Toward a new endowment.* St. Louis: Mosby.
Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Norwalk, CT: Appleton Lange.
Wood, A. F., & Alligood, M. R. (2006). Nursing models: Normal science for nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 17–42). St. Louis: Mosby-Elsevier.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 2

Historia y filosofía de la ciencia

Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

«El estudio de los paradigmas… es principalmente lo que prepara al estudiante para ser miembro de una comunidad científica particular con la que ejercerá más adelante (p. 11). En ausencia de un paradigma… es probable que todos los hechos que posiblemente podrían pertenecer al desarrollo de una ciencia dada parezcan tener la misma importancia» (Kuhn, 1970, p. 15).

La ciencia moderna se estableció hace alrededor de 400 años como una actividad intelectual para formalizar ciertos fenómenos de interés en un intento de describir, explicar, predecir o controlar los estados de los asuntos de la naturaleza. La actividad científica ha persistido porque ha mejorado la calidad de vida y ha satisfecho las necesidades humanas acerca del trabajo creativo, el sentido del orden y el deseo por comprender lo desconocido (Bronowski, 1979; Gale, 1979; Piaget, 1970). El desarrollo de la ciencia enfermera ha evolucionado desde la década de 1960 para que sea entendida como una disciplina científica, gracias a la que se reconoce la excepcional contribución de la enfermería al cuidado de pacientes, familias y comunidades.

VISIONES HISTÓRICAS DE LA NATURALEZA DE LA CIENCIA

Para formalizar la ciencia de la enfermería hay que tener en cuenta una serie de preguntas básicas, como «¿qué son la ciencia, el conocimiento y la verdad?» y «¿qué métodos producen el conocimiento científico?». Éstas son preguntas filosóficas. El término *epistemología* tiene que ver con la teoría del conocimiento en la investigación filosófica. La perspectiva filosófica particular elegida para responder a estas preguntas influirá en cómo los científicos llevarán a cabo las actividades científicas, en cómo interpretarán los resultados y en qué es lo que considerarán ciencia y conocimiento (Brown, 1977). Aunque la filosofía ha estado documentada como actividad durante 3.000 años, la ciencia formal es una actividad humana relativamente nueva (Brown, 1977; Foucault, 1973). Ha sido recientemente cuando la actividad científica se ha convertido en objeto de investigación.

Dos principios filosóficos opuestos, racionalismo y empirismo, han evolucionado en la época de la ciencia moderna con distintas variaciones. Gale (1979) etiquetó estas epistemologías alternativas como centralmente ligadas al poder de la razón y al poder de la experiencia sensorial. Gale encontró similitudes entre las visiones divergentes de la ciencia en el tiempo de los griegos clásicos. Por ejemplo, Aristóteles creía que los avances en las ciencias biológicas se producirían por medio de la observación sistemática de los objetos y los sucesos en el mundo natural, mientras que Pitágoras creía que el conocimiento del mundo natural sería el resultado del razonamiento matemático (Brown, 1977; Gale, 1979).

Autora anterior: Sue Marquis Bishop.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Con el desarrollo de la disciplina, la ciencia de la enfermería se ha caracterizado por dos ramas filosóficas de conocimiento. Se usan varios términos para describir estas posiciones, como formas de ciencia empirista e interpretativa, mecanicista y holística, cuantitativa y cualitativa, deductiva e inductiva. Conocer la naturaleza de estas posiciones filosóficas facilita el reconocimiento de la contribución de cada forma en el conocimiento de la enfermería.

Racionalismo

La epistemología del racionalismo (ámbito de conocimiento) destaca la importancia de un razonamiento previo como método adecuado para avanzar en el conocimiento. El razonamiento previo utiliza la lógica deductiva por razonamiento a partir de la causa de un efecto o por generalización a un caso particular. Un ejemplo en enfermería es la razón por la que la apendicitis (causa) provocará dolor (efecto). El científico que sigue esta tradición aborda la tarea de la investigación científica desarrollando una explicación sistemática (teoría) de un fenómeno concreto (Gale, 1979). Este sistema conceptual se analiza centrándose en la estructura lógica de la teoría y del razonamiento lógico implicado en este desarrollo. Algunas suposiciones teóricas procedentes del razonamiento deductivo están sujetas a pruebas experimentales para corroborar la teoría. Reynolds (1971) etiquetó este enfoque como *la estrategia de la teoría seguida de la investigación*. Si los hallazgos de la investigación no se corresponden con las suposiciones teóricas, se llevará a cabo una investigación adicional o se realizarán modificaciones en la teoría y se prepararán nuevas pruebas; si no, la teoría se descartará y se sustituirá por una explicación alternativa (Gale, 1979; Zetterberg, 1966). Popper (1962) argumentaba que la ciencia iba a evolucionar más rápido por medio del proceso de las conjeturas y las refutaciones, revisando la investigación como intento de rechazar nuevas ideas. Por ejemplo, su razón es simple: nunca se puede demostrar que todas las personas con apendicitis tienen dolor porque podría haber una que no lo tuviera. Una persona con apendicitis que no tiene dolor desmiente la teoría de que *todas* las personas con apendicitis tienen dolor. Desde la perspectiva de Popper, «la investigación consiste en generar hipótesis y luego intentar rechazarlas» (Lipton, 2005, p. 1263).

La visión racionalista se evidencia con más claridad en la obra de Einstein, el físico teórico que extendió el uso de las ecuaciones matemáticas para desarrollar sus teorías. Estas teorías ofrecen un marco imaginativo, que ha dirigido la investigación en numerosas áreas (Calder, 1979). Como afirmaba Reynolds (1971), si alguien cree que la ciencia es un proceso para inventar descripciones o fenómenos, la estrategia adecuada para la construcción de la teoría es la estrategia de la teoría seguida de investigación. Según el punto de vista de Reynolds, «mientras lo continuo interactúa entre la construcción de la teoría (invención) y la comprobación con los métodos empíricos de investigación, la teoría se vuelve más precisa y completa como descripción de la naturaleza y, en consecuencia, más útil para las metas de la ciencia» (p. 145).

Empirismo

La visión empirista se basa en la idea central de que el conocimiento científico sólo puede derivarse de una experiencia sensorial. Francis Bacon (Gale, 1979) consiguió credibilidad al popularizar el enfoque empirista como base de la investigación. Bacon creía que la realidad científica se descubría mediante la generalización de la observación de hechos en el mundo natural. Este enfoque, conocido como *método inductivo*, está basado en la idea de que la observación de los hechos precede a los intentos de formular generalizaciones, llamado por Reynolds (1971) *enfoque de investigación seguida de teoría*. Uno de los mejores ejemplos que pueden usarse para demostrar esta forma de lógica en enfermería tiene relación con la formulación de un diagnóstico diferencial que requiere recoger hechos y luego revisar una lista de posibles teorías para explicar los hechos.

La visión empirista estricta se refleja en la obra del conductista Skinner. En un escrito de 1950, Skinner expuso que se podían esperar avances en la ciencia de la psicología si los científicos se centraban en la recogida de datos empíricos. Fue cuidadoso en no extraer inferencias precoces, y propuso una moratoria en la construcción de la teoría hasta que se recogieran más hechos. El enfoque de Skinner (1950) en la construcción de la teoría fue claramente inductivo. Su visión de la ciencia y la popularidad del conductismo influyeron en el cambio de la psicología, haciendo énfasis en la construcción de la teoría a partir de la recopilación

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de hechos, entre las décadas de 1950 y 1970 (Snelbecker, 1974). La dificultad del método inductivo en los estudios de investigación estriba en que el mundo presenta un número infinito de observaciones posibles y, por tanto, el científico debe trasladar las ideas a la experiencia para decidir qué debe observar y qué debe excluir (Steiner, 1977). Aunque Skinner negó haber desarrollado una teoría en sus escritos más tempranos, Bixenstine (1964) afirmó: «Skinner es creativo al utilizar los elementos conceptuales de su teoría en una amplia variedad de aplicaciones, desde el adiestramiento de palomas para guiar misiles hasta el desarrollo de máquinas para enseñar, pasando por la construcción de un modelo de sociedad» (p. 465).

VISIONES DE PRINCIPIOS DEL SIGLO xx SOBRE LA CIENCIA Y LA TEORÍA

Durante la primera mitad del siglo xx, los filósofos se centraron en el análisis de la estructura de la teoría, mientras que los científicos trabajaban en la investigación empírica (Brown, 1977). Había un mínimo interés por la historia de la ciencia, su naturaleza o las similitudes entre la visión filosófica de la ciencia y los métodos científicos (Brown, 1977). El *positivismo*, término utilizado por primera vez por Comte, emergió como la visión dominante en la ciencia moderna (Gale, 1979). Los positivistas lógicos modernos creían que la investigación empírica y el análisis lógico eran dos enfoques que iban a producir el conocimiento científico. Los positivistas lógicos abogaban por el sistema de la lógica simbólica, elaborada entre 1910 y 1913 por Whitehead y Russell, como enfoque adecuado para descubrir la verdad (Brown, 1977).

Los empiristas lógicos ofrecían una visión más indulgente del positivismo lógico y argumentaron que las proposiciones teóricas (una proposición afirma o niega algo) tienen que demostrarse mediante la observación y la experimentación (Brown, 1977). Esta perspectiva tiene su raíz en la idea de que los hechos empíricos existen independientemente de las teorías, y ofrecen la única base para la objetividad en la ciencia (Brown, 1977). La realidad objetiva existe independientemente del investigador. Desde este punto de vista, la tarea de la ciencia es descubrirla. La visión del empirista comparte similitudes con la idea de Aristóteles de la ciencia biológica y con el método inductivo de Bacon como el verdadero método del estudio de investigación científica (Gale, 1979). Esta visión de la ciencia se presenta en cursos de métodos de investigación como la visión única ortodoxa de la iniciativa científica. Con sus palabras, este punto de vista se explica de la siguiente manera: «El científico, primero, lleva a cabo un experimento; observa lo que ocurre…; llega a una hipótesis preliminar para describir lo que ha ocurrido; realiza más experimentos para probar la hipótesis [y] finalmente corrige o modifica la hipótesis en vista de los resultados» (Gale, 1979, p. 13).

La creciente utilización de ordenadores, que permiten el análisis de grandes cantidades de datos, puede haber contribuido a la aceptación del enfoque positivista de la ciencia moderna (Snelbecker, 1974). De todos modos, en la década de 1950, la bibliografía empezó a reflejar un cuestionamiento de la visión positivista, y así empezó a nacer una nueva visión de la ciencia (Brown, 1977).

VISIONES EMERGENTES DE LA CIENCIA Y LA TEORÍA A FINALES DEL SIGLO xx

En los últimos años del siglo xx varios autores publicaron estudios que cuestionaban la postura positivista, y ofrecían la base para una nueva perspectiva en la ciencia (Brown, 1977; Foucault, 1973; Hanson, 1958; Kuhn, 1962; Toulmin, 1961). Foucault (1973) publicó un análisis (editado inicialmente en francés en 1966) de la *epistemología* (conocimiento) de las ciencias humanísticas de los siglos xvii al xix. Su principal tesis afirmaba que el conocimiento empírico se organizó siguiendo distintas pautas en un momento determinado y en una cultura determinada. A lo largo del tiempo, experimentó cambios en el centro de interés de la investigación, en lo que se entendía por conocimiento científico y en cómo se organizaba el conocimiento. Además, concluyó que ha sido recientemente cuando los seres humanos se han convertido en objetos de estudio. Schutz (1967), en su *Phenomenology of the Social World,* argumentaba que los científicos que intentaban entender el mundo social no podían comprender de manera cognitiva un mundo externo que fuera independiente de sus propias experiencias de vida. La fenomenología presentada por Edmund Husserl

(1859-1938) proponía que el objetivismo de la ciencia excluía la percepción adecuada del mundo (Husserl, 1931, 1970). Un enfoque fenomenológico reduce las observaciones o el texto a los significados de los fenómenos, independientemente de sus ocasiones particulares. Este enfoque habitualmente se centra en el significado vivido de las experiencias.

En 1977, Brown expuso una nueva revolución intelectual en la filosofía que enfatizaba que la historia de la ciencia reemplazaba la lógica formal como el principal instrumento analítico en la filosofía de la ciencia. Una de las principales perspectivas de la nueva filosofía se centraba en la ciencia como proceso de investigación continuada, más que como un producto centrado en los descubrimientos. En esta epistemología emergente, el énfasis se desvió hacia entender el descubrimiento y el proceso científico a medida que las teorías cambian con el tiempo.

Los empiristas ven los fenómenos objetivamente, recogen datos y los analizan para proponer una teoría inductivamente (Brown, 1977). Esta forma se basa en que la realidad objetiva existe en el mundo, esperando ser descubierta. Brown (1977) presentó una nueva epistemología para desafiar la visión empirista, proponiendo que las teorías desempeñaban un papel crucial en determinar lo que el científico observa y cómo lo interpreta. La historia siguiente, relatada a Marquis Bishop por su abuela, ilustra la premisa de Brown de que las observaciones están cargadas de conceptos; es decir, una observación está influida por los valores y las ideas que están en la mente del observador:

> Un hombre y su mujer están sentados ante la chimenea y observan en silencio a su hijo primogénito que duerme en la cuna. La madre observa a su retoño y se lo imagina aprendiendo a hablar y, después, a caminar. Continúa su ensueño imaginándoselo mientras juega con sus amigos, cuando llega al colegio y, después, cuando va a la universidad. Finaliza su sueño viendo cómo su hijo es elegido presidente de Estados Unidos. Sonríe y mira a su marido, quien también había estado observando intensamente a su hijo. «¿En qué piensas, cariño?» El marido responde: «En este momento estaba pensando que no entiendo cómo alguien puede construir una cuna tan bien hecha como ésta, venderla por 24,95 dólares y, aun así, obtener beneficios».

Brown (1977) presentó el ejemplo de un químico y un niño que caminan juntos y pasan por delante de una fundición. El químico capta el olor de dióxido sulfúrico y el niño dice que huele a huevos podridos. Los dos observadores del ejemplo respondieron a la misma observación, pero con interpretaciones totalmente distintas. Al estudiar la dinámica familiar, los estudiantes pueden analizar vídeos de sesiones de terapias de familia para aprender los distintos enfoques a situaciones familiares. Los estudiantes noveles suelen centrarse en el contenido de la interacción familiar (lo que un miembro le dice al otro) o en las conductas de los miembros de la familia por separado. Tras estudiar la visión del sistema de las familias centrada en transacciones pautadas entre los miembros de la familia, los estudiantes pueden reconocer y describir las relaciones entre los miembros de la familia que no percibieron cuando vieron los vídeos por primera vez. Por ejemplo, el hijo se retira cuando sus padres discuten y la mujer aprieta los dientes cada vez que habla su marido. Conceptos y teorías establecen fronteras y especifican fenómenos pertinentes para el razonamiento acerca de pautas específicas. Por ejemplo, el concepto de red social puede ser más fructífero para estudiar las relaciones social que el concepto de grupo en algunos casos, porque centra su atención en un conjunto más complejo de relaciones que están más allá de las fronteras de cualquier situación (Bishop, 1984; Irving, 1977). Estos ejemplos representan diferentes ideas que pueden surgir de cada persona.

Si los científicos observan las pautas en el mundo empírico basado en sus teorías presupuestas, ¿cómo pueden percibirse las nuevas pautas o cómo pueden formularse los nuevos descubrimientos? Gale (1979) respondió proponiendo que el científico es capaz de percibir intromisiones contundentes del entorno que cuestionan su razonamiento mental previo, y así surgen preguntas acerca de la perspectiva teórica actual. Por tanto, Brown (1977) mantenía que un presupuesto marco teórico influye en la percepción; sin embargo, las teorías no son el único factor determinante en la percepción del científico. Brown identificó tres puntos de vista distintos de la relación entre teoría y observación:

1. Los científicos son simples observadores pasivos de los sucesos del mundo empírico. Los datos perceptibles constituyen una realidad objetiva que espera a ser descubierta.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. Las teorías estructuran lo que percibe el científico en el mundo empírico.
3. Las teorías presupuestas y los datos observables interactúan en el proceso de investigación científica (Brown, 1977, p. 298).

El argumento de Brown que explica una perspectiva interaccionista coincide con el consenso científico en el estudio del reconocimiento de las pautas de cómo procesan la información los humanos. Las distintas miniteorías siguientes han dirigido sus esfuerzos de investigación en esta área: *a)* la teoría basada en los datos o ascendente, y *b)* la teoría basada en los conceptos o descendente (Norman, 1976). En la teoría ascendente, las expectativas cognoscitivas (lo que se conoce o las formas de organizar el significado) se utilizan para seleccionar la información de entrada y procesar esa información que proviene del entorno. La segunda teoría supone que los datos se perciben como información no etiquetada, y se analizan como datos aún por procesar, aumentando los niveles de complejidad hasta que se han clasificado todos los datos. La evidencia de la investigación actual deja en entredicho que el reconocimiento de las pautas humanas progresa mediante una interacción de procesos, basados tanto en los datos como en los conceptos, y utiliza fuentes de información en categorías cognitivas, debidamente organizadas y en estímulos del entorno sensorial. La perspectiva interaccionista se encuentra claramente reflejada en la teoría del funcionamiento cognitivo humano de Piaget:

> El hombre de Piaget prefiere seleccionar e interpretar de manera activa la información del entorno para la construcción de su propio conocimiento, más que copiar pasivamente la información tal como llega a los sentidos. Mientras pone atención y toma en consideración la estructura del entorno durante la búsqueda del conocimiento, el hombre de Piaget reconstruye y reinterpreta el entorno [según] su propio marco mental… La mente no copia el mundo… ni lo ignora creando una concepción mental particular de éste desde su totalidad… la mente se funde con el entorno de manera extremadamente activa, dirigida por uno mismo (Flavell, 1977, p. 6).

Si se acepta la tesis de que la realidad objetiva no existe y de que la ciencia es un proceso interactivo entre las teorías inventadas y las observaciones empíricas, ¿cómo pueden los científicos determinar la verdad y el conocimiento científico? En la nueva epistemología, la ciencia se considera un proceso en curso. Se da mucha importancia a la idea de consenso entre los científicos. Como concluyó Brown (1977), el hecho de que la ciencia pueda establecer verdades finales es un mito. Los intentos de consenso basados en los juicios razonados sobre las evidencias disponible es lo máximo que se puede esperar. En esta visión de la ciencia, el conocimiento científico es lo que la comunidad de científicos, en todas las etapas de la historia, considera conocimiento científico. El consenso actual entre los científicos determina la verdad de una afirmación teórica concreta, concluyendo si se presenta o no una descripción de la realidad (Brown, 1977). Este consenso es posible gracias a la colaboración de numerosos científicos, que ponen su trabajo a disposición de la revisión pública y el debate, y también porque se construye a partir de estudios de investigación previos (Randall, 1964). «El individuo (científico) presenta ideas, y la comunidad científica las valora mediante sus criterios objetivos» (Randall, 1964, p. 59).

En una época y en una disciplina determinadas, la ciencia se estructura desde un conjunto aceptado de presuposiciones que definen los fenómenos para el estudio y definen los métodos adecuados para la recolección e interpretación de los datos (Brown, 1977; Foucault, 1973; Kuhn, 1962). Estas presuposiciones ponen las fronteras de la iniciativa científica en un campo en concreto. Veamos la idea de Brown acerca de las interrelaciones entre la teoría y la observación empírica:

> La teoría determina lo que deben hacer las observaciones y cómo deben entenderse, y la observación pone en duda las estructuras teóricas aceptadas. El intento continuo de elaborar un cuerpo coherentemente organizado de teoría y observación es la fuerza principal de la investigación, y el fracaso persistente de proyectos de investigación específicos lleva a revoluciones científicas (Brown, 1977, p. 167).

La presentación y la aceptación de una teoría revolucionaria puede alterar las presuposiciones y teorías existentes, y puede crear un conjunto diferente de procedimientos. El resultado es otro conjunto de problemas o una manera distinta de interpretar las observaciones; es decir, una nueva fotografía del mundo (Kuhn, 1962). En esta

interpretación de la ciencia, el énfasis debe ponerse en la investigación en curso, más que en los descubrimientos establecidos. Según Kuhn, la ciencia progresa de una preciencia a una ciencia normal, a una crisis, a una revolución y luego a una nueva ciencia normal. Una vez se desarrolla la ciencia normal, el proceso vuelve a empezar cuando irrumpe una crisis y desemboca en una revolución, y vuelve a surgir una nueva ciencia normal (Kuhn, 1970; Nyatanga, 2005). Esto es a lo que Kuhn llama cambio de paradigma en el desarrollo científico dentro de una disciplina.

INTERDEPENDENCIA DE LA TEORÍA Y LA INVESTIGACIÓN

Tradicionalmente, la construcción de la teoría y la investigación se han impartido a los estudiantes en cursos separados. A menudo, esta separación ha causado problemas a los estudiantes para entender la naturaleza de las teorías y para comprender la relevancia de los esfuerzos de la investigación (Winston, 1974). La aceptación de la visión positivista de la ciencia puede haber influido en la clara distinción entre la teoría y los métodos de investigación (Gale, 1979). Aunque la teoría y la investigación pueden observarse como operaciones distintas, se pueden interpretar más acertadamente como componentes interdependientes del proceso científico (Dubin, 1978). A la hora de construir una teoría, el teórico debe ser consciente de los hallazgos empíricos disponibles y debe ser capaz de tenerlos en cuenta porque la teoría está, en parte, ligada a la organización y a la formalización del conocimiento disponible de un fenómeno determinado. La teoría está sujeta a revisión si las hipótesis no llegaran a corresponderse con los hallazgos empíricos o si la teoría se abandonara a favor de una explicación alternativa que justificara la nueva información (Brown, 1977; Dubin, 1978; Kuhn, 1962).

En las teorías contemporáneas de la ciencia, la iniciativa científica se ha descrito como una serie de fases, con énfasis en las fases de descubrimiento y verificación (o aceptación) (Gale, 1979; Giere, 1979). Según Gale, estas fases tienen que ver principalmente con la presentación y la comprobación de las nuevas ideas. Durante la fase de descubrimiento, se introducen nuevas formas de pensar sobre los fenómenos y nuevos datos en la comunidad científica. Durante este tiempo, el objetivo consiste en presentar un argumento persuasivo para demostrar que las nuevas concepciones representan una mejora sobre las concepciones previas (Gale, 1979). La verificación se caracteriza por los esfuerzos de la comunidad científica por analizar y comprobar de forma crítica las nuevas concepciones, intentando rechazarlas. Los nuevos puntos de vista, entonces, están sujetos a comprobaciones y a análisis (Gale, 1979). De todos modos, Brown (1977) argumentó que el descubrimiento y la verificación no podían observarse como fases distintas porque la comunidad científica no suele aceptar una nueva concepción hasta que ha estado sujeta a un número importante de comprobaciones. Sólo entonces se puede aceptar como un nuevo descubrimiento.

En una disciplina científica, no es correcto juzgar una teoría basándose en la autoridad, la fe o la intuición; una teoría debería juzgarse en función del consenso científico (Randall, 1964). Por ejemplo, si una teoría enfermera específica se considera aceptable, este juicio no debería hacerse sólo porque un líder enfermero respetado defienda esta teoría. Los sentimientos personales sobre la teoría, como «Me gusta esta teoría» o «No me gusta esta teoría», no son una base de juicio válida. La teoría debería considerarse aceptable por su fondo lógico, conceptual o empírico. La comunidad científica realiza este tipo de juicios (Gale, 1979).

El avance en la ciencia es un trabajo de colaboración que muchos investigadores evalúan y construyen a partir del trabajo de otros. Las teorías, los procedimientos y los descubrimientos de los estudios empíricos deben estar disponibles para someterlos a una revisión crítica de los científicos, para que la evidencia sea acumulativa. Los mismos procedimientos pueden utilizarse para dar apoyo o rechazar un cierto análisis o descubrimiento. Una teoría se acepta cuando los científicos están de acuerdo en que ofrece una descripción de la realidad que abarca el fenómeno de los descubrimientos disponibles de la investigación (Brown, 1977). La aceptación de una hipótesis científica depende de la coherencia de la teoría, que implica cuestiones de lógica, y de la correspondencia de la teoría, que implica esfuerzos para relacionar la teoría con fenómenos observables mediante la investigación (Steiner, 1978). Gale (1979) etiquetó estos criterios como asuntos epistemológicos y metafísicos.

Por tanto, el consenso relacionado con la correspondencia de la teoría no está basado en un solo estudio. La repetición de pruebas es funda-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mental. El estudio debe repetirse bajo las mismas condiciones y las suposiciones teóricas deben explorarse bajo condiciones o con medidas distintas. Así, el consenso se basa en la acumulación de indicios (Giere, 1979). Cuando la teoría no parece tener el apoyo de la investigación, la comunidad científica no tiene por qué rechazarla necesariamente. Más que aceptar que existe un problema en la teoría en sí, la comunidad puede establecer juicios sobre la validez o la confianza en las medidas utilizadas para demostrar la teoría o sobre la adecuación del diseño de la investigación. Estas posibilidades se consideran evaluando de manera crítica los intentos para demostrar una teoría concreta.

Para cualquier teoría, el consenso científico es necesario en tres áreas fundamentales: *a)* acuerdo sobre los límites de la teoría, es decir, el fenómeno del que trata y los fenómenos que excluye (criterio de coherencia); *b)* acuerdo acerca de la lógica usada para construir la teoría a fin de lograr una mayor comprensión desde una perspectiva similar (criterio de coherencia), y *c)* acuerdo de que la teoría coincide con los datos recogidos y analizados por medio de la investigación (criterio de correspondencia) (Brown, 1977; Dubin, 1978; Steiner, 1977, 1978). Esencialmente, el consenso en estas tres áreas constituye un acuerdo entre los científicos para «mirar las mismas "cosas", para hacerlo de la misma manera y para tener un grado de confianza certificado por una prueba empírica» (Dubin, 1978, p. 13). De este modo, debe ser posible investigar la teoría con pruebas para contrastarla con la realidad. Las formas retroductiva (razonamiento abductivo), deductiva e inductiva de razonamiento pueden utilizarse como progresos de la ciencia creando descripciones teóricas y explicaciones de la realidad, intentando justificar los descubrimientos disponibles, derivando hipótesis contrastadas y evaluando teorías desde la perspectiva de nuevos datos empíricos (Steiner, 1978).

La mayor parte de la investigación se podría clasificar dentro de la categoría que Kuhn (1962) denomina *ciencia normal*. En la ciencia normal, la investigación científica implica probar una cierta teoría, desarrollar nuevas aplicaciones de la misma o ampliarla. En escasas ocasiones se desarrolla una nueva teoría con distintas suposiciones, que podría sustituir posiblemente las teorías previas. Kuhn (1962) la describió como ciencia revolucionaria y explicó la teoría con distintas presuposiciones como teoría revolucionaria. Un cambio en los supuestos aceptados crea una serie de fronteras y procedimientos que sugieren un nuevo conjunto de problemas o una nueva manera de interpretar las observaciones (Kuhn, 1962).

En las ciencias sociales y conductuales, los retos acerca de las suposiciones que subyacen en los métodos aceptados del diseño experimental, medición y análisis estadísticos ponen de relieve la búsqueda de leyes universales y el uso de procedimientos por asignación aleatoria de sujetos a través de los contextos. Mishler (1979) afirmaba que, a la hora de estudiar el comportamiento, los científicos deberían desarrollar métodos y procedimientos que dependan del contexto para su significado, más que eliminar el contexto buscando leyes que se mantengan en otros contextos. Esta crítica de los métodos y suposiciones de la investigación procede de los teóricos fenomenológicos y etnometodológicos, que ven el proceso científico desde un paradigma totalmente distinto (Bowers, 1992; Hudson, 1972; Mishler, 1979; Pallikkathayil y Morgan, 1991).

El enfoque adecuado de la investigación no es intentar confirmar una teoría o hipótesis, sino más bien rechazar una hipótesis en concreto (Popper, 1962). La repetición de fracasos en los intentos de rechazo de la teoría confiere apoyo y aceptación de la teoría por parte de la comunidad científica (Dubin, 1978). No obstante, el énfasis se coloca siempre en la investigación en curso, más que en los descubrimientos establecidos (Brown, 1977). En el futuro, la información nueva o una nueva forma convincente de ver la misma evidencia puede conducir a una valoración nueva de la teoría. Una teoría previamente aceptada se abandona por otra teoría si ésta no consigue corresponderse con descubrimientos empíricos o si no representa una dirección clara para investigaciones futuras. La comunidad científica juzga la teoría alternativa elegida para justificar los datos disponibles y para sugerir más líneas en los estudios de investigación (Brown, 1977).

Popper observó que las refutaciones de una teoría determinada se interpretan a menudo como un fracaso de quien elaboró la teoría o de la teoría. Según su opinión, «cada rechazo debería tomarse como un gran éxito; no simplemente como el éxito del científico que rechazó la teoría, sino también como el éxito del que creó la teoría rechazada y, por consiguiente, quien sugirió…, aunque sólo sea indirectamente, el rechazo del experimento» (Popper, 1962, p. 243).

No existe una sola ciencia ni un solo método científico. Se conocen varias ciencias, cada una con fenómenos, una estructura y métodos de estudio de investigación únicos (Springagesh y Springagesh, 1986). Con todo, lo más común entre las ciencias son los esfuerzos de los científicos para separar la verdad de la especulación con el fin de avanzar en el conocimiento (Snelbecker, 1974). En las cuestiones acerca de la estructura del conocimiento en una ciencia determinada, el consenso de los científicos en la disciplina decide lo que hay que considerar conocimiento científico y los métodos de investigación adecuados (Brown, 1977; Gale, 1979).

En el campo de la enfermería existe consenso en que la base de conocimiento para la práctica enfermera es incompleta y en que el desarrollo de una base científica para la práctica enfermera es una prioridad importante para la disciplina. Los paradigmas pospositivistas e interpretativos han logrado que la enfermería los acepte como paradigmas que guían el desarrollo del conocimiento (Ford-Gilboe, Campbell y Berman, 1995). El pospositivismo se centra en el descubrimiento de pautas que puedan describir, explicar o predecir los fenómenos. Rechaza las visiones positivistas antiguas, tradicionales, de un conocimiento objetivo último que se observa solamente por medio de los sentidos (Ford-Gilboe et al., 1995; Weiss, 1995). El paradigma interpretativo tiende a basar la comprensión sobre los significados de las interacciones sociales de los participantes que destacan la situación, el contexto y las múltiples construcciones cognitivas que las personas crean a partir de fenómenos de la vida diaria (Ford-Gilboe et al., 1995). El paradigma crítico para el desarrollo del conocimiento en enfermería también se ha descrito como un paradigma emergente, posmoderno, que ofrece el marco para el estudio de investigaciones sobre la interacción entre lo social, lo político, lo económico, los factores relacionados con el género y la cultura, y las experiencias de salud y enfermedad (Ford-Gilboe et al., 1995). Una amplia concepción del posmodernismo incluye las filosofías particulares que tratan de la «objetivación del conocimiento», como la fenomenología, la hermenéutica, el feminismo, la teoría crítica y el postestructuralismo (Omery, Kasper y Page, 1995).

Las diferentes ciencias están en diferentes etapas de desarrollo. La física, a excepción de las matemáticas, se considera la ciencia más exacta de todas; las ciencias de la vida, como la botánica, no están tan desarrolladas científicamente; las ciencias sociales aún están menos desarrolladas. Hasta finales de la década de 1950, el uso del término *ciencia enfermera* en la bibliografía era poco habitual. La filosofía enfermera se ha ido desarrollando a lo largo de un período de 150 años; no obstante, Fry (1999) concluyó que la investigación filosófica era de desarrollo reciente en enfermería, que no era todavía un campo bien definido en enfermería. Fry citó las siguientes evidencias para ilustrar el aumento de interés y productividad en la filosofía enfermera como campo de investigación:

1. La fundación del Institute for Philosophical Nursing Research en la Universidad de Alberta en la década de 1980.
2. El mayor número de artículos y libros publicados sobre la filosofía enfermera.
3. La fundación de la publicación *The Philosophy of Nursing*.

Se ha sostenido que los cambios evolutivos asociados a la era de la información son puntos de vista enfermeros cambiantes sobre posibles realidades y están creando un cambio filosófico en enfermería (Carper, 1978; Silva, Sorrell y Sorrell, 1995). Este cambio se vio como un cambio del centro de atención desde un énfasis filosófico exclusivo en cuestiones epistemológicas sobre el conocimiento a cuestiones ontológicas sobre significado, existencia y realidad (Silva et al., 1995). Más recientemente, se ha propuesto que el desarrollo súbito y numeroso de licenciaturas de enfermería y el mayor número de programas de doctorado en enfermería está asociado a cambios en la ciencia de la filosofía de enfermería, los problemas ontológicos de las enfermeras y una mayor atención hacia el arte de la enfermería (Alligood, 2002).

En comparación con otras ciencias en desarrollo, la ciencia enfermera está en las primeras etapas del desarrollo científico. Sin embargo, al entrar en el siglo xxi hay numerosas pruebas de un mayor número de enfermeras expertas que participan activamente en el avance del conocimiento para la disciplina de la enfermería a través de la investigación y el diálogo entre expertos. Esto puede verse en la aparición de teorías intermedias que utilizan teorías inductivas y deductivas, además de la síntesis de teorías de diferentes disciplinas (Peterson y Bredow, 2004; Sieloff y Frey, 2007; Smith y Liehr, 2003). Este nuevo siglo de investigación en enfermería por enfermeras científicas y eruditas examina

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

fenómenos de enfermería de interés y proporciona pruebas de práctica avanzada y de calidad.

LA CIENCIA COMO INICIATIVA SOCIAL

El proceso de investigación científica puede considerarse una iniciativa social (Mishler, 1979). Como citó Gale: «Son los seres humanos los que hacen la ciencia» (1979, p. 290). De este modo, se puede anticipar que los factores sociales, económicos o políticos pueden influir en la iniciativa científica (Brown, 1977). Por ejemplo, la popularidad de ciertas ideologías puede influir en cómo se ven los fenómenos y qué problemas se deben seleccionar para el estudio (Hudson, 1972). Además, la disponibilidad de financiación para investigar en un área concreta puede aumentar la actividad de la investigación de dicha área. La ciencia no depende de las características o convicciones personales de ningún científico o grupo de científicos, sino que es enormemente autocrítica en la comunidad de científicos (Randall, 1964). La ciencia progresa mediante «juicios razonados por parte de los científicos y mediante el debate dentro de la comunidad científica» (Brown, 1977, p. 167). El diálogo en la disciplina enfermera sigue evolucionando hacia un mayor respeto por cada enfoque que genera un conocimiento nuevo de un fenómeno. Se debate la utilización de uno o múltiples paradigmas o la creación de un paradigma unificado a partir de muchos en relación con los avances en la epistemología de la enfermería.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Cien términos filosóficos básicos en: http://www.str.org/site/News2?page=NewsArticle&id=5493
- Filosofía de la ciencia de Kant en: http://plato.stanford.edu/entries/kant-science/
- Karl Popper en: http://cscs.umich.edu/~crshalizi/notabene/popper.html
- Edmund Husserl en: http://plato.stanford.edu/entries/husserl/
- Fenomenología en: http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/
- Razonamiento abductivo en: http://user.uni-frankfurt.de/~wirth/inferenc.htm

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (2002). A theory of the art of nursing discovered in Rogers' Science of Unitary Human Beings. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 55-60.

Bishop, S. M. (1984). Perspectives on individual-family-social network interrelations. *Interrelational Journal of Family Therapy, 6*(2), 124-135.

Bixenstine, E. (1964). Empiricism in latter-day behavioral science. *Science, 145*, 465.

Bowers, L. (1992). Ethnomethodology I: An approach to nursing research. *International Journal of Nursing Studies, 29*(1), 59-67.

Bronowski, J. (1979). *The visionary eye: Essays in the arts, literature and science.* Cambridge, MA: MIT Press.

Brown, H. (1977). *Perception, theory and commitment: The new philosophy of science.* Chicago: University of Chicago Press.

Calder, N. (1979). *Einstein's universe.* New York: Viking.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Advances in Nursing Science, 1*(1), 13-23.

Dubin, R. (1978). *Theory building.* New York: Free Press.

Flavell, J. H. (1977). *Cognitive development.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ford-Gilboe, M., Campbell, J., & Berman, H. (1995). Stories and numbers: Coexistence without compromise. *ANS Advances in Nursing Science, 18*(1), 14-26.

Foucault, M. (1973). *The order of things: An archaeology of the human sciences.* New York: Vintage Books.

Fry, S. (1999). The philosophy of nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 13*(1), 5-15.

Gale, G. (1979). *Theory of science: An introduction to the history, logic and philosophy of science.* New York: McGraw-Hill.

Giere, R. N. (1979). *Understanding scientific reasoning.* New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Hanson, N. R. (1958). *Patterns of discovery.* Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Hudson, L. (1972). *The cult of the fact.* New York: Harper & Row.

Husserl, E. (1931). *Ideas: General introduction to pure phenomenology.* W. R. Boyce Gibson, trans. New York: Humanities Press.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology.* David Carr, trans. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Irving, H. W. (1977). Social networks in the modern city. *Social Forces, 55*, 867-880.

Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.

Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (3rd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Lipton, P. (2005). The Medawar lecture 2004. The truth about science. *Philosophical Transactions of The Royal Society*, *360*, 1259-1269.
Mishler, E. G. (1979). Meaning in context: Is there any other kind? *Harvard Educational Review*, *49*, 1-19.
Norman, D. A. (1976). *Memory and attention: An introduction to human information processing*. New York: John Wiley & Sons.
Nyatanga, L. (2005). Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today*, *25*(8), 670-674.
Omery, A., Kasper, C. E., & Page, G. G. (1995). *In search of nursing science*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
Pallikkathayil, L., & Morgan, S. (1991). Phenomenology as a method for conducting clinical research. *Applied Nursing Research*, *4*(4), 195-200.
Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2004). *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Piaget, J. (1970). *The place of the sciences of man in the system of sciences*. New York: Harper & Row.
Popper, K. (1962). *Conjectures and refutations*. New York: Basic Books.
Randall, J. H. (1964). *Philosophy: An introduction*. New York: Barnes & Noble.
Reynolds, P. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
Schutz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*. EvanstonIL: Northwestern University Press.
Sieloff, C. L., & Frey, M. A. (Eds.). (2007). *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer Publishing Co.
Silva, M. C., Sorrell, J. M., & Sorrell, C. D. (1995). From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, *18*(1), 1-13.
Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary? *Psychological Review*, *57*, 193-216.
Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2003). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing Co.
Snelbecker, G. (1974). *Learning theory, instructional theory, and psychoeducational design*. New York: McGraw-Hill.
Springagesh, K., & Springagesh, S. (1986). Philosophy and scientific approach. *Contemporary Philosophy*, *11*(6), 18-20.
Steiner, E. (1977). *Criteria for theory of art education*. Unpublished monograph presented at Seminar for Research in Art Education, Philadelphia.
Steiner, E. (1978). *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Washington, DC: University Press.
Toulmin, S. (1961). *Foresight and understanding*. New York: Harper & Row.
Weiss, S. J. (1995). Contemporary empiricism. In A. Omery, C. E. Kasper & G. G. Page (Eds.), *In search of nursing science*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
Winston, C. (1974). *Theory and measurement in sociology*. New York: John Wiley & Sons.
Zetterberg, H. L. (1966). *On theory and verification in sociology*. Totowa, NJ: Bedminster Press.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 3

Razonamiento lógico

Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

«Igual que muchas otras palabras, deducción e inducción tienen significados comunes relacionados, pero diferentes de su significado en los sistemas de la lógica» (Chinn y Kramer, 2008, p. 215).

La lógica es una rama de la filosofía que trata del análisis de las inferencias y los argumentos. Una inferencia implica la formación de una conclusión basada en alguna evidencia. A pesar de que normalmente el concepto de *argumento* se asocia con el de discrepancia, en lógica un argumento consta de una conclusión más la evidencia que la apoya, es decir, que la premisa justifica la conclusión. Las evidencias que sirven para demostrar una conclusión pueden ser una o más afirmaciones teóricas o premisas. Las herramientas de la lógica permiten el análisis del razonamiento de las premisas a la conclusión (Pospesel, 1974).

Una *inferencia* describe una forma sistemática de razonamiento que progresa del descubrimiento científico a una conclusión (Davis, 2006). Si la conclusión es cierta requiere métodos científicos para realizar estudios de certeza y explicación de los fenómenos. Los científicos crean teorías para el objetivo de la explicación (Gustafsson, 2006).

Una teoría puede desarrollarse mediante un razonamiento deductivo, inductivo o retroductivo (abductivo). Por tanto, la coherencia interna de una teoría puede valorarse utilizando el criterio del desarrollo lógico. Este análisis valora si el desarrollo de las series de afirmaciones teóricas de la teoría sigue una forma lógica de razonamiento. Tradicionalmente, los enfoques deductivo y retroductivo se han presentado como procedimientos sistemáticos para crear una teoría. Aunque no pretendemos explicar con detalle los tipos de razonamiento en este capítulo, es importante conocer las diferencias básicas entre las formas de razonamiento, para entender cómo una determinada teórica puede escoger abordar la tarea de construcción de una teoría y cómo procede en el proceso de evaluación de la coherencia de la misma.

DEDUCCIÓN

La deducción es la forma en la que se infieren conclusiones a partir de premisas o afirmaciones más generales. El razonamiento va de afirmaciones generales a conclusiones específicas. Una teoría que se desarrolla deductivamente sigue un proceso con una secuencia de premisas llamadas *axiomas*, es decir, afirmaciones o proposiciones que derivan de premisas más amplias. La afirmación concluyente es una desconocida que lleva a la predicción teórica y al planteamiento de hipótesis a estudiar empíricamente. Un ejemplo deductivo muy básico es el siguiente:

1. Si A fuera verdadera, entonces B sería verdadera.
2. A es verdadera.
3. Por tanto, B es verdadera (Steiner, 1978).

En el análisis lógico, las letras pueden sustituirse por conceptos para mantener el énfasis del análisis centrado en la forma del argumento. Los siguientes

Autora anterior: Sue Marquis Bishop.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

ejemplos presentan el proceso de razonamiento deductivo.

Ejemplo A

Premisa 1: *Todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima.* **(De investigación publicada)**
Premisa 2: *Jennifer y Tom son víctimas de malos tratos.* **(Clínicamente comprobado)**
Conclusión: *La enfermera podría prever que Jennifer y Tom poseen una baja autoestima.*

Ejemplo B

Premisa 1: *Todos los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen una saturación de oxígeno baja, crepitaciones en los pulmones, dificultades para respirar y edema periférico.* **(De investigación publicada)**
Premisa 2: *La señora Morris, una mujer de 54 años, ingresa en la unidad de telemetría con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca.* **(Clínicamente probado)**
Conclusión: *La enfermera puede esperar que la Sra. Morris tenga una saturación de oxígeno baja, crepitaciones en los pulmones, dificultad para respirar y edema periférico.*

En los ejemplos A y B, las conclusiones proceden o se deducen a partir de las premisas generales de lo que se conoce. El razonamiento deductivo se basa en lo que se conoce y la conclusión representa algo que aún debe comprobarse en investigación clínica. En la conclusión sólo se presenta la información en las premisas. Habitualmente un número de premisas de una propuesta conduce a la conclusión.

En las obras de enfermería puede encontrarse la forma deductiva, según la cual los autores presentan su lógica para derivar una teoría a partir de un modelo de enfermería (especialmente, una teoría intermedia). Este proceso de premisas y conclusiones, realizado en secuencia y claramente clasificado, se incluye a menudo en las tesis. Una vez aprendido el razonamiento deductivo, es posible identificar y etiquetar las premisas y las conclusiones al leer el texto narrativo (Salmon, 1973). Salmon sugiere ciertas palabras o frases como claves que indican si las afirmaciones específicas presentadas son premisas o conclusiones. Los términos que preceden a menudo a una premisa son premisas o conclusiones. Éstos pueden ser palabras de nexo como *ya que*, *dado que* y *porque*. Los términos que preceden con frecuencia a una conclusión son *por tanto*, *por consiguiente*, *por ello*, *entonces* y *lo que deriva en* (Salmon, 1973).

Un ejemplo de teoría enfermera desarrollada con el uso de la lógica deductiva es el modelo de adaptación de Roy. Roy utilizó la teoría del nivel de adaptación de Helson (1964) como premisa general para su modelo de enfermería. Helson presenta la respuesta conductual (del ojo) a estímulos en formas de adaptación a cambios en el entorno. Clasificó los estímulos con tres clases de claves: focales, contextuales y orgánicas. Trabajando con las premisas de Helson sobre la adaptación, Roy desarrolló la premisa para su teoría de la persona como un sistema adaptado y su modelo de adaptación. Tsai (2003) utilizó el modelo de adaptación de Roy para desarrollar una teoría intermedia del estrés del cuidador por selección de conceptos y especificando sus relaciones en el contexto de los cuidadores y los enfermos crónicos (puede encontrarse una explicación completa del trabajo teórico de Roy en el capítulo 17). El ejemplo C muestra un razonamiento deductivo como el utilizado en la teoría de adaptación de Roy.

Ejemplo C

Premisa: *Las respuestas a estímulos representan modos de adaptación al entorno.*
Premisa: *Las personas experimentan y responden a estímulos.*
Conclusión: *Por tanto, las personas se adaptan a su entorno.*

Podemos evaluar los argumentos de dos modos distintos: *a)* la validez del argumento puede evaluarse en función de si la conclusión es una consecuencia lógica de las premisas y *b)* según el contenido de las premisas puede valorarse si las afirmaciones son verdaderas o falsas (Pospesel, 1974). Por tanto, en el ejemplo C, el argumento puede valorarse planteando estas preguntas: ¿son las premisas afirmaciones verdaderas? ¿Es válida la conclusión? ¿Confirman las premisas la conclusión?

La validez de un argumento deductivo se refiere a la lógica del razonamiento, desde las premisas hasta la elaboración de la conclusión, lo que garantiza que, si las premisas son verdaderas, la conclusión también lo es (Pospesel, 1974; Salmon, 1973; Steiner, 1978). Un argumento deductivo puede contener todas las afirmaciones verdaderas o una o más afirmaciones falsas, y puede considerarse válido o no. Este juicio se hace según si las premisas confirman la conclusión.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ejemplo D

Premisa: *Todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima.*
Premisa: *Justin posee una baja autoestima.*
Conclusión: *Por tanto, Justin es una víctima de malos tratos.*

Aunque puede que Justin haya sufrido malos tratos, la veracidad o falsedad de la conclusión o de cualquiera de las afirmaciones no es relevante para valorar la validez de un argumento. En el ejemplo D, las pruebas en las que se basan las premisas no justifican la conclusión de que Justin sea una víctima de malos tratos. Además, las premisas no afirman que sólo las víctimas de malos tratos tienen baja autoestima. La baja autoestima de Justin podría tener otros antecedentes o causas, como por ejemplo tener deformidades físicas importantes y falta de apoyo social, que hayan influido negativamente en su desarrollo social. Por tanto, la conclusión va más allá de la información explícita e implícita en las premisas. Este argumento no es válido. Compare los razonamientos de los ejemplos A, B y C con el del ejemplo D. La *validez* se refiere a las formas del argumento deductivo y la *veracidad* consiste en el contenido de una afirmación teórica específica. Por tanto, es incorrecto calificar una única afirmación teórica como válida o calificar un argumento como verdadero (Salmon, 1973).

En un argumento deductivo válido, si las premisas son verdaderas, la conclusión también lo es. Esta combinación se muestra con una *(R)* en la figura 3-1. Es imposible que la conclusión sea falsa. Dicha combinación aparece con una *(S)* en la figura 3-1. No obstante, si una o más de las premisas son falsas, existen dos posibles resultados: la conclusión puede ser verdadera o falsa.

El ejemplo E presenta un argumento con una deducción válida que ilustra cómo las premisas falsas pueden llevar a una conclusión falsa. Esta combinación se especifica con una *(X)* en la figura 3-1.

Ejemplo E

Premisa: *La pelota de golf es más grande que la pelota de tenis.* **(Falso)**
Premisa: *La pelota de tenis es más grande que la pelota de baloncesto.* **(Falso)**
Conclusión: *Por tanto, la pelota de golf es más grande que la de baloncesto.* **(Falso)**

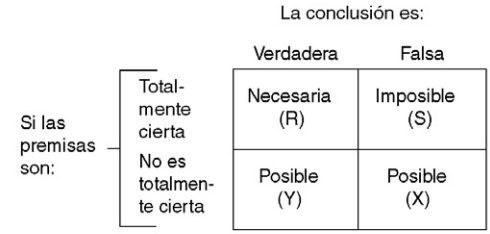
Tal como indica la figura 3-1 e ilustra el ejemplo E, es posible que un argumento válido derive en una o más premisas falsas y una conclusión verdadera. Esta combinación aparece como *(Y)* en la figura 3-1.

Ejemplo F

Premisa: *La pelota de tenis es más grande que la de baloncesto.* **(Falso)**
Premisa: *La pelota de baloncesto es más grande que la pelota de golf.* **(Verdadero)**
Conclusión: *Por tanto, la pelota de tenis es más grande que la pelota de golf.* **(Verdadero)**

Estudiar los ejemplos E y F puede ser útil para entender cómo se forman las conclusiones a partir de la información que dan las premisas. En ciencia, los argumentos deductivos son un razonamiento poderoso para obtener nuevas conclusiones en cuanto que explican la información implícita. Luego, estas conclusiones pueden demostrarse empíricamente como hipótesis para comprobar su correspondencia con los hallazgos de la investigación.

El uso del razonamiento deductivo en una disciplina clínica como la enfermería requiere moverse del mundo descontextualizado (un laboratorio aislado) a una situación de la vida real (un ámbito clínico), donde estamos influidos por factores emocionales y sociales (Smorti, 2008). La ciencia humana es una ciencia inexacta por esta razón y existe la posibilidad de una lógica deductiva inválida. Por ejemplo, si tomamos como afirmación positiva que todo paciente con hipotiroidismo tiene la tirotropina (TSH) normal, ¿cómo nos explicamos que un paciente con hipotiroidismo



(R) Si la premisa es verdadera, *necesariamente se sigue* que la conclusión es verdad.
(S) Si la premisa es verdadera, es por tanto *imposible* que la conclusión sea falsa.
(Y), (X) Si una o más premisas son falsas, es posible que la conclusión sea *bien* falsa o verdadera.

Figura 3-1 Resultados potenciales de un argumento deductivo válido. (Tomado de Giere, R. N. [1979]. *Understanding scientific reasoning* [pp. 37-38]. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston. Reimpreso con autorización de Wadsworth, un sello de Wadsworth Group, división de Thomson Learning.)

tenga la TSH normal? El uso de una ley universal para explicar las situaciones de los pacientes no es perfecto. Los elementos de incertidumbre en todas las decisiones sanitarias requieren que los profesionales usen la probabilidad y otras formas de razonamiento, como el razonamiento inductivo (Soltani y Moayyeri, 2007).

INDUCCIÓN

La inducción es una forma de razonamiento lógico en la que se elabora una generalización a partir de un número de casos específicos observados. El razonamiento inductivo no se ha desarrollado tanto como el deductivo (Pospesel, 1974). La forma del argumento inductivo es la siguiente:

1. A es verdadera para b_1, b_2 . . . b_n.
2. b_1, b_2 . . . b_n son miembros de la clase B.
3. Por tanto, A es verdadera para todos los miembros de la clase B (Steiner, 1978).

La forma inductiva se basa en el supuesto de que los miembros de una clase determinada poseen características comunes. Por tanto, lo que es verdad para cualquier miembro de la clase seleccionado aleatoriamente se acepta como verdadero para todos los miembros de la clase (Steiner, 1978). Supongamos que se ha seleccionado una muestra de la población de víctimas de malos tratos para un estudio. El ejemplo G presenta un argumento inductivo que puede desarrollarse basándose en este estudio hipotético.

Ejemplo G

Premisa: *Todas las víctimas de malos tratos observadas poseen una baja autoestima.*
Conclusión: *Todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima.*

En otro estudio se ha seleccionado una muestra de población de padres con sus recién nacidos. Los padres seleccionados para el estudio viven en la ciudad meridional de Charlotte, Carolina del Norte, y son oficinistas asiáticos. El ejemplo H presenta un argumento inductivo que puede desarrollarse basándose en un estudio sobre el vínculo padre-recién nacido.

Ejemplo H

Premisa: *Todos los padres del estudio desarrollaron un fuerte vínculo afectivo con su recién nacido durante las primeras 2 semanas después del nacimiento.*
Conclusión: *Todos los nuevos padres desarrollan un fuerte vínculo afectivo con sus recién nacidos durante las primeras 2 semanas después del nacimiento.*

La premisa del ejemplo H expone las observaciones elaboradas a partir de un número de casos; es decir, un número limitado de sujetos y limitados a un grupo étnico, regional o socioeconómico. La conclusión es una generalización que va más allá de estas observaciones hasta la población entera de padres y sus recién nacidos.

La generalización inductiva también puede representarse en términos de cantidad matemática (Salmon, 1973). Por ejemplo, supongamos que un investigador escoge una muestra de 400 enfermeras para conocer sus opiniones sobre si las enfermeras realizarían prácticas privadas independientes. Los resultados indican que el 60% de esas enfermeras está a favor de realizar actividades de práctica privada independiente en enfermería. La afirmación inductiva sería la siguiente.

Ejemplo I

Premisa: *El 60% de las enfermeras de la muestra está a favor de realizar actividades de práctica privada en enfermería.*
Conclusión: *El 60% de todas las enfermeras está a favor de realizar actividades de práctica privada en enfermería.*

En el argumento deductivo, si las premisas son verdaderas, la conclusión debe serlo. El argumento inductivo puede partir de premisas verdaderas y aun así llegar a una conclusión falsa. Una conclusión inductiva basada en un número de pruebas limitado o sesgado puede conducir a un argumento erróneo y quizás a una falsa conclusión (Salmon, 1973). Supongamos que se desarrolló el argumento del ejemplo H a partir de un estudio observacional con cinco padres asiáticos de clase media de una ciudad del mediooeste de Estados Unidos. La conclusión de que todos los padres desarrollan un fuerte vínculo afectivo con sus recién nacidos durante las primeras 2 semanas puede ser cierta o no. Sin embargo esta conclusión no está garantizada por el número limitado de casos observados. En este caso no existen pruebas suficientes para justificar la conclusión sobre todos los padres de América o del mundo, o incluso sobre las familias de clase media, del mediooeste o asiáticas.

Incluso en los casos en los que el tamaño de la muestra sea suficiente (como en el ejemplo I), puede que la muestra esté sesgada. Supongamos que la muestra de enfermeras del ejemplo I está formada por profesoras de escuelas de enfermería en universidades grandes. Puede que las opiniones de este grupo específico de enfermeras sean diferentes en algunos aspectos a las del resto

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de enfermeras o incluso a las de las profesoras de todas las escuelas de enfermería. Si se tienen en cuenta una serie de factores a la hora de seleccionar muestras representativas, pueden evitarse los sesgos en las observaciones. Este razonamiento es la base para la selección aleatoria de sujetos en proyectos de investigación. Las estadísticas descriptivas e inferenciales se utilizan para caracterizar la muestra de la población y para ayudar en la toma de decisiones sobre la fuerza de una prueba (Giere, 1979). La inferencia inductiva se ha denominado *inferencia estadística* (Steiner, 1978; Weiner, 1958).

En argumentos inductivos, la conclusión inferida va más allá de la información implícita y explícita en las premisas. En el ejemplo H no se había observado a todos los padres y recién nacidos. Más bien la conclusión se infiere a partir de los casos seleccionados. En un argumento deductivo, la conclusión puede considerarse verdadera si el argumento está estructurado de modo que la información implícita en las premisas se haga explícita (Salmon, 1973). A la inversa, el argumento inductivo va más allá de la información de las premisas. Más bien, el argumento inductivo se amplía según la información presentada. Giere (1979) ha observado que la inducción permite la justificación de conclusiones científicas que no pueden comprobarse mediante el uso del razonamiento deductivo, ya que contienen información más allá de las premisas. Independientemente de que los argumentos deductivos se consideren válidos o no, el razonamiento inductivo se considera según los grados de fuerza y se mide en términos de probabilidad de que las premisas conduzcan a una conclusión específica (Salmon, 1973). Después, puede decidirse si la conclusión inferida tiene una probabilidad baja, media o alta (Salmon, 1973). Para comprobar estos juicios se usan procedimientos estadísticos.

En el ejemplo A, la conclusión sólo puede ser falsa si una o más de las premisas también lo son, es decir, si no todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima o si Jennifer y Tom no son víctimas de malos tratos. Si estas premisas son verdaderas, la conclusión también debe serlo. Sin embargo, en el ejemplo G, el razonamiento afirma que todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima. Las premisas indican que sólo se ha observado una muestra de víctimas de malos tratos. Las premisas pueden ayudar a justificar la conclusión. El hecho de que no se encontraron víctimas de malos tratos sin una baja autoestima puede servir de prueba, pero este hecho no excluye la posibilidad de que, en el futuro, pueda encontrarse una víctima de malos tratos con una alta autoestima (Salmon, 1973). Factores de otros estudios, como la gravedad del maltrato, la edad en la que se sufre el maltrato, el tiempo durante el cual se reciben malos tratos y los apoyos del entorno, por ejemplo, pueden cambiar teóricamente o especificar las afirmaciones que se pueden hacer sobre las víctimas de malos tratos.

Se considera que los argumentos deductivos preservan la verdad, mientras que los inductivos son un forma de lógica usada para examinar y descubrir nueva información (Giere, 1979; Salmon, 1973). Las generalizaciones científicas sobre hechos que no se observan en el tiempo presente y las proyecciones sobre el futuro son ejemplos de ello. Aunque esta forma de razonamiento es útil para el progreso de la ciencia, la naturaleza de la inducción puede provocar errores en el proceso científico (Gramling, Lambert y Pursley-Crotteau, 1998). Incluso si las premisas son correctas, la exactitud de la conclusión puede no confirmarse. Según Giere, si se supone que las premisas son verdaderas, entonces «la diferencia entre un buen argumento inductivo y un argumento deductivo válido consiste en que el argumento deductivo garantiza la veracidad de la conclusión, mientras que el argumento inductivo sólo indica una alta probabilidad de la conclusión» (1979, pp. 37-38).

En una ciencia humana como la enfermería, el uso de la lógica inductiva es la norma para el profesional clínico. Un médico toma decisiones basándose en los indicios, ponderando los grados de fuerza de la evidencia en la elección de una intervención o el mejor camino que se puede seguir. Gran parte de la práctica basada en datos científicos se ha diseñado para estandarizar los cuidados según el grado de éxito en una intervención. Las teorías a menudo se conceptualizan inicialmente a través del conocimiento de experiencias individuales.

Teóricas enfermeras como Watson y Benner (caps. 7 y 9, respectivamente) utilizaron el razonamiento inductivo en el desarrollo de sus trabajos teóricos. Margaret Newman (cap. 23) es un ejemplo de teórica que utilizó en su trabajo los dos tipos de razonamiento. En sus primeros

trabajos, propuso y estudió deductivamente el tiempo, el espacio y la conciencia de patrones en casos concretos del proceso vital de las personas. Las experiencias de los pacientes en cuanto al tiempo le sirvieron para saber cómo usan las personas el espacio y cómo están ligados al tiempo. Después de crear los primeros trabajos fundamentales, su teoría de la salud como expansión de la conciencia se ha diversificado posteriormente a través de numerosos estudios y avances inductivos.

RETRODUCCIÓN[a]

Mientras que la deducción y la inducción pueden explicar y valorar ideas, la retroducción origina ideas (Steiner, 1977). La forma retroductiva de razonamiento es un enfoque de pregunta teórica que utiliza la analogía como método para crear una teoría. La retroducción también se conoce como *razonamiento abductivo.* En 1878, Charles Peirce describió tres tipos de razonamiento que componen los principales pasos de la pregunta: *a)* retroducción, *b)* deducción y *c)* inducción, como se citan en Steiner (1978). Según Steiner (1978), Peirce veía el razonamiento retroductivo como el primer paso en la búsqueda del conocimiento de un fenómeno sorprendente, en los que se identifica un punto de vista que ofrece una posible explicación. Peirce constató que, cuando ya se había identificado un punto de vista que podía explicar el fenómeno observado, había que utilizar el razonamiento deductivo para desarrollar la explicación. Peirce consideró que la última etapa de la pregunta era la inducción y se centró en comprobar las hipótesis creadas en la práctica (Steiner, 1978). Steiner[b] desarrolló un enfoque para los modelos teóricos utilizando la inferencia retroductiva como un método para desarrollar una teoría. La forma de la inferencia retroductiva es la siguiente:

1. Se observa C, el hecho sorprendente.
2. Si A fuera verdadera, C representaría un problema.
3. Por tanto, existe un motivo para sospechar que A es verdadera, porque ninguna otra hipótesis explica C (Steiner, 1976).

Un análisis de la forma anterior revela que los modelos teóricos (o inferencia retroductiva) esquematizan los pasos de la teoría pero no establecen la verdad. Más bien, funcionan para desencadenar ideas sobre fenómenos seleccionados que pueden desarrollarse y probarse más ampliamente. El modelo teórico es útil para desarrollar una teoría en un campo con pocas teorías disponibles; la innovación es adecuada para hacer que los conocimientos avancen en la descripción y comprensión de observaciones seleccionadas (Steiner, 1978; Walker y Avant, 2005).

La teórica retroductiva puede abordar el desarrollo de una *teoría final* identificando una *teoría fuente* de otro campo que tiene el potencial para desarrollar la teoría final. El enfoque de los modelos teóricos usa la analogía y la metáfora entre dos grupos de fenómenos similares. Para ello, se requiere que el autor de la teoría posea una creatividad y un conocimiento intuitivo considerables de los fenómenos que se estudian (Steiner, 1976). Los modelos teóricos se representan del siguiente modo (Steiner, 1977; Steiner, 1978).

Teoría 1 (fuente de la teoría) → Modelo de la teoría → Teoría 2 (teoría deseada)

Por tanto, los modelos teóricos no son modelos de, sino modelos para crear representaciones de fenómenos seleccionados (Steiner, 1976). El modelo teórico es básicamente un metamodelo, que sirve como modelo para desarrollar una teoría (Steiner, 1977). Para elaborar una teoría utilizando una inferencia retroductiva, la teórica selecciona una teoría fuente para crear un modelo teórico. La teoría final se elabora a partir de este modelo. La teoría fuente se selecciona según la similitud de la estructura, la forma o las relaciones entre los dos grupos de fenómenos (Steiner, 1978). Se cree que la teoría fuente seleccionada presenta ideas que pueden ser útiles para desarrollar una teoría sobre observaciones interesantes. Estas ideas se seleccionan de la teoría 1 y se transforman en un punto de vista o modelo teórico que servirá como marco para desarrollar la teoría 2. Este método se basa en el supuesto de que las nuevas conjeturas o ideas en un campo determinado

[a]Esta explicación de la retroducción se ha adaptado del trabajo de Elizabeth Steiner (Steiner, 1977; Steiner, 1978; Stevens, 1979; Tsai, 2003). Copyright Elizabeth Steiner. Todos los derechos reservados.

[b]Los primeros trabajos de Elizabeth Steiner sobre modelos teóricos se publicaron a nombre de Maccia, su nombre de casada (Maccia, Maccia y Jewett, 1963; Norman, 1976).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pueden originarse a partir de conjeturas de teorías de otros campos (Maccia y Maccia, 1966; Maccia et al., 1963; Steiner, 1978). Las ideas seleccionadas de la teoría 1 para el modelo teórico pueden incluir cualquier combinación de conceptos, de relaciones hipotéticas o de estructuras teóricas. El punto de vista que presenta el modelo teórico se utiliza para desarrollar la teoría 2, añadiéndole contenido y modificando conceptos y relaciones para adecuarlas al fenómeno de interés para la teoría 2. Conviene dejar claro que este proceso de creación teórica no consiste en tomar una teoría de un campo y aplicarla a otro sin hacerle ningún cambio (Steiner, 1976). Por tanto, la inferencia retroductiva del proceso de creación teórica puede tener como resultado una nueva teoría. Por ejemplo, podríamos tomar una teoría del ciclo crónico en pacientes y dibujar una relación paralela con un ciclo similar en personas sin hogar, por comparación y creación de la pauta similar en sus características, dando lugar a una nueva teoría de personas sin hogar.

El planteamiento de los modelos teóricos no puede considerarse reduccionista ni derivado, ya que la teoría 1 no es equivalente a la teoría 2 (Maccia et al., 1963; Steiner, 1977; Steiner, 1978; Walker y Avant, 2005). Este enfoque tampoco puede considerarse deductivo, ya que la teoría 2 no se dedujo de la teoría 1. Las hipótesis de la teoría 2 no pueden proceder de la teoría 1 (Steiner, 1977, 1978). Una teoría ideada mediante este método debe satisfacer los criterios de adecuación de una teoría (Steiner, 1977, 1978). La nueva teoría se valora según su correspondencia con la bibliografía científica enfermera de la que se dispone, y las hipótesis pueden comprobarse empíricamente a través de la investigación (Smorti, 2008).

La utilización de las analogías para la elaboración de teorías era frecuente en los primeros campos científicos. En la época de Sigmund Freud, el modelo mecánico llegó a ser muy popular. Freud utilizó la noción de operaciones mecánicas para desarrollar sus afirmaciones teóricas sobre las relaciones psicológicas reductoras de tensión en su teoría sobre el desarrollo psicosexual. Hace tres o más décadas, los textos básicos sobre anatomía y fisiología humanas utilizaban la conexión telefónica como analogía para explicar la función cerebral. En la actualidad, suele utilizarse el ordenador como modelo para explicar el cerebro y para desarrollar teorías sobre el procesamiento humano de la información (Norman, 1976; Shepherd, 1974). En enfermería, Fawcett (2005) ha señalado la inadecuación de los modelos mecanicistas en la ciencia enfermera.

Stevens (1979) subrayó que la investigación enfermera tenía poco impacto en la práctica enfermera, ya que esta investigación suele utilizar categorías y características procedentes de otras teorías. En este caso, el problema no era que la teoría procediera de otro campo, sino que se aplicaba sin ser modificada ni adaptada al contexto de la enfermería. De igual modo que las teorías de otros campos pueden proporcionar un posible marco para tratar los fenómenos enfermeros, también deben reformularse para la enfermería. La teoría procedente de otro campo debe analizarse y sintetizarse para representar las categorías y características correspondientes para su aplicación en la disciplina enfermera.

La estrategia de derivación de Walker y Avant (2005) para la construcción teórica parte de la propuesta de los modelos teóricos que desarrolló Steinter. Walker y Avant (2005) presentan ejemplos de la estrategia de derivación que muestran claramente cómo reformular conceptos, afirmaciones teóricas y teorías de otros campos para la disciplina de la enfermería. De forma similar, Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott y Fawcett (2001) destacaron la necesidad de análisis sistemáticos de teorías procedentes de otros campos para contextualizar la teoría en la enfermería y examinar si describe, explica o predice fenómenos enfermeros adecuadamente.

La teoría de modelos y modelado de roles (Erickson, Tomlin y Swain, 2002) presentada (cap. 25) y la teoría bioética sinfonológica (cap. 26) son ejemplos de teorías que utilizaron el razonamiento retroductivo. Ambas proponen modelos que explican su acercamiento a los fenómenos. Gordon, Morton y Brooks (2005) explicaron el uso del razonamiento abductivo (retroducción) y dedujeron que el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental (cap. 32) se traducía en una mejoría en la calidad de los cuidados de los pacientes, además de una mayor satisfacción de las enfermeras.

Otro ejemplo es el de Dalton (2003), que utilizó una versión modificada de la teoría de derivación para desarrollar una teoría de toma de decisiones triádica en la práctica enfermera. Escogió aspectos de una teoría diádica de toma de

decisiones paciente-enfermera y añadió conceptos fundamentales y relaciones adicionales a partir de la práctica enfermera (p. ej., cuidador de la familia) para expandir el modelo teórico a una teoría triádica de toma de decisiones. La inclusión del concepto de cuidador familiar introdujo otros elementos que precisaron información adicional de la bibliografía sobre el cuidador familiar, y la relación de dicho cuidador con el paciente y la enfermera (p. ej., conceptos sobre cuidadores y formación de coaliciones entre los participantes en el modelo). Después se analizó la correspondencia de la teoría resultante de toma de decisiones compartida paciente-enfermera-cuidador con la bibliografía. Algunos aspectos de esta teoría derivada se han sometido a una comprobación inicial en un estudio de campo (Dalton, 2003). Las teorías intermedias en enfermería pueden parecer de abducción o retroducción en cuanto que introducen nuevos detalles clínicos; sin embargo, no son retroductivas en cuanto que se desarrollan de forma deductiva y directamente a partir de un modelo de enfermería con el que están relacionadas lingüísticamente. Contienen detalles clínicos; sin embargo, presentan claras proposiciones y afirmaciones de relación que se extraen de forma deductiva de un modelo enfermero conceptual. En la fase inicial de su trabajo, Tsai (2003), mencionada anteriormente, presentó un ejemplo de una teoría intermedia que puede haber usado la retroducción. La teoría sobre el estrés del cuidador fue elaborada utilizando el modelo de adaptación de Roy.

Sin embargo, Gramling et al. (1998) ofrecieron un buen ejemplo del uso de la retroducción con el fin de desarrollar un modelo teórico sobre factores estresantes y afrontamiento en mujeres jóvenes. Se escogieron algunos aspectos de la teoría transaccional de afrontamiento de Lazarus y Folkman y se incorporaron al modelo aspectos del desarrollo de las mujeres extraídos de la bibliografía. El marco resultante guió un estudio cualitativo de 26 mujeres y estos hallazgos informaron de un nuevo modelo de afrontamiento para mujeres jóvenes. El enfoque de los modelos teóricos (inferencia retroductiva) permite la traducción y ampliación de las ideas en el contexto de la enfermería y puede crear una nueva teoría enfermera. Una teoría de enfermería creada a partir de este método puede desarrollarse aún más con el uso de estrategias deductivas porque está sujeta al riguroso análisis para comprobar la congruencia con la investigación publicada existente y las pruebas rigurosas de los estudios empíricos. La tabla 3-1 resume las formas de razonamiento deductivo, inductivo y retroductivo.

Tabla 3-1 *Resumen de deducción, inducción y retroducción*

Tipo	Pregunta	Técnicas	Definición	Ejemplo	Pregunta
Deducción	Si las premisas son verdaderas, ¿qué otras proposiciones pueden inferirse como conclusiones necesarias de las premisas?[a]	Análisis lógico y conceptual[a]	*a)* Si A fuera verdadera, entonces B sería verdadera *b)* A es verdadera *c)* Por tanto, B es verdadera[b]	*Premisas:* Todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima. Mary y Tom son víctimas de malos tratos *Conclusión:* Mary y Tom poseen una baja autoestima	*Explica y genera más verdad:* Si las premisas son verdaderas, se establece la verdad de algo por derivación[c]

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **3-1** ***Resumen de deducción, inducción y retroducción*** ***(Cont.)***

Tipo	Pregunta	Técnicas	Definición	Ejemplo	Pregunta
Inducción	Si las premisas son verdaderas, ¿cuál es la fuerza del vínculo entre éstas y la conclusión?[a]	Análisis lógico y conceptual basado en el análisis estadístico[c,d]	*a)* A es verdadera para $b_1, b_2 \ldots b_n$ *b)* $b_1, b_2 \ldots b_n$ son algunos de los miembros de la clase B *c)* Por tanto, A es verdadera para todos los miembros de la clase B[b]	*Premisa:* $b_1, b_2 ... b_n$ son víctimas de malos tratos que han sido observadas y poseen una baja autoestima *Conclusión:* Todas las víctimas de malos tratos poseen una baja autoestima	*Evalúa y amplía la información:* Se basa en la probabilidad de los casos observados No establece la verdad Establece la probabilidad de veracidad, fuerza de una prueba Los nuevos datos pueden cambiar la conclusión[e]
Retroducción	Dada una observación sorprendente, ¿qué explicación serviría como consecuencia de que la observación fuera algo normal?[a]	Análisis lógico y conceptual[c]	*a)* Se observa C, el hecho sorprendente *b)* Pero si A fuera normal, C lo sería automáticamente *c)* Por tanto, existe un motivo para suponer que A es normal[b]	*Proposición 1:* El rol de esperar una recompensa determina una relación entre el estudiante y el profesor, que establece el camino para que el profesor influya en el estudiante[e] *Proposición 2:* El rol de espera de cuidado y comodidad determina una relación entre el paciente y la enfermera que establece un camino para que la enfermera influya en el paciente	*Origina ideas:* No establece la verdad Proporciona las líneas de pensamiento que merecen ser exploradas y probadas[c]

[a]Steiner, 1976.
[b]Steiner, 1977.
[c]Steiner, 1978.
[d]Stevens, 1979.
[e]Giere, 1979.
[f] Maccia et al., 1963.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Esquema comparativo del razonamiento inductivo y deductivo en: http://www.socialresearchmethods.net/kb/dedind.php
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed., pp. 214-216). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Razonamiento abductivo en: http://user.uni-frankfurt.de/~wirth/inferenc.htm

REFERENCIAS

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Dalton, J. M. (2003). Development and testing of the theory of collaborative decision-making in nursing practice for triads. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(1), 22-33.

Davis, R. H. (2006). Strong inference: rationale or inspiration? *Perspectives in Biology and Medicine*, *49*(2), 238-250.

Erickson, H., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (2002). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Fawcett, J. (2005). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge* (2nd ed.). Philadelphia: FA Davis.

Giere, R. N. (1979). *Understanding scientific reasoning*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Gordon, W., Morton, T., & Brooks, G. (2005). Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *12*(6), 703-712.

Gramling, L. F., Lambert, V. A., & Pursley-Crotteau, S. (1998). Coping in young women: Theoretical retroduction. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(5), 1082-1091.

Gustafsson, B. (2006). The philosophy of science from a nursing-scientific perspective. *Theoria, Journal of Nursing Theory*, *15*(4), 31-41.

Helson, H. (1964). *Adaptation level theory*. New York, NY: Harper & Row.

Maccia, E. S., & Maccia, G. (1966). *Construction of educational theory derived from three educational theory models* (Project No. 5-0638). Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Maccia, E. S., Maccia, G., & Jewett, R. (1963). *Construction of educational theory models* (Cooperative Research Project No. 1632). Washington, DC: Office of Education, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Norman, D. A. (1976). *Memory and attention: An introduction to human information processing*. New York: John Wiley & Sons.

Pospesel, H. (1974). *Propositional logic*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Salmon, W. C. (1973). *Logic*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Shepherd, G. M. (1974). *The synaptic organization of the brain*. New York: Oxford University Press.

Smorti, A. (2008). Everyday life reasoning, possible worlds and cultural processes. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, *42*(2), 224-232.

Soltani, A., & Moayyeri, A. (2007). Deterministic versus evidence-based attitude towards clinical diagnosis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *13*(4), 533-537.

Steiner, E. (1976). *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Unpublished paper presented at the American Educational Research Association, San Francisco.

Steiner, E. (1977). *Criteria for theory of art education*. Unpublished paper presented at the Seminar for Research in Art Education, Philadelphia.

Steiner, E. (1978). *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Washington, DC: University Press.

Stevens, B. (1979). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Boston: Little, Brown.

Tsai, P. (2003). A middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, *16*(2), 137-145.

Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, *14*(2), 158-163.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Weiner, P. (1958). *Values in universe of chance*. New York: Doubleday.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 4

Proceso de desarrollo de la teoría

Sonya R. Hardin y Sue Marquis Bishop

«El potencial de la enfermería para prestar un importante servicio humano está basado en la unión de la teoría y la práctica para su cumplimiento» (Rogers, 1970, p. viii).

El desarrollo de teorías en enfermería es un componente esencial de la erudición enfermera para fomentar el conocimiento de la disciplina. Las teorías enfermeras claramente explicadas fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos enfermeros y guían el desarrollo académico de la ciencia de la práctica enfermera a través de la investigación. Cuando se ha identificado que una teoría enfermera está de acuerdo con un área o fenómeno de interés, se realizan varias consideraciones, como lo completa y lógica que es la teoría, su coherencia interna y la correspondencia con los resultados empíricos disponibles, y si está definida para su verificación. Los análisis de esta naturaleza conducen de manera lógica al posterior desarrollo de la teoría. El objetivo de las investigaciones rigurosas y repetidas se centra en acumular suficientes datos científicos para confirmar o rechazar las afirmaciones teóricas y dirigir las modificaciones o extensiones de la teoría enfermera. El desarrollo de la teoría enfermera no es una actividad misteriosa, sino una actividad erudita ejercida de manera sistemática. Por tanto, el desarrollo riguroso de las teorías enfermeras es una prioridad máxima para el futuro de la disciplina y la práctica de la profesión enfermera.

Es importante entender bien el concepto de *desarrollo sistemático* porque los enfoques acerca de la elaboración de la teoría son muy diversos. Un aspecto que comparten es que abordan el desarrollo de la teoría de forma sistemática y precisa, mostrando explícitamente las etapas del desarrollo. La enfermera que, de manera sistemática, elabora una teoría enfermera y la presenta a la comunidad enfermera para su revisión y debate, se embarca en un proceso esencial para el avance del desarrollo de la teoría. Cuando el trabajo académico se publica, las enfermeras teóricas e investigadoras pueden revisar y criticar la adecuación de los procesos lógicos utilizados en el desarrollo de la teoría con una nueva mirada respecto a la práctica y los resultados disponibles de las investigaciones.

PARTES DE LA TEORÍA

El desarrollo de la teoría requiere un conocimiento de términos, definiciones y suposiciones eruditas, con el fin de que se pueda llevar a cabo la revisión y el análisis académico. Es importante entender los términos y significados definidos para comprender el proceso que se utilizó en el desarrollo de la teoría. Por tanto, la claridad de los términos y su utilidad científica y valor para la disciplina son consideraciones importantes que deben tenerse en cuenta en el proceso.

Hage (1972) identificó las seis partes de una teoría completa y especificó sus contribuciones a la teoría en su totalidad (tabla 4-1). A continuación

Autora anterior: Sue Marquis Bishop.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

se presentan tres categorías de teoría para estos componentes como base para la comprensión de la función de cada elemento en el proceso de construcción de la teoría.

Conceptos y definiciones

Los conceptos, verdaderos bloques de construcción de las teorías, clasifican los fenómenos que se van a estudiar (Kaplan, 1964). En cualquier discusión acerca de los conceptos por separado, es fundamental reconocer que éstos no se deben tener en cuenta de manera independiente del sistema teórico en el que están integrados y del que deriva su significado, porque los conceptos pueden tener significados diferentes en varios sistemas teóricos. El progreso científico se basa en la observación y en la comprobación críticas del trabajo de un investigador por parte de la comunidad científica.

Los conceptos pueden clasificarse como concretos o abstractos. Los conceptos abstractos se construyen mentalmente, independientemente de un tiempo o espacio específico, mientras que los conceptos concretos se experimentan directamente y están sujetos a un tiempo o espacio en particular (Chinn y Kramer, 2008; Hage, 1972; Reynolds, 1971).

Conceptos abstractos	Conceptos concretos
Sistema social	La familia Marqués Planta 2 de cirugía sur Hospital Clínico Cuidador enfermera-paciente-familia
Debate	Debate Obama-McCain
Telemetría	Electrocardiograma, monitor Holter
Pérdida de relación	Divorcio, viudedad
Competencia de la enfermera	Cultural, colocación de sonda nasogástrica, administración de medicación

El ejemplo de la familia Marqués, la unidad de cirugía, el hospital y la tríada de los cuidados formados por enfermera-paciente-familia son ejemplos concretos del concepto abstracto más general del sistema social; los demás ejemplos muestran la diferencia entre abstracto y concreto. En un sistema

Tabla **4-1** ***Componentes de la teoría y sus contribuciones a la teoría***

Componentes de la teoría	Contribuciones a la teoría
CONCEPTOS Y DEFINICIONES	
Conceptos	Describen y clasifican fenómenos
Definiciones teóricas del concepto	Establecen significados
Definiciones operativas del concepto	Proporcionan mediciones
AFIRMACIONES RELACIONALES	
Afirmaciones teóricas	Relacionan conceptos; permiten el análisis
Afirmaciones operativas	Relacionan conceptos con las mediciones
ASOCIACIONES Y ORDENACIÓN	
Asociaciones de afirmaciones teóricas	Proporcionan la base sobre por qué las afirmaciones teóricas están relacionadas; añaden plausibilidad
Asociaciones de afirmaciones operativas	Proporcionan una base sobre cómo están relacionadas las variables de medición; permiten la comprobación
Organización de conceptos y definiciones en términos originales y derivados	Elimina solapamientos (tautología)
Organización de afirmaciones y asociaciones en premisas e hipótesis y ecuaciones derivadas	Elimina la inconsistencia

Modificado de Hage, J. (1972). *Techniques and problems in theory construction in sociology.* New York: John Wiley & Sons.

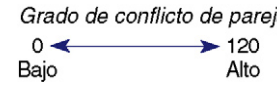
© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

teórico determinado, la definición, las características y el funcionamiento de un sistema social clarifican casos más específicos, como el sistema social del cuidador enfermera-paciente-familia.

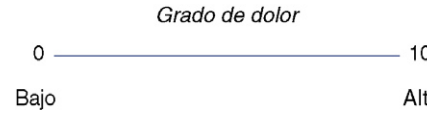
Los conceptos también se pueden clasificar como *diferenciados* o *continuos*. Este sistema de clasificación distingue a los que varían continuamente de los que especifican categorías de fenómenos. Un concepto diferenciado identifica las clases o categorías de los fenómenos, como el paciente, la enfermera o el entorno. Un estudiante puede llegar a ser enfermero o puede elegir otra profesión, pero no puede llegar a ser un enfermero sólo de manera parcial. Del mismo modo, los fenómenos identificados como pertenecientes o no a una clase o categoría determinada pueden llamarse conceptos invariables. Clasificar los conceptos por categorías invariables, diferenciados, nos lleva a la suposición de que la realidad asociada a los fenómenos concretos se refleja mediante la clasificación (Hage, 1972). La cantidad o el grado son indiferentes.

Las teorías pueden utilizarse como una serie de conceptos (y subconceptos) diferenciados invariables para construir tipologías. Las tipologías son disposiciones sistemáticas de conceptos en una categoría determinada. Por ejemplo, en una tipología sobre el estado civil, se podrían subclasificar los estados civiles en los que se podría clasificar a la población, como casado, divorciado, viudo o soltero. Estas categorías diferenciadas podrían seguir dividiéndose para permitir la clasificación de una variable más en esta tipología, por ejemplo el sexo. En la tabla 4-2 se muestra una tipología de estado civil y sexo. Los participantes son de uno de los dos sexos; en esta categoría diferenciada no se muestra su grado de cumplimiento. La tipología podría clasificarse posteriormente añadiendo el concepto diferenciado de los hijos, de manera que los participantes se clasificarían según el sexo y el estado civil, según si *tienen* o *no tienen hijos*.

Por otro lado, un *concepto continuo* permite la clasificación de dimensiones o gradaciones de un fenómeno en un continuo, indicando el grado de conflicto de pareja. Las parejas pueden clasificarse mediante una escala que representa la gradación del conflicto de pareja en sus relaciones conforme a alguna medida.



Otros conceptos continuos que se pueden utilizar para clasificar a las parejas podrían ser el grado de comunicación, el número de actividades compartidas o el número de hijos. Algunos ejemplos de conceptos continuos que pueden utilizarse para clasificar a los pacientes podrían ser la temperatura, el nivel de ansiedad o la edad. Otro ejemplo es cómo las enfermeras conceptualizan el dolor como un concepto continuo, cuando preguntan a los pacientes que puntúen su dolor en una escala del 0 al 10 para entender mejor sus umbrales de dolor o la experiencia del dolor.



Los conceptos continuos no se expresan en términos de uno u otro, sino en *grados de un continuo*. El uso de conceptos variables basados en un continuo tiende a centrarse en una dimensión, pero sin dar por sentado que una sola dimensión refleja toda la realidad del fenómeno. Se pueden establecer más dimensiones para medir más aspectos de un fenómeno. Los instrumentos pueden medir un concepto y pueden tener subescalas que

Tabla 4-2 *Tipología del estado civil y del sexo*

	ESTADO CIVIL			
Participantes	**Solteros**	**Casados**	**Divorciados**	**Viudos**
Hombres	15	75	23	6
Mujeres	25	72	41	13
Total	40	147	64	19

miden conceptos diferenciados relacionados con el concepto global. Para caracterizar las organizaciones sanitarias se utilizan conceptos variables, como la relación entre personal profesional y no profesional, la fluidez de la comunicación o el número de enfermeras asignadas a los pacientes. Aunque los conceptos invariables resultan útiles para clasificar los fenómenos en el desarrollo de la teoría, Hage (1972) señaló que ha habido más avances en varias disciplinas cuando su objetivo pasó de conceptos invariables a variables, dado que los conceptos variables permiten puntuar toda la gama de variación de los fenómenos en un continuo.

Por tanto, el desarrollo de conceptos permite la descripción y clasificación de los fenómenos (Hage, 1972). El concepto etiquetado supone poner límites a la hora de elegir los fenómenos que hay que observar y a la hora de razonar sobre los fenómenos objeto de estudio. Los nuevos conceptos pueden centrar su atención en nuevos fenómenos o pueden facilitar el pensamiento acerca de los fenómenos de una forma distinta (Hage, 1972). El análisis experto de los conceptos en las teorías enfermeras es un paso muy importante en el proceso de la investigación teórica. El proceso del concepto sigue floreciendo con numerosos ejemplos en la bibliografía. En la tabla 4-3 se listan las referencias de los análisis realizados con diferentes enfoques.

El análisis del concepto es un primer paso importante en el proceso de desarrollo de una teoría realizado para desarrollar una definición conceptual. Es fundamental que los conceptos estén claramente definidos para reducir la ambigüedad en la comprensión del concepto o el conjunto de conceptos. Para eliminar las diferencias percibidas en el significado, es necesario proporcionar definiciones explícitas. A medida que se desarrolla la teoría, las definiciones teóricas y operativas proporcionan el significado del concepto a la teórica y la base para los indicadores empíricos. Por ejemplo, Spear y Kulbok (2004) publicaron un análisis del concepto de la autonomía de los adolescentes en el que la autonomía se definía teóricamente como una independencia o autocontrol durante la adolescencia. El concepto de autonomía actuaba como un estado de ser activo, individualizado, holístico, contextual y orientado al proceso de desarrollo.

Las teorías se comprueban en la realidad y los conceptos deben poderse medir. Los conceptos deben relacionarse con definiciones operativas que los relacionen con fenómenos observables especificando indicadores empíricos. En la tabla 4-4 se presentan ejemplos de conceptos y sus definiciones teóricas y operativas. Estas conexiones son vitales para la lógica de la teoría, su observación y su medición.

Afirmaciones relacionales

Las afirmaciones de una teoría pueden enunciar definiciones o relaciones entre conceptos. Mientras que las definiciones proporcionan descripciones del concepto, las afirmaciones relacionales proponen relaciones inter e intra dos o más conceptos. Los conceptos son los bloques de construcción de la teoría y las afirmaciones teóricas son las cadenas que enlazan los conceptos. Los conceptos deben

Tabla **4-3** *Ejemplos de análisis de conceptos publicados con diferentes enfoques*

Concepto	Enfoque	Autor
Espiritualidad	Chinn y Kramer (2008)	Buck (2006)
Predisposición a cambiar	Chinn y Kramer (2008)	Dalton y Gottlieb (2003)
Facilitación	Morse (1995)	Harvey et al. (2002)
Sensibilidad ética	Morse (1995)	Weaver, Morse y Mitcham (2008)
Autocontrol de diabetes de tipo I infantil y de adolescentes	Rodgers (1989)	Schilling, Grey y Knafl (2002)
Riesgo	Rodgers (1989)	O'Byrne (2008)
Percepción de síntomas	Schwartz-Barcott y Kim (2000)	Posey (2006)
Ser sensible	Schwartz-Barcott y Kim (2000)	Sayers y de Vries (2008)
Autenticidad	Walker y Avant (2005)	Starr (2008)
Competencia	Walker y Avant (2005)	Scott Tilley (2008)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 4-4 ***Ejemplos de definiciones teóricas y operativas***

Concepto	Definición teórica	Definición operativa
Temperatura corporal	Límites homeotérmicos de un entorno interno mantenido por el sistema termorregulador del cuerpo humano	Grado de temperatura medido con un termómetro oral durante 1 min debajo de la lengua
Insuficiencia cardíaca	Función cardíaca inadecuada para satisfacer las demandas circulatorias[a]	El grado de insuficiencia cardíaca se mide a partir de la clasificación de la New York Heart Association (NYHA)[b]
Espiritualidad	Conciencia pandimensional del proceso mutuo humano/entorno (globalidad) como manifestación de un patrón de frecuencia superior (resonancia) asociado con experiencias innovadoras, más y más creativas y diversas *(helicy)*[c]	Puntuación en la Spiritual Inventory Belief Scale (SIBS), un instrumento que mide la espiritualidad de una persona como búsqueda de significado y propósito[d] La SIBS tiene cuatro subescalas: *a)* Interna/fluidos *b)* Humildad/aplicación personal *c)* Externa/meditación *d)* Externa/ritual[e]

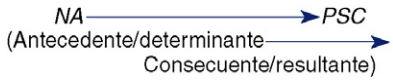
[a]Hussey y Hardin, 2003.
[b]AHA, 2004.
[c]Malinski, 1994.
[d]Hatch, Burg, Naberhaus y Hellmich, 1998.
[e]Hardin, Hussey y Steele, 2003.

estar conectados unos con otros en series de afirmaciones teóricas para idear una teoría enfermera.

En las conexiones entre variables, se aceptó que una variable puede proponerse para influir sobre una segunda variable. En este caso, la primera variable podría etiquetarse como la variable antecedente o determinante (independiente) y la segunda, como la variable consecuente o resultante (dependiente) (Giere, 1997). Zetterberg (1966) concluyó que el desarrollo de dos afirmaciones teóricas variables podría ser un paso intermedio importante en el desarrollo de una teoría. Estas afirmaciones pueden reformularse más adelante, a medida que evoluciona la teoría o a medida que va apareciendo nueva información. Un ejemplo de un antecedente y una consecuencia se explica estudiando el concepto de autonomía en el que los antecedentes de autonomía se identificaron como experiencia, educación, capacidad de priorizar, capacidad de discriminar, autodisciplina y aceptación de la responsabilidad; las consecuencias se identifican con contabilidad. Estos antecedentes y consecuencias fueron desarrolladas a partir de la literatura (Keenan, 1999).

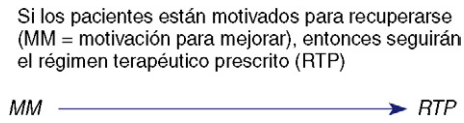
Las afirmaciones relacionales son una condición necesaria y/o suficiente, o las dos cosas a la vez. Estas etiquetas caracterizan condiciones que ayudan a explicar la naturaleza de la relación entre las dos variables en las afirmaciones teóricas. Por ejemplo, una afirmación relacional expresada como una condición suficiente podría ser la siguiente: si las enfermeras reaccionan aprobando las conductas independientes de los pacientes *(NA)*, éstos aumentan sus esfuerzos en las actividades de autocuidado *(PSC)*. Éste es un tipo de afirmación compuesta que relaciona las variables

antecedentes con sus consecuentes. La afirmación no supone la verdad del antecedente. Es más, la suposición es que si el antecedente es cierto, entonces la consecuencia es cierta (Giere, 1979). Además, no aparece ninguna suposición en las afirmaciones acerca de por qué el antecedente se relaciona con la consecuencia. De manera simbólica, las afirmaciones pueden expresarse del siguiente modo:



Una condición suficiente supone que una variable puede provocar la ocurrencia de otra variable. Esto no implica que sea la única variable que puede provocar la ocurrencia de la otra variable. Esta afirmación supone que la aprobación por parte de la enfermera de las conductas independientes del paciente es suficiente para que puedan desarrollarse las actividades de autocuidado del paciente. De todos modos, la suposición de que las actividades de autocuidado del paciente derivan de otros factores, como las variables del estado de salud y la personalidad de cada uno de ellos, no está excluida. Otras condiciones antecedentes podrían ser suficientes para que el paciente aceptara las actividades de autocuidado.

Una afirmación en forma de condición necesaria supone que se requiere una variable para que se produzca otra. Por ejemplo:



Esto significa que el seguimiento de un régimen terapéutico *(RTP)* nunca se da sin la motivación para mejorar (*MM)*. No existen suposiciones que afirmen que el seguimiento del régimen terapéutico prescrito resulte de su motivación para mejorar. Sin embargo, se cree que si la MM no está presente, los pacientes no seguirán a rajatabla su RTP. La MM es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se produzca la consecuencia esperada.

El término *si* se utiliza generalmente para introducir una condición suficiente, mientras que *sólo si* y *si... entonces* se utilizan para introducir condiciones necesarias (Giere, 1979). Normalmente, las afirmaciones condicionadas no son ni necesarias ni suficientes. De todos modos, puede ocurrir que una sola afirmación exprese las dos condiciones. En estos casos, el término *si* y *sólo si* se utilizan para expresar de manera implícita que las dos condiciones son necesarias y suficientes, la una en relación con la otra. En este caso: *a)* la consecuencia no se da nunca en ausencia del antecedente, y *b)* la consecuencia siempre se da cuando se da el antecedente (Giere, 1979). Se debería tener en cuenta que no todas las afirmaciones condicionadas son causales. Por ejemplo, la siguiente afirmación, «si estamos en el mes de noviembre, el mes siguiente será diciembre», no supone que noviembre sea el elemento causal de diciembre; más bien, es la secuencia de los meses lo que indica que diciembre sucede a noviembre (Dubin, 1978; Giere, 1979).

En su discusión sobre afirmaciones causales, Giere (1997) diferencia además entre modelos deterministas y modelos probabilísticos. Las afirmaciones teóricas derivadas de un modelo determinista suponen que la presencia o ausencia de una variable determina la presencia o ausencia de una segunda variable. El modelo probabilístico es otro enfoque que considera que los humanos al igual que otros fenómenos ambientales y sociales complejos se conceptualizan mejor a partir de un marco de probabilidad. Las afirmaciones probabilísticas derivan generalmente de datos estadísticos y expresan conexiones que no siempre se producen, pero que es probable que se produzcan basándose en la estimación de la probabilidad. Como ejemplo, se ha supuesto que la falta de ejercicio habitual puede conducir a la obesidad, un problema de salud de dimensión nacional que está en aumento. Está claro que la falta de ejercicio *(FE)* no siempre conduce a la obesidad, porque no todos los telespectadores pasivos desarrollan una obesidad mórbida *(OM)*. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar obesidad mórbida *(P OM)* puede aumentar en las personas que sistemáticamente evitan el ejercicio, por lo menos hasta cierto grado de probabilidad. De manera simbólica:

Las afirmaciones relacionales que suponen conexiones entre variables ofrecen la posibilidad de análisis y establecen la base de la explicación y la predicción (Hage, 1972).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Asociaciones y ordenación

Especificar las asociaciones constituye una parte vital del desarrollo de una teoría (Hage, 1972). Aunque las afirmaciones teóricas indican conexiones entre los conceptos, se debe desarrollar una relación entre las conexiones. El desarrollo de asociaciones teóricas ofrece una explicación de por qué en la teoría las variables están conectadas de cierta manera; es decir, la razón teórica para asumir las interrelaciones particulares (Hage, 1972). Las asociaciones operativas contribuyen a la demostración de la teoría, ya que especifican cómo están conectadas las variables de medición (Hage, 1972). Las definiciones operativas especifican la mensurabilidad de los conceptos y las asociaciones operativas sirven para demostrar las suposiciones. Son las asociaciones operativas las que contribuyen a crear una perspectiva para comprender la naturaleza de la relación entre conceptos, como por ejemplo, si la relación entre conceptos es negativa o positiva, lineal o curva (Hage, 1972).

Una teoría puede considerarse completa si presenta los elementos de los conceptos, las definiciones, las afirmaciones y las asociaciones. No obstante, el desarrollo completo de una teoría requiere la organización de los conceptos, las definiciones, las afirmaciones relacionales y las asociaciones en premisas e hipótesis (Hage, 1972). A medida que la teoría va evolucionando, los conceptos y las afirmaciones teóricas se desarrollan, estableciendo, por tanto, una ordenación lógica de los componentes teóricos. La clasificación conceptual de las afirmaciones y las asociaciones en premisas puede revelar áreas contradictorias (Hage, 1972). Las premisas (o axiomas) son las suposiciones más generales de las que se derivan las hipótesis. En general, hay consenso en que la ordenación conceptual de las afirmaciones teóricas y sus asociaciones está indicada cuando la teoría contiene una lista lógica y extensa de afirmaciones teóricas.

Reynolds (1971) describe tres maneras de organizar la teoría: la *normativa*, la *axiomática* y el *proceso causal*. Cada una de ellas es un enfoque conceptual con distinta organización y con limitaciones diferentes.

El enfoque *normativo* organiza los descubrimientos de la investigación empírica. Los descubrimientos empíricos procedentes de la investigación, en un área de interés concreto, se identifican a partir de la bibliografía para ser evaluados. Los descubrimientos se evalúan y se clasifican en distintas categorías de leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis, basadas en el grado de evidencia empírica que presenta esta suposición (Reynolds, 1971). Se han señalado las limitaciones del enfoque normativo para la construcción de la teoría.

En primer lugar, la naturaleza de la investigación requiere centrarse en las relaciones entre un conjunto limitado de variables; por tanto, los intentos para desarrollar una teoría normativa a partir de afirmaciones o descubrimientos pueden llevar a un gran número de afirmaciones que indican las relaciones entre (pero limitadas a) dos o más variables. Este gran conjunto de generalidades puede resultar difícil de organizar e interrelacionar. En segundo lugar, para llevar a cabo la investigación, los conceptos deben definirse de manera operativa para ser mensurables. De este modo, en las afirmaciones de los descubrimientos empíricos pueden no estar incluidos algunos de los conceptos teóricos necesarios para una aplicación adecuada (Foster, 1997).

Reynolds (1971) llegó a la conclusión de que aunque la forma normativa proporciona la clasificación de fenómenos o la predicción de las relaciones entre las variables disponibles, sin embargo no permite la comprensión, que es indispensable para el avance científico, ya que se basa en lo que realmente ya es conocido. Finalmente, Reynolds (1971) añade que cada afirmación en la forma normativa se considera independiente, porque las diversas afirmaciones no se han interrelacionado en un sistema de descripción y explicación o no han evolucionado desde un modelo o marco conceptual organizado (fig. 4-1). Cada afirmación tiene que demostrarse porque las afirmaciones no están relacionadas y una afirmación no ofrece el apoyo para ninguna otra afirmación. Esta forma normativa puede ser útil para empezar a desarrollar la teoría; sin embargo, los esfuerzos dedicados a la investigación deben ser más extensos.

La *forma axiomática* de organización de la teoría es un sistema lógico, interrelacionado. Específicamente, una teoría axiomática consta de definiciones explícitas, un conjunto de conceptos, un conjunto de enunciados de existencia y un conjunto de afirmaciones de relaciones, clasificadas en orden jerárquico (Reynolds, 1971). Los conceptos pueden incluir conceptos abstractos, intermedios y concretos. El conjunto de enunciados de existencia describe situaciones en las que es aplicable la teoría. Las afirmaciones que trazan los límites de la teoría describen el alcance de la teoría (Dubin,

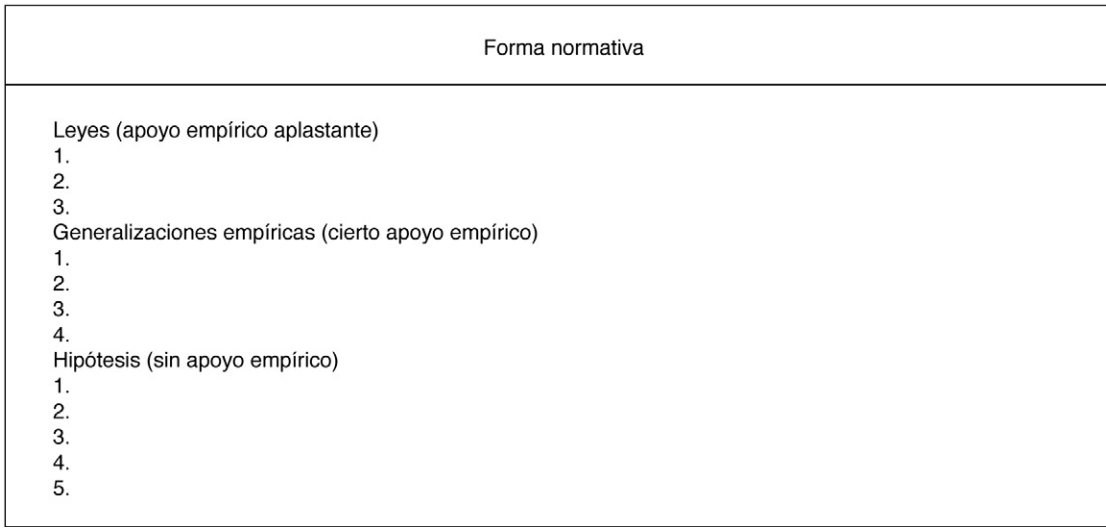


Figura 4-1 Forma normativa. (De Reynolds, P. [1971]. *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill. Con autorización de Allyn y Bacon, una división de Pearson Education.)

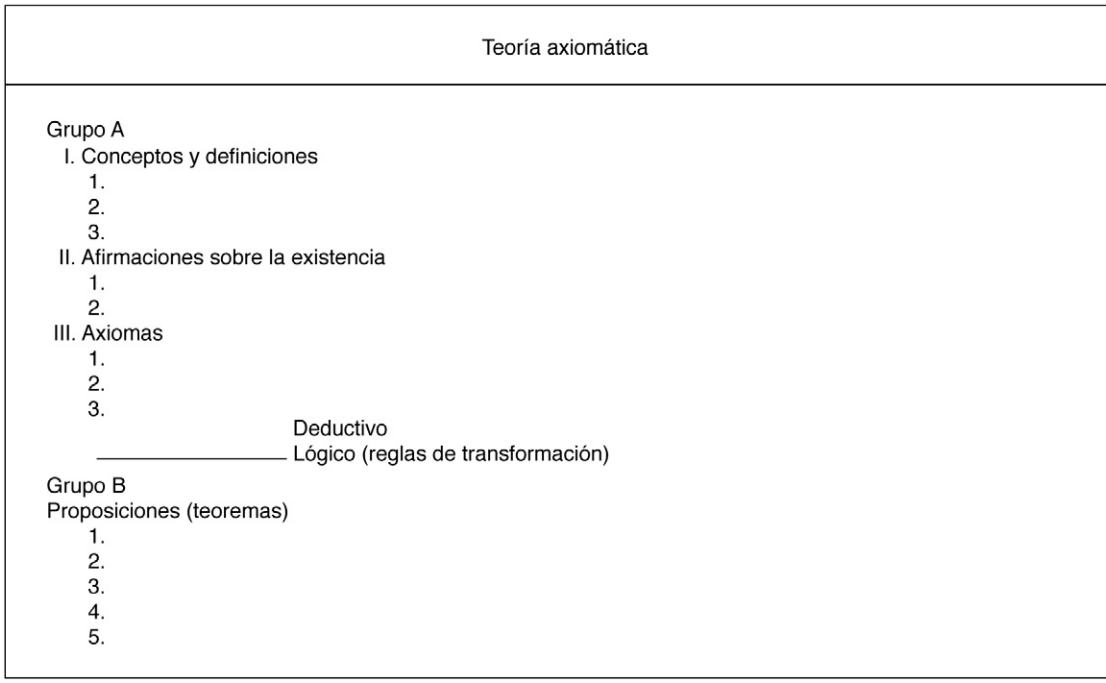


Figura 4-2 Teoría axiomática representada de forma esquemática. (Desarrollada a partir de Werkmeister, W. [1959]. Theory construction and the problem of objectivity. En L. Gross [Ed.], *Symposium of sociological theory*. Evanston, IL: Row, Peterson, & Co. [schemata]; y Reynolds, P. [1971]. *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill [terminología].)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1978; Hage, 1972; Reynolds, 1971). Las afirmaciones relacionales constan de axiomas y proposiciones. Las afirmaciones teóricas abstractas o axiomas están en lo más alto de la jerarquía de las afirmaciones relacionales. Las demás proposiciones se desarrollan a través de deducciones lógicas de los axiomas o de otros resultados de la bibliografía (fig. 4-2). Esto lleva a un sistema explicativo altamente interrelacionado.

Las teóricas axiomáticas evitan el problema de los axiomas contradictorios usando un sistema conceptual con unos pocos axiomas amplios de los que se deriva un conjunto de proposiciones. Los siete modelos conceptuales de enfermería de este libro son ejemplos de marcos con axiomas amplios a partir de los que puede desarrollarse una teoría. A medida que avanza la ciencia y se conocen nuevos datos empíricos, los axiomas generales pueden ser modificados o ampliados. Algunas de las teorías en enfermería y teorías intermedias se desarrollaron mediante un modelo conceptual de enfermería, ya que sus axiomas amplios son ejemplos del tipo de extensión aquí descrita. Sin embargo, estas ampliaciones deben ser compatibles con el sistema lógico del modelo y no deben incluir contraindicaciones en la teoría, o la teoría debería ser rechazada (Schlotfeldt, 1992). Las nuevas teorías también pueden incluir partes de teorías previas como casos especiales (Brown, 1977). Un ejemplo clásico es la teoría de la relatividad de Einstein, que incorporó la ley de la gravedad de Newton. Las teorías axiomáticas no son muy habituales en las ciencias sociales y conductuales, pero son claramente evidentes en la física y las matemáticas.

El desarrollo de teorías de forma axiomática tiene varias ventajas (Reynolds, 1971; Salmon, 1973). En primer lugar, porque la teoría es un conjunto interrelacionado de afirmaciones en las que unas afirmaciones pueden derivar de otras, sólo los conceptos que se van a medir deben ser definidos operativamente (Reynolds, 1971). Esto le permite al teórico incorporar algunos conceptos muy abstractos y menos mensurables al proporcionar la explicación. El sistema axiomático interrelacionado también puede ser más eficaz para la explicación que el gran número de afirmaciones teóricas en la forma normativa. Además, el apoyo empírico para una afirmación teórica puede basarse en resultados de confirmación de investigaciones anteriores y permitir así una investigación no tan extensa como la requerida para probar cada afirmación en la forma normativa. En ciertos casos, la teoría axiomática se puede organizar en forma de proceso causal para mejorar la comprensión y corroborar los resultados.

El rasgo distintivo de la forma del *proceso causal* de la teoría son las afirmaciones teóricas que especifican mecanismos causales entre variables dependientes e independientes. Esta forma de organización de la teoría consta de un conjunto de conceptos, un conjunto de definiciones, un conjunto de enunciados de existencia y un conjunto de afirmaciones teóricas que especifican el proceso causal (Reynolds, 1971). Los conceptos incluyen ideas abstractas y concretas. Los enunciados de existencia funcionan de la misma manera que lo hacen en la teoría axiomática para describir las condiciones del objetivo de la teoría, es decir, las situaciones asumidas en las que se aplica la teoría (Dubin, 1978; Hage, 1972; Reynolds, 1971). Las afirmaciones causales especifican los posibles efectos de una variable sobre una o más variables que se vayan a estudiar. En procesos causales complejos, se establecen mediante hipótesis las vías de retroalimentación y las líneas de influencia entre diversas variables, con ayuda del conjunto de enunciados causales interrelacionados (Mullins, 1971; Nowak, 1975). Reynolds (1971) concluyó que la forma del proceso causal de la teoría ofrece una explicación del proceso sobre cómo se producen los sucesos. Reynolds identificó las distintas ventajas de la forma y la organización del proceso causal. En primer lugar, como la teoría axiomática, ofrece conceptos teóricos, enormemente abstractos. En segundo lugar, y también como la teoría axiomática, esta forma permite unas pruebas de investigación más eficaces, con sus afirmaciones teóricas interrelacionadas. Por último, las afirmaciones del proceso causal ofrecen un sentido de comprensión del fenómeno de estudio que no es posible realizar de ninguna otra forma. Ésta es una forma muy avanzada del desarrollo de una teoría que se construye sucesivamente sobre resultados de investigaciones previas del área de investigación, con una extensa creación y pruebas de teorías con el paso del tiempo. La figura 4-3 representa un modelo causal para probar una teoría de afrontamiento activo. Las líneas discontinuas muestran la dirección de la relación esperada. Las líneas de puntos indican nuevas relaciones potenciales. Las flechas indican la dirección de la relación esperada en las hipótesis del estudio. Los números junto a las líneas identifican estudios previos que prestaron apoyo a las relaciones propuestas.

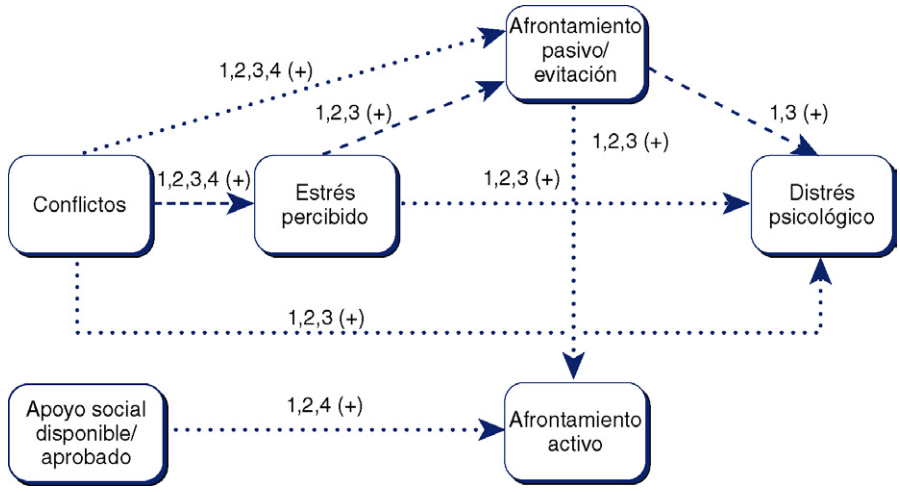


Figura 4-3 Modelo causal de afrontamiento activo. (Tomado de Ducharme, F., Ricard, N., Duquette, A., & Lachance, I. [1998]. Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly, 11*[4], 149-159.)

ASPECTOS CONTEMPORÁNEOS EN EL DESARROLLO DE LAS TEORÍAS EN ENFERMERÍA

Límites y niveles teóricos para avanzar en la ciencia enfermera

A partir de la propuesta fundamental de Fawcett (1984) de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero-persona, entorno, salud y enfermería, se ha alcanzado un consenso general entre expertos en enfermería respecto a que el marco propuesto ahora se usa sin referencia al autor para el desarrollo de la ciencia enfermera. En general, un metaparadigma debería especificar los amplios límites del fenómeno de estudio en una disciplina, por ejemplo, separar la enfermería de otras disciplinas, como la medicina, la fisiología del ejercicio clínico o la sociología. Fawcett (2005) propone que un metaparadigma define todos los fenómenos inherentes en la disciplina de una forma escueta, tiene una perspectiva neutral y es de alcance internacional. Su definición de perspectiva neutral es que los conceptos del metaparadigma reflejan la enfermería, pero ningún modelo o paradigma enfermero conceptual concreto. Este criterio queda claramente ilustrado en los modelos y paradigmas de enfermería, ya que éstos incluyen los conceptos de metaparadigma, pero los definen en vías claramente diferentes. Esto confirma su naturaleza genérica como conceptos de metaparadigma amplios que tienen especificidad en cada teoría o paradigma conceptual. Es esencial captar la importancia de la razón de Fawcett. Debido a que el metaparadigma es el nivel filosófico superior en la estructura del conocimiento, los modelos y las teorías definen los términos específicamente en cada uno de sus trabajos, y se prevén diferencias entre ellos. Thorne et al. (1998) afirmaron que no era productivo continuar con los debates de los metaparadigmas sobre qué sistema conceptual debería definir estos conceptos, sino que cada modelo conceptual se clasifica como un modelo conceptual de enfermería porque claramente se dirige a cada uno de los conceptos de metaparadigma, aunque desde diferentes perspectivas filosóficas. Es de esperar que los debates académicos continúen entre estudiantes de doctorado y comunidades de académicos implicados en el conocimiento experto y en la investigación. Se esperan discusiones dentro de la disciplina enfermera y enfoques en el conocimiento de la enfermería a medida que las enfermeras aborden las obligaciones sociales dinámicas, la provisionalidad de la teoría y nuevos avances parejos al desarrollo de la disciplina (Monti y Tingen, 1999).

Considerar el metaparadigma desde diferentes perspectivas culturales mejora nuestro conocimiento y amplía nuestras ideas a medida que la disciplina se desarrolla globalmente. Por ejemplo, el trabajo realizado por Kao, Reeder, Hsu y Cheng (2006) propone una visión china del paradigma de la enfermería occidental a través de la lente del confucionismo y el taoísmo. El concepto de persona

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

es más que un ser espiritual biopsicosocial y también está ligado a la responsabilidad. La salud incluye el flujo de qi, yin-yang y las cinco fases (madera, agua, fuego, metal y tierra). El reto en el desarrollo del conocimiento es aprender cómo considerar los fenómenos de enfermería a través de muchas lentes, fomentar el desarrollo del conocimiento y aumentar la asistencia de las personas en todo el mundo.

En la disciplina de la enfermería, la atención inicial centrada en el desarrollo de las teorías ha evolucionado hasta situar el énfasis en la utilización de las teorías, con el desarrollo y la utilización de teorías intermedias centradas a nivel práctico (Acton, Irvin, Jensen, Hopkins y Miller, 1997; Good, 1998; Im y Meleis, 1999; Lawson, 2003; Liehr y Smith, 1999; Smith y Liehr, 2008). Las *teorías específicas de la situación* (el término preferido por Meleis, 2007) son aplicables a un problema de enfermería o a un grupo específico de pacientes. Un abordaje integral de las teorías específicas de la situación incluye cuatro amplios pasos interrelacionados: *a)* comprobar suposiciones para el desarrollo de la teoría, *b)* examinar el fenómeno a través de múltiples fuentes, *c)* teorizar y *d)* informar/validar (Im, 2005, 2006).

La teoría intermedia la describió un sociólogo (Merton, 1967) muy al principio de la bibliografía enfermera. Merton propuso que se centrara en fenómenos específicos (más que intentar centrarse en fenómenos de mayor alcance) y consta de hipótesis con dos o más conceptos interrelacionados en un sistema conceptual. En la bibliografía enfermera actual, numerosas teorías intermedias se han desarrollado cualitativamente a partir de observaciones y entrevistas en la práctica y, cuantitativamente, a partir de modelos o teorías conceptuales de enfermería. La teoría intermedia es pragmática y contiene aspectos específicos sobre la situación práctica, de la siguiente forma:

- La situación o el estado de salud involucrado.
- La población o grupo de edad de los usuarios.
- La localización o área de práctica (como una comunidad).
- La acción o intervención de la enfermera.

Son estos detalles los que hacen que la teoría intermedia sea tan aplicable a la práctica enfermera (Alligood, 2006, p. 488). Por tanto, el desarrollo de una teoría intermedia facilita los conceptos de las relaciones entre teoría, práctica enfermera y resultados en el paciente en las áreas en las que se centran. En 1996, Lenz (en Liehr y Smith, 1999) identificó los siguientes seis enfoques para idear teorías intermedias:

1. Enfoque inductivo a través de la investigación.
2. Enfoque deductivo a partir de grandes teorías enfermeras.
3. Integración de teorías enfermeras y teorías no enfermeras.
4. Enfoque derivativo (retroductivo) a partir de teorías no enfermeras.
5. Teorías ideadas a partir de pautas de la práctica clínica.
6. Enfoque de síntesis a partir de hallazgos empíricos.

Liehr y Smith (1999) repasaron 10 años de bibliografía enfermera sobre el desarrollo de teorías intermedias de 1985 a 1995 y encontraron 22 teorías intermedias que podrían clasificarse en cinco enfoques de la construcción de teorías.

En la bibliografía enfermera se encuentran numerosos y diferentes enfoques para construir y desarrollar teorías intermedias. La bibliografía enfermera reciente destaca la importancia de relacionar teorías intermedias con teorías y paradigmas enfermeros más amplios y seguir la comprobación empírica y la replicación de estudios para avanzar en el conocimiento enfermero. Fahs, Morgan y Kalman (2003) exigían la replicación de estudios de investigación para asegurar que las expertas en enfermería puedan proporcionar «una asociación (veraz) investigación-práctica»... que (proporcione) «una atención segura, eficaz y de calidad a los usuarios» (p. 70). Las teorías intermedias han crecido básicamente en los últimos 10 años, con segundas ediciones de las obras sobre el tema (Peterson, 2008; Sieloff y Frey, 2007; Smith y Liehr, 2008) y que se enseñan en las universidades en la práctica basada en la teoría.

Numerosos autores han propuesto criterios para evaluar teorías (Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005; Meleis, 2007; Parker, 2006). Estos criterios reflejan la importancia del conocimiento enfermero para el futuro de la disciplina, además de la diversidad de enfoques. ¿Es la teoría relevante, significativa o funcional para la disciplina de la enfermería? El capítulo 1 presenta los criterios usados para el análisis de la teoría en este libro (Chinn y Kramer, 2008).

Teoría, práctica e investigación enfermera

La verificación de la investigación de la teoría puede hacer que una teoría de enfermería se abandone a medida que se desarrolla una nueva teoría que explica los fenómenos enfermeros más adecuadamente. Por tanto, es básico que la investigación para

comprobar las teorías continúe para que la disciplina siga avanzando. Expertos enfermeros han presentado criterios para evaluar la investigación de la comprobación de la teoría en enfermería (Acton, Irvin y Hopkins, 1991; Silva, 1986). Estos criterios destacan la importancia de utilizar un marco de enfermería para elaborar la propuesta, centrarse en el estudio y derivar la hipótesis y la necesidad de relacionar la importancia de los hallazgos en la enfermería. Además de necesitar que se lleven a cabo más investigaciones rigurosas en la teoría enfermera, expertos y profesionales de enfermería exigen una mayor atención en las relaciones entre la teoría y la práctica. Sus recomendaciones incluyen:

- Seguir desarrollando teorías enfermeras relevantes para la práctica enfermera especializada.
- Favorecer la colaboración entre los científicos y los profesionales (Lorentzon, 1998).
- Alentar a las enfermeras investigadoras a comunicar los resultados de las investigaciones a los profesionales.
- Dedicar más esfuerzos para relacionar teorías intermedias con paradigmas de enfermería.
- Aumentar el énfasis en la investigación clínica.
- Aumentar el uso de teorías de enfermería para la práctica basada en la teoría y la toma de decisiones clínicas.

(Véase Chinn y Kramer, 2008; Cody, 1999; Hoffman y Bertus, 1991; Liehr y Smith, 1999; Lutz, Jones y Kendall, 1997; Reed, 2000; Sparacino, 1991.)

En educación, algunos profesores usan la teoría para guiar el currículo de enfermería; sin embargo, otros utilizan un marco del paradigma. Malinski (2000) y otros autores han instado a aumentar la atención a la investigación basada en las teorías en enfermería y a consolidar los currículos basados en teorías enfermeras, especialmente en programas de másteres y de doctorado.

Respecto al uso del conocimiento enfermero en la práctica clínica, Cody señaló que «es responsabilidad ética de una enfermera profesional utilizar la base de conocimientos de su disciplina» (1997, p. 4). En 1992, en la primera aparición de la *Clinical Nursing Research*, Schlotfeldt señaló:

> «Serán los expertos en enfermería clínica... quienes identificarán los fenómenos humanos fundamentales para la práctica de la enfermería... y harán que se tengan en cuenta los problemas de la práctica sobre los que se necesitan conocimientos de los que aún no se dispone. También dependerá de los expertos en enfermería clínica la aparición de teorías prometedoras, cuya verificación impulsará el avance del conocimiento en este campo y asegurará la continuidad de estos servicios tan esenciales para la humanidad» (1992, p. 9).

En resumen, los expertos enfermeros contemporáneos destacan lo siguiente respecto al proceso de construcción de las teorías:

- Desarrollo continuado de la investigación teórica en enfermería.
- Énfasis en que los expertos continúen con sus teorías intermedias y las teorías de situación específica, incluyendo esfuerzos para relacionar las teorías y los paradigmas enfermeros.
- Aumento de la atención a la síntesis del conocimiento enfermero.
- Desarrollo de asociaciones más sólidas entre la teoría, la investigación y la práctica enfermeras.

La disciplina de la enfermería se ha convertido en un conocimiento de las relaciones entre teoría, práctica e investigación que ya no las separa en categorías distintas. Al contrario, sus interrelaciones complementarias han fomentado el desarrollo de un nuevo conocimiento sobre la práctica, ya que la teoría se utiliza para guiar la práctica y las innovaciones en la práctica conducen a una nueva teoría intermedia. De forma análoga, las enfermeras científicas han obtenido nuevos conocimientos de las relaciones entre teoría e investigación porque los informes de estudios cuantitativos incluyen descripciones explícitas de sus marcos y las investigadoras cualitativas interpretan sus resultados en marcos de enfermería. La naturaleza complementaria de estas relaciones está promoviendo una nueva etapa de crecimiento de la ciencia de la enfermería. Por tanto, el capítulo finaliza como empezó. Es importante hacer hincapié en la teoría porque el desarrollo teórico en enfermería es un componente fundamental de la erudición enfermera realizada para hacer avanzar el conocimiento de la disciplina.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Webber, P. B. (2008). Yes, Virginia, nursing does have laws. *Nurse Science Quarterly*, *21*(1), 68-73.

Referencias clásicas

- Dubin, R. (1978). *Theory building.* New York: Free Press.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology.* New York: John Wiley & Sons.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science.* New York: Chandler.
- Mullins, N. (1971). *The art of theory: Construction and use.* New York: Harper & Row.
- Wilson, J. (1969) *Thinking with concepts.* Cambridge: Cambridge University Press.

REFERENCIAS

Acton, G., Irvin, B., & Hopkins, B. (1991). Theory-testing research: Building the science. *ANS Advances in Nursing Science*, *14*(1), 52-61.

Acton, G., Irvin, B., Jensen, B., Hopkins, B., & Miller, E. (1997). Explicating middle-range theory through methodological diversity. *ANS Advances in Nursing Science*, *19*(3), 78-85.

Alligood, M. R. (2006). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 487-497). St. Louis: Mosby.

American Heart Association (AHA). (2004). *Diagnosing heart disease.* Dallas: AHA. Retrieved April 26, 2004 from: http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=330.

Brown, H. (1977). *Perception, theory and commitment: The new philosophy of science.* Chicago: University of Chicago Press.

Buck, H. (2006). Spirituality: Concept analysis and model development. *Holistic Nursing Practice*, *20*(6), 288-292.

Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing.* St. Louis: Mosby.

Cody, W. (1997). Of tombstones, milestones, and gem-stones: A retrospective and prospective on nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 3-5.

Cody, W. (1999). Middle range theories: Do they foster the development of nursing science? *Nursing Science Quarterly*, *12*(1), 9-14.

Dalton, C., & Gottlieb, L. N. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(2), 108-117.

Dubin, R. (1978). *Theory building.* New York: Free Press.

Ducharme, F., Ricard, N., Duquette, A., & Lachance, I. (1998). Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, *11*(4), 149-159.

Fahs, P. S., Morgan, L. L., & Kalman, M. (2003). A call for replication. *Journal of Nursing Scholarship*, *35*(1), 67-72.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *16*(3), 84-87.

Fawcett, J. (2005). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Foster, L. (1997). Addressing epistemologic and practical issues in multimethod research: A procedure for conceptual triangulation. *Advances in Nursing Science*, *20*(2), 1-12.

Giere, R. N. (1979). *Understanding scientific reasoning.* New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Giere, R. N. (1997). *Understanding scientific reasoning* (4th ed.). Fort Worth, TX: Harcourt, Brace College Publishers.

Good, M. (1998). Middle range theory of acute pain management: Use in research. *Nursing Outlook*, *46*, 120-124.

Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology.* New York: John Wiley & Sons.

Hardin, S. R., Hussey, L. C., & Steele, L. (2003). Spirituality as integrality among chronic heart failure patients: A pilot study. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *11*(1), 43-53.

Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., et al. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(6), 577-588.

Hatch, R. L., Burg, M. A., Naberhaus, D. S., & Hellmich, L. K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: Development and testing of a new instrument. *Journal of Family Practice*, *46*, 6.

Hoffman, A., & Bertus, P. (1991). Theory and practice: Bridging scientists' and practitioners' roles. *Archives of Psychiatric Nursing*, *7*(1), 2-9.

Hussey, L. C., & Hardin, S. R. (2003). Sex-related differences in heart failure. *Heart & Lung*, *32*(4), 215-225.

Im, E. (2005). Development of situation-specific theories. *Advances in Nursing Science*, *28*(2), 137-151.

Im, E. (2006). A situation-specific theory of Caucasian cancer patients' pain experience. *Advances in Nursing Science*, *29*(3), 232-244.

Im, E., & Meleis, A. (1999). Situation-specific theories: Philosophical roots, properties and approach. *ANS Advances in Nursing Science*, *22*(2), 11-24.

Kao, H., Reeder, F., Hsu, M., & Cheng, S. (2006). A Chinese view of the Western nursing metaparadigm. *Journal of Holistic Nursing*, *24*(2), 92-101.

Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science.* New York: Chandler.

Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(3), 556-562.

Lawson, L. (2003). Becoming a success story: How boys who have molested children talk about treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 259-268.

Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *ANS Advances in Nursing Science*, *21*(4), 81-91.
Lorentzon, M. (1998). The way forward: Nursing research or collaborative health care research? *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 675-676.
Lutz, K., Jones, K., & Kendall, J. (1997). Expanding the praxis debate: Contributions to clinical inquiry. *ANS Advances in Nursing Science*, *20*(2), 13-22.
Malinski, V. (1994). Spirituality: A pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *2*(1), 12-18.
Malinski, V. (2000). Research-based evaluation of conceptual models of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 103-110.
Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Merton, R. K. (1967). *On theoretical sociology*. New York: Free Press.
Monti, E., & Tingen, M. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *ANS Advances in Nursing Science*, *21*(4), 64-80.
Morse, J. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, *17*, 31-46.
Mullins, N. (1971). *The art of theory: Construction and use*. New York: Harper & Row.
Nowak, S. (1975). Causal interpretations of statistical relationships in social research. In H. Blalock (Ed.), *Quantitative sociology: International perspectives on mathematical and statistical modeling*. New York: Academic Press.
O'Byrne, P. (2008). The dissection of risk: A conceptual analysis. *Nursing Inquiry*, *15*(1), 30-39.
Parker, M. E. (2006). *Nursing theories & nursing practice* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
Peterson, S. J. (2008). *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Posey, A. (2006). Symptom perception: A concept exploration. *Nursing Forum*, *41*(3), 113-124.
Reed, P. (2000). Nursing reformation: Historical reflections and philosophic foundations. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 129-136.
Reynolds, P. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
Rodgers, B. L. (1989). Concept analysis, the development of knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, *14*, 330-335.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
Salmon, W. D. (1973). *Logic*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Sayers, K., & de Vries, K. (2008). A concept development of 'being sensitive' in nursing. *Nursing Ethics*, *15*(3), 289-303.
Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type I diabetes in children and adolescents: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(1), 87-99.
Schlotfeldt, R. (1992). Why promote clinical nursing scholarship? *Clinical Nursing Research*, *1*(1), 5-8.
Schwartz-Barcott, D., & Kim, H. S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing* (2nd ed., pp. 129-160). Philadelphia: Saunders.
Scott Tilley, D. (2008). Competency in nursing: a concept analysis. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *39*(2), 58-64.
Sieloff, C., & Frey, M. A. (2007). *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer.
Silva, M. (1986). Research testing nursing theory: State of the art. *ANS Advances in Nursing Science*, *9*(10), 1-11.
Smith, M. J., & Liehr, P. (2008). *Middle range theory for nursing* (2nd ed.). New York: Springer.
Sparacino, P. (1991). The reciprocal relationship between practice and theory. *Clinical Nurse Specialist*, *5*(3), 138.
Spear, H., & Kulbok, P. (2004). Autonomy and adolescence: A concept analysis. *Public Health Nursing*, *21*(2), 144-152.
Starr, S. (2008). Authenticity: A concept analysis. *Nursing Forum*, *43*(2), 55-62.
Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A., & Kirkham, S. R. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: Disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 1257-1268.
Walker, L., & Avant, K. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(5), 607-618.
Werkmeister, W. (1959). Theory construction and the problem of objectivity. In L. Gross (Ed.), *Symposium of sociological theory*. Evanston, IL: Row, Peterson, & Co.
Wilson, J. (1969). *Thinking with concepts*. Cambridge: Cambridge University Press.
Zetterberg, H. L. (1966). *On theory and verification in sociology*. New York: John Wiley & Sons.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO
5

Hildegard E. Peplau

1909-1999

Virginia Henderson

1897-1996

Faye Glenn Abdellah

1919-presente

Ernestine Wiedenbach

1900-1996

Lydia Hall

1906-1969

Joyce Travelbee

1926-1973

Créditos de las fotografías: Louisiana State University Health Sciences Center, School of Nursing, Nueva Orleans, LA.

Kathryn E. Barnard

1938-presente

Evelyn Adam

1929-presente

Nancy Roper

1918-2004

Winifred W. Logan

Alison J. Tierney

Ida Jean (Orlando) Pelletier

1926-2007

Teorías en enfermería de importancia histórica

Marie E. Pokorny

«La idea de enfermería, basada históricamente en el cuidado de los enfermos y en la provisión de sustento a los vulnerables a enfermar, es fundamental para la profesión» (Wolf, 2006, p. 301).

HILDEGARD E. PEPLAU

Teoría de las relaciones interpersonales

De Hildegard E. Peplau se ha dicho que es la madre de la enfermería psiquiátrica porque su trabajo teórico y clínico condujo al desarrollo de la enfermería psiquiátrica como especialidad diferenciada. Su ámbito de influencia en enfermería incluye sus contribuciones como experta en enfermería psiquiátrica, educadora, autora y líder y teórica de la enfermería.

Peplau ejerció un gran liderazgo en la profesionalización de la enfermería. Fue directora ejecutiva y, más adelante, presidenta de la American Nurses Association. Fue la promotora de los estándares profesionales y de la regulación mediante la otorgación de credenciales. Impartió las primeras clases a estudiantes de psiquiatría en el Teachers College (Columbia University), donde puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento, para poder ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. En su libro fundamental, *Interpersonal Relations in Nursing* (1952), describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un «proceso interpersonal significativo, terapéutico» (p. 16) y muchos lo consideran el primer tratado de teorías en enfermería desde el trabajo de Nightingale en la década de 1850. Identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución (fig. 5-1).

Peplau estableció esquemas de los aspectos cambiantes de las relaciones enfermera-paciente (fig. 5-2) y propuso y describió seis roles de la enfermera: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor (fig. 5-3). Además, analizó cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad.

Las experiencias de Peplau con profesionales de la psiquiatría, la medicina, la educación y la sociología influyeron en su visión de lo que es, hace y debería ser una profesión (Sills, 1998). Su trabajo recibió influencias de Freud, Maslow y las teorías de las relaciones interpersonales de Sullivan y del modelo psicoanalítico contemporáneo. Tomó prestado el modelo psicológico para desarrollar su teoría de las relaciones interpersonales (Haber, 2000).

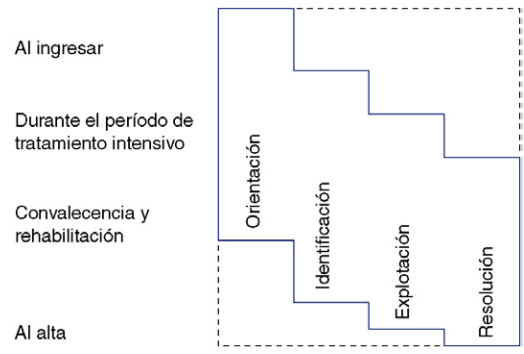


Figura 5-1 Fases de superposición en las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing.* New York: G. P. Putnam's Sons.)

Autora anterior: Ann Marriner Tomey.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

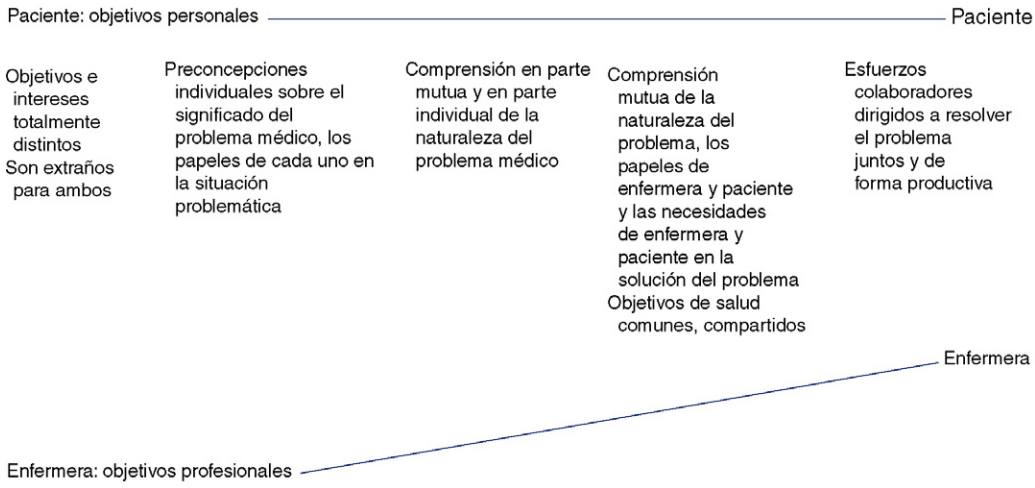


Figura 5-2 Espectro continuo que muestra los aspectos cambiantes de las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.)

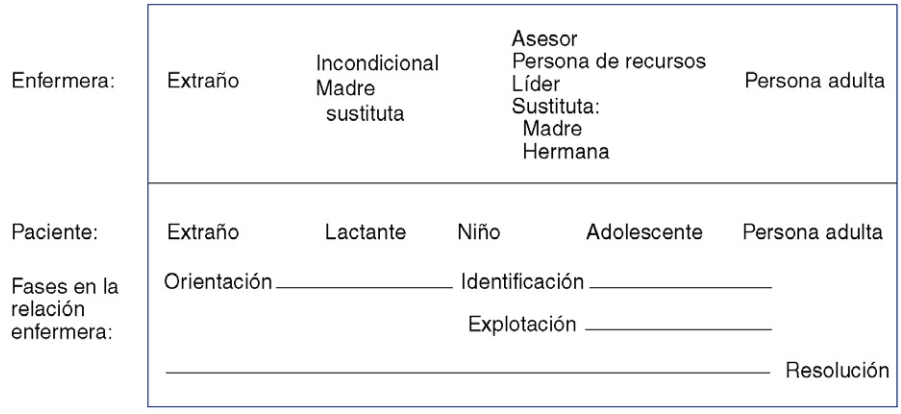


Figura 5-3 Fases y funciones cambiantes en las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.)

El trabajo de Peplau es específico de la relación enfermera-paciente y se clasifica como una teoría para la práctica de la enfermería.

VIRGINIA HENDERSON

Definición de enfermería

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: *a)* Thorndike (psicólogo estadounidense), *b)* sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, *c)* su experiencia en enfermería de rehabilitación y *d)* la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Sus conceptos de independencia influyeron en el trabajo de Abdellah y Adam (Abdellah, Beland, Martin y Matheney, 1960; Adam, 1980, 1991).

Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y fue una autora prolífica a lo largo de esos años. Henderson escribió tres libros que se han convertido en clásicos de la enfermería: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) y *The Nature of Nursing* (1966). Su principal contribución en la investigación de enfermería, el Nursing Studies Index Project patrocinado por la Universidad de Yale, de 11 años de duración, dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre bibliografía biográfica, analítica e histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1958, el comité de servicios de enfermería del International Council of Nurses (ICN) le pidió que expusiera su definición de enfermería. Su ahora histórica definición, publicada por el ICN en 1961, representó su cristalización final del tema:

> La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Henderson, 1964, p. 63).

La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN y divulgada extensamente; sigue utilizándose en todo el mundo.

En *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966) identificó 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería (cuadro 5-1). Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: *a)* sustituta del paciente, *b)* colaboradora para el paciente y *c)* compañera del paciente.

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe «meterse en la piel» de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan (Harmer y Henderson, 1955, p. 5). Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y de los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente, y utilizó un gráfico de sectores para ilustrar las contribuciones relativas de la enfermera como miembro del equipo sanitario. En *The Nature of Nursing: Reflections after 25 Years*, Henderson (1991) añadió apéndices a todos los capítulos de la edición de 1966 para presentar los cambios de sus puntos de vista y para debatir sus opiniones. Se puede considerar el trabajo de

Cuadro 5-1 *Las 14 necesidades de Henderson*

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles

Tomado de Henderson, V.A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years* (pp. 22-23). New York: National League for Nursing Press.

Henderson como una filosofía del objetivo y la función de la enfermería.

FAYE GLENN ABDELLAH

Veintiún problemas de enfermería

Se reconoce a Faye Glenn Abdellah como una líder en el desarrollo de la investigación en enfermería y de la enfermería como profesión en el Public Health Service (PHS), además de como experta internacional en problemas sanitarios. Ha participado activamente en asociaciones profesionales dedicadas a la enfermería y ha sido una autora prolífica, con más de 150 publicaciones en su haber. En sus 40 años como Oficial Comisionado en el Public Health Service de Estados Unidos (1949-1989) prestó servicio como Oficial Enfermera Jefe (1970-1987) y como primera enfermera en alcanzar la categoría de oficial abanderado de dos estrellas (Abdellah, 2004). Abdellah fue viceministra de Sanidad (1982-1989) y la primera mujer y enfermera que desempeñó el cargo. Después de retirarse, fundó la única facultad de enfermería de alcance nacional. Abdellah considera que su mayor logro es poder «desempeñar un cometido para sentar la base de la investigación en enfermería como una ciencia» (p. iii). Su libro, *Patient-Centered Approaches to Nursing*, hace hincapié en la ciencia de la enfermería y ha comportado cambios en los currículos de esta disciplina. Su obra se basa en el método de resolución de problemas y sirve de vehículo para perfilar los problemas de enfermería (del paciente) a medida que éste se aproxima a un estado de salud óptimo.

Abdellah considera la enfermería como un arte y una ciencia que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud, tanto si están enfermas como si están sanas. Aunque piensa que las acciones de enfermería se realizan bajo una dirección médica general o específica, ha formulado 21 problemas de enfermería de acuerdo con una revisión de estudios de investigación en enfermería (cuadro 5-2). Utilizó las 14 necesidades humanas básicas de Henderson (v. cuadro 5-1) e investigaciones en enfermería para establecer la clasificación de los problemas de enfermería.

Su trabajo difiere del de Henderson; los problemas de Abdellah están formulados en relación con los servicios de enfermería que se utilizan para determinar las necesidades del paciente. Su contribución al desarrollo de las teorías en enfermería incluye un análisis sistemático de los trabajos de investigación realizados para formular los 21 problemas de enfermería que sirvieron como base de la guía para una atención global de enfermería. La tipología de sus 21 problemas de enfermería apareció por primera vez en la edición de 1960 de *Patient-Centered Approaches to Nursing* (Abdellah et al., 1960). Después evolucionó a *Preparing for Nursing Research in the 21st Century: Evolution, Methodologies, and Challenges* (Abdellah y Levine, 1994). Los 21 problemas de enfermería han progresado hacia un desarrollo de segunda generación de problemas del paciente y resultados del paciente, en lugar de problemas de enfermería y resultados de enfermería. El trabajo de Abdellah refleja un enfoque centrado en el problema o en la filosofía de la enfermería. Quienes deseen examinar los artículos de Abdellah pueden consultar esta página web: http://www.nlm.nih.gov/hmd/manuscripts/ead/abdellah.html

ERNESTINE WIEDENBACH

El útil arte de la enfermería clínica

Se conoce a Ernestine Wiedenbach por su trabajo en el desarrollo de teorías y su trabajo en enfermería maternoinfantil. Desarrolló su teoría mientras enseñaba enfermería maternal en la School of Nursing de la Yale University. Wiedenbach enseñó con Ida Orlando en Yale y escribió con los filósofos Dickoff y James una obra clásica sobre teoría en una disciplina práctica que aún hoy en día utilizan quienes estudian la evolución de las teorías en enfermería (Dickoff, James y Wiedenbach, 1968). El trabajo de Wiedenbach se desarrolló a partir de sus 40 años de experiencia en el ámbito clínico y docente. Dirigió el currículo principal en enfermería de salud maternal y del recién nacido cuando la School of Nursing de Yale creó un programa de grado (Kaplan y King, 2000) y es autora de libros ampliamente utilizados en educación enfermera. Su definición de la enfermería refleja su formación como enfermera comadrona. Afirmó lo siguiente: «Las personas pueden diferir en cuanto a su

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 5-2 *Tipología de Abdellah de 21 problemas de enfermería*

1. Mantener una buena higiene y bienestar físico
2. Favorecer una actividad óptima: ejercicio, descanso, sueño
3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones y otros tipos de traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de infecciones
4. Mantener una buena mecánica corporal y prevenir y corregir las deformidades
5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades: patológicas, fisiológicas y compensadoras
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladoras
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensitiva
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivos y negativos
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y las enfermedades orgánicas
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz
15. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales productivas
16. Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales
17. Crear o mantener un entorno terapéutico
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables
19. Aceptar los objetivos posibles óptimos a la luz de las limitaciones, tanto físicas como emocionales
20. Utilizar recursos comunitarios como ayuda para resolver los problemas que surgen de las enfermedades
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades

Tomado de Abdellah, F.G., Beland, I.L., Martin, A. y Matheney, R.V. (1960). *Patient-centered approaches to nursing.* New York: Macmillan. Reproducido con autorización de Scribner, una división de Simon & Schuter.

concepto de la enfermería, pero pocos estarían en desacuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de una manera maternal» (Wiedenbach, 1964, p. 1).

La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Wiedenbach especificó los cuatro elementos de enfermería clínica: *a)* filosofía, *b)* objetivo, *c)* práctica y *d)* arte. Esta autora postuló que la enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente. Su punto de vista acerca de la disciplina refleja el período en el que se ponía un énfasis considerable en el arte de la enfermería. Siguió la teoría de Orlando del proceso deliberativo y no automático, e incorporó los pasos del proceso de enfermería. En su libro de 1964 *Clinical Nursing: A Helping Art*, Wiedenbach perfila los pasos de enfermería de forma secuencial.

Wiedenbach propone que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes mediante los siguientes pasos:

1. Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
2. Exploración del significado de su comportamiento.
3. Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
4. Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Después de esto, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria (fig. 5-4) y debe comprobar que se haya satisfecho la necesidad de ayuda (fig. 5-5) (Wiedenbach, 1964). Se puede considerar el trabajo de Wiedenbach como una filosofía del arte de la enfermería.

LYDIA HALL

Modelo de esencia, cuidado y curación *(core, care, cure)*

Lydia Hall fue una enfermera de rehabilitación que utilizó su filosofía de la enfermería para fundar el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation

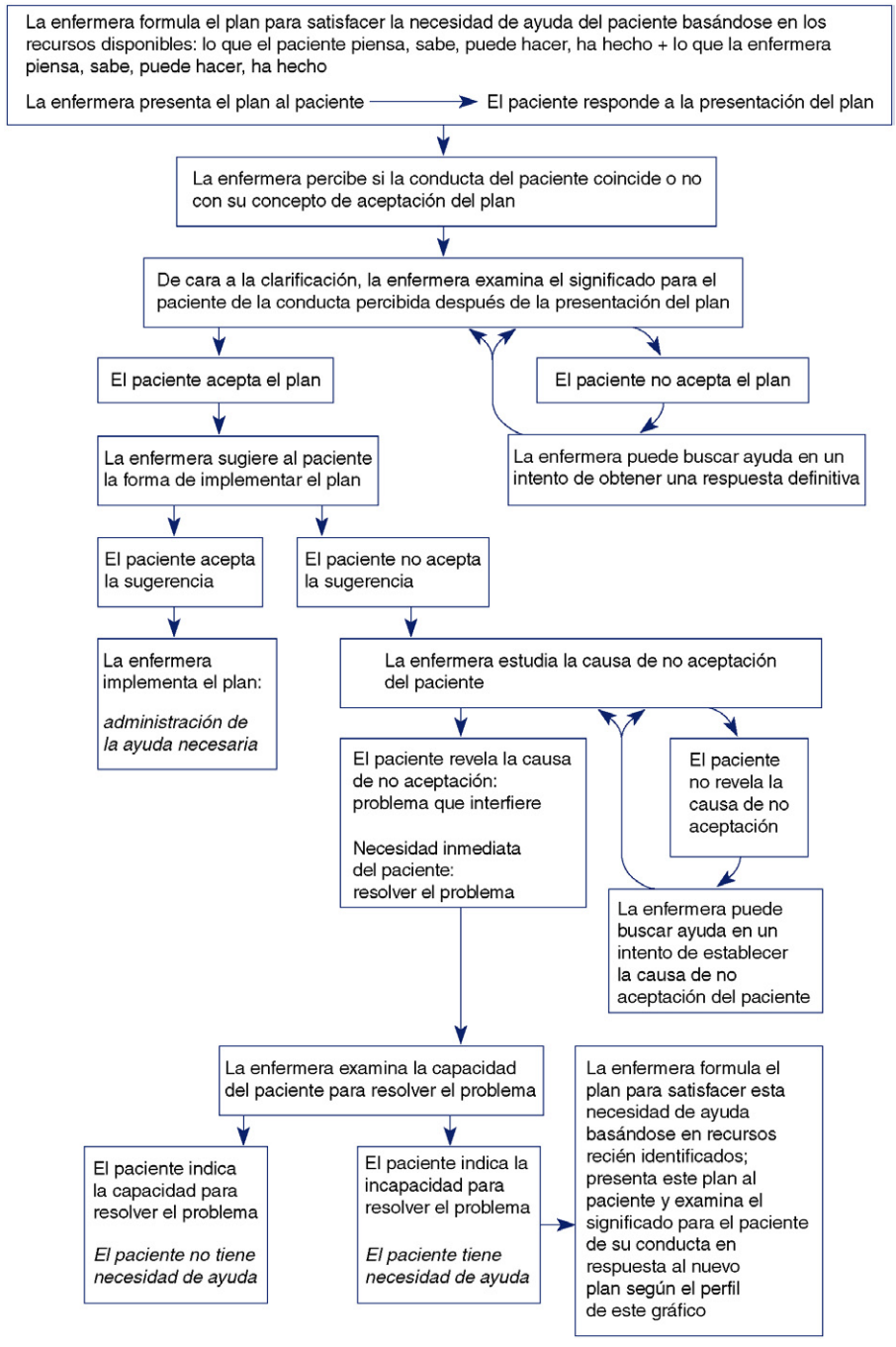


Figura 5-4 Administración de la ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 61]. New York: Springer.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

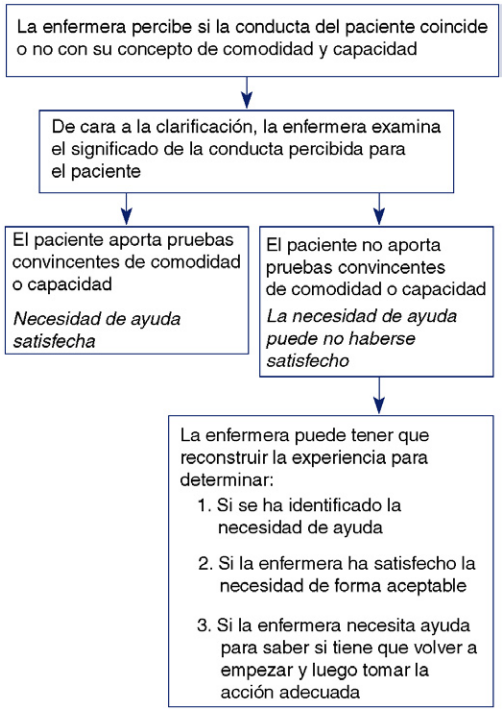


Figura 5-5 Validación de que se ha satisfecho la necesidad de ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 62]. New York: Springer.)

en el Montefiore Hospital de Nueva York. Fue directora del Loeb Center desde su inauguración en 1963 hasta su muerte en 1969. En la década de 1960 publicó más de 20 artículos sobre el Loeb Center y sus teorías de cuidados a largo plazo y el control de enfermedades crónicas. En 1964, el trabajo de Hall se presentó en «Nursing: What Is It?», en *The Canadian Nurse*. En 1969 se analizó su obra en «The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation» en el *International Journal of Nursing Studies*. En su trabajo innovador en el Loeb Center, Hall sostenía que existe una necesidad en la sociedad de ofrecer camas de hospital agrupadas en unidades centradas en la prestación de enfermería terapéutica. Se ha visto que el plan del Loeb es similar, en muchos sentidos, al concepto que más tarde emergería como «enfermería primaria» (Wiggins, 1980).

En un estudio de evaluación del Loeb Center for Nursing publicado en 1975, se observa que los ingresados en la unidad de enfermería, comparados con los ingresados en una unidad tradicional, reingresaron con menor frecuencia, eran más independientes y tenían una calidad de vida más elevada después del alta. Además, estaban más satisfechos con su experiencia en el hospital (Hall, Alfano, Rifkin y Levine, 1975).

Usando tres círculos intersectados para representar los aspectos del paciente, Hall propuso que las funciones de enfermería son diferentes. El círculo del cuidado representa el cuerpo del paciente, el círculo de la curación representa la enfermedad que afecta al sistema físico del paciente y el círculo de la esencia representa los sentimientos internos y el control de la persona (fig. 5-6). Los tres círculos cambian de tamaño y se solapan según la fase del paciente en el proceso de enfermedad. Una enfermera interviene en los tres círculos, pero en grados diferentes. Por ejemplo, en la fase de cuidado, la enfermera aplica al paciente cuidados corporales prácticos relacionados con actividades de la vida diaria, como la higiene personal y el aseo. En la fase de curación, la enfermera aplica el conocimiento médico al tratamiento de la persona, y en la fase de la esencia, la enfermera trata las necesidades sociales y emocionales del paciente para establecer una comunicación efectiva y un entorno confortable (Touhy y Birnbach, 2001). Las enfermeras también comparten los círculos con otros profesionales. La teoría de Lydia Hall se utilizó para

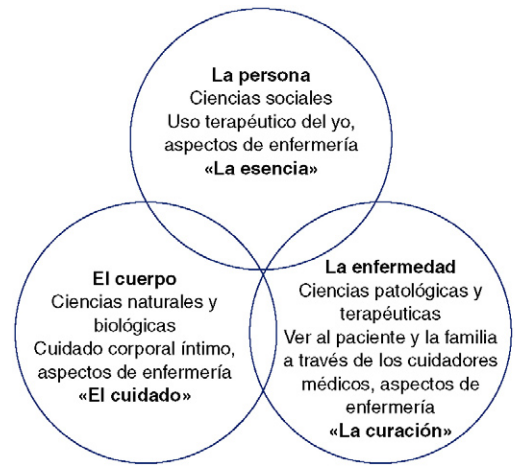


Figura 5-6 Modelo de esencia, cuidado y curación. (Tomado de Hall, L. [1964]. Nursing: What is it? *The Canadian Nurse, 60*[2], 151.)

mostrar la mejora en la comunicación enfermera-paciente, y el desarrollo y la concienciación que mostraron los pacientes cuya insuficiencia cardíaca se trató en el ámbito domiciliario (McCoy, Davidhizar y Gillum, 2007).

Hall pensaba que la atención de enfermería profesional facilitaba la recuperación y que, a medida que era necesaria menor atención médica, eran necesarios más cuidados y docencia de los profesionales de enfermería. Hall puso de relieve la función autónoma de la enfermería. Su conceptualización incluye a pacientes adultos que han pasado la fase aguda de la enfermedad. El objetivo del paciente es la rehabilitación, la autorrealización y la autoestima. Su contribución a la teoría de la enfermería fue el desarrollo y la utilización de esta filosofía de atención de enfermería en el Loeb Center de Nueva York. También reconoció a las enfermeras como profesionales y las animó a que contribuyeran a favorecer los resultados del paciente. Se puede considerar el trabajo de Hall como una filosofía de la enfermería.

JOYCE TRAVELBEE

Modelo de relaciones entre seres humanos

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing* (1966, 1971). Publicó principalmente a mediados de la década de 1960 y murió en 1973, a una edad relativamente temprana. Propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza (Travelbee, 1966, 1971). Discutió su teoría con Victor Frankl (1963), a quien atribuye, junto con Rollo May (1953) la influencia en su pensamiento (Meleis, 2007). La obra de Travelbee era conceptual y escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con: *a)* el encuentro original, que progresa a través de fases de *b)* identidades emergentes, *c)* sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, *d)* compasión, hasta que *e)* la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase (fig. 5-7). Travelbee creía que era tan importante solidarizarse como empatizarse con el paciente si enfermera y paciente tenían que desarrollar una relación *entre seres humanos* (Travelbee, 1964). Fue explícita en cuanto a la espiritualidad de paciente y enfermera, observando lo siguiente:

> «Se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones» (Travelbee, 1971, p. 16).

La teoría de Travelbee amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, pero su síntesis exclusiva de las ideas diferenció su trabajo en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería (Travelbee, 1963, 1964). Rich (2003) revisó el argumento de Travelbee sobre el valor de la compasión en enfermería y lo actualizó sin olvidar que la compasión es básica en la atención holística enfermera. El trabajo de Travelbee entra en la categoría de una teoría de enfermería.

KATHRYN E. BARNARD

Modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil

Kathryn E. Barnard es una investigadora activa, educadora y consultora que, desde mediados de la década de 1960, ha publicado numerosos trabajos sobre cómo mejorar la salud de los niños y sus familias. Comenzó su trabajo estudiando a niños y adultos con discapacidad mental y física, pasó a estudiar las actividades de niños sanos y después amplió su trabajo de modo que incluyera métodos para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños y de las relaciones maternoinfantiles, y cómo el ambiente puede influir en el desarrollo de los niños y las familias (Barnard, 2004). Fue la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

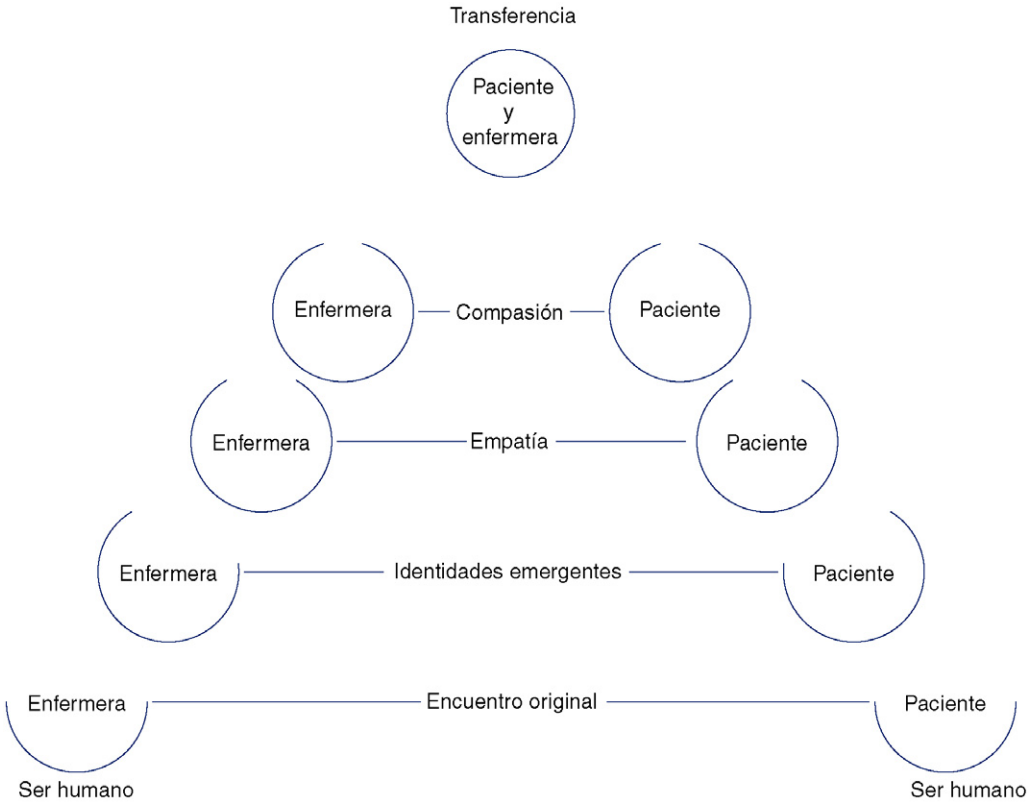


Figura 5-7 **Relación entre seres humanos.** (Conceptualizada por William Hobble y Theresa Lansinger, según los escritos de Joyce Travelbee.)

fundadora del Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST) que proporciona a profesionales sanitarios de todo el mundo pautas para valorar el desarrollo infantil y las interacciones padres-hijos.

Aunque Barnard nunca pretendió desarrollar una teoría, el estudio de la evaluación longitudinal entre la enfermería y el niño sentó la base de su teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil (fig. 5-8). Barnard (1978) propuso que las características individuales de cada miembro influyen en el sistema de relación padres-hijos y que el comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema relacional. La teoría de Barnard toma prestadas ideas de la psicología y del desarrollo humano, y se centra en la interacción de la madre y el lactante con el entorno. Su teoría se basa en escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno (Kelly y Barnard, 2000). Con investigación continuada, ha refinado la teoría y ha proporcionado un vínculo estrecho con la práctica que ha transformado la manera en que los profesionales sanitarios evalúan a los niños a la luz de la relación padre-hijo. Su modelo de interacción madre-hijo se utilizó para estudiar problemas de la comunidad que afectan a las discrepancias en la salud (Reifsnider, Gallagher y Forgione, 2005). Barnard, modela la función del investigador en la práctica clínica en la medida en que participa en el desarrollo de la teoría en la práctica para el avance de la ciencia enfermera. El trabajo de Barnard es una teoría de la enfermería.

EVELYN ADAM

Modelo conceptual de la enfermería

Evelyn Adam es una enfermera canadiense que empezó a publicar a mediados de la década de 1970. Gran parte de su trabajo se centra en el desarrollo de modelos y teorías sobre el concepto de enfermería (1983, 1987, 1999). Utiliza un modelo que aprendió de Dorothy Johnson. En su libro *To Be a Nurse* (1980) aplica la definición de Virginia

Figura 5-8 Modelo de evaluación de la salud infantil. (Tomado de Sumner, G., & Spietz, A. [Eds.]. [1994]. *NCAST caregiver/parent-child interaction teaching manual* [p. 3]. Seattle: NCAST Publications, University of Washington School of Nursing.)

Henderson al modelo de Johnson que identifica las asunciones, creencias y valores, además de los postulados. En esta última categoría incluye el objetivo de la profesión, el beneficiario del servicio profesional, la función del profesional, el origen de la dificultad del beneficiario, la intervención del profesional y las consecuencias. Amplió su trabajo en una segunda edición de 1991. El trabajo de Adam es un buen ejemplo de la utilización de una base única de la enfermería para su ampliación posterior. El argumento de Adam de la necesidad de un marco ideológico en enfermería se describió en una conferencia de educación telemática sobre salud (Tallberg, 1997). Adam ha contribuido al desarrollo de la teoría aclarando y explicando trabajos anteriores. El trabajo de Adam es una teoría de la enfermería.

NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN Y ALISON J. TIERNEY

Un modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida

Se describe a Nancy Roper como una teórica práctica que creó una teoría de enfermería aplicable de manera básica, «que realmente ayudaba a las enfermeras a la cabecera del enfermo» (Dopson, 2004; Scott, 2004). Después de 15 años como tutora principal en una escuela de enfermería en Inglaterra, Nancy Roper comenzó su carrera profesional como escritora de libros a tiempo completo durante la década de 1960 y publicó varios tratados populares, como *Principles of Nursing* (1967). Estudió el concepto de una «esencia» identificable de la enfermería para su tesis, publicada en una monografía titulada *Clinical Experience in Nurse Education* (1976). Este trabajo sentó las bases de su trabajo posterior con las teóricas Winifred Logan y Alison Tierney. Fue autora de *The Elements of Nursing* en 1980, 1985 y 1990. Las tres colaboraron en la cuarta y última edición de *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living* (1996). Durante la década de 1970, realizaron investigaciones para descubrir el núcleo de la enfermería, basado en un modelo de vida (fig. 5-9). Este modelo surgió como respuesta a la utilización de calificativos para denominar la práctica de enfermería de acuerdo con las ideas de la práctica médica. Tres décadas de estudios sobre los elementos de la enfermería por Roper evolucionaron hacia un modelo de enfermería con cinco factores principales que incluían las actividades de la vida diaria (AV) (fig. 5-10 y tabla 5-1).

En lugar de revisar la cuarta edición de su texto, estas teóricas prepararon una monografía (Roper, Logan y Tierney, 2000) sobre el modelo titulada *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, sin la aplicación del modelo. Holland, Jenkins, Solomon y Whittam (2003) exploraron la utilización del modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney. Estas autoras utilizaron estudios de casos y ejercicios sobre pacientes adultos con diversos problemas de salud, en contextos de asistencia aguda y comunitarios, para ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de resolución de problemas.

En el modelo de enfermería, las AV incluyen mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, aseo personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte. La duración de la vida va desde el nacimiento hasta la muerte, y en un continuo de dependencia-independencia que va desde una dependencia total hasta una independencia total. Los cinco grupos de factores que influyen en las AV son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y politicoeconómicos.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

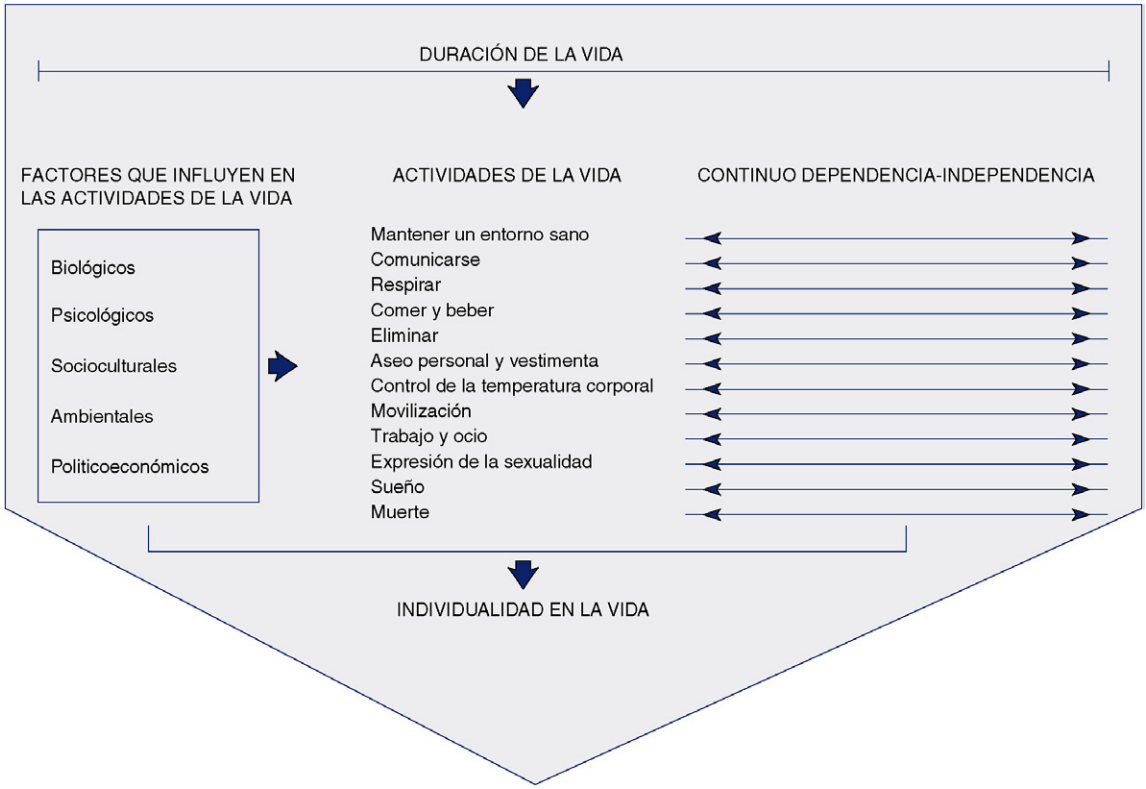


Figura 5-9 Diagrama del modelo de vida. (Tomado de Roper, N., Logan W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* [4.ª ed., p. 20]. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

En el modelo de enfermería, los cinco componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir la enfermedad, afrontar períodos de enfermedad y rehabilitación, afrontar positivamente los períodos de enfermedad crónica y afrontar la muerte. La enfermería individualizadora se consigue con el proceso de enfermería, que incluye cuatro fases: *a)* valorar, *b)* planificar, *c)* ejecutar y *d)* evaluar. El proceso es simplemente un método de pensamiento lógico y debería utilizarse con un modelo de enfermería explícito. Durante las cuatro fases del proceso debe tenerse en cuenta la individualidad del paciente en la vida. Este modelo se ha utilizado como guía para la práctica, la investigación y la educación en enfermería.

IDA JEAN (ORLANDO) PELLETIER

Teoría del proceso de enfermería

Ida Jean Orlando desarrolló su teoría a partir de un estudio que realizó en la School of Nursing de la Yale University acerca de la integración de conceptos de salud mental en un currículo de enfermería básica. Este estudio se realizó por observación y participación en experiencias con pacientes, estudiantes, enfermeras e instructores y se derivó inductivamente de notas de campo para este estudio. Orlando analizó el contenido de 2.000 contactos enfermera-paciente y creó su teoría basándose en el análisis de estos datos (Schmieding, 1993). Meleis (2007) ha observado: «… Orlando fue una de las primeras pensadoras en

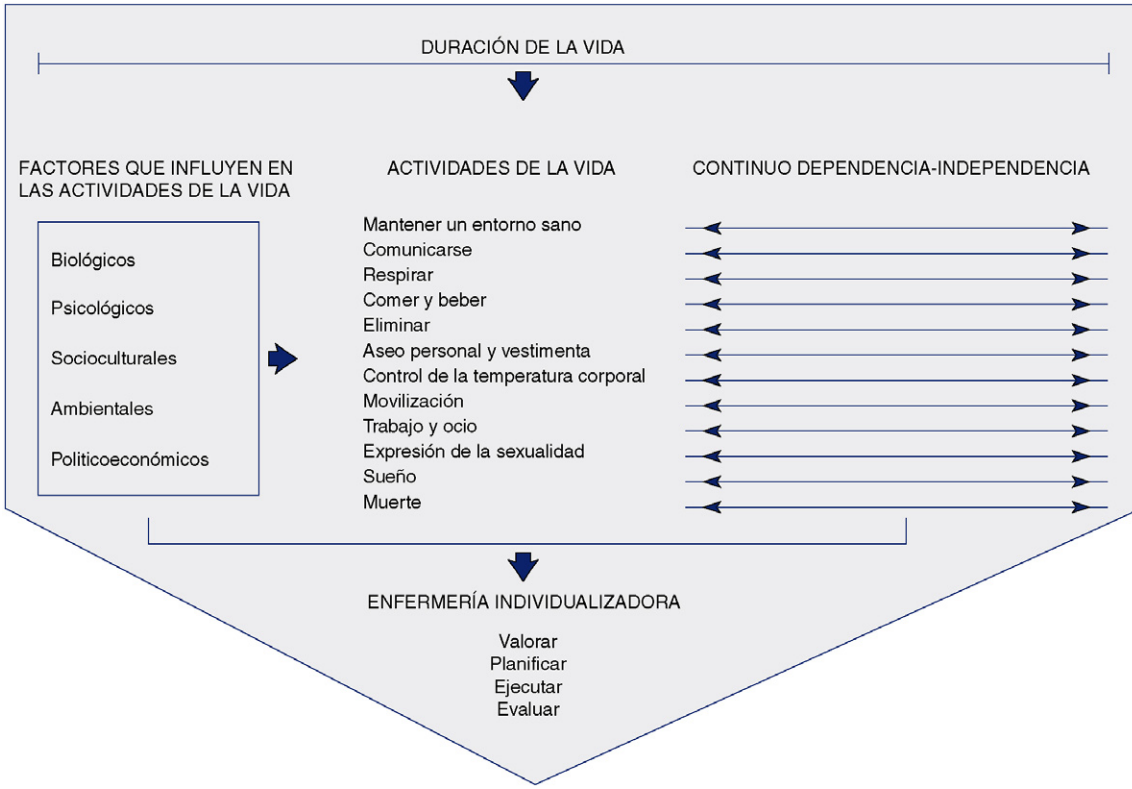


Figura 5-10 Diagrama del modelo de enfermería. (Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* [4.ª ed., p. 34]. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

enfermería que propuso que los pacientes tienen sus propios significados e interpretaciones de las situaciones y, por tanto, las enfermeras deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones…» (p. 347). La base de su teoría se publicó en *The Dynamic Nurse-Patient Relationship* (1961), que fue un resultado de este proyecto. El objetivo de su libro fue contribuir al interés por la relación enfermera-paciente, el papel y la identidad de la enfermera profesional y el desarrollo de conocimientos distintos de la enfermería (Schmieding, 1993). En 1990, la National League for Nursing (NLN) reimprimió la publicación de Orlando de 1961. En el prefacio de la edición de la NLN, Orlando afirmó lo siguiente: «Si hubiera sido más valiente en 1961, cuando escribí este libro por primera vez, la habría propuesto como "teoría del proceso de enfermería" en vez de como "teoría de la práctica enfermera efectiva"» (Orlando, 1990, p. vii).

Continuó desarrollando y mejorando su trabajo y en su segundo libro (*The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study*, 1972), redefinió y renombró el proceso de enfermería deliberadamente como disciplina del proceso de enfermería.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 5-1 Comparación de los conceptos principales del modelo de vida y del modelo de enfermería

Modelo de vida	Modelo de enfermería
12 AV	12 AV
Duración de la vida	Duración de la vida
Continuo dependencia-independencia	Continuo dependencia-independencia
Factores que influyen en las AV	Factores que influyen en las AV
Individualidad en la vida	Enfermería individualizadora

AV, actividades de la vida diaria. Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1996). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model for living* (4.ª ed., p. 33). Edinburgh: Churchill Livingstone.

La teoría de enfermería de Orlando resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera. Lo que la enfermera y paciente dicen les afecta a ambos. Orlando (1961) ve la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Esta función se consigue cuando la enfermera resuelve y satisface la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Fue una de las primeras líderes de enfermería en identificar y resaltar los elementos del proceso de enfermería y la importancia crítica de la participación del paciente en el mismo. La teoría de Orlando se centra en cómo mejorar la conducta del paciente. La evidencia de aliviar la angustia del paciente es un cambio positivo en la conducta observable del paciente. Orlando podría haber facilitado el desarrollo de las enfermeras como pensadoras lógicas (Nursing Theories Conference Group & George, 1980).

Según Orlando (1961), las personas se convierten en pacientes que requieren atención enfermera cuando tienen necesidades de ayuda que no pueden satisfacer independientemente porque tienen limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Los pacientes sufren angustia o sentimientos de indefensión a causa de las necesidades de ayuda no satisfechas (Orlando, 1961). Orlando propuso que existe una correlación positive entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia. Por tanto, en su teoría se hace hincapié en la inmediatez. En opinión de Orlando, cuando las personas pueden satisfacer sus propias necesidades, no sienten angustia y no necesitan asistencia de una enfermera profesional. La práctica guiada por la teoría de Orlando utiliza un principio reflexivo para comprobar las inferencias (Schmieding, 2006a). Orlando insiste en que es básico que las enfermeras compartan sus percepciones, pensamientos y sentimientos para poder determinar si sus inferencias son compatibles con la necesidad del paciente (Schmieding, 2006b). La teoría de Orlando sigue siendo una de las teorías prácticas más eficaces y es especialmente útil para enfermeras que empiezan a ejercer.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1996). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model for living* (4th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Orlando, I. J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles* (Pub. No. 15-2341). New York: National League for Nursing.
- Orlando interview: Nursing process discipline (n.d.). In *Nurse theorists: Portraits of excellence, Volume 1* (video). Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Peplau Interview: Interpersonal relations in nursing. (n.d.). In *Nurse theorists: Portraits of excellence, Volume 1* (video). Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Schmieding, N. (2006a). Orlando's nursing process theory and nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). *Nursing Theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 335-361). St. Louis: Mosby.
- Schmieding, N. J. (2006b). Ida Jean Orlando (Pelletier): Nursing process theory. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 431-451). St. Louis: Mosby.
- Barnard, K. E. (2004). Welcome and Opening Plenary. Proceedings from AMCHP '04: *Mental*

health—Promoting a new paradigm for MCH public health practice. Transcript available at: http://128.248.232.90/archives/mchb/amchp2004/p1/transcripts/session09f.htm

- Kaplan, D., & King, C. (2000). *Guide to the Ernestine Wiedenbach papers*. Retrieved from: http://webtext.library.yale.edu/xml2html/mssa.1647.con.html#top

REFERENCIAS

Abdellah, F. G. (2004). Interview with Rear Admiral Faye Glenn Abdellah. Interview by Captain Melvin Lessing. *Military Medicine*, *169*(11): iii-i.

Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheney, R. V. (1960). *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan.

Abdellah, F. G., & Levine, E. (1994). *Preparing for nursing research in the 21st century: Evolution, methodologies, challenges*. New York: Springer.

Adam, E. (1980). *To be a nurse*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Adam, E. (1983). Frontiers of nursing in the 21st century: Development of models and theories on the concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *8*, 41-45.

Adam, E. (1987). Nursing theory: What it is and what it is not. *Nursing papers. Perspectives in Nursing*, *19*, 5-14.

Adam, E. (1991). *To be a nurse* (2nd ed.). Montreal: W. B. Saunders Company Canada.

Adam, E. (1999). Conceptual models. *Canadian Journal of Nursing Research*, *30*, 103-114.

Barnard, K. E. (1978). *Nursing child assessment and training: Learning resource manual*. Seattle: University of Washington.

Barnard, K. E. (2004). Welcome and Opening Plenary. Proceedings from AMCHP '04: *Mental health—Promoting a new paradigm for MCH public health practice*. Transcript available at: http://128.248.232.90/archives/mchb/amchp2004/p1/transcripts/session09f.htm.

Dickoff, J. James, P., & Wiedenbach, E. (1968). Theory in a practice discipline, part II: Practice oriented research. *Nursing Research*, *17*(6), 545-554.

Dopson, L. (2004, October 15). Obituary: Nancy Roper. *The Independent*. Retrieved from: http://www.independent.co.uk.

Frankel, V. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.

Haber, J. (2000). Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *6*, 56-62.

Hall, L. E. (1964, Feb.). Nursing: What is it? *The Canadian Nurse*, *60*, 150-154.

Hall, L. E. (1969). The Loeb Center for nursing and rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, *6*, 81-95.

Hall, L. E., Alfano, G. J., Rifkin, E., & Levine, H. S. (1975). *Longitudinal effects of an experimental nursing process (final report)*. New York: Loeb Center for Nursing and Rehabilitation.

Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing* (5th ed.) New York: Macmillan. (Note: earlier editions were Harmer & Henderson).

Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. London: International Council of Nurses.

Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, *64*, 62-68.

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.

Henderson, V. A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.

Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J., & Whittam, S. (2003). *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Kaplan, D., & King, C. (2000). *Guide to the Ernestine Wiedenbach papers*. Retrieved from: http://webtext.library.yale.edu/xml2html/mssa.1647.con.html#top.

Kelly, J. F., & Barnard, K. E. (2000). Assessment of parent-child interaction: Implications for early intervention. In S. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 258-289). Cambridge: Cambridge University Press.

May, R. (1953). *Man's search for himself*. New York: W. W. Norton.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McCoy, M. L., Davidhizar, R., & Gillum, D. R. (2007). A correlational pilot study of home health nurse management of heart failure patients and hospital readmissions. *Home Health Care Management and Practice*, *19*, 392-396.

National Library of Medicine. (1988). *Finding aid to the Faye Glenn Abdellah papers, 1952-1989*. (NIH Collection No. MS C 424). Bethesda, MD: National Library of Medicine. Retrieved from: http://www.nlm.nih.gov/hmd/manuscripts/ead/abdellah.html.

Nursing Theories Conference Group, & George, J. B. (Chairperson). (1980). *Nursing theories: The base for professional practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. New York: G. P. Putnam's Sons.

Orlando, I. J. (1972). *The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study*. New York: G. P. Putnam's Sons.

Orlando, I. J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles* (Pub. No. 15-2341). New York: National League for Nursing.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing.* New York: G. P. Putnam's Sons.
Reifsnider, E., Gallagher, M., & Forgione, B. (2005). Using ecological models in research on health disparities. *Journal of Professional Nursing, 21*, 216-222.
Rich, K. (2003). Revisiting Joyce Travelbee's question: What's wrong with sympathy? *Journal of the American Psychiatric Association, 9*(6), 202-205.
Roper, N. (1967). *Principles of nursing.* Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N. (1976). *Clinical experience in nurse education (Research monograph).* Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N. (1980). *The elements of nursing: A model for nursing.* Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N. (1985). *The elements of nursing: A model for nursing* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N. (1990). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1996). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model for living* (4th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: Based on activities of living.* Edinburgh: Churchill Livingstone.
Schmieding, N. J. (1993). *Ida Jean Orlando: A nursing process theory.* Newbury Park, CA: Sage Publications.
Schmeiding, N. (2006a). Orlando's nursing process theory and nursing practice. In M. R. Alligood and A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 335-361). St. Louis: Mosby.
Schmieding, N. J. (2006b). Ida Jean Orlando (Pelletier): Nursing process theory. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 431-451). St. Louis: Mosby.
Scott, H. (2004). Nancy Roper (1918-2004): A great nursing pioneer. *British Journal of Nursing, 19*, 1121.
Sills, G. M. (1998). Peplau and professionalism: The emergence of the paradigm of professionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 167-171.
Tallberg, M. (1997). Supporting the nursing process—An aim for education in nursing informatics. In J. Mantas (Ed.). *Health telematics education: Studies in health technology and informatics* (Vol 41 pp. 291-296)., Amsterdam: IOS Press.
Touhy, T. A., & Birnbach, N. (2001). Lydia Hall, The care, core, cure model. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 135-137). Philadelphia: F. A. Davis.
Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport? *The American Journal of Nursing, 63*, 70-72.
Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy? *American Journal of Nursing, 64*, 68-71.
Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing: A helping art.* New York: Springer.
Wiggins, R. L. (1980). Lydia Hall's place in the development of theory of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 12*, 10-12.
Wolf, K. A. (2006). Advancing the profession. In L. C. Andrist, P. K. Nicholas & K. A. Wolf (Eds.), *A history of nursing ideas* (pp. 301-304). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

UNIDAD

II

Filosofías

- *La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.*
- *Las filosofías contribuyen al conocimiento enfermero proporcionando una dirección a la disciplina y creando una base para el conocimiento profesional, y generando nuevos conocimientos teóricos.*
- *Las filosofías enfermeras incluyen los estudios anteriores a la época teórica, además de trabajos filosóficos contemporáneos.*
- *Las filosofías proporcionan una explicación general que hace avanzar la disciplina y su aplicación profesional.*

CAPÍTULO 6

Florence Nightingale

1820-1910

La enfermería moderna

Susan A. Pfettscher

«El reconocimiento de la enfermería como un cometido diferente de la medicina empezó con Nightingale» (Chinn y Kramer, 2008, p. 30).

BIOGRAFÍA

Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia (Italia), mientras sus padres se encontraban de viaje por Europa; se llamó igual que la ciudad donde nació. Los Nightingale eran una familia aristocrática victoriana, bien educada y acaudalada, con fincas en Derbyshire (Lea Hurst era su ciudad natal) y en Hampshire (Embley Park). Precisamente, esta última finca se encontraba cerca de Londres, lo que permitía a la familia participar en los actos sociales de la ciudad.

Aunque la familia Nightingale al completo era numerosa, la familia más cercana sólo estaba formada por Florence y su hermana mayor, Parthenope. Durante su infancia, el padre de Nightingale le proporcionó una educación mucho más abierta que la habitual en las niñas de la época. Recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía (materias que influyeron en su trabajo posterior) de su padre y otros. Aunque durante su adolescencia participó en las actividades aristocráticas y en todos los actos sociales habituales de la época victoriana, Nightingale quería dar a su vida un sentido más útil. En 1837, Nightingale escribió en su diario acerca de la *llamada divina* que había recibido: «Dios me habló y me pidió que le sirviera» (Holliday y Parker, 1997, p. 41). Durante algún tiempo, no tuvo muy claro el modo en que debía servir a Dios. Después de llegar a la conclusión de que debería hacerse enfermera, pudo completar su formación en 1851 en Kaiserwerth (Alemania) una comunidad religiosa protestante que disponía de un hospital. Permaneció en esta comunidad durante 3 meses aproximadamente, hasta que sus profesores decidieron que su formación como enfermera había concluido.

Tras su regreso a Inglaterra, Nightingale fue contratada para examinar hospitales, reformatorios e instituciones caritativas. En 1853, tan sólo 2 años después de finalizar su formación, se convirtió en superintendente del Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres.

Durante la Guerra de Crimea, Sidney Herbert (amigo de la familia y Secretario de Guerra) pidió

Autoras anteriores: Susan A. Pfettscher, Karen R. de Graff, Ann Marriner Tomey, Cynthia L. Mossman y Maribeth Slebodnik.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

a Nightingale que fuera hasta Scutari (Turquía) con un grupo de enfermeras para atender a los soldados británicos heridos. Llegó allí en noviembre de 1854, acompañada de 34 enfermeras recién reclutadas que cumplían su criterio para la enfermería profesional; eran mujeres jóvenes de clase media con una educación general básica. Para llevar a cabo su misión de proporcionar atención enfermera, tuvo que resolver los problemas del entorno, como la falta de higiene y la suciedad (un número reducido de orinales, agua no potable, ropa de cama contaminada y pozos negros desbordados). Además, los soldados debían enfrentarse a problemas de hipotermia, infecciones parasitarias, infecciones de heridas y otras enfermedades oportunistas mientras se recuperaban de las heridas de la batalla (Thomas, 1993).

El trabajo de Nightingale para mejorar estas condiciones deplorables la convirtió en una persona muy popular y querida entre los soldados, pero los médicos y los oficiales militares no apoyaban sus métodos. La llamaban la «Dama de la lámpara», tal como quedó inmortalizada en el poema «Santa Filomena» (Longfellow, 1857), por las rondas nocturnas de vigilancia que hacía en los dormitorios para dar apoyo emocional a los soldados. En Scutari, Nightingale contrajo la fiebre hemorrágica de Crimea (tal vez tifus o brucelosis) y enfermó gravemente, lo que pudo afectar a su estado físico años más tarde.

Cuando finalizó la Guerra, Nightingale volvió a Inglaterra, donde fue recibida con honores, especialmente por parte de la familia real (la reina Victoria), los soldados que sobrevivieron a la guerra, sus familias y las familias de quienes murieron en Scutari. En reconocimiento a su trabajo, se le concedieron fondos para fundar escuelas de enfermería en el St. Thomas Hospital y en el King's College Hospital de Londres. Al cabo de pocos años, la Nightingale School empezó a recibir peticiones para abrir más escuelas en hospitales de todo el mundo. Desde entonces se reconoce a Florence Nightingale como la fundadora de la enfermería moderna (Lobo, 1995).

A lo largo de su vida, Nightingale dedicó sus esfuerzos no sólo al desarrollo de la enfermería como una vocación (profesión) sino a los problemas sociales locales, nacionales e internacionales, en un intento de mejorar el entorno vital de los pobres y de cambiar la sociedad (Isler, 1970). También se concentró en la reforma sanitaria del ejército, las funciones de los hospitales militares, las medidas higiénicas en la India y la atención sanitaria y las medidas higiénicas de los pobres de Inglaterra. Sus obras, *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858a), *Notes on Hospitals* (Nightingale, 1858b) y *Report on Measures Adopted for Sanitary Improvements in India from June 1869 to June 1870* (Nightingale, 1870) reflejan su preocupación constante por todos estos temas.

Poco después de regresar a Inglaterra, Nightingale se recluyó en su domicilio por problemas de salud. No obstante, hasta los 80 años, escribió entre 15.000 y 20.000 cartas a sus amigos, conocidos, partidarios y críticos. Estas cartas eran convincentes y directas, y transmitían sus creencias, sus observaciones y su deseo por cambiar la atención sanitaria y la sociedad. Mediante estas cartas pudo llevar a cabo su trabajo con éxito. Además, cuando era necesario y su salud se lo permitía, recibía visitas de los personajes más influyentes de la época para conversar, planear estrategias de apoyo a sus causas y llevar a cabo su trabajo.

A lo largo de su vida, el trabajo de Nightingale se vio recompensado por los premios que recibió, tanto en su país como en el extranjero. Continuó trabajando hasta los 80 años, cuando se quedó ciega; murió mientras dormía el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.

Las biografías y los ensayos modernos han intentado analizar el trabajo de Nightingale por medio de sus relaciones familiares (principalmente con sus padres y su hermana). Las adaptaciones cinematográficas que se han realizado de su vida a menudo han tratado sus relaciones personales de forma inexacta. Aunque su vida personal y pública esconde numerosas incógnitas, a menudo estos análisis retrospectivos oscilan entre una excesiva negatividad y dureza, y una descripción en exceso positiva de esta heroína victoriana fundadora de la enfermería moderna. Se han escrito numerosas biografías que relatan la vida y el trabajo de Nightingale. Cook (1913) escribió la primera biografía original y extensa de Nightingale, basada en sus propios escritos, aunque puede estar sesgada por la participación de su familia y por la supervisión de su proyecto. Sigue siendo la biografía más positiva que se ha escrito de Nightingale. Poco después, Strachey (1918) la describió como arrogante y manipuladora en su libro *Eminent Victorians*. O'Malley

(1931) escribió una biografía más positiva centrada en su vida desde 1820 hasta 1856; sin embargo, el segundo volumen que debería haber descrito el resto de su vida y actividades nunca se publicó. El libro de Woodham-Smith (1951) describe toda su vida y la autora se basó principalmente en documentos originales que le proporcionó la familia. Ésta es la biografía más conocida por los norteamericanos, que ha persistido como la biografía definitiva de la vida de Nightingale y que, aunque es más equilibrada que otras, tiende hacia un tono positivo. En 1982, F. B. Smith (1982) escribió *Florence Nightingale: Reputation and Power,* obra crítica tanto con el carácter como con el trabajo de Nightingale. Más recientemente, Small (1998) publicó otra obra titulada *Florence Nightingale: Avenging Angel.* Aunque el texto es crítico con aspectos concretos de su carácter y su trabajo, es más equilibrado en su presentación. Menciona que la vida de Nightingale «está mejor documentada que cualquier otra anteriormente» gracias a la gran cantidad de documentos personales y de la familia disponibles en la actualidad (Small, 2000). Sus problemas y desavenencias con otros biógrafos se encuentran en revisión (Small, 2008). Small sigue estudiando a Nightingale y actualiza su página web con información adicional sobre la Guerra de Crimea y la fundadora de la enfermería. Continúa la controversia y la intriga sobre el papel, el estatus y el estilo de vida confinado de Nightingale; en un periódico de Londres, se publicaron nuevas cartas relacionadas con los conflictos que Nightingale tuvo con sir John Hall (oficial médico en jefe del ejército británico en Crimea) (Kennedy, 2007). Quizás actualmente se podría considerar el diagnóstico de un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Una búsqueda en Internet muestra miles de referencias que proporcionan artículos, expedientes y comentarios sobre Nightingale. Ciertamente, el mundo sigue aún fascinado por esta excepcional mujer.

La comunidad enfermera de Estados Unidos sigue igualmente fascinada por la vida y la obra de Nightingale. Durante sus carreras profesionales, Kalisch y Kalisch (1983a, 1983b, 1987) publicaron varias críticas de estas múltiples adaptaciones que aportan un mayor conocimiento de los múltiples retratos de Florence Nightingale; sus técnicas pueden proporcionar métodos para que las personas interesadas en estudiar la vida y el trabajo de Nightingale analicen las publicaciones y los sucesos más recientes. El libro de Dossey (2000), *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer* proporciona al lector otra versión y una interpretación detallada de la vida privada y del trabajo de Nightingale. Mediante múltiples citas de los escritos de Nightingale (diarios y cartas) y de las personas con las que se relacionó y mantuvo correspondencia a lo largo de su vida, Dossey se centra en la interpretación de la naturaleza espiritual de la persona y su trabajo, y ofrece una nueva perspectiva sobre Florence Nightingale. En una introducción/prólogo a sus descripciones de espiritualidad para la vida de las enfermeras basadas en los escritos de Nightingale, Macrae (2001) explora la espiritualidad personal de Nightingale a partir de la revisión de escritos y documentos según la interpretaba ella. Más recientemente, Lorentzon (2003) ha realizado una revisión y un análisis de la correspondencia entre Nightingale y una de sus ex estudiantes, que claramente demuestra su papel como mentora.

Finalmente, todos los escritos que quedan de Nightingale están a punto de ser publicados en *The Collected Works of Florence Nightingale.* Hasta el momento se han publicado diez de los dieciséis volúmenes bajo la dirección del sociólogo Lynn McDonald (McDonald, 2001-actualidad). Este gran proyecto y otros documentos recién descubiertos y dados a conocer seguirán produciendo artículos y libros que explorarán, interpretarán y especularán sobre su vida y trabajo.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Los factores que influyeron en el desarrollo de la filosofía enfermera de Nightingale son numerosos. Los valores individuales, sociales y profesionales eran parte integrante del desarrollo de sus creencias. Combinó sus recursos individuales con los recursos sociales y profesionales disponibles para provocar un cambio.

La educación que recibió Nightingale era poco habitual para una niña de la época victoriana. La formación en matemáticas y filosofía que recibió de un padre intelectual y bien educado le proporcionó unos conocimientos y un pensamiento conceptual excepcionales para una mujer de esa

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

época. Aunque inicialmente sus padres se opusieron a su deseo de estudiar matemáticas, cedieron y le permitieron formarse con matemáticos reputados. Su tía Mai, una familiar querida y defensora ferviente de las ideas de Nightingale, la describía como una mente brillante. Este tipo de descripción era infrecuente para caracterizar a las mujeres victorianas, aunque en el caso de Nightingale esta definición era totalmente aceptada. Es difícil determinar si Nightingale era un genio que habría sido una gran líder y pensadora en cualquier circunstancia o si su talento es consecuencia de su singular educación y estatus para la época. ¿Hubiera sido una líder si hubiera nacido en la actualidad? Si no hubiera nacido en ese momento y ese lugar, ¿qué enfermería ejercería en la actualidad?

Gracias a que la familia de Nightingale pertenecía a la aristocracia, Florence pudo relacionarse con personas con gran poder e influencia. Muchas de ellas eran amigos de la familia, como Stanley Herbert, que tuvo un papel muy importante a lo largo de toda su vida. La experiencia de la breve carrera política de su padre y de sus actividades como aristócrata implicado en actividades políticas y sociales de la comunidad sirvió para que Nightingale comprendiera el funcionamiento político de la Inglaterra victoriana. Probablemente utilizó este conocimiento y sus propias experiencias para ganar batallas políticas a favor de sus causas.

Asimismo, Nightingale identificó los cambios sociales de su tiempo y su impacto en la salud de los individuos. La era industrial había empezado en Inglaterra, lo que provocó la aparición de nuevas clases sociales, nuevas enfermedades y nuevos problemas. Los tratados sociales y las novelas de Dickens incluían comentarios mordaces sobre la sanidad y la necesidad de una reforma social y sanitaria en Inglaterra. En la novela *Martin Chuzzlewit* (Dickens, 1987), el retrato que el autor hizo de Sairey Gamp como una enfermera borracha mostró a la sociedad los horrores de la enfermería victoriana. Su relación con Dickens influyó indiscutiblemente en las definiciones de enfermería y sanidad, así como en la teoría de la enfermería que Nightingale desarrolló. Asimismo, le ofreció un foro donde expresar sus opiniones sobre problemas sociales y sanitarios (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951).

Las relaciones similares con líderes políticos, intelectuales y reformadores sociales del momento (John Stuart Mill, Benjamin Jowett, Edwin Chadwick y Harriet Marineau) desarrollaron el pensamiento filosófico y lógico de Nightingale, que aparece claramente en su filosofía y teoría de la enfermería (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951). Estas relaciones probablemente la inspiraron para luchar y cambiar todo lo que le parecía inaceptable de la sociedad de su tiempo. Ninguna otra líder enfermera podría ejemplificar mejor la afirmación de Chinn y Kramer: «Cuando los valores profesionales o individuales están en conflicto con los valores sociales y los desafían, existe la posibilidad de cambiar la sociedad» (2008, p. 69).

Por último, la afiliación y las creencias religiosas de Nightingale también constituyeron una inspiración especialmente fuerte para su teoría enfermera. Educada en la fe del unitarismo, definió su trabajó enfermero como una llamada religiosa utilizando su creencia de que trabajar para beneficiar a los demás es el mejor modo de servir a Dios. Además, la fe unitarista apoyaba con fuerza la educación de las personas como un medio para desarrollar su potencial divino y para alcanzar la perfección en sus vidas y en su servicio a Dios. La fe de Nightingale le proporcionó la fuerza personal a lo largo de su vida y la creencia de que la educación era un factor crítico para establecer la profesión enfermera. Asimismo, los conflictos religiosos de la época, especialmente entre anglicanos y católicos en el Imperio Británico, podrían haber influido en la fuerte creencia de Nightingale de que la enfermería debería ser una profesión laica (Dossey, 2000; Helmstadter, 1997; Nelson, 1997; Woodham-Smith, 1951). A pesar de sus creencias religiosas y del reconocimiento de su *llamada,* nunca impuso estas ideas como requisito a sus enfermeras. Es más, su oposición al trabajo de las monjas en Crimea (las acusó de proselitismo) hizo que el Vaticano interviniera en el conflicto (Dossey, 2000; Woodham-Smith, 1951). Mientras que las monjas que trabajaban como enfermeras había resurgido en Estados Unidos y el trabajo de las enfermeras en las misiones continuaba en todo el mundo, la revisión de Nelson del cuidado proporcionado por religiosos en el siglo XIX aportó una visión histórica del papel de las religiosas en la enfermería (Nelson, 1997).

Conceptos principales y definiciones

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Aunque ella nunca utilizó el término *entorno* en sus escritos, definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra.

Aunque Nightingale definió los conceptos con exactitud, no separó aspectos del entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales o sociales. Al leer *Notes on Nursing* (Nightingale, 1969) y sus demás obras, es fácil identificar su énfasis en el entorno *físico*. En el contexto de los problemas específicos que identificó y se esforzó para mejorar y corregir en varios lugares (en entornos de guerra y asilos) durante su vida, este énfasis parece más apropiado (Gropper, 1990). Su preocupación por un entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios en Crimea e Inglaterra, pero también se extendió a los hogares y las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. Su trabajo teórico sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

La mayor preocupación de Nightingale parecía ser que el paciente tuviera una ventilación adecuada; sus instrucciones a las enfermeras eran «que el aire que respira sea tan puro como el aire del exterior, sin provocarle un resfriado» (Nightingale, 1969, p. 12). Sin olvidar que rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época), el énfasis que Nightingale puso en una ventilación adecuada indica que parecía reconocer este elemento del entorno como causa de enfermedad y recuperación. Además de describir el papel de la ventilación en la habitación o la vivienda, Nightingale ideó un sistema para medir la temperatura del paciente mediante la palpación de las extremidades para calcular la pérdida de calor (Nightingale, 1969). Las enfermeras eran instruidas para controlar el entorno de forma continuada con el fin de proporcionar al paciente calor con un buen fuego, ventilación abriendo las ventanas y colocando al paciente en el lugar más adecuado de la habitación.

El concepto de iluminación también era importante en la teoría de Nightingale. En particular, descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Observó que «La luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano… ¿Quién no ha observado alguna vez el efecto purificador de la luz y especialmente de la luz solar directa sobre el aire de una habitación?» (Nightingale, 1969, pp. 84-85). Para conseguir los efectos beneficiosos de la luz solar, se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene como concepto es otro elemento fundamental de la teoría del entorno de Nightingale (Nightingale, 1969). A este respecto, se refirió específicamente al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Por último, Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días, en un momento en que esta práctica no era habitual. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia (Nightingale, 1969). Este concepto era especialmente relevante para el cuidado individual de los pacientes y fue muy importante para mejorar el estado de salud de los pobres que vivían hacinados, en malas condiciones, con sistemas inadecuados de evacuación de aguas residuales y con acceso limitado al agua potable (Nightingale, 1969).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

Nightingale incluyó los conceptos de tranquilidad y dieta en su teoría del entorno. Se pedía a la enfermera que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera si era necesario (Nightingale, 1969). Debía evitarse el ruido creado por actividades físicas en torno a la habitación del paciente porque podría perjudicarle.

Asimismo, Nightingale se preocupó también por la dieta del paciente (Nightingale, 1969). Enseñó a las enfermeras a valorar no sólo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición involuntariamente y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de sus pacientes.

Otro elemento de su teoría era la descripción del control de los detalles más pequeños (Nightingale, 1969). Creía que la enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. La enfermera tenía que controlar el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: por ejemplo, debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Además, Nightingale reconoció que las visitas de pequeños animales domésticos podrían beneficiar al paciente. Creía que la enfermera era responsable del entorno incluso cuando no se encontraba físicamente allí, porque debía supervisar el trabajo de las demás enfermeras durante su ausencia.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Los informes de Nightingale describiendo las condiciones sanitarias e higiénicas de Crimea e Inglaterra la identifican como una científica sobresaliente y en una investigadora empírica. Su pericia como estadística se hace patente en los informes sobre diferentes materias que realizó a lo largo de su vida, como el cuidado de la salud, la enfermería y la reforma social.

La información detallada que Nightingale recogió para probar la eficacia de su sistema y su organización de la enfermería hospitalaria en la Guerra de Crimea es quizá su trabajo más conocido. El informe de sus experiencias y los datos recogidos se presentó a la British Royal Sanitary Commission en *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858a). Esta comisión se organizó en respuesta a las quejas de Nightingale sobre las malas condiciones sanitarias. Los datos de estos informes proporcionaron un argumento poderoso a favor de las reformas propuestas en los pabellones de los hospitales de Crimea. Según Cohen (1984), creó el diagrama del área polar para representar explícitamente las muertes innecesarias en los hospitales militares británicos de Crimea. En el mismo artículo, Cohen resume el trabajo de Nightingale como investigadora y estadística afirmando que «ayudó a promover la noción innovadora de que los fenómenos sociales podían medirse objetivamente y estar sujetos al análisis matemático» (1984, p. 128). Palmer (1977) describió las habilidades para la investigación de Nightingale, como la recogida de datos, la comunicación, la ordenación, la codificación, la conceptualización, la inferencia, el análisis y la síntesis. La observación de los fenómenos sociales en relación al individuo y al sistema era especialmente importante para Nightingale y era la base para sus escritos. Nightingale puso especial énfasis en el uso conjunto de la observación y de la realización de tareas en la educación de enfermeras, y esperaba que éstas utilizaran estas actividades en su trabajo.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Nightingale creía que toda mujer, en algún momento de su vida, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en ser responsable de la salud de otra persona. El libro

de Nightingale *Notes on Nursing* fue publicado por primera vez en 1859 con el fin de dar a las mujeres unas directrices para proporcionar cuidados de enfermería y para aconsejar sobre «cómo pensar como una enfermera» (Nightingale, 1969, p. 4). Sin embargo, las enfermeras formadas tenían que aprender principios científicos adicionales para aplicar en sus trabajos y tenían que ser más hábiles para observar e informar del estado de salud de sus pacientes mientras ofrecían cuidados al paciente durante su recuperación.

Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como *paciente*. Las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente, y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. En la mayoría de casos, el paciente era el sujeto pasivo de esta relación. No obstante, se hacen referencias específicas al autocuidado del paciente siempre que sea posible, y su implicación en los horarios y en las decisiones sobre la comida; de este modo, no se veía al paciente como un individuo totalmente pasivo. Se enseñaba a la enfermera a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que veía a cada paciente como un individuo. No obstante, Nightingale (1969) hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente y, por descontado, sobre las elecciones y las conductas personales. A partir de sus escritos, especialmente los que hacen referencia a los soldados en Crimea, se puede deducir que Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. Además, su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya su respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas.

Salud

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Sus descripciones llevaron a la enfermería de salud pública y al más moderno concepto de promoción de la salud. Diferenció estos conceptos de enfermería de los cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para fomentar su recuperación y para que viva mejor hasta el momento de morir en paz. En la actualidad, su concepto de enfermería de la salud existe en la función de las enfermeras de barrio y en profesionales de la salud en Inglaterra y en otros países donde se utilizan trabajadores de salud laicos para mantener la salud y enseñar a las personas a prevenir enfermedades. Su concepto de enfermería de la salud es un modelo utilizado por numerosas instituciones de salud pública de Estados Unidos.

Entorno

El concepto de entorno de Nightingale hace hincapié en que la enfermería es «ayudar a la naturaleza a curar al paciente. Esto se consigue controlando los entornos internos y externos de forma asistencial, compatible con las leyes de la naturaleza» (Chinn y Kramer, 2008, p. 31). En su definición de entorno, no se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Su consejo para las enfermeras, tanto a las que proporcionaban atención domiciliaria como a las enfermeras profesionales de los hospitales, era crear y mantener un entorno terapéutico que mejorase la comodidad y la recuperación del paciente. Su tratado sobre la higiene rural incluye una descripción de problemas ambientales y de sus resultados, además de soluciones prácticas a estos problemas para los hogares y las comunidades (Halsall, 1997).

Los supuestos y la comprensión de Nightingale de las condiciones sociales fueron lo más relevante para su filosofía. Creía que los enfermos se beneficiarían de las mejoras del entorno que a nivel corporal y mental. Creía que las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.

Muchos aristócratas de la época ignoraban las condiciones de vida de los pobres, igual que ocurre en la sociedad actual. Sin embargo, la madre de Nightingale había visitado y atendido a familias pobres en las comunidades que rodeaban sus propiedades; Nightingale la acompañó

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en estas visitas cuando era una niña y las continuó realizando hasta que fue una anciana. De este modo, la comprensión de Nightingale de los entornos físicos y de sus efectos sobre el estado de salud los adquirió a través de la observación y de la experiencia directa, a pesar de su vida acomodada.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Nightingale pensaba que la enfermedad era un proceso reparador; la enfermedad era el esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o bien una reacción contra las condiciones en las que se encontraba la persona. Aunque actualmente estos conceptos parecen absurdos, eran más científicos que algunos de los que prevalecen en la actualidad (p. ej., la enfermedad como castigo). Nightingale no proporcionó una definición para el término naturaleza. En sus escritos, solía utilizar este término en mayúsculas como sinónimo de Dios. Este uso se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. No obstante, cuando lo utilizaba en minúsculas, no quedaba claro si pretendía darle otro significado o si quizá se trataba de un sinónimo de algún proceso orgánico patológico. Nightingale creía que la función de las enfermeras era evitar cualquier interrupción del proceso reparador y proporcionar las mejores condiciones para su desarrollo.

Nightingale estaba totalmente dedicada a la educación enfermera (formación). Aunque escribió *Notes on Nursing* (1969) para todas las mujeres, su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar a un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva (enfermería de salud pública) necesitan una formación aún más amplia. Nightingale (1969) creía que las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno; las enfermeras con formación debían realizar una atención continua. Además, creía que las enfermeras necesitaban utilizar el sentido común, junto con su capacidad de observación, perseverancia e ingenio en su práctica enfermera. Finalmente, Nightingale pensaba que las personas deseaban tener una buena salud y que por ello cooperaban con la enfermera y con la naturaleza en el proceso reparador y que intentaban mejorar su entorno para evitar la enfermedad.

Aunque se ha criticado y ridiculizado a menudo a Nightingale por no aceptar la teoría de los gérmenes, comprendió claramente el concepto de contagio y contaminación por medio de las sustancias orgánicas procedentes del paciente y del entorno. Muchas de sus observaciones son consecuentes con los conceptos de infección y con la teoría de los gérmenes; por ejemplo, aceptó el concepto de vacunación contra varias enfermedades. Small (2008) sostenía que Nightingale, evidentemente, creía en una teoría de los gérmenes, pero no en una teoría que indica qué gérmenes patológicos causan una infección inevitable. Una teoría de este tipo era antitética a su creencia de que el saneamiento y una buena higiene podían evitar la infección. Su convicción de que la intervención adecuada sobre el entorno podría evitar las enfermedades es la idea sobre la que se basan las acciones de higienización modernas.

Nightingale no habló explícitamente de las conductas de cuidado de las enfermeras. Escribió muy poco acerca de las relaciones interpersonales, excepto cuando éstas influyen en los procesos reparadores del paciente. En cambio, sí describió la vocación de enfermera (llamada) y el compromiso que esta vocación exige. Desde las perspectivas de la Inglaterra victoriana y de sus creencias religiosas, esas descripciones pueden explicar el elemento del cuidado de su teoría enfermera. Su propio ejemplo de práctica enfermera en Crimea explica las conductas de cuidado. Éstas incluyen su compromiso de vigilar a sus pacientes por la noche, un concepto nuevo y práctico; sentarse con ellos durante el proceso de la muerte; estar cerca de ellos durante los procedimientos quirúrgicos; escribirles cartas y proporcionarles material de lectura, incluida una sala adecuada, durante su recuperación. Finalmente, cuando los soldados morían, escribía cartas a sus familiares.

Nightingale creía que las enfermeras eran agentes morales. Presentó una pauta para la relación profesional con los pacientes; inculcó a sus enfermeras el principio de confidencialidad y recomendó el cuidado de los pobres para mejorar su salud y su situación social. Además, abordó el tema de la toma de decisiones que afectan al paciente (un importante concepto

ético moderno). Nightingale (1969) recomendó que el médico y la enfermera tomaran decisiones claras y concisas acerca del paciente, y afirmó que la indecisión (irresolución) o un cambio de opinión pueden perjudicar más al paciente que el hecho de que éste deba tomar una decisión.

FORMA LÓGICA

Nightingale utilizó el razonamiento inductivo para establecer las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus observaciones y experiencias. La educación que recibió durante su infancia, especialmente en filosofía y matemáticas, habrían potenciado su habilidad para el pensamiento lógico y el razonamiento inductivo. Por ejemplo, las observaciones que realizó en el hospital de Scutari le sirvieron para llegar a la conclusión de que un entorno contaminado, sucio y oscuro provocaba enfermedades. Su trabajo no consistió únicamente en evitar que aparecieran enfermedades en entornos como esos, sino que descubrió que la prevención de enfermedades debía realizarse mediante controles del entorno. Gracias a su preparación en enfermería, su breve experiencia como superintendente en Londres y sus experiencias en Crimea, pudo realizar observaciones y sentar los principios de la formación enfermera y el cuidado de los pacientes (Nightingale, 1969).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica

En la actualidad, los principios de enfermería de Nightingale siguen siendo la base de la práctica enfermera. Los aspectos de su teoría que versan sobre el entorno (ventilación, temperatura, silencio, dieta e higiene) continúan formando parte del actual cuidado de enfermería. En la práctica de la enfermería del siglo XXI, estos conceptos siguen utilizándose; incluso han ganado importancia debido a los nuevos problemas de control de enfermedades que debe afrontar la sociedad mundial. Aunque las instalaciones sanitarias y el tratamiento de aguas moderno han conseguido controlar los focos tradicionales productores de enfermedades con bastante eficacia en Estados Unidos, el agua contaminada sigue siendo un problema sanitario en muchas comunidades, debido a cambios ambientales o a la introducción de contaminantes no habituales. Los movimientos a escala mundial han alterado significativamente la propagación real y potencial de las enfermedades más rápidamente que nunca. Además, la higiene moderna, el tratamiento adecuado del agua y el reconocimiento y control de otros métodos de transmisión de enfermedades siguen siendo retos para las enfermeras del mundo entero.

Han aparecido otros problemas nuevos relacionados con el entorno, debidos a la arquitectura moderna (p. ej., el síndrome del edificio enfermo); las enfermeras deben preguntarse si los edificios modernos con control ambiental cumplen el principio de Nightingale sobre una buena ventilación. Por otro lado, los ambientes controlados protegen cada vez más a las personas del humo del tabaco, los gases tóxicos, las emisiones de los automóviles y otros riesgos ambientales. La eliminación de residuos, incluidos los tóxicos, y el uso de productos químicos en nuestra sociedad actual plantean nuevos retos para los profesionales sanitarios, que deben reconsiderar el concepto de entorno saludable (Butterfield, 1999; Gropper, 1990; Michigan Nurses Association [MNA], 1999; Sessler, 1999; Shaner, 1998).

En las instalaciones sanitarias, cada vez es más difícil controlar la temperatura ambiental individualmente para cada paciente. Este mismo entorno puede ser muy ruidoso debido a las múltiples actividades que se realizan para favorecer el proceso reparador del paciente y debido a la tecnología (equipos) utilizada para llevar a cabo estas actividades. Las enfermeras estudian estos problemas desde una perspectiva académica, ya que continúan afectando a los pacientes y al sistema sanitario (McCarthy, Ouimet y Daun, 1991; McLaughlin, McLaughlin, Elliott y Campalani, 1996; MNA, 1999; Pope, 1995).

Monteiro (1985) proporcionó a la comunidad de salud pública norteamericana una amplia revisión del trabajo de Nightingale como reformadora sanitaria y social, recordando el alcance de la influencia de Nightingale sobre la sanidad en diferentes campos y su preocupación por los problemas que causan la pobreza y la falta de higiene. Aunque en Estados Unidos existen otras disciplinas con un creciente interés en estos problemas, es evidente que la enfermería y sus profesionales

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

desempeñan un papel muy activo en el cuidado directo del paciente y en los ámbitos político y social para garantizar entornos saludables a todos los ciudadanos.

McPhaul y Lipscomb (2005) han aplicado los principios del entorno de Nightingale a la práctica de la enfermería de la salud ocupacional. Estas enfermeras especialistas han identificado cada vez más problemas de salud medioambiental locales, regionales y globales. Los cambios modernos en los desplazamientos, la emigración y los entornos físicos están creando problemas de salud a muchas personas.

Las infecciones (p. ej., VIH, tuberculosis, virus del Nilo Occidental) ponen de relieve estos cambios. Además, las enfermeras se enfrentan a una epidemia de sustancias tóxicas e infecciones nosocomiales y al desarrollo de microorganismos resistentes (p. ej., SARM) en sus entornos de pacientes, las medidas preventivas de primera línea de lavarse las manos y la higiene ambiental recuerdan los principios y la teoría del entorno original de Nightingale. Otros problemas creados por cambios y contaminación ambiental dejarían atónita a Nightingale, pero probablemente los abordaría con una forma agresiva de control característica. Dado que los sistemas y los profesionales sanitarios luchan por promover la seguridad de los pacientes a través de la prevención de la infección en las instalaciones sanitarias, este trabajo puede enmarcarse en las palabras de Florence Nightingale: «Parece un extraño principio enunciar, como requisito imprescindible, en un hospital: No dañéis a los enfermos» (Vincent, 2005).

Aunque algunas de las ideas de Nightingale se han modificado o han quedado anticuadas debido a los avances médicos y a los descubrimientos científicos, muchos de los conceptos de su teoría han resistido el paso del tiempo y los avances tecnológicos. Al leer e interpretar los textos victorianos de Nightingale, teniendo en cuenta la singular educación que recibió y la situación sociopolítica de su época, es evidente que gran parte de su teoría todavía puede aplicarse a la enfermería moderna. Los conceptos que aparecen en sus escritos, desde los comentarios políticos hasta la investigación académica, siguen citándose en las obras de enfermería.

Un gran número de autores ha analizado recientemente los conceptos y acciones del control de los detalles más pequeños y han redescubierto la atemporalidad y universalidad de su estilo de gestión (Decker y Farley, 1991; Henry, Woods y Nagelkerk, 1990; Monteiro, 1985; Nightingale, 1969; Ulrich, 1992). Lorentzon (2003) se ha centrado específicamente en el papel de Nightingale como mentora de una ex estudiante en su revisión y análisis de la correspondencia entre ella y su ex estudiante Rachel Williams. Este análisis aporta una revisión de los enfoques mentores basados en las teorías de Nightingale; sus comentarios sobre el tratamiento tal y como los explicó a Rachel Williams podrían fomentar una buena discusión de las necesidades de las enfermeras actuales en cuanto a mentorización y desarrollo profesional. Lannon (2007) y Narayanasamy y Narayanasamy (2007) basaron sus investigaciones del personal y del desarrollo de liderazgo en enfermería en las afirmaciones de Nightingale sobre la necesidad básica de la formación continua en la práctica enfermera. Estos autores perfilan métodos para lograr el aprendizaje continuado.

Por último, numerosos autores han analizado el papel de Nightingale en el movimiento sufragista, especialmente en el contexto del desarrollo de la teoría feminista. Aunque se la ha criticado por no haber participado activamente en este movimiento, en una carta enviada a John Stuart Mill, Nightingale afirmaba que podía trabajar para las mujeres de otros modos (Woodham-Smith, 1951). Aunque estaba a favor de dar poder político a las mujeres, no pensaba que tuviera tiempo para participar activamente en esta causa. Su ensayo titulado *Cassandra* (1852) muestra que Nightingale apoyaba firmemente el concepto que en la actualidad conocemos como *feminismo*. Los académicos continúan valorando y analizando su papel y su postura ante el movimiento feminista de esta era moderna (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Holliday y Parker, 1997; Welch, 1990).

Formación

Los principios de Nightingale sobre la formación enfermera (instrucción de principios científicos y experiencia práctica para perfeccionar las habilidades) sirvieron de modelo universal para las primeras escuelas de enfermería, comenzando por la del St. Thomas Hospital y la del King's College Hospital de Londres. En Estados Unidos se crearon tres escuelas experi-

mentales de enfermería en 1873 que aplicaban el modelo de formación de Nightingale (Ashley, 1976):

1. Bellevue Hospital de Nueva York.
2. New Haven Hospital de Connecticut.
3. Massachusetts Hospital de Boston.

La influencia de este sistema de formación y de muchos de sus principios aún puede observarse en los actuales programas educativos de enfermería. Aunque Nightingale recomendaba que la escuela de enfermería fuera independiente del hospital para garantizar que las estudiantes no participaran en el trabajo del hospital como parte de su formación, las escuelas estadounidenses de enfermería dependieron de un hospital durante muchos años (Ashley, 1976). Nightingale (Decker y Farley, 1991) pensaba que no se podía valorar el arte de la enfermería con exámenes, pero utilizaba otros métodos de evaluación, como estudios de casos (notas), para estudiantes de enfermería en el St. Thomas Hospital.

Nightingale entendió claramente que sólo se realizaría una buena práctica con una buena formación. Este mensaje aparece en todos sus escritos sobre enfermería. La historiadora de Nightingale Joanne Farley responde a una estudiante de enfermería en la actualidad afirmando que: «La formación es enseñar su profesión a una enfermera... La formación consiste en capacitar a una enfermera para que actúe del mejor modo posible..., como un ser inteligente y responsable» (Decker y Farley, 1991, pp. 12-13). Resulta difícil imaginarse cómo sería en la actualidad el cuidado de los enfermos si Nightingale no hubiera definido las necesidades de formación de las enfermeras y no hubiera creado estas primeras escuelas.

Investigación

El interés de Nightingale en la investigación científica y en la estadística sirve aún para definir los estudios científicos que se utilizan para la investigación enfermera. Era excepcionalmente eficiente, y disponía de numerosos recursos para reunir datos y analizarlos; su habilidad para representar gráficamente los datos se vio reflejada por primera vez en los diagramas polares, el tipo de gráfico que ella inventó (Agnew, 1958; Cohen, 1984). Su enfoque empírico de resolución de problemas de atención sanitaria se hace patente en los datos que solía incluir en sus numerosos artículos y cartas.

Aunque los escritos de Nightingale se definen y analizan como una teoría, carecen de la complejidad y demostrabilidad de las teorías enfermeras modernas. No obstante, los conceptos que Nightingale identificó sirven como base para la investigación moderna, lo que representa una aportación a la ciencia y a la práctica enfermera modernas. Lo más destacado es su atención centrada en el entorno y su importancia para la enfermería. Sus conceptos sirven como base para el continuo análisis y la investigación enfermera en todo el mundo; se citan con frecuencia para apoyar las prácticas enfermeras actuales.

Finalmente, cabe destacar que Nightingale utilizó breves estudios de casos como ejemplos para ilustrar una serie de conceptos que comentaba en *Notes on Nursing* (1969). Las enfermeras expertas han mejorado esta técnica para incluirla en textos e investigaciones; este estilo se ha utilizado muchas veces con éxito en las publicaciones y en la formación enfermera.

DESARROLLOS POSTERIORES

La teoría y la filosofía de Nightingale sobre enfermería se explican con claridad y concisión en *Notes on Nursing* (1969), la obra más conocida de Nightingale. En este escrito, la autora proporciona una guía para el cuidado de los enfermos y, de esta manera, aclara qué es la enfermería y qué no. El contenido del texto parece el más ameno para el análisis teórico. Nightingale organizó los capítulos de este texto por conceptos; sin embargo, en una explicación continuada, estos conceptos parecen relacionarse con el tema de capítulos posteriores.

Hardy (1978) afirmó que Nightingale formuló una gran teoría, que explica la totalidad de la conducta. Con el desarrollo del conocimiento de la teoría enfermera, la obra de Nightingale ha acabado aceptándose como una filosofía de enfermería. Aunque algunas formulaciones se han comprobado, a menudo los principios derivan de situaciones anecdóticas para ilustrar su significado y confirmar sus afirmaciones. Su trabajo se ha explicado como una teoría y está claro que las premisas de Nightingale han proporcionado los fundamentos para el desarrollo de la práctica enfermera y de las actuales teorías. Tourville e

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ingalls (2003) la describieron como el tronco de un árbol vivo de teorías de enfermería.

CRÍTICA

Simplicidad

La teoría de Nightingale incluye tres tipos de relaciones principales:

1. Entorno-paciente.
2. Enfermera-entorno.
3. Enfermera-paciente.

Creía que el entorno era el principal factor causante de la enfermedad en el paciente y consideraba que la enfermedad era «el conjunto de reacciones de la naturaleza contra las condiciones en que vivimos» (Nightingale, 1969, p. 56). Nightingale reconoció la potencial peligrosidad de un entorno e hizo especial hincapié en el beneficio de un entorno adecuado para prevenir la enfermedad.

La práctica enfermera incluye el control del entorno de distintos modos para potenciar la recuperación del paciente. La eliminación de la contaminación, del contagio y el uso de una ventilación correcta, de una iluminación y de una temperatura adecuadas y el silencio conformaban los elementos que debían identificarse para controlarse o manipularse en el entorno. Nightingale empezó a desarrollar las relaciones entre algunos de estos elementos en sus escritos sobre contaminación y ventilación, iluminación y posición del paciente en la habitación, higiene y oscuridad, y ruido y estimulación del paciente. Asimismo, describió la relación entre la habitación del enfermo y el resto de la vivienda, y la relación entre la vivienda y el barrio. Nightingale reconoció la necesidad de modificar el entorno para prevenir enfermedades, tal como se ejemplifica en sus escritos sobre viviendas de pobres, sobre asilos y sobre prevención del sarampión en niños.

Puede que la relación enfermera-paciente sea la relación menos definida de la obra de Nightingale. A pesar de ello, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía querido, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras se permite que el paciente realice su autocuidado. Por último, cabe destacar que Nightingale habló extensamente sobre el concepto de observación, incluido el uso de las observaciones que servían para guiar el cuidado de los pacientes y para medir la mejora o falta de respuesta a las intervenciones enfermeras. Este aspecto de la formación y de la práctica sugiere los orígenes del proceso enfermero (Ulrich, 1992).

Las enfermeras reconocen cada vez más el papel de la observación y la medición de resultados como un elemento básico de la práctica. Burnes Bolton y Goodenough (2003), Erlen (2007), Robb, Mackie y Elcock (2007) y Weir-Hughes (2007) han escrito sobre la medición de los resultados de los pacientes y los métodos para mejorar la calidad basándose en la observación enfermera, y han atribuido este elemento moderno de la práctica enfermera a la investigación original de Nightingale (observación y resultados de los pacientes) en Crimea.

Nightingale elaboró una teoría explicativa y descriptiva en vez de una teoría predictiva. La importancia que dio al entorno con sus elementos epidemiológicos implicaba un potencial predictivo, pero Nightingale nunca probó la teoría de ese modo. No está claro si tenía la intención de desarrollar una teoría enfermera. Lo que sí pretendía era definir la ciencia y el arte de la enfermería, y proporcionar las normas generales con explicaciones para realizar un buen cuidado enfermero a los pacientes. Por tanto, su objetivo de establecer normas generales para la práctica y el desarrollo de la enfermería se consiguió por medio de esta sencilla teoría.

Generalidad

Las teorías de Nightingale se han utilizado para proporcionar directrices generales a todas las enfermeras durante los últimos 150 años. Aunque las actividades específicas ya no son relevantes, la universalidad y la atemporalidad de sus conceptos aún siguen vigentes. Los conceptos de relación (enfermera, paciente y entorno) siguen aplicándose a todos los ámbitos de la enfermería actual. Por tanto, cumplen el criterio de generalidad.

Precisión empírica

Los conceptos y las relaciones de la teoría de Nightingale suelen mencionarse implícitamente

y se presentan como verdades más que como afirmaciones provisionales o aún no demostradas. A diferencia de la investigación cuantitativa sobre mortalidad que realizó en Crimea, Nightingale dijo que las enfermeras debían basar su práctica en las observaciones y experiencias más que en la investigación sistemática y empírica. Si estuviera trabajando en el desarrollo del arte de la enfermería, aconsejaría usar los métodos de la investigación fenomenológica y/o cualitativa en la enfermería.

Consecuencias deducibles

De un modo extraordinario, los escritos de Nightingale llevan a la enfermera a actuar a favor del paciente y de ella misma. Estas directrices comprenden las áreas de la práctica, la investigación y la formación. Los principios que plantea para dar forma a la práctica enfermera son los más específicos. Anima a las enfermeras a dar a los médicos «no su opinión respetuosa, sino hechos» (Nightingale, 1969, p. 122). De modo similar, recomendó que «si no puede adquirir la costumbre de la observación de un modo u otro, es mejor que no sea enfermera, ya que no debe ser su vocación, aunque tenga buena intención y sienta el ansia» (Nightingale, 1969, p. 113). Su énfasis en el desarrollo de la independencia y de la precisión para la enfermería, desconocido hasta el momento, aún puede guiar y motivar a las enfermeras en la actualidad en la evolución de la profesión.

La visión que Nightingale tenía de la humanidad era coherente con sus teorías enfermeras. Creía en una humanidad universal y creativa, poseedora del potencial y la capacidad para crecer y cambiar (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Palmer, 1977). Profundamente religiosa, veía la enfermería como un modo de realizar la voluntad de Dios. Quizá porque contemplaba la enfermería como una llamada divina, relegó al paciente a un papel relativamente pasivo; la enfermera era quien debía satisfacer las necesidades y las peticiones del paciente. El entusiasmo y el convencimiento profundo de conocer la verdad que posee todo reformador podrían explicar algunas de sus creencias y las prácticas que recomendaba. Finalmente, el período histórico en el que vivió (Inglaterra victoriana) debe tenerse en cuenta para comprender e interpretar sus opiniones mejor.

Los principios básicos de Nightingale sobre la manipulación del entorno y el cuidado psicológico del paciente pueden aplicarse a la enfermería actual. Aunque se le puede criticar o ridiculizar su rechazo a la teoría de los gérmenes y su incapacidad para reconocer la necesidad de un cuerpo unificado y demostrable de conocimientos de enfermería (más que confiar únicamente en la observación y la experiencia personales), hay otras partes de su teoría y de sus actividades que son pertinentes para la identidad y la práctica de los profesionales enfermeros.

Al leer *Notes on Nursing*, las frases y observaciones de Nightingale pueden tener una gran importancia para el mundo de la enfermería actual. Vidrine, Owen-Smith y Faulkner (2002) han identificado una de estas observaciones como una teoría rectora para su trabajo con psicoterapia equina en grupo: «una pequeña mascota a menudo es una excelente compañía para los enfermos, especialmente en casos crónicos» (Nightingale, 1969, p. 102). Aunque un caballo no puede clasificarse como «animal pequeño en la habitación de un enfermo», estos autores han observado que su terapia es satisfactoria en sus pacientes. Después de leer esta afirmación varias veces en *Notes on Nursing,* creo que los programas modernos de terapia con animales domésticos instaurados en cuidados agudos y crónicos de pacientes deberían atribuirse a Florence Nightingale más que a quienes se atribuye el «descubrimiento» de los efectos beneficiosos de la terapia con animales domésticos. Desde luego, Nightingale es un testamento de su propia teoría; se cuenta que tuvo 60 gatos durante su vida (estuvo enferma gran parte de su vida adulta y vivió hasta los 90 años).

RESUMEN

Florence Nightingale es una figura única en la historia mundial. Ninguna otra mujer ha sido y es todavía venerada como un icono por tanta gente en tantos lugares diversos en todo el mundo. Son pocas las figuras que siguen suscitando interés, controversia e interpretación tanto de sus vidas como de su trabajo. La profesión enfermera continúa considerándola la fundadora de la enfermería moderna.

Nightingale definió las habilidades, las conductas y el conocimiento enfermero necesarios para la enfermería. Algunos de estos descriptores sirven a

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la profesión enfermera en la actualidad, aunque sus orígenes probablemente no son conocidos o recordados por la mayoría de las enfermeras actuales.

Debido a los cambios científicos y sociales que se han producido a nivel mundial, se han rechazado algunas de sus observaciones sólo para ver, después de un análisis más ajustado, que sus creencias, la filosofía y las observaciones de base siguen siendo válidas. Nightingale no intentó desarrollar lo que se considera una teoría enfermera de forma consciente; proporcionó las primeras definiciones a partir de las cuales las enfermeras podrían desarrollar una teoría y los modelos y marcos conceptuales que informen a la enfermería profesional actual. Su trabajo (carrera profesional) personifica la definición actual de todas las enfermeras como profesionales prácticas, investigadoras, educadoras y líderes. Otros profesionales la identifican cada vez más como su matriarca, los matemáticos la veneran por su destacado trabajo en estadística, y los epidemiólogos, los profesionales de la salud pública y los trabajadores sociales encuentran el origen de sus disciplinas en sus descripciones de las personas que fomentan la salud y previenen enfermedades; los sociólogos reconocen su función de líder a la hora de definir las comunidades y sus enfermedades sociales y de trabajar para corregir problemas sociales como vía para mejorar la salud de sus miembros.

Las enfermeras, tanto estudiantes como profesionales, deberían conocer sus escritos originales y revisar los muchos libros y documentos de los que se dispone. Si ya se ha leído *Notes on Nursing,* releerlo puede ponerle de manifiesto nuevas e inspiradas ideas y pueden ofrecer una rápida ojeada a su irónico sentido del humor. La lógica y el sentido común que abarcan sus escritos pueden servir para estimular el pensamiento productivo para la enfermera individual y para la profesión enfermera. Leer los trabajos actualmente disponibles sobre ella puede ampliar nuestro pensamiento y horizontes más allá de aspectos restringidos de nuestras carreras y profesiones de enfermería. Emular la vida de Nightingale es convertirse en un buen ciudadano y líder de la comunidad, el país y el mundo. Nada más cierto que Nightingale se merece las consideraciones de fundadora brillante y creativa de la enfermería moderna y de primera teórica enfermera. ¿Qué opinaría Nightingale de la enfermería actual? Independientemente de lo que opinase, probablemente proporcionaría un análisis y crítica objetivos, lógicos y reveladores.

Caso clínico

Tiene una paciente de 82 años hospitalizada desde hace algunas semanas por unas quemaduras que sufrió en las piernas, según ella a causa de un accidente en la cocina. Antes de su ingreso, vivía sola en un piso pequeño. Cuando ingresó dijo que no tenía familia cercana. Su sistema de soporte parecen ser otras personas mayores que viven en su vecindario. Debido a sus dificultades de transporte, no pueden visitarla con frecuencia. Una vecina comenta que está cuidando al perro de la paciente, un Yorkshire terrier, y suplica que le permitan llevárselo al hospital. Le cuenta que ninguna otra enfermera le ha hecho caso cuando se lo ha pedido. Cuando pregunta acerca de ello, empieza a gritar y a decir que nunca han estado separados. Recuerda que el personal expresó su preocupación por el estado de salud de la mujer en el comunicado de la mañana. Ellos dicen que ha estado comiendo muy poco y parece estar deprimida. A partir del trabajo de Nightingale, identifique intervenciones específicas que podría proporcionar en el cuidado de esta paciente.

1. Describa qué acción debería realizarse, si realiza alguna, respecto a la visita de su perro. Comente la base teórica de su decisión y de su acción basándose en su comprensión del trabajo de Nightingale.
2. Describa y explique qué diagnósticos enfermeros realizará y qué intervenciones debería iniciar para manejar el estado nutricional y el bienestar emocional.
3. Como enfermera principal de esta paciente, identifique y explique la planificación que debería llevarse a cabo respecto a su alta del hospital. Identifique a los miembros del equipo de alta y sus funciones en este proceso. Describa qué aconsejaría a esta paciente a partir de las observaciones y de las descripciones de Nightingale del papel de la enfermera.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Analice la aplicación de los conceptos de Nightingale de ventilación, iluminación, ruido e higiene en el ámbito en el que practica la enfermería (ya sea como enfermera o estudiante).
2. Como participante en un proyecto de mejora continua de la calidad de los resultados en enfermería, describa cómo habría definido Nightingale el problema y cómo habría enfocado su análisis.
3. Su ciudad está en riesgo de sufrir un tipo específico de desastre natural (p. ej., tornado, inundación, huracán, terremoto). A partir de los principios y observaciones de Nightingale sobre el entorno, desarrolle un plan de emergencia para uno de estos casos.
4. En su ciudad se ha informado de un brote de una infección de transmisión por el aire (p. ej., infección de *Legionella* [enfermedad del legionario], histoplasmosis o coccidioidomicosis [fiebre del Valle]). Identifique las teorías y los comentarios de Nightingale aplicables a esta situación en lo que respecta a la infección, al trabajo necesario por parte de los profesionales de la salud y su influencia social sobre la salud de los ciudadanos. Analice las semejanzas entre sus teorías y las prácticas actuales.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not.* Nueva York: Dover.
- *Florence Nightingale: The nurse theorists: Portraits of excellence,* The Helene Fuld Health Trust (1990), Studio Three Productions, a division of Samuel Merritt College, Oakland, CA. (Vídeo/DVD disponible en Fitne, Inc., Athens, Ohio.)
- McDonald, L. (Ed.). (2001-presente). *The collected works of Florence Nightingale.* Ontario, Canadá: Wilfred Laurier University Press. Retrieved July 26, 2008, from: http://www.sociology.uoguelph.ca/fnightingale
- The Florence Nightingale Museum. Retrieved July 26, 2008, from: http://www.florence-nightingale.co.uk

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Agnew, L. R. (1958). Florence Nightingale, statistician. *American Journal of Nursing, 58*, 644.

Ashley, J. A. (1976). *Hospitals, paternalism, and the role of the nurse.* New York: Teachers College Press.

Burnes Bolton, L., & Goodenough, A. (2003). A Magnet nursing service approach to nursing's role in quality improvement. *Nursing Administration Quarterly, 27*(4), 344-354.

Butterfield, P. (1999). Integrating environmental health into clinical nursing. *Journal of the New York State Nurses Association, 30*(1), 24-27.

Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Theory and nursing: A systematic approach.* St. Louis: Mosby.

Cohen, I. B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American, 250*(3), 128-137.

Cook, E. T. (1913). *The life of Florence Nightingale.* London: Macmillan.

Decker, B., & Farley, J. K. (1991, May/June). What would Nightingale say? *Nurse Educator, 16*(3), 12-13.

Dickens, C. (1987). *Life and adventures of Martin Chuzzlewit.* London: New Oxford Press.

Dossey, B. M. (2000). *Florence, Nightingale: Mystic, visionary, healer.* Springhouse, PA: Springhouse Corporation.

Erlen, J. A. (2007). Patient safety, error reduction, and ethical practice. *Orthopaedic Nursing, 26*(2), 130-133.

Gropper, E. I. (1990). Florence Nightingale: Nursing's first environmental theorist. *Nursing Forum, 25*(3), 30-33.

Halsall, P. (1997). *Modern history sourcebook: Florence Nightingale: Rural hygiene.* Retrieved from: http://www.fordham.edu/halsall/mod/nightingale-rural.html

Hardy, M. (1978). Perspectives on nursing theory. *ANS Advances in Nursing Science, 1*, 37-48.

Hektor, M. (1994). Florence Nightingale and the women's movement: Friend or foe? *Nursing Inquiry, 1*(1), 38-45.

Helmstadter, C. (1997). Doctors and nurses in the London teaching hospitals: Class, gender, religion, and professional expertise, 1850–1890. *Nursing History Review, 5*, 161-167.

Henry, B., Woods, S., & Nagelkerk, J. (1990). Nightingale's perspective of nursing administration. *Nursing and Health Care, 11*(4), 200-206.

Holliday, M. E., & Parker, D. L. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 483-488.

Isler, C. (1970). *Florence Nightingale: Rebel with a cause.* Oradell, NY: Medical Economics.

Kalisch, B. J., & Kalisch, P. A. (1983, April). Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale. Part I: Popular biographies and stage productions. *Nursing and Health Care, 4*(4), 181-187.

Kalisch, B. J., & Kalisch, P. A. (1983, May). Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale.

Part II: Film, radio, and television dramatizations. *Nursing and Health Care*, *4*(5), 270-278.
Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (1987). *The changing image of the nurse*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
Kennedy, M. (2007). *Angel of mercy or power-crazed meddler? Unseen letters challenge view of pioneer nurse*. Retrieved from: http://www.guardian.co.uk/uk/2007/sep/03/health.healthandwellbeing/print
Lannon, S. L. (2007). Leadership skills beyond the classic: Professional development classes for the staff nurse. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *38*(1), 17-21.
Lobo, M. L. (1995). Florence Nightingale. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Longfellow, H. W. (1857). Santa Filomena. *Atlantic Monthly*, *1*(1), 22-23.
Lorentzon, M. (2003). Florence Nightingale as "mentor of matrons": Correspondence with Rachel Williams at St. Mary's Hospital. *Journal of Nursing Management*, *11*, 266-274.
Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York: Springer Publishing.
McCarthy, D. O., Ouimet, M. E., & Daun, J. M. (1991, May). Shades of Florence Nightingale: Potential impact of noise stress on wound healing. *Holistic Nursing Practice*, *5*(4), 39-48.
McDonald, L. (Ed.). (2001-present). *The collected works of Florence Nightingale*. Ontario, Canada: Wilfred Laurier University Press.
McLaughlin, A., McLaughlin, B., Elliott, J., & Campalani, G. (1996). Noise levels in a cardiac surgical intensive care unit: A preliminary study conducted in secret. *Intensive and Critical Care Nursing*, *12*(4), 226-230.
McPhaul, K. M., & Lipscomb, J. A. (2005). Incorporating environmental health into practice. *American Association of Occupational Health Nursing (AAOHN) Journal*, *53*(1), 31-36.
Michigan Nurses Association (MNA). (1999). Nursing practice: Moving toward environmentally responsible health care. *Michigan Nurse*, *72*(1), 8-9.
Monteiro, L. A. (1985, Feb.). Florence Nightingale on public health nursing. *American Journal of Public Health*, *75*, 181-186.
Narayanasamy, A., & Narayanasamy, M. (2007). Advancing nursing development and progression in nursing. *British Journal of Nursing*, *16*(7), 384-388.
Nelson, S. (1997). Pastoral care and moral government: Early nineteenth century nursing and solutions to the Irish question. *Journal of Advanced Nursing*, *26*, 6-14.
Nightingale, F. (1852). *Cassandra*. [Unpublished essay.]
Nightingale, F. (1858a). *Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army founded chiefly on the experience of the late war. Presented by request to the Secretary of State for War*. London: Harrison & Sons.
Nightingale, F. (1858b). *Notes on hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October 1858. With evidence given to the Royal Commissioner on the state of the army in 1857*. London: John W. Park and Son.
Nightingale, F. (1871). *Report on measures adopted for sanitary improvements in India, from June 1870 to June 1871*. London: George Edward Eye and William Spottiswoode.
Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover.
O'Malley, I. B. (1931). *Life of Florence Nightingale, 1820–1856*. London: Butterworth.
Palmer, I. S. (1977). Florence Nightingale: Reformer, reactionary, researcher. *Nursing Research*, *26*, 84-89.
Pope, D. S. (1995). Music, noise, and the human voice in the nurse-patient environment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 291-295.
Robb, E., Mackie, S., & Elcock, K. (2007). Monitoring quality. *Nursing Management*, *14*(5), 22-26.
Sessler, A. (1999). Doing more than doing no harm: Nursing professionals turn their attention to the environment. *On-Call*, *2*(4), 20-23.
Shaner, H. (1998). Pollution prevention for nurses: Minimizing the adverse environmental impact of healthcare delivery. *Vermont Registered Nurse*, *64*(4), 9-11.
Small, H. (1998). *Avenging angel*. New York: St. Martin's Press.
Small, H. (2000). *Florence Nightingale's 20th century biographies*. Paper originally presented to the Friends of Florence Nightingale Museum, London. Retrieved July 26, 2008, from: http://www.Florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/biograph.htm
Small, H. (2008). *Florence Nightingale, avenging angel*. Retrieved July 26, 2008, from: http://www.Florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/Nightingale.html
Smith, F. B. (1982). *Florence Nightingale: Reputation and power*. New York: St. Martin.
Strachey, L. (1918). *Eminent Victorians*. London: Chatto & Windus.
Thomas, S. P. (1993). The view from Scutari: A look at contemporary nursing. *Nursing Forum*, *28*(2), 19-24.
Tourville, C., & Ingalls, K. (2003). The living tree of nursing theories. *Nursing Forum*, *38*(3), 21-30.
Ulrich, B. T. (1992). *Leadership and management according to Florence Nightingale*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Vidrine, M., Owen-Smith, P., & Faulkner, P. (2002). Equine-facilitated group psychotherapy: Applications for therapeutic vaulting. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*, 587-603.
Vincent, C. (2005). *Patient safety*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
Weir-Hughes, D. (2007). Reviewing nursing diagnoses. *Nursing Management*, *14*(5), 32-35.

Welch, M. (1990, June). Florence Nightingale: The social construction of a Victorian feminist. *Western Journal of Nursing Research, 12*, 404-407.
Woodham-Smith, C. (1951). *Florence Nightingale.* New York: McGraw-Hill.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Nightingale, F. (1911). *Letters from Miss Florence Nightingale on health visiting in rural districts.* London: King.
Nightingale, F. (1954). *Selected writings* [Compiled by Lucy R. Seymer]. New York: Macmillan.
Nightingale, F. (1957). *Notes on nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott. [Originally published 1859.]
Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not.* New York: Dover.
Nightingale, F. (1974). *Letters of Florence Nightingale in the history of nursing archive.* Boston: Boston University Press.
Nightingale, F. (1976). *Notes on hospitals.* New York: Gordon.
Nightingale, F. (1978). *Notes on nursing.* London: Duckworth.
Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott. [Commemorative edition with commentaries by contemporary nursing leaders.].

Artículos de revistas[a]

Nightingale, F. (1930, July). Trained nursing for the sick poor. *International Nursing Review, 5*, 426-433.
Nightingale, F. (1954, May). Maternity hospital and midwifery school. *Nursing Mirror, 99*, 369. ix-xi.
Nightingale, F. (1954). The training of nurses. *Nursing Mirror, 99*, iv-iv10.

Fuentes secundarias

Libros

Aiken, C. A. (1915). *Lessons from the life of Florence Nightingale.* New York: Lakeside.
Aldis, M. (1914). *Florence Nightingale.* New York: National Organization for Public Health Nursing.
Andrews, M. R. (1929). *A lost commander.* Garden City, NY: Doubleday.
Baly, M. E. (1986). *Florence Nightingale: The nursing legacy.* New York: Methuen.
Barth, R. J. (1945). *Fiery angel: The story of Florence Nightingale.* Coral Gables, FL: Glade House.
Bishop, W. J. (1962). *A bio-bibliography of Florence Nightingale.* London: Dawson's of Pall Mall.
Boyd, N. (1982). *Three Victorian women who changed their world.* New York: Oxford.
Bull, A. (1985). *Florence Nightingale.* North Pomfret, VT: David and Charles.
Bullough, V. L., Bullough, B. & Stanton, M. P. (Eds.). (1990). *Florence Nightingale and her era: A collection of new scholarship.* New York: Garland.
Calabria, M. & Macrae, J. (Eds.). (1994). *Suggestions for thought by Florence Nightingale: Selections and commentaries.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
Collins, D. (1985). *Florence Nightingale.* Milford, MI: Mott Media.
Columbia University Faculty of Medicine and Department of Nursing. (1937). *Catalogue of the Florence Nightingale collection.* New York Author.
Cook, E. T. (1913). *The life of Florence Nightingale.* London: Macmillan.
Cook, E. T. (1941). *A short life of Florence Nightingale.* New York: Macmillan.
Cope, Z. (1958). *Florence Nightingale and the doctors.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
Cope, Z. (1961). *Six disciples of Florence Nightingale.* New York: Pitman.
Davies, C. (1980). *Rewriting nursing history.* London: Croom Helm.
Dossey, B. M. (2000). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer.* Springhouse, PA: Springhouse.
Editors of, R. N. (1970). *Florence Nightingale: Rebel with a cause.* Oradell, NJ: Medical Economics.
French, Y. (1953). *Six great Englishwomen.* London: H. Hamilton.
Goldie, S. (1987). *I have done my duty: Florence Nightingale in the Crimea War, 1854–1856.* London: Manchester University Press.
Goldsmith, M. L. (1937). *Florence Nightingale: The woman and the legend.* London: Hodder and Stoughton.
Gordon, R. (1979). *The private life of Florence Nightingale.* New York: Atheneum.
Hall, E. F. (1920). *Florence Nightingale.* New York: Macmillan.
Hallock, G. T., & Turner, C. E. (1928). *Florence Nightingale.* New York: Metropolitan Life Insurance Co.
Herbert, R. G. (1981). *Florence Nightingale: Saint, reformer, or rebel?* Melbourne, FL: Krieger.
Holmes, M. (n.d.). *Florence Nightingale: A cameo lifesketch.* London: Woman's Freedom League.
Huxley, E. J. (1975). *Florence Nightingale.* London: Putnam.
Hyndman, J. A. (1969). *Florence Nightingale: Nurse to the world.* Cleveland, OH: World Publishing.
Keele, J. (Ed.). (1981). *Florence Nightingale in Rome.* Philadelphia: American Philosophical Society.
Lammond, D. (1935). *Florence Nightingale.* London: Duckworth.
Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views.* New York: Springer Publishing.
Miller, B. W. (1947). *Florence Nightingale: The lady with the lamp.* Grand Rapids, MI: Zondervan.
Miller, M. (1987). *Florence Nightingale.* Minneapolis: Bethany House.

[a]Todos publicados póstumamente.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mosby, C. V. (1938). *Little journey to the home of Florence Nightingale.* New York: C. V. Mosby.
Muir, D. E. (1946). *Florence Nightingale.* Glasgow: Blackie and Son.
Nash, R. (1937). *A sketch for the life of Florence Nightingale.* London: Society for Promoting Christian Knowledge.
O'Malley, I. B. (1931). *Life of Florence Nightingale, 1820–1856.* London: Butterworth.
Pollard, E. (1902). *Florence Nightingale: The wounded soldiers' friend.* London: Partridge.
Presbyterian Hospital School of Nursing. (1937). *Catalogue of the Florence Nightingale collection.* New York: Author.
Quiller-Couch, A. T. (1927). *Victor of peace.* New York: Nelson.
Quinn, V. & Prest, J. (Eds.). (1987). *Dear Miss Nightingale: A selection of Benjamin Jowett's letters to Florence Nightingale, 1860-1893.* Oxford: Clarendon Press.
Rappe, E. C. (1977). *God bless you, my dear Miss Nightingale.* Stockholm: Almqvist och Wiksell.
Sabatini, R. (1934). *Heroic lives.* Boston: Houghton.
Saint Thomas's Hospital. (1960). *The Nightingale training school: St. Thomas's Hospital, 1860-1960.* London: Author.
Selanders, L. C. (1993). *Florence Nightingale: An environmental adaptation theory.* Newbury Park, CA: Sage Publications.
Seymer, L. R. (1951). *Florence Nightingale.* New York: Macmillan.
Shor, D. (1987). *Florence Nightingale.* Lexington, NH: Silver.
Small, H. (1998). *Avenging angel.* New York: St. Martin's Press.
Smith, F. B. (1982). *Florence Nightingale: Reputation and power.* New York: St. Martin's Press.
Stark, M. (1979). *Introduction to Cassandra: An essay by Florence Nightingale.* Old Westbury, NY: Feminist Press.
Stephenson, G. E. (1924). *Some pioneers in the medical and nursing world.* Shanghai: Nurses's Association of China.
Strachey, L. (1918). *Eminent Victorians.* London: Chatto & Windus.
Tooley, S. A. (1905). *The life of Florence Nightingale.* New York: Macmillan.
Turner, D. (1986). *Florence Nightingale.* New York: Watts.
Vicinus, M., & Nergaard, B. (1990). *Ever yours, Florence Nightingale.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Wilson, W. G. (1940). *Soldier's heroine.* Edinburgh: Missionary Education Movement.
Woodman-Smith, C. (1983). *Florence Nightingale.* New York: Atheneum.
Woodham-Smith, C. B. (1951). *Florence Nightingale, 1820-1910.* New York: McGraw-Hill.
Woodham-Smith, C. B. (1951). *Lonely crusader: The life of Florence Nightingale, 1820-1910.* New York: Whittlesey House.
Woodham-Smith, C. B. (1956). *Lady-in-chief.* London: Methven.
Woodham-Smith, C. B. (1977). *Florence Nightingale, 1820-1910.* London: Collins.

Tesis doctorales no publicadas

Hektor, L. M. (1992). *Nursing, science, and gender: Florence Nightingale and Martha E. Rogers.* [Unpublished doctoral dissertation, University of Miami, Miami.]
Newton, M. E. (1949). *Florence Nightingale's philosophy of life and education.* [Unpublished doctoral dissertation, Stanford University, Stanford, CA.]
Selanders, L. C. (1992). *An analysis of the utilization of power by Florence Nightingale.* [Unpublished doctoral dissertation, Western Michigan University, Kalamazoo, MI.]
Tschirch, P. (1992). *The caring tradition: Nursing ethics in the United States, 1890-1915.* [Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Galveston, Graduate School of Biomedical Science, Galveston, TX.]

Artículos de revistas

A criticism of Miss Florence Nightingale. (1907, Feb.). *Nursing Times, 3*, 89.
Address by the Archbishop of York. (1970, May). Florence Nightingale. *Nursing Times, 66*, 670.
Address given at fiftieth anniversary of founding by Florence Nightingale of first training school for nurses at St. Thomas's Hospital, London, England. (1911, Feb.). *American Journal of Nursing, 11*, 331-361.
A passionate statistician. (1931, May). *American Journal of Nursing, 31*, 566.
Attewell, A. (1998). Florence Nightingale's relevance to nurses. *Journal of Holistic Nursing, 16*, 281-291.
Baly, M. (1986, June). Shattering the Nightingale myth. *Nursing Times, 82*(24), 16-18.
Baly, M. E. (1969, Jan). Florence Nightingale's influence on nursing today. *Nursing Times, 65*(Suppl.), 1-4.
Barber, E. M. (1935, July). A culinary campaign. *Journal of the American Dietetic Association, 11*, 89-98.
Barber, J. A. (1999). Concerning our national honour: Florence Nightingale and the welfare of Aboriginal Australians. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia, 6*(1), 36-39.
Barker, E. R. (1989, Oct). Caregivers as casualties: War experiences and the postwar consequences for both Nightingale- and Vietnam-era nurses. *Western Journal of Nursing Research, 11*, 628-631.
Barritt, E. R. (1973). Florence Nightingale's values and modern nursing education. *Nursing Forum, 12*, 7-47.
Berentson, L. (1982, April/May). Florence Nightingale: Change agent. *Registered Nurse, 6*(2), 3, 7.
Bishop, W. J. (1957, May). Florence Nightingale's letters. *American Journal of Nursing, 57*, 607.
Bishop, W. J. (1960, May). Florence Nightingale's message for today. *Nursing Outlook, 8*, 246.

Blanc, E. (1980, May). Nightingale remembered: Reflections on times past. *California Nurse*, *75*(10), 7.
Blanchard, J. R. (1939, June). Florence Nightingale: A study in vocation. *New Zealand Nursing Journal*, *32*, 193-197.
Boylen, J. O. (1974, April). The Florence Nightingale-Mary Stanley controversy: Some unpublished letters. *Medical History*, *18*(2), 186-193.
Bridges, D. C. (1954, April). Florence Nightingale centenary. *International Nurses Review*, *1*, 3.
Brow, E. J. (1954, April). Florence Nightingale and her international influence. *International Nursing Review*, *1*, 17-19.
Brown, E. (2000). Nightingale's values live on. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, *6*(3), 31.
Carlisle, D. (1989, Dec). A nightingale sings: Florence Nightingale: Unknown details of her life story. *Nursing Times*, *85*(50), 38-39.
Charatan, F. B. (1990, Feb). Florence Nightingale: The most famous nurse in the world. *Today's OR Nurse*, *12*(2), 25-30.
Cherescavich, G. (1971, June). Florence, where are you? *Nursing Clinics of North America*, *6*, 217-223.
Choa, G. H. (1971, May). Speech by Dr. the Hon. G. H. Choa at the Florence Nightingale Day Celebration on Wednesday, 12th May, 1971, at City Hall, Hong Kong. *Nursing Journal*, *10*, 33-34.
Clayton, R. E. (1974, April). How men may live and not die in India: Florence Nightingale. *Australian Nurses Journal*, *2*, 10-11.
Coakley, M. L. (1989, Winter). Florence Nightingale: A one-woman revolution. *Journal of Christian Nursing*, *6*, 20-25.
Cohen, S. (1997). Miss Loane, Florence Nightingale, and district nursing in late Victorian Britain. *Nursing History Review*, *5*, 83-103.
de Guzman, G. (1935, July). Florence Nightingale. *Filipino Nurse*, *10*, 10-14.
Dennis, K. E., & Prescott, P. A. (1985, Jan). Florence Nightingale: Yesterday, today, and tomorrow. *ANS Advances in Nursing Science*, *7*(2), 66-81.
de Tornayay, R. (1976, Nov./Dec). Past is prologue: Florence Nightingale. *Pulse*, *12*(6), 9-11.
Dwyer, B. A. (1937, Jan). The mother of our modern nursing system. *Filipino Nurse*, *12*, 8-10.
Florence Nightingale: Rebel with a cause. (1970, May). *Registered Nurse, 33*, 39-55.
Florence Nightingale: The original geriatric nurse. (1980, May). *Oklahoma Nurse, 25*(4), 6.
Gibbon, C. (1997). The influence of Florence Nightingale's image on Liverpool nurses 1945-1995. *International History of Nursing Journal*, *2*(3), 17-26.
Gordon, J. E. (1972, Oct). Nurses and nursing in Britain. 21. The work of Florence Nightingale. I. For the health of the army. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, *8*, 351-359.
Gordon, J. E. (1972, Nov). Nurses and nursing in Britain. 22. The work of Florence Nightingale. II. The establishment of nurse training in Britain. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, *8*, 391-396.
Gordon, J. E. (1973, Jan). Nurses and nursing in Britain. 23. The work of Florence Nightingale. III. Her influence throughout the world. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, *9*, 17-22.
Hoole, L. (2000). Florence Nightingale must remain as nursing's icon. *British Journal of Nursing*, *4*, 189.
Ifemesia, C. C. (1976, July/Sept). Florence Nightingale (1820-1910). *Nigerian Nurse*, *8*(3), 26-34.
Kelly, L. Y. (1976, Oct). Our nursing heritage: Have we renounced it? (Florence Nightingale). *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *8*(3), 43-48.
Large, J. T. (1985, May). Florence Nightingale: A multifaceted personality. *Nursing Journal of India*, *76*(5), 110-114.
LeVasseur, J. (1998). Student scholarship: Plato, Nightingale, and contemporary nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*, 281-285.
Light, K. M. (1997). Florence Nightingale and holistic philosophy. *Journal of Holistic Nursing*, *15*(1), 25-40.
Macmillan, K. (1994, April/May). Brilliant mind gave Florence her edge: Florence Nightingale. *Registered Nurse*, *6*(2), 29-30.
Macrae, J. (1995, Spring). Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 8-10.
McDonald, L. (1998). Florence Nightingale: Passionate statistician. *Journal of Holistic Nursing, 16*, 267-277.
Monteiro, L. A. (1985, Nov). Response in anger: Florence Nightingale on the importance of training for nurses. *Journal of Nursing History*, *1*(1), 11-18.
Rabstein, C. (2000). Patron saint or has-been? Role models: Is Florence Nightingale holding us back? *Nursing*, *30*(1), 8.
Selanders, L. C. (1998). Florence Nightingale: The evolution and social impact of feminist values in nursing. *Journal of Holistic Nursing*, *16*(2), 227-243.
Selanders, L. C. (1998). The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, *16*, 247-263.
Sparacino, P. S. A. (1994, March). Clinical practice: Florence Nightingale: A CNS role model. *Clinical Nurse Specialist*, *8*(2), 64.
Stronk, K. (1997). Florence Nightingale: Mother of all nurses. *Journal of Nursing Jocularity*, *7*(2), 14.
Ulrich, B. T. (1999). Continuing education. Still so much to do: The legacy of Florence Nightingale. *Nurse Week*, *12*(25), 10-12.
Watson, J. (1998). Reflections: Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring. *Journal of Holistic Nursing*, *16*, 292-294.
Welch, M. (1986, April). Nineteenth-century philosophic influences on Nightingale's concept of the person. *Journal of Nursing History*, *1*(2), 3-11.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Wheeler, W., & Walker, M. (1999, May). Florence: Death of an icon: Florence Nightingale. *Nursing Times*, *95*(19), 24-26.

Widerquist, J. G. (1992, Jan./Feb). The spirituality of Florence Nightingale. *Nursing Research*, *41*, 49-55.

Widerquist, J. G. (1997). Sanitary reform and nursing: Edwin Chadwick and Florence Nightingale. *Nursing History Review*, *5*, 149-160.

Williams, B. (2000). Florence Nightingale: A relevant heroine for nurses today? *California Nurse*, *96*(1), 9, 27.

CAPÍTULO 7

Jean Watson

1940-presente

Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

D. Elizabeth Jesse

«Se invita a la profesión de enfermería y a cada enfermera a considerar/reconsiderar: ¿Cómo pasamos por la vida? ¿Cómo mantenemos el equilibrio para traer el arte del cuidado y la conciencia global de la caridad a nuestras vidas, nuestro trabajo y nuestro mundo?» (Watson, 2006a, p. 296).

BIOGRAFÍA

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, nació en el sur de Virginia Occidental y pasó su infancia en las décadas de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, en los montes Apalaches. Es la menor de ocho hermanos y siempre estuvo rodeada de un entorno familiar y comunitario muy numeroso.

Watson estudió en la escuela en Virginia Occidental. Después fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke (Virginia). Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado. Douglas, a quien Watson describe no sólo como su compañero físico y espiritual, sino como su mejor amigo, murió en 1998. Tiene dos hijas mayores, Jennifer (nacida en 1963) y Julie (nacida en 1967) y cinco nietos. Sigue viviendo en Boulder (Colorado).

Después de trasladarse a Colorado, Watson continuó su formación en enfermería y los estudios de licenciatura en la Universidad de Colorado. Obtuvo la licenciatura en enfermería en 1964 en el campus de Boulder, un máster en enfermería de salud psiquiátrica mental en 1966 en el campus de Health Sciences y un doctorado en psicopedagogía y orientación psicopedagógica en 1973 en la Graduate School, en el campus de Boulder. Cuando acabó sus estudios de doctorado, Watson se trasladó a la facultad de la School of Nursing del Health Science Center de Denver de la Universidad de Colorado, donde ha desempeñado cargos docentes y administrativos. Durante 1981 y 1982 se

Autoras anteriores: Ruth M. Neil, Ann Marriner Tomey, Tracey J. F. Patton, Deborah A. Barnhart, Patricia M. Bennett, Beverly D. Porter y Rebecca S. Sloan. Las autoras agradecen a la Dra. Jean Watson su continua inspiración y apoyo, además de la revisión de la precisión del capítulo y su ayuda en la actualización de las referencias y la bibliografía.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

tomó un período sabático, siguió estudios internacionales y diversas experiencias de aprendizaje en Nueva Zelanda, Australia, India, Tailandia y Taiwán; en 2005 se tomó otro año sabático para peregrinar por el Camino de Santiago, en España.

En la década de 1980, Watson y sus colaboradores fundaron el Center for Human Caring en la Universidad de Colorado, el primer centro interdisciplinario del país comprometido con emplear el conocimiento del cuidado humano que forma la base científica y moral de la práctica clínica, la erudición, la administración y el liderazgo (Watson, 1986). Durante la existencia del centro, Watson y otros patrocinaron actividades clínicas, educativas y de la comunidad de expertos y proyectos en el cuidado humano. Estas actividades incluyeron la participación de expertos nacionales e internacionales que estaban completando su residencia, además de relaciones internacionales con colegas de todo el mundo, procedentes de Australia, Brasil, Canadá, Corea, Japón, Nueva Zelanda, Reino Unido, Escandinavia, Tailandia y Venezuela, entre otros. Estas actividades continúan en el International Certificate Program in Caring-Healing de la Universidad de Colorado, donde Watson imparte cursos teóricos a estudiantes de doctorado.

Watson ha sido presidenta y vicedecana del programa universitario en la School of Nursing de la Universidad de Colorado. Participó en la planificación y puesta en marcha del programa de doctorado en enfermería; además fue coordinadora y directora del programa de doctorado entre 1978 y 1981. Watson fue nombraba decana de la School of Nursing de la Universidad de Colorado y directora asociada del Nursing Practice en el hospital universitario de 1983 a 1990. Durante su decanato, desempeñó un papel decisivo en el desarrollo de un programa de estudios de posgrado para enfermeras diplomadas en cuidado humano, salud y curación, que llevó al doctorado en enfermería (ND), un título doctoral en la carrera clínica profesional. En 2005, este programa de ND se convirtió en el título de doctor en enfermería práctica (DNP).

Durante su carrera, Watson ha participado activamente en programas para la comunidad, como fundadora y miembro del Board of Boulder County Hospice y numerosas colaboraciones con otros centros del área sanitaria. También ha recibido varios reconocimientos y premios nacionales en investigación y formación avanzada, además de numerosos reconocimientos universitarios y privados, fondos externos para su facultad y proyectos administrativos y becas para el cuidado humano.

La School of Nursing de la Universidad de Colorado le concedió el título de Distinguished Professor de enfermería en 1992. Recibió seis títulos de doctor honorario de universidades de Estados Unidos y tres doctorados *Honoris Causa* de universidades internacionales, de la Universidad de Göteborg en Suecia, de la Universidad de Luton de Londres y de la Universidad de Montreal en Quebec, Canadá. En 1993, recibió el Martha E. Rogers Award de la National League for Nursing (NLN), con el que se reconocen las importantes contribuciones de los profesionales de la enfermería al desarrollo del conocimiento en enfermería y en otras ciencias de la salud. Entre 1993 y 1996, Watson trabajó como miembro del Executive Committee y del Governing Board, además de como funcionaria de la NLN, organización que presidió de 1995 a 1996. En 1997 se le concedió un título honorífico vitalicio como enfermera holística. Finalmente, en 1999 asumió la primera Murchison-Scoville Endowed Chair of Caring Science del país y actualmente es profesora universitaria de enfermería.

La Universidad de Nueva York la nombró Distinguished Nurse Scholar en 1998 y en 1999 recibió el Norman Cousins Award nacional del Fetzer Institute en reconocimiento a su compromiso para el desarrollo, el mantenimiento y la ejemplificación de las prácticas de cuidado basadas en las relaciones (Watson, comunicación personal, 14 de agosto de 2000).

Watson es Distinguished y/o Endowed Lecturer en universidades nacionales como el Boston College, la Catholic University, la Adelphi University, el Columbia University-Teachers College y la State University de Nueva York, y en universidades y reuniones de expertos en numerosos países. Sus actividades internacionales también incluyen una International Kellogg Fellowship en Australia (1982), un Fulbright Research y Lecture Award en Suecia y otras zonas de Escandinavia (1991) y un ciclo de conferencias en Reino Unido (1993). Ha participado en proyectos internacionales y ha recibido invitaciones de Nueva Zelanda, India, Tailandia, Taiwán, Israel, Japón, Venezuela y Corea, entre otros.

Watson aparece en al menos 20 cintas de audio, vídeo y/o CD-ROM de distribución nacional sobre teorías en enfermería, algunos de los cuales se referencian en el apartado de puntos adicionales de estudio al final de este capítulo.

Jean Watson es autora de 10 libros, ha sido coautora de cinco libros y ha escrito innumerables artículos en revistas de enfermería. Las siguientes publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado a partir de sus ideas sobre la filosofía y la ciencia del cuidado.

Su primer libro, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979), surgió de las notas de un curso universitario impartido en la Universidad de Colorado. Los 11 factores curativos de Yalom influyeron en la creencia de Watson sobre sus 10 factores de cuidado, descritos como el marco organizador de su libro (Watson, 1979), «la esencia de la enfermería» (p. 9) y un ideal moral. Los primeros trabajos de Watson incluían los 10 factores de cuidado, pero sus ideas han evolucionado hasta incluir «caritas» que establecen conexiones explícitas entre cuidado y amor (Watson, correspondencia personal, 2004). Su primer libro se reeditó en 1985 y se ha traducido al coreano y al francés.

Su segundo libro, *Nursing: Human Science and Human Care—A Theory of Nursing*, publicado en 1985 y reeditado en 1988 y 1999, trataba algunos problemas conceptuales y filosóficos en enfermería. Watson (1985) espera que su obra ayude a las enfermeras a desarrollar una base moral significativa y filosófica para la práctica, y que otras se unirán a ella para «clarificar el proceso del cuidado humano en enfermería, preservar el concepto de la persona en nuestra ciencia y mejorar nuestra contribución a la sociedad» (Watson, 1988, p. ix). Su segundo libro se ha traducido al chino, alemán, japonés, coreano, sueco, noruego, danés y probablemente a otros idiomas, en el momento de publicarse esta obra.

Su tercer libro, *Postmodern Nursing and Beyond* (1999), se presentó como un modelo para llevar la práctica de enfermería al siglo XXI. Watson describe dos experiencias personales traumáticas que contribuyeron a su escritura. En 1997 sufrió un accidente que le provocó la pérdida del ojo izquierdo. Poco después murió su marido, en 1998. Watson afirma: «Estoy intentando integrar estas heridas en mi vida y trabajo. Uno de los regalos que me ha traído el sufrimiento ha sido el privilegio de experimentar y recibir mi propia teoría a través del cuidado de mi marido y el amor recibido de mis amigas y compañeras enfermeras» (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000). Este tercer libro se ha traducido al portugués y al japonés.

Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences (2002) es una colección de 21 instrumentos utilizados para evaluar y medir los cuidados. Este texto recibió el Book of the Year Award de la *American Journal of Nursing*.

Su quinto y último libro, *Caring Science as Sacred Science* (2005), describe su viaje personal para mejorar el conocimiento sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y la práctica de los cuidados y el trabajo cuidado-curación. Este libro conduce al lector a través de experiencias que invitan a la reflexión y al carácter sagrado de la enfermería, haciendo hincapié en la reflexión profunda interna y el crecimiento personal, las aptitudes de comunicación, el uso del crecimiento autotranspersonal y la atención a la ciencia del cuidado y la curación a través del perdón, la gratitud y la entrega. Recibió en 2005 el Book of the Year Award de la *AJN*.

FUENTES TEÓRICAS

El trabajo de Watson se ha considerado una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría (Watson, 1996). En este capítulo se utilizan los términos *teoría* y *marco* indistintamente. Para desarrollar su teoría, Watson (1988) define teoría como «un grupo imaginativo de conocimiento, ideas y experiencia que se representa simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado» (p. 1). Además afirma, «[La ciencia humana] es una teoría porque me ayuda a "ver" mejor [claramente]» (p. 1). Watson se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Reconoce el liderazgo filosófico e intelectual de la teoría feminista, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, las tradiciones de sabiduría, la filosofía perenne y el budismo (Watson, 1995, 1997, 1999, 2005). Además del conocimiento de la enfermería tradicional, como base para su teoría cita filosofías y teóricas de la enfermería como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman, y la obra de Gadow, una enfermera filósofa y ética sanitaria (Watson, 1985, 1997, 2005). Describe una estrecha conexión con «el sentido de "llamada" de Nightingale, guiada por un profundo sentido de compromiso y una ética pactada de servicio humano» (Watson, 2007a).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Watson afirma que en sus primeros trabajos fue influida por puntos de vista orientales y occidentales y por filósofos como Carl Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Kierkegaard, Selye, Lazarus, Rumi, Whitehead, de Chardin, Sartre y Thich Naht Hanh (Watson, 1996).

Watson atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez a las visiones de Carl Rogers y a escritores de psicología transpersonal más recientes. Watson señala que el enfoque fenomenológico de Carl Rogers, con su visión de que las enfermeras no están aquí para manipular y controlar a los demás, sino para entender, influyó sobremanera en un momento en el que la «clinicalización» (control terapéutico y manipulación del paciente) se consideraba la norma (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000). En su último libro, *Caring Science as Sacred Science,* Watson (2005) describe la sabiduría del filósofo francés Emmanuel Levinas (1969) y del filósofo danés Knud Løgstrup (1995), que fueron esenciales para sus trabajos.

Watson explica que los conceptos, definidos como bloques de construcción de la teoría (Watson, 1988), aportan un nuevo significado al paradigma de la enfermería y «derivaban de experiencias empíricas inducidas clínicamente, combinadas con mi base filosófica, intelectual y experimental; por eso mi trabajo inicial surgió de mis propios valores, creencias y percepciones sobre personalidad, vida, salud y curación...» (Watson, 1997, p. 49). Los principales conceptos de Watson incluyen los 10 factores de cuidados (v. el cuadro siguiente o la tabla 7-1) y la relación entre curación transpersonal y cuidado transpersonal, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos/conciencia unitaria. Watson desarrolló los factores de cuidados hacia un concepto estrechamente relacionado, *caritas,* una palabra en latín que significa «valorar, apreciar, prestar atención especial, si no una atención afectuosa». Con la evolución de los factores de cuidados hacia una perspectiva ampliada y con la evolución de sus ideas y valores, Watson ofreció una traslación de los factores de cuidados originales a procesos *caritas* clínicos que proponían vías abiertas en las que podrían considerarse (tabla 7-1).

Watson (1999) describe una «relación de cuidado transpersonal» esencial para su teoría; es un «tipo especial de relación de cuidado humana —una unión con otra persona— muy respetada para la persona y su estar en el mundo» (p. 63).

Conceptos principales y definiciones

10 FACTORES DE CUIDADOS ORIGINALES

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidados. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería. Los tres primeros factores independientes sirven como «fundamento filosófico para la ciencia del cuidado» (Watson, 1979, pp. 9-10). A medida que las ideas y los valores de Watson han evolucionado, ha trasladado los 10 factores de cuidados a los procesos *caritas.* Los procesos *caritas* incluyen una dimensión decididamente espiritual y una evocación manifiesta al amor y al cuidado (Watson, 2007a Watson, 2007a). (Véase la tabla 7-1 [p. 97] para la interpretación de los factores de cuidado originales y del proceso *caritas.*)

1. **Formación de un sistema humanístico-altruista de valores**
   Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo (Watson, 1979).
2. **Inculcación de la fe-esperanza**
   Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud (Watson, 1979).

3. **Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás**
   El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (Watson, 1979).
4. **Desarrollo de una relación de ayuda-confianza**
   El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (Watson, 1979).
5. **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos**
   El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás (Watson, 1979).
6. **Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones**
   El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización (Watson, 1979).
7. **Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal**
   Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal (Watson, 1979).
8. **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual**
   Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables (Watson, 1979).
9. **Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas**
   La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas,

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal (Watson, 1979).

10. **Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas** La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida (Watson, 1979).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La investigación de Watson sobre el cuidado incorpora el empirismo, pero otorga más importancia a las metodologías que parten de fenómenos enfermeros más que de las ciencias naturales (Leininger, 1979). Watson ha utilizado la ciencia humana, la fenomenología empírica y trascendente en su último trabajo. Ha investigado nuevos lenguajes, como las metáforas y la poesía, para comunicar, transmitir y clarificar el cuidado y la curación humanas (Watson, 1987, 2005). En sus estudios y escritos, ha ido incorporando de forma creciente su convicción de que existe una relación sagrada entre la humanidad y el universo (Watson, 1997, 2005).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual. Cree que el estudio de las humanidades amplía la mente y mejora las habilidades de pensamiento y el crecimiento personal. Watson compara el estado actual de la enfermería con el de las mitológicas Danaides, que intentaban llenar de agua una vasija rota, sólo para ver fluir el agua por las grietas. Hasta que la enfermería fusione teoría y práctica mediante el estudio combinado de las ciencias y las humanidades, Watson cree que se encontrarán grietas similares en la base científica del conocimiento de la enfermería (Watson, 1981, 1997).

Más recientemente, Watson plantea afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal que se extiende a profesionales multidisciplinares:

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia *caritas* por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia.
- La voluntad consciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y la desesperación, biológica, institucional u de otro tipo. El resultado es aceptar una relación Yo-Tú en vez de una relación Yo-Ello.
- La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado;

Tabla 7-1 Factores de cuidado y proceso caritas

Factores de cuidado	Proceso *caritas*
1. «La formación de un sistema humanístico-altruista de valores»	«Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado»
2. «Inculcación de la fe-esperanza»	«Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar»
3. «El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás»	«El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego»
4. «Desarrollo de una relación de ayuda-confianza» se convierte en «desarrollo de una relación de cuidado humana de ayuda-confianza» (en la página web de Watson, 2004)	«Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza»
5. «La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos»	«Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar»
6. «El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones» se convierte en «el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo» (en la página web de Watson, 2004)	«Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado»
7. «La promoción de la enseñanza- aprendizaje transpersonal»	«Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentado mantenerse dentro del marco de referencia de otros»
8. «La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual»	«Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien»
9. «La asistencia en la gratificación de necesidades humanas»	«Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando "cuidados humanos esenciales" que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado»
10. «La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas» se convierte en «la permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales» (en la página web de Watson, 2004)	«Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado»

De Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring* (pp. 9-10). Boston: Little, Brown & Co. (para factores de cuidado originales), y Watson, J. (2004). *Theory of human caring* (página web). Denver, CO: Jean Watson/University of Colorado School of Nursing. Descargado el 25 de enero de 2008 de: http://hschealth.uchsc.edu/son/faculty/jw_evolution.htm (para el proceso caritas y los factores de cuidado revisados).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía, etc. contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.

- La capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios científicos, técnicos, estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación.
- Las modalidades de cuidado-curación en el contexto de la conciencia transpersonal cuidado/*caritas* potencian la armonía, la integridad y la unidad del ser al liberar parte de la desarmonía, es decir, la energía bloqueada que interfiere en los procesos de curación naturales; por tanto, la enfermera ayuda a otro en este proceso para acceder al sanador interior, en el sentido pleno de la visión de enfermería de Nightingale.
- El desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica espiritual personal ayudan a la enfermera a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional que permite descubrir una condición transpersonal del mundo y una actualización más extensa de las «competencias ontológicas» necesarias en este nivel de práctica avanzada de la enfermería.
- La historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber vivido a través o haber experimentado varias condiciones humanas y haber imaginado los sentimientos de los demás en varias circunstancias son maestros valiosos para este trabajo; hasta cierto punto, el conocimiento y la conciencia necesarios pueden obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (arte, drama, literatura, historia personal, narrativas de enfermedades, etc.), junto con el examen de los propios valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo.
- Otros facilitadores son experiencias de crecimiento personal como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos del despertar espiritual.
- Se está produciendo el crecimiento continuo para desarrollar y madurar en un modelo de cuidado transpersonal. El concepto de profesionales sanitarios como sanadores heridos se acepta como parte del crecimiento necesario y la compasión inspirada en esta teoría/filosofía (Watson, 2006b).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Enfermería

Según Watson (1988), la palabra nurse es nombre y verbo. Para ella, la enfermería consiste en «conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión» (p. 53). Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 2005; Watson, 2007). Utilizando los 10 factores de cuidado originales y evolucionados, la enfermera presta cuidados a varios pacientes. Cada factor de cuidado y, más recientemente, los procesos *caritas* clínicos, describen el proceso de cuidado de cómo el paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz. Por el contrario, Watson describe la curación como un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad (Watson, 1979). Con la evolución de la obra de Watson, ha aumentado su atención por el proceso de cuidado humano y los aspectos transpersonales de cuidado-curación en una relación de cuidado transpersonal (1999, 2005).

La evolución del trabajo de Watson continúa dejando explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso. El paradigma cuidado-curación se sitúa dentro de una cosmología que es metafísica y trascendente con el ser humano que coevoluciona en el universo. Pide a los otros que se abran a la posibilidad y que guarden las afirmaciones del yo y de los otros, para volver a aprender, y «ver» utilizando todos los sentidos. El contexto

exige un «sentido de reverencia y sacralización con respecto a la vida y a las cosas vivas. Incorpora tanto arte como ciencia, ya que ambos se redefinen, reconociendo una convergencia entre los dos» (Watson, 2007, párrafo 14).

Personalidad (ser humano)

Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza» (1996, p. 147), y describe que la «personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos...» (Watson, 1988, p. 45). Watson afirma: «Propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador-holográfico del pensamiento. A menudo se considera dual porque utilizo las tres palabras "mente, cuerpo, alma". Intencionadamente hago connotaciones y dejo explícito espíritu/metafísico —silente en otros modelos» (Watson, comunicación personal, 12 de abril de 1994).

Salud

Originalmente, la definición de Watson (1979) de salud derivaba de la Organización Mundial de la Salud: «El estado positivo del bienestar físico, mental y social, con la inclusión de tres elementos: *a)* un alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social; *b)* un nivel general de adaptación-mantenimiento del funcionamiento diario, y *c)* la ausencia de enfermedad (o la presencia de esfuerzos que conducen a su ausencia)» (p. 220). Posteriormente definió salud como «unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma»; se asocia con el «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado» (Watson, 1988, p. 48). Watson (1988) afirmó además: «Dolencia no es necesariamente enfermedad; [en su lugar] es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente» (p. 47). «Si bien la dolencia puede producir una enfermedad, dolencia y salud son un fenómeno que no se ve necesariamente como un continuo. Los procesos de enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía. A su vez, la enfermedad crea más desarmonía» (Watson, 1985, 1988, p. 48).

Entorno

En los diez factores de cuidado originales, Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como «atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual» (Watson, 1979, p. 10). En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa» (Watson, 2003, p. 200). También tiene una visión amplia del entorno: «La ciencia del cuidado no es sólo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta... Pertenecer a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades» (Watson, 2003, p. 305).

FORMA LÓGICA

El marco se presenta de forma lógica. Contiene amplias ideas y trata fenómenos de salud-enfermedad. La definición de Watson de cuidado en oposición a la curación separa la enfermería de la medicina. Este concepto es útil para clasificar el cuerpo del conocimiento enfermero como ciencia independiente.

Desde 1979, el desarrollo de la teoría ha evolucionado hacia una clarificación de la enfermera como persona y del paciente como persona. También se han enfatizado los factores existenciales, fenomenológicos y espirituales. Su obra actual (2005) nos recuerda «las dimensiones llenas de espíritu del trabajo y del conocimiento del cuidado» (p. x).

La teoría de Watson cuenta con el apoyo fundamental de los teóricos de otras disciplinas, como Rogers, Erickson y Maslow. Watson es inflexible en su afirmación de que la formación enfermera debe incorporar el conocimiento holístico de numerosas disciplinas e integrar humanidades, artes y ciencias. Cree que las crecientes necesidades complejas del sistema de cuidado de la salud y las necesidades de los pacientes requieren que la enfermera reciba una educación extensa, liberal. Los ideales, contenido y teoría de la educación liberal

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

se deben integrar en la formación de la enfermera profesional (Sakalys y Watson, 1986).

Recientemente, Watson ha incorporado dimensiones de un cambio en el paradigma posmoderno mediante su teoría del cuidado transpersonal. Los puntales teóricos modernos se han asociado a conceptos como el mantenimiento de un estado estable, la adaptación, la interacción lineal y la práctica enfermera basada en los problemas. El enfoque moderno va más allá de este punto; la redefinición de un paradigma enfermero como éste lleva a un sistema abierto más holístico y humanístico, en el que la armonía, la interpretación y la autotrascendencia son los puntos álgidos reflejados en este cambio epistemológico. Watson (1999) considera que hay que retar a la enfermería para que construya y reconstruya el conocimiento antiguo y el nuevo, dirigido hacia una humanidad siempre en evolución para describir más claramente el papel de la enfermería en nuestra nueva época. «La evolución de la teoría ha tendido a conceder mayor énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia de cuidado y el campo del cuidado» (Watson, comunicación personal, 21 de agosto de 2000).

APLICACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica

Attending Nurse Caring Mode (ANCM)

La teoría de Watson se está validando en diversos ámbitos clínicos extrahospitalarios, intrahospitalarios y comunitarios, y con varias poblaciones. Watson y Foster (2003) describieron una aplicación ejemplar de la teoría a la práctica; el *Attending Nurse Caring Model* (ANCM) es un excepcional proyecto piloto en un hospital infantil de Denver que se ha diseñado a partir del «Attending» Physician Model. Sin embargo, a diferencia del modelo médico/curación, el ANCM se ocupa del modelo de cuidados de enfermería. «Se construye como un modelo práctico colaborador, basado en la evidencia, guiado por la teoría de ciencia del cuidado-enfermería para aplicarlo en la dirección y la supervisión del tratamiento del dolor en una unidad posquirúrgica de 37 camas» (Watson y Foster, 2003, p. 363). Las enfermeras que participan en el proyecto aprenden de la teoría del cuidado de Watson, los factores de cuidado, la conciencia del cuidado, la intencionalidad y las prácticas de cuidado-curación. La misión del ANCM es tener una relación de cuidado continua con los niños con dolor y sus familias. El ANCM se hace visible en una presencia de cuidado-curación por todo el hospital. (Véase la página web de Watson [http://www.watsoncaringscience.org] para otros ejemplos de la teoría de Watson en la práctica e información adicional sobre agencias clínicas que utilizan la obra de Watson, como Miami Baptist Hospital, Resurrection Health System [Chicago], Denver Veterans Administration Hospital y Children's Hospital [Denver], Inova Health System [Virginia], Baptist Central Hospital [Kentucky], Elmhurst Hospital [Nueva York], Pascak Valley Hospital [Nueva Jersey], Sarasota Memorial Hospital y Tampa Memorial Hospital [Florida] y Scripps Memorial Hospital [California], entre otros.)

Administración/liderazgo

La teoría de Watson pide a las prácticas administrativas y a los modelos empresariales que adopten el cuidado (Watson, 2006c), incluso en un entorno sanitario de mayores niveles de agudeza de las personas hospitalizadas, estancias hospitalarias cortas, una tecnología más compleja y crecientes expectativas en la «tarea» de las enfermeras. Estos desafíos piden soluciones que dirigen el sistema sanitario a una reforma profunda y ética, y que permitiría a las enfermeras seguir su propio modelo de práctica profesional más que soluciones a corto plazo, como aumentar el número de camas, contratar ventajas y/o asignar incentivos para las enfermeras. Muchos hospitales que buscan el estatus Magnet, como el Central Baptist Hospital en Lexington (Kentucky) cumplen estos retos utilizando la teoría del cuidado humano de Watson para producir el cambio administrativo. Este y otros ejemplos de prácticas administrativas de cuidados se describen en su página web y en su artículo «Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative Practices» (Watson, 2006c).

Formación

Los trabajos de Watson se centran en estudiantes universitarios de enfermería a los que ofrece bases ontológicas (estudio de concepciones de la realidad y la naturaleza del ser), éticas y epistemológicas para su práctica, junto con instrucciones para la investigación. Watson ha participado activamente

en la planificación de estudios en la Universidad de Colorado. Su marco de cuidado se ha implantado en numerosos cursos de diplomatura en enfermería, incluido el Bellarmine College de Louisville (Kentucky); el Assumption College de Worcester (Massachusetts); la Indiana State University de Terre Haute y la Florida Atlantic University en Boca Ratón (Florida). Estos conceptos se utilizan mucho hoy día en los programas de enfermería en Australia, Suecia, Finlandia y Reino Unido.

Investigación

Los métodos cualitativos, naturalistas y fenomenológicos son importantes en el estudio del cuidado transpersonal y en el desarrollo de la enfermería como ciencia humana y arte (Watson, 2005). Watson acepta que la investigación cualitativa-cuantitativa combinada puede ser útil. Cada vez se realizan más investigaciones nacionales e internacionales que prueban, amplían y evalúan la teoría. Watson (2005) reconoce que la investigación ejemplar de Swanson contribuye al conocimiento de la ciencia del cuidado, incluida una teoría intermedia del cuidado (Swanson, 1991), un estudio (Swanson, 1999) sobre los efectos del cuidado en mujeres que han abortado y un metaanálisis de 130 estudios de conocimiento del cuidado. Smith (2004) publicó una revisión de 40 estudios de investigación que utilizaron específicamente la teoría de Watson. El estudio de Persky, Nelson, Watson y Bent (2008) (n = 170) es uno de los pocos que ha utilizado un método cuantitativo para determinar los atributos de una «enfermera *caritas*» como parte de los esfuerzos para iniciar el Relationship-Based Care (RBC) en el New York Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center. El libro de Watson, Caring Science as Sacred Science (2005), perfila las posibilidades de futuras investigaciones del «cuidado» y afirma que «los estudios exploratorios, observacionales, triangulados con una investigación cualitativa, son el punto de partida más adecuado para discernir el impacto de la relación de la curación en resultados seleccionados» (pp. 154-155).

DESARROLLOS POSTERIORES

Las publicaciones más recientes de Watson presentan pautas para el desarrollo, junto con objetivos, instrumentos e instrucciones para desarrollar la teoría del cuidado humano.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Watson, espíritu/poeta/artista de la enfermería, utiliza un lenguaje no técnico, sofisticado, fluido y evolucionista para describir ingeniosamente sus conceptos, como cuidado-amor, factores de cuidado y *caritas*. Paradójicamente, conceptos simples y abstractos como cuidado-amor pueden ser los más difíciles en la práctica, aunque practicar y experimentar estos conceptos conduce a un mejor conocimiento de la ciencia del cuidado (2005). A veces, frases y oraciones largas (p. ej., «relación simbiótica entre humanidad-tecnología-naturaleza») (Watson, 1999, p. xiv) deben leerse más de una vez para entender su significado. Su inclusión creciente de metáforas, reflexiones personales, trabajo artístico y poesía hacen sus conceptos complejos más tangibles y más atractivos estéticamente. Continúa perfeccionando su teoría y recientemente ha revisado los factores de cuidado originales que actualmente describe como procesos *caritas*. Las críticas al trabajo de Watson se han concentrado en el uso de definiciones y términos indefinidos o cambiantes/desviados y su atención más en los aspectos psicosociales que fisiopatológicos de la enfermería. Watson (1985) trata la última crítica en su primer libro, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979, 1988); en el prefacio de su segundo libro, *Nursing: Human Science and Human Care—A Theory of Nursing* (1985), y en su último libro, *Caring Science as Sacred Science* (Watson, 2005), define su intento de describir la esencia más que el estado de la enfermería. Con este objetivo, el marco no se limita a ninguna especialidad enfermera. En la tabla 7-1 se expone la evolución del pensamiento de Watson.

Simplicidad

Watson emplea una serie de disciplinas para formular su teoría. Es mejor que el lector esté familiarizado con una cierta variedad de temas para comprender la teoría tal como está presentada. Esta teoría se observa como algo complejo cuando se tiene en cuenta la naturaleza existencial-fenomenológica de su trabajo, en parte debido a que muchas enfermeras tienen una base limitada en humanidades, y los programas de estudio de enfermería tampoco incorporan esta área del conocimiento. Aunque algunos consideran que su

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

teoría es compleja, otros ven que es fácil de entender y aplicar en la práctica. La teoría es más sobre ser que sobre hacer y debe ser plenamente internalizada por la enfermera si tiene que llevarla a cabo en la práctica.

Generalidad

La teoría de Watson pretende ofrecer una base moral y filosófica para la enfermería. El objetivo del marco encarna todos los aspectos del fenómeno salud-enfermedad. Además, la teoría trata todos los aspectos que intervienen en la prevención de enfermedades y en una muerte tranquila, lo que aumenta su grado de generalidad. Los factores de cuidado que describió Watson ofrecen unas guías importantes para las interacciones enfermera-paciente; con todo, algunos críticos han afirmado que su generalidad se limita con el énfasis de los aspectos psicosociales más que fisiológicos del cuidado.

Otra característica de la teoría es que no ofrece direcciones explícitas sobre lo que hay que hacer para lograr una auténtica relación cuidado-curación. Puede que las enfermeras que buscan guías concretas no se sientan seguras a la hora de intentar seguir únicamente esta teoría. Algunos sugieren que se tardaría demasiado tiempo en incorporar *caritas* a la práctica y otros afirman que el énfasis en el crecimiento personal da al último libro de Watson (2005) «una calidad idiosincrásica que, si bien es atractiva para algunos, puede no serlo para otros» (Drummond, 2005, p. 218).

Precisión empírica

Aunque el marco es difícil de estudiar de manera empírica, Watson concede una gran importancia al trabajo ampliamente aceptado de otras disciplinas. Este fundamento sólido refuerza sus opiniones. Watson considera su teoría como descriptiva, ya que reconoce la naturaleza evolutiva de la teoría y acepta sugerencias de otros. La teoría no da lugar fácilmente a la investigación realizada con métodos científicos tradicionales. Sin embargo, en su reciente libro, *Caring Science and Sacred Science* (2005), Watson ofrece pautas de investigación, recomendaciones de diseño y una tabla de potenciales instrumentos para investigar los cuidados.

Consecuencias deducibles

La teoría de Watson continúa ofreciendo una orientación metafísica importante y útil para el suministro del cuidado enfermero. Los conceptos teóricos de Watson, como el conocimiento de uno mismo, las necesidades identificadas por el paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano pueden ayudar a las enfermeras y a sus pacientes a encontrar un significado y una armonía en un período de gran complejidad. El conocimiento rico y variado de la filosofía, el arte, las ciencias humanas y las ciencias tradicionales que caracteriza a Watson, unido a su gran capacidad para comunicarse, ha permitido que profesionales de numerosas disciplinas compartan y reconozcan su labor.

RESUMEN

Jean Watson empezó a desarrollar su teoría mientras era vicedecana del programa universitario y participó en la planificación y elaboración del programa de doctorado en enfermería en Colorado. Su primer libro empezó como apuntes de clase. Fue coordinadora y directora del programa de doctorado entre 1978 y 1981. Durante el tiempo en que ejerció de decana en la School of Nursing de la Universidad de Colorado contribuyó al desarrollo de un programa de estudios de posgrado para enfermeras diplomadas en cuidado humano que llevaría al título de doctor en la carrera clínica profesional (ND). Este currículo se implementó en 1990 y fue un programa de demostración nacional hasta 2005, cuando se fusionó con el título de doctor en enfermería práctica (DNP). Watson creó el Center for Human Caring, que fue el primer centro interdisciplinario del país con un compromiso global para desarrollar y utilizar el conocimiento del cuidado humano para la práctica y la erudición y se convirtió en la primera Endowed Chair in Caring Science del país. Trabajó a partir de los 11 factores curativos de Yalom para formular sus 10 factores de cuidados. Poco después, modificó los 10 factores y desarrolló los procesos *caritas,* que tienen una dimensión espiritual y utilizan un lenguaje más fluido y evolucionado. Añadió aspectos espirituales y cree que la esencia de la enfermería se ve en las relaciones enfermera-paciente, que son consecuencia de un resultado terapéutico.

Caso clínico

El siguiente caso clínico se adaptó del ejemplo clínico de Valerie Taylor (2008) para una presentación en Advanced Nursing Synthesis for the Nurse-Midwifery Concentration, East Carolina University College of Nursing (reproducido con autorización).

Usted es una enfermera comadrona recién graduada en un máster, trabaja en un pequeño hospital de 100 camas y se compromete a aplicar la teoría de Watson en la práctica creando una relación enfermera-comadrona-paciente que se traduce en resultados terapéuticos. Al ser nueva, promociona lentamente la teoría entre el personal, sus compañeras comadronas y los médicos. Hoy está entusiasmada y enfrentada al reto de integrar la teoría de Watson en el cuidado como comadrona de María, una mujer hispana de 23 años, 4 gestaciones, TPAL 4004 (embarazos a término, prematuros, abortos e hijos vivos), que se pone de parto a las 39 semanas de gestación. Se traslada a su práctica de grupo desde el departamento de salud a las 36 semanas, los costes corren a su cargo y recibe Maternity Medicaid cuando se pone de parto. No habla inglés y su marido Daniel hace de intérprete; dice que él puede leer y escribir, pero ella no. Daniel y ella se han trasladado a la zona para trabajar en una fábrica, de forma que tienen poco apoyo social de familia y amigos y María se queda en casa para cuidar a sus tres hijos. La cuñada de María se encarga de los tres niños mientras ella está en el hospital. Aunque son católicos, actualmente no pertenecen a ninguna iglesia. Sus antecedentes médicos son irrelevantes y su historia prenatal es normal. Sus primeros dos hijos nacieron en México y el tercero, hace un año, en un hospital de Estados Unidos.

Como enfermera-comadrona al cuidado de María, la teoría de Watson me lleva a ver a María y a su familia de manera holística, en la que cuerpo, mente y alma están interrelacionadas. Me acuerdo de incorporar los factores de cuidado, la conciencia del cuidado, la intencionalidad y las prácticas de cuidado-curación, e ir más allá de los procedimientos, las tareas y las técnicas para crear un entorno de curación mental, física y espiritualmente, teniendo en cuenta las necesidades básicas. La teoría de Watson me ayuda a darme cuenta de la importancia de estar presente de forma auténtica, y de desarrollar y mantener una relación de ayuda, confianza y cuidado con María y su marido. A las 00:45 horas de hoy, he asistido el parto espontáneo vaginal de María y ha nacido una niña sana, Lilia, que ha tenido una puntuación Apgar de 8 y 9. El parto de María ha transcurrido sin incidentes, aunque se trata por una infección de grupo B. Después del parto, pongo a Lilia sobre el abdomen de María para que tengan un contacto piel a piel y ayudo a María a colocarse para amamantar. María y Daniel miran a Lilia cuando se agarra al pecho por primera vez. Después del vínculo inicial, se traslada a Lilia a la sala de recién nacidos; la exploración es normal y sin problemas. Cuando las enfermeras notan que el pañal de Lilia está seco a las 6 horas, el neonatólogo determina que Lilia tiene un problema renal y hay que trasladarla a un hospital regional de nivel III para someterla a más pruebas y a una evaluación.

A partir de su plan inicial de cuidados, usted sabe lo importante que es mantener un diálogo recíproco entre intérprete, tocólogo, neonatólogo, enfermera y trabajadora social. Está cerca cuando el neonatólogo les explica a María y a su marido, a través del intérprete, que Lilia recibirá los mejores cuidados en un hospital terciario. María está triste y su marido se va poniendo tenso a medida que el intérprete traduce que se está preparando a su hija para el traslado inmediato al hospital regional para evaluación y cuidados especializados. María está estable y sigue una evolución posparto normal, con excepción de la ansiedad relacionada con el desconocimiento del estado de Lilia, la separación de su hija, el retraso en la lactancia materna y las barreras idiomáticas que le impiden tener un mejor conocimiento de los acontecimientos relacionados con su cuidado y el de Lilia.

Usted deja que la teoría le guíe mientras valora el estrés/ansiedad de María causado por su separación de la recién nacida, el miedo al pronóstico, la incapacidad de lactar, las barreras idiomáticas y los problemas financieros. Sabe que si María no tiene un contacto piel a piel, la afectación del vínculo puede causar la supresión de oxitocina y un retraso en la producción de leche. Su estrés y la falta de descanso también pueden impedir su recuperación normal del parto vaginal espontáneo y provocar la pérdida de sangre y un retraso de la involución. Existe la posibilidad de que ocurra una congestión mamaria o un descenso de la lactogénesis por la interrupción o la infrecuencia de la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lactancia. María tiene poco apoyo familiar, a excepción de su cuñada, que vive a 3 horas de distancia; no tiene una red de amigos por la inmigración desde México, ni ningún grupo de apoyo que la ayude a afrontarlo. Aunque María es cristiana, ahora no pertenece a ninguna iglesia que le ofrezca apoyo/guía espiritual ni la amistad de sus miembros. Sabes que la teoría del cuidado y los factores de cuidado/*caritas* de Watson pueden fomentar resultados satisfactorios y un estado de salud óptimo para María, su marido y su hija recién nacida.

Después de la exploración posparto habitual, usted estudia las necesidades biofísicas de María en cuanto a descanso y a sus problemas emocionales. Anima al neonatólogo y a las enfermeras para que los padres y Lilia establezcan lazos afectivos antes de su traslado. Luego habla con el sacerdote del hospital para que haga una visita y pide un sacerdote que hable español y un intérprete del hospital para dar instrucciones y el alta temprana a las 24 horas a la paciente. Habla con la trabajadora social porque puede ser el enlace entre la madre y la recién nacida durante el traslado de Lilia. Durante el cuidado de María, Daniel y Lilia, facilita una práctica de amabilidad afectuosa entre el personal cuidador para lograr un cuidado continuo, culturalmente sensible, según la práctica. Usted sabe que la relación enfermera-comadrona-paciente se ha traducido en un resultado terapéutico porque María y Daniel muestran cierto consuelo después de hablar con el sacerdote y las enfermeras en el hospital terciario. María puede descansar la noche anterior y su examen posparto es normal. Ahora María tiene un extractor de leche materna y las enfermeras le explican cómo usarlo. Los trabajadores sociales han preparado el traslado de María y Daniel para visitar a su hija en el hospital de nivel III después de que le den el alta hoy. María ha hablado con su cuñada, que seguirá cuidando de los niños unos días más. María y Daniel le dicen lo agradecidos que están de que usted haya sido su enfermera-comadrona durante su experiencia.

Valerie G. Taylor, MSN, CNM
Hickory, Carolina del Norte

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

A partir de las 10 afirmaciones originales y evolutivas del cuidado, la teoría de Watson ofrece un marco en el que las enfermeras pueden establecer un precedente de colaboración para ayudar a que el paciente mejore el control, el conocimiento y la salud. Los siguientes ejercicios demuestran el pensamiento crítico y de reflexión desde la perspectiva de la teoría de Watson:

1. Revise sus propios valores y creencias para explicar de qué manera encajarían las 10 afirmaciones de cuidado/*caritas* con su filosofía personal del cuidado en relación al paciente, el entorno, la salud y la enfermería.
2. Desarrolle una afirmación-misión con sus compañeros de equipo, integrando sus creencias compartidas en las que se basen su práctica utilizando la ciencia del cuidado. Revísenla periódicamente y comenten cómo evolucionan sus valores y sus creencias.
3. Piense en un momento de su vida en el que sintiera que alguien cuidaba realmente de usted. Entonces, piense en un tiempo en el que usted prodigaba cuidados a otra persona. (Estos episodios pueden estar relacionados con el cuidado de salud o no.) Ahora, identifique cuáles eran las principales características de estas interacciones.
4. Haga una lista de conductas de cuidado a partir de sus propios pensamientos. Mire en *Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science* (Watson, 2002) y haga una lista de conductas de cuidado a partir de estos instrumentos. Compare y contraste las listas.
5. Empiece por crear una cultura de trabajo que le alimente a usted y a sus compañeros. Planifique un tiempo y un lugar para meditar 10 minutos cada semana, sentada en una silla, con los ojos cerrados y escuchando música tranquila o en silencio. Piense en maneras de sentirse compasiva, intencionada, calmada y tranquila en la práctica clínica diaria.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Watson, J. (1989). *The nurse theorists: Portraits of excellence* [Videotape, CD, DVD]. New York: Helene Fuld Health Trust. Available from Fitne, Inc., at: http://www.fitne.net/

- Watson, J. (1989). *Theories at work* [Videotape]. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2005). Sequence on caring in education. On *Student-centered learning in nursing education* [CD]. Baltimore: Laureate Education, Inc.
- Watson, J. (2005). A caring moment. On *Care for the journey: Messages & music for sustaining the heart of healthcare* [CD]. Larkspur, CA: Companion Arts.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science.* Philadelphia: F. A. Davis.
- University of Colorado's International Certificate Program and selected in-resident studies with Dr. Watson are noted on: http://www2.uchsc.edu/son/caring/content
- Jesse, D. E. (2006). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey: Nursing theory: *Utilization & application* (3rd ed., pp. 97-121). St. Louis: Mosby, Inc.
- En la siguiente dirección, la School of Nursing de la Universidad de Colorado ofrece una lista actualizada de publicaciones sobre teoría del cuidado: http://hschealth.uchsc.edu/son/faculty/jw_caritaspractice.htm

REFERENCIAS

Drummond, J. (2005). Caring science as sacred science. [Book review.]. *Nursing Philosophy*, *6*, 218-220.

Jesse, D. E. (2006). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed, pp. 97-121). St. Louis: Mosby, Inc.

Leininger, M. (1979). Preface. In J. Watson (Ed.), *Nursing: The philosophy and science of caring.* Boston: Little, Brown.

Levinas, E. (1969). *Totality and infinity. (A. Lingis, Trans.).* Pittsburgh, PA: Duquesne University.

Løgstrup, K. E. (1995). *Metaphysics, vol 1.* Milwaukee: Marquette University.

Persky, G. J., Nelson, J. W., Watson, J., & Bent, K. (2008). Creating a profile of a nurse effective in caring. *Nursing Administration Quarterly*, *32*(1), 15-20.

Sakalys, J. A., & Watson, J. (1986). Professional education: Post-baccalaureate education for professional nursing. *Journal of Professional Nursing*, *2*(2), 91-97.

Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, *17*(1), 13-25.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, *40*(3), 161-166.

Swanson, K. (1999). What is known about caring in nursing science: A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, S. Feetham & J. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousands Oaks: CA: Sage.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring.* Boston: Little, Brown.

Watson, J. (1981). Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*, *29*, 413-416.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care—A theory of nursing.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Watson, J. (1986, Dec). *The dean speaks out: Center for human caring established.* The University of Colorado School of Nursing News. 1-6.

Watson, J. (1987). Nursing on the caring edge: Metaphorical vignettes. *ANS Advances in Nursing Science*, *10*(1), 10-18.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care—A theory of nursing.* New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1995). Post modernism and knowledge development in nursing. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 60-64.

Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. J. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 141-184). New York: National League for Nursing Press.

Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 49-52.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond.* Edinburgh: Churchill Livingstone.

Watson, J. (2002). *Instruments for assessing and measuring caring in nursing and health sciences.* New York: Springer.

Watson, J. (2003). Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, *18*(4), 304-305.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science.* Philadelphia: F. A. Davis.

Watson, J. (2006). Walking pilgrimage as caritas action in the world. *Journal of Holistic Nursing*, *24*(4), 289-296.

Watson, J. (2006b). Transpersonal caring and the caring moment defined. Retrieved January 26, 2008, from: http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/transpersonal.asp.

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, *30*(1), 48-55.

Watson, J. (2007a). Theory evolution. Retrieved January 25, 2008, from: http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp.

Watson, J., & Foster, R. (2003). The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence, and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, *12*, 360-365.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Bevis, E. O., & Watson, J. (1989). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. New York: National League for Nursing.

Bevis, E. O., & Watson, J. (2000, reprinted). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Chinn, P. & Watson, J. (Eds.). (1994). *Art and aesthetics of nursing*. New York: National League for Nursing.

Leininger, M. & Watson, J. (Eds.). (1990). *The caring imperative in education*. New York: National League for Nursing.

Taylor, R. & Watson, J. (Eds.). (1989). *They shall not hurt: Human suffering and human caring*. Boulder: CO: University Press of Colorado.

Watson, J. (1979, reprinted 1985 by University Press of Colorado). Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown. [Translated into French.]

Watson, J. (1985, reprinted 1988. reprinted by NLN & Bartlett, 1999). *Nursing: Human science and human care*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. [Translated into Japanese, Swedish, Chinese, Korean, German, Norwegian, and Danish.]

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring [2nd printing]*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care [2nd printing]*. New York: National League for Nursing. [Translated into Japanese, 1990.].

Watson, J. (Ed.). (1994). *Applying the art and science of human caring*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone/W. B. Saunders. [Translated into Japanese, 2001.].

Watson, J. (2002). *Instruments for assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer. [AJN Book of the Year Award, 2002. Japanese translation in print.].

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis. (AJN Book of the Year Award, 2005.).

Watson, J., Jones, W. & Levin, J. (Eds.). (1999). *Essentials of complementary alternative medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Watson, J. & Ray, M. (Eds.). (1988). *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity*. New York: National League for Nursing.

Capítulos y monografías

Watson, J. (1980). Self losses. In F. Bower (Ed.), *Nursing and the concept of loss* (pp. 51-84). New York: Wiley.

Proceedings from National Caring Conference, University of Utah, Watson, J. (1981). Some issues related to a science of caring for nursing practice. In M. Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp. 61-67). Thorofare: NJ: Charles B. Slack.

Watson, J. (1982). The nurse-client relationship. In L. Sonstegard, K. Kowalski & B. Jennings (Eds.), *Women's health care* (pp. 45-56). New York: Grune & Stratton.

Watson, J. (1983). Delivery and assurance of quality health care: A rights based foundation. In R. Luke, J. Krueger & R. Madrow (Eds.), *Organization and change in health care quality assurance* (pp. 13-19). Rockville, MD: Aspen Systems.

Watson, J. (1985). Reflection on different methodologies for the future of nursing. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 343-349). Orlando, FL: Grune & Stratton.

Watson, J. (1987). The dream curriculum. In National League for Nursing (Ed.), *Patterns in nursing: Strategic planning for nursing education* (pp. 91-104). New York: Author.

Watson, J. (1988). A case study: Curriculum in transition. In National League for Nursing (Ed.), *Curriculum revolution: Mandate for change* (pp. 1-8). New York: Author.

Watson, J. (1988). Introduction. In J. Watson & M. Ray (Eds.), *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity* (pp. 1-3). New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1988). The professional doctorate as an entry level into practice. In National League for Nursing (Ed.), *Perspectives* (pp. 41-47). New York: Author.

Watson, J. (1989). Human caring and suffering: A subjective model for health sciences. In R. Taylor & J. Watson (Eds.), *They shall not hurt* (pp. 125-135). Boulder, CO: University Press of Colorado.

Watson, J. (1989). Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed, pp. 219-236). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Watson, J. (1990). Transformation in nursing: Bring care back to health care. In National League for Nursing (Ed.), *Curriculum revolution: Redefining the student-teacher relationshi* (pp. 15-20). New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1990). Transpersonal caring: A transcendent view of person, health, and healing. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 277-288). New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1992). Notes on nursing: Guidelines for caring then and now. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Watson, J. (1994). A frog, a rock, a ritual: An eco-caring cosmology. In E. Schuster & C. Brown (Eds.), *Caring and environmental connection*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1994). Anthology on art and esthetics. In J. Watson & P. Chinn (Eds.), *Art and aesthetics as passage between centuries*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1994). Introduction. In J. Watson (Ed.), *Applying the art and science of human caring* (pp. 1-10). New York: National League for Nursing.
Watson, J. (1994). Overview of caring theory. In J. Watson (Ed.), *Applying the art and science of human caring*. New York: National League for Nursing.
Watson, J. (1994). Poeticizing as truth through language. In P. L. Chinn & J. Watson (Eds.), *Art and aesthetics in nursing* (pp. 3-17). New York: National League for Nursing.
Watson, J. (1995). Into the future. In O. Slevin & L. Basford (Eds.), *Theory and practice of nursing: An integrated approach to patient care* (2nd ed). Cheltenham: UK: Nelson Thornes.
Watson, J. (1996). Art, caring, spirituality, and humanity. In E. Farmer (Ed.), *Exploring the spiritual dimension of care* (pp. 29-40). Wiltshire, England: Mark Allen.
Watson, J. (1996). Artistry and caring: Heart and soul of nursing. In D. Marks-Maran & P. Rose (Eds.), *Reconstructing nursing: Beyond art and science* (pp. 54-63). London: Bailliere Tindall Ltd. (Division of Harcourt Brace).
Watson, J. (1996). Beyond art and science. In D. Marks-Maran & P. Rose (Eds.), *Reconstructing nursing: Beyond art and science*. London: Bailliere Tindall.
Watson, J. (1996). Nursing, caring-healing paradigm. In D. Pesat (Ed.), *Capsules of comments in psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby.
Watson, J. (1996). Poeticizing as truth on nursing inquiry. In J. Kikuchi, H. Simmons & D. Romyn (Eds.), *Truth on nursing inquiry* (pp. 125-138). Thousand Oaks: CA: Sage.
Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. J. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 141-184). New York: National League for Nursing Press.
Watson, J. (1999). Postmodern nursing and beyond. In N. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: F. A. Davis.
Watson, J. (2000). *Monograph of instruments for measuring and assessing caring*. New York: Springer Publishing.
Watson, J. (2000). Postmodern nursing and beyond. In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Tomorrow's vision and beyond* (pp. 299-308). Thousand Oaks: CA: Sage.
Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of human caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 344-354). Philadelphia: F. A. Davis.
Watson, J. (2002). Illuminating the spiritual journey: Jean Watson tells her story. In P. Burkhardt & M. G. Nagai-Jackson (Eds.), *Spirituality: Living our connectedness* (pp. 181-186). New York: Delmar.
Watson, J. (2006). Jean Watson's Theory of Human Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 295-301). Philadelphia: F. A. Davis.
Watson, J., & Bevis, E. (1990). Coming of age for a new age. In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Turning points* (pp. 100-105). St. Louis: Mosby.

Artículos de revistas

Carozza, V., Congdon, J. A., & Watson, J. (1978, Nov). An experimental educationally sponsored pilot internship program. *Journal of Nursing Education, 17*, 14-20.
Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., & Hinton-Walker, P. (2001). On missing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(2), 115-119.
Krysl, M., & Watson, J. (1988, Jan). Poetry on caring and addendum on center for human caring. *ANS Advances in Nursing Science, 10*(2), 12-17.
Persky, G. J., Nelson, J. W., Watson, J., & Bent, K. (2008). Creating a profile of a nurse effective in caring. *Nursing Administration Quarterly, 32*(1), 15-20.
Quinn, J., Smith, M., Swanson, K., Ritenbaugh, C., & Watson, J. (2003). The healing relationship in clinical nursing: Guidelines for research. *Journal of Alternative Therapies, 9*(3), A65-A79.
Sakalys, J., & Watson, J. (1985, Sep./Oct). New directions in higher education: A review of trends. *Journal of Professional Nursing, 1*(5), 293-299.
Sakalys, J., & Watson, J. (1986, Mar./Apr). Professional education: Post-baccalaureate education for professional nursing. *Journal of Professional Nursing, 2*(2), 91-97.
Watson, J. (1980). [Response to review of Nursing: Philosophy and science of caring]. *Western Journal of Nursing Research, 2*(2), 514-515.
Watson, J. (1980). [Review of the book Nursing: Philosophy and science of caring]. *Western Journal of Nursing Research, 2*(2), 514-515.
Watson, J. (1980). [Review of the book Starting point: An introduction to the dialectic of existence]. *Western Journal of Nursing Research, 2*(3), 637-638.
Watson, J. (1981). Conceptual systems of students and practicing nurses. *Western Journal of Nursing Research, 3*(2), 172-192.
Watson, J. (1981). Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook, 29*(7), 413-416.
Watson, J. (1981, Aug.). *Professional identity crisis—Is nursing finally growing up? American Journal of Nursing, 81*, 1488-1490.
Watson, J. (1981). Response to conceptual systems, students, practitioner. *Western Journal of Nursing Research, 3*(2), 197-198.
Watson, J. (1981, reprinted 1983). The lost art of nursing. Nursing Forum, 20(3), 244-249.
Watson, J. (1982, Aug.). Traditional v. tertiary: Ideological shifts in nursing education. *The Australian Nurses Journal, 12*(2), 44-46.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Watson, J. (1983, Fall). Commentary on instructor directed research model. *Western Journal of Nursing Research*, *5*(4), 310-311.
Watson, J. (1987, Oct.). Nursing on the caring edge: Metaphorical vignettes. *ANS Advances in Nursing Science*, *X*(1), 10-18.
Watson, J. (1987). [Review of the book Health as expanding consciousness]. *Journal of Professional Nursing*, *3*(5), 315.
Watson, J. (1987). [Review of the book Practical psychotherapy]. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *25*(3), 42.
Watson, J. (1988). Human caring as moral context for nursing education. *Nursing and Health Care*, *9*(8), 422-425.
Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, *1*(4), 175-181.
Watson, J. (1988). Of nurses, women and the devaluation of caring. [Review of the book Images of Nurses: Perspectives for history, art, and literature]. *Medical Humanities Review*, *2*(2), 60-62.
Watson, J. (1988). Response to caring and practice: Construction of the nurses' world. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *2*(3), 217-221.
Watson, J. (1989). Caring theory. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, *9*(2), 29-37.
Watson, J. (1989, Oct.). Keynote address: Caring theory. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, *9*(2), 9-37.
Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed moral passion. *ANS Advances in Nursing Science*, *13*(1), 15-24.
Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed moral passion. *ANS Advances in Nursing Science*, *15*(1), 13-24.
Watson, J. (1990). Reconceptualizing nursing ethics: A response. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *4*(3), 219-221.
Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, *28*(2), 62-66.
Watson, J. (1991). From revolution to renaissance. *Revolution: Journal of Nurse Empowerment*, *1*(1), 94-100.
Watson, J. (1991). Robb, Dock, and Nutting: I wish I'd been there. *Nursing and Health Care*, *12*(4), 210.
Watson, J. (1992). Response to caring, virtue, theory, and a foundation for nursing ethics. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *6*(2), 169-171.
Watson, J. (1992, Summer). Response to caring, virtue through a foundation for nursing ethics: A response to Pamela Salsberry. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *6*(2), 169-171.
Watson, J. (1993). Dr. Jean Watson with E. Henderson—An interview. *Alberta Association of Registered Nurses Newsletter*, *49*(6), 10-12.
Watson, J. (1993). Should NPs, CNMs, and CNAs, etc., add graduate credentials? *Open Mind*, *2*(3), 2.
Watson, J. (1994). Guest editorial. *Nursing Praxis in New Zealand*, *9*(1), 2-5.
Watson, J. (1994). Have we arrived or are we on our way out? Promises, possibilities, and paradigms [Invited editorial.]. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 86.
Watson, J. (1995). Advanced nursing practice and what might be. *Journal of Nursing and Health Care*, *16*(2), 78-83.
Watson, J. (1995). A Fulbright in Sweden: Runes, academics, archetypal motifs, and other things. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *27*(1), 71-75.
Watson, J. (1995). A yearning for new debates. *NLN Update*, *1*(3), 6-8.
Watson, J. (1995). Nursing's caring-healing model as an exemplar for alternative medicine. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, *1*(3), 64-69.
Watson, J. (1995). Postmodernism and knowledge development in nursing. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 60-64.
Watson, J. (1995). President's message: Challenges and summons from within and without. *Journal of Nursing and Health Care*, *16*(6), 340.
Watson, J. (1995). President's message: Visioning on: Toward action transformation. *Journal of Nursing and Health Care*, *16*(5), 290.
Watson, J. (1995). [Review of the book Healing power of aromatherapy. *] Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, *1*(3), 64-69.
Watson, J. (1996). President's message: From discipline specific to "inter" to "multi" to "transdisciplinary" health care education and practice. *Journal of Nursing and Health Care*, *17*(2), 90-91.
Watson, J. (1996, May). [Review of the book Healing nutrition]. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, *2*(3), 91.
Watson, J. (1996, May). The wait, the wonder, the watch: Caring in a transplant unit. *Journal of Clinical Nursing*, *5*(3), 199-200.
Watson, J. (1996). United States of America: Can nursing theory and practice survive? *International Journal of Nursing Practice*, *2*(4), 241-243.
Watson, J. (1997). From the mountaintop to the marsh/fens: Punting on the River Cam [Guest editorial.]. *Journal of Clinical Nursing*, *6*(1), 3-4.
Watson, J. (1997). The future of nursing-scholarship. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *29*(2), 117.
Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 49-52.
Watson, J. (1998). Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring. *Journal of Holistic Nursing*, *16*(2), 292.
Watson, J. (1999, Spring). Aesthetic expressions of caring: Private psalms—Surrendering to the sacred.

Personal professional reflections on caring and healing. International Journal of Human Caring, 3(3), 34.
Watson, J. (2000). Leading via caring-healing: The fourfold way toward transformative leadership. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(1), 1-6.
Watson, J. (2000). Philosophical perspectives in home care: Reconsidering caring. *Journal of Geriatric Nursing*, *21*(6), 330-331.
Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, *21*(6), 330-333.
Watson, J. (2000). Via negative: Considering caring by way of non-caring. *Australian Journal of Holistic Nursing*, *7*(1), 4-8.
Watson, J. (2001). Post-hospital nursing: Shortages, shifts, and script. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(3), 77-82.
Watson, J. (2002). Caring and healing our living and dying. *The International Nurse*, *14*(2), 4-5.
Watson, J. (2002). Holistic nursing and caring: A values-based approach. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, *22*(2), 69-74.
Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A theory of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Journal*, *16*(4), 12-19.
Watson, J. (2002). Metaphysics of virtual caring communities. *International Journal of Human Caring, 6.*(1).
Watson, J. (2002, Spring). Nursing: Seeking its source and survival. [Guest editorial.]. *ICU Nursing Web Journal, Spring*(9), 1-7. Retrieved June 7, 2004, from: http://www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf.
Watson, J. (2003). Love and caring: Ethics of face and hand. *Nursing Administration Quarterly*, *27*(3), 197-202.
Watson, J. (2004). Caritas and communitas: An ethic for caring science. *Journal Japan Academy of Nursing Science*, *24*(3), 66-67.
Watson, J. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. [Invited commentary.]. *Journal of Advanced Nursing, 47.*(3).
Watson, J. (2004). Caritas and communitas: An ethic for caring science. *Journal Japan Academy of Nursing Science*, *24*(1), 66-71.
Watson, J. (2005). Caring for our future: An interview with Jean Watson. [Interview by Carla Mariano.] Beginnings (American Holistic Nurses' Association), 25(3), 1, 12-14.
Watson, J. (2005). Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, *18*(4), 304-305.
Watson, J. (2005). Commentary on Shattell, M. (2004) Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 530-532.
Watson, J. (2005). What, may I ask, is happening to nursing knowledge and professional practices? What is nursing thinking at this turn in human history? *Journal of Clinical Nursing*, *14*(8), 913-914.
Watson, J. (2005). Current issues and haunting concerns for survival of nursing profession. *Japanese Journal of Nursing Science*, *30*(11), 50-53.
Watson, J. (2005). Love and caring [Reprinted.]. *Alternative Journal of Nursing*, 9. Available at: www.altjn.com.
Watson, J. (2005). *An overview of Watson's theory of human caring*. Tokyo, Japan: Bulletin of Japanese Red Cross University College of Nursing.
Watson, J. (2006). Frontline and backstage caring: American nurse/world-wide nurses. *American Nurse Today*, *1*(1), 24-28.
Watson, J. (2006). Carative factors—Caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, *20*(3), 21-27.
Watson, J. (2006). Can an ethic of caring be maintained? *Journal of Advanced Nursing*, *54*(3), 257-259.
Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONAS Healthcare Law, Ethics and Regulation*, *8*(3), 87-93.
Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, *30*(1), 48-55.
Watson, J. (2006). Walking pilgrimage as caritas action in the world. *Journal of Holistic Nursing*, *24*(4), 289-296.
Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nursing Science Quarterly*, *20*(1), 13-15.
Watson, J., Bauer, R., & Biley, F. (2002). Bavarian nursing secret: An inside view. *Reflections on Nursing Leadership: Sigma Theta Tau International Magazine*, *28*(1), 26-28.
Watson, J., Biley, F. C., & Biley, A. M. (2001). Aesthetics, postmodern nursing, complementary therapies and more: An Internet dialogue. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, *10*(3), 13-16.
Watson, J., Biley, F. C., & Biley, A. M. (2002). Aesthetics, postmodern nursing, complementary therapies, and more: An Internet dialogue. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, *8*, 81-83.
Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: Integrating theory, evidence, and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 360-365.
Watson, J., & Phillips, S. (1992). A call for educational reform: Colorado nursing doctorate model as exemplar. *Nursing Outlook*, *40*, 20-26.
Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing, 7*(5), 452-461.

Fuentes secundarias

Libro

Brencick, J., & Webster, G. (1999). *Philosophy of nursing*. Albany, NY: State University of New York.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulos y monografías

Burns, P. (1991). Elements of spirituality and Watson's theory of transpersonal caring: Expansion of focus. In P. L. Chinn (Ed.), *Anthology of caring* (pp. 141-153). New York: National League for Nursing.

Duffy, J. R. (1992). The impact of nursing caring on patient outcomes. In D. Gaut (Ed.), *The presence of caring in nursing* (pp. 113-136). New York: National League for Nursing.

Fawcett, J. (2000). Watson's theory of human caring. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (pp. 657-687). Philadelphia: F. A. Davis.

Jesse, E. (2006). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed, pp. 97-121). St. Louis: Mosby, Inc.

Jesse, E. (2006). La filosofia di Watson nella pratica informieristica. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *La teoria del nursing* (3rd ed, pp. 91-115). Milano, Italy: McGraw-Hill. [C. Calamandrei, Italian translation.].

McGraw, M. J. (2003). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed, pp. 97-121). St. Louis: Mosby, Inc.

Morris, D. L. (1998). Watson's human care model. In J. J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of Nursing Research* (pp. 593-595). New York: Springer.

Neil, R. M. (1990). Watson's theory of caring in nursing: The rainbow of and for people living with AIDS. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 289-301). New York: National League for Nursing.

Neil, R. M. (1995). Evidence in support of basing a nursing center on nursing theory: The Denver nursing project in human caring. In B. Murphy (Ed.), *Nursing centers: The time is now* (pp. 33-46). New York: National League for Nursing.

Neil, R. M. (2003). Philosophy and science of caring. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed, pp. 91-115). St. Louis: Mosby, Inc.

Nyberg, J. (1994). Implementing Watson's theory of caring. In J. Watson (Ed.), *Applying the art and science of human caring* (pp. 53-61). New York: National League for Nursing.

Woodward, T. K. (2006). Application of Jean Watson's Theory of Human Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 302-308). Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

Bent, K. N. (1999). The ecologies of community caring. *ANS Advances in Nursing Science, 21*, 29-36.

Biley, A. (2000). [Review of the book Postmodern nursing and beyond.] *Journal of Clinical Nursing, 9*, 649-653.

Burchiel, R. N. (1995). The Watson theory of human care applied to ASPO/Lamaze perinatal education. *Journal of Perinatal Education, 6*(1), 43-47.

Coates, C. J. (1997). The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 3*(1), 53-59.

Eddins, B. B., & Riley-Eddins, E. A. (1997). Watson's theory of human caring: The twentieth century and beyond. *Journal of Multicultural Nursing and Health, 3*, 30-35.

Falk, R., & Adeline, R. (2000). Watson's philosophy, science and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *ANS Advances in Nursing Science, 23*(2), 34-50.

Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st century updates—Jean Watson. *Nursing Science Quarterly, 15*(3), 214-219.

From, M. A. (1995). Utilizing the home setting to teach Watson's theory of human caring. *Nursing Forum, 30*, 5-11.

Horrigan, B. (2000). Regions hospital opens holistic nursing unit. *Alternative Therapies, 6*(4), 92-93.

Jensen, K. P., Back-Pettersson, S. R., & Segesten, K. M. (1993). The caring moment and the green-thumb phenomenon among Swedish nurses. *Nursing Science Quarterly, 6*, 98-104.

Kilby, J. W. (1997). Case study: Transpersonal caring theory in perinatal loss. *Journal of Perinatal Education, 6*(2), 45-50.

Marck, B. B. (1995). Watson's theory of caring: A model for implementation in practice. *Journal of Nursing Care Quality, 9*(4), 43-54.

McNamara, S. A. (1995). Perioperative nurses' perceptions of caring practices. *AORN Journal, 61*(377), 380-385.

Mullaney, J. A. (2000, June). The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed women. *Journal of Holistic Nursing, 18*(2), 129-142.

Nelson-Marten, P., Hecomovich, K., & Pangle, M. (1998). Caring theory: A framework for advanced practice nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 4*, 70-77.

Norred, C. (2000). Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN Journal, 72*(3), 1-4.

Nyman, C. S., & Lutzen, K. (1999). Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly, 12*(2), 164-169.

Perry, B. (1997). Beliefs of eight exemplary nurses related to Watson's nursing theory. *Canadian Oncology Nursing Journal, 8*(2), 97-101.

Ray, M. A. (1997). Consciousness and the moral ideal: A transcultural analysis of Watson's theory of transpersonal caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 3*, 25-31.

Saewyc, E. (2000, June). Nursing theories of caring. *Journal of Holistic Nursing, 18*(2), 109-113.

Schindel-Martin, L. (1991). Using Watson's theory to explore the dimensions of adult polycystic kidney

disease. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, *18*, 493-496.
Schroeder, C. (1993). Nursing's response to the crisis of access, costs, and quality in health care. *ANS Advances in Nursing Science*, *16*(1), 1-20.
Schroeder, C., & Maeve, M. K. (1992). Nursing care partnerships at the Denver nursing project in human caring: An application and extension of caring theory in practice. *ANS Advances in Nursing Science*, *15*(2), 25-38.
Smith, M. C. (1997). Nursing theory-guided practice: Practice guided by Watson's theory. *The Denver nursing project in human caring. Nursing Science Quarterly*, *10*, 56-58.
Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, *40*, 161-166.
Updike, P., Cleveland, M. J., & Nyberg, J. (2000). Complementary caring-healing practices of nurses caring for children with life-challenging illnesses and their families: A pilot project with case reports. *Alternative Therapies*, *6*(4), 108-112.
Walker, C. A. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, *24*, 988-996.
Ward, S. (1998). Caring and healing in the 21st century. *MCN Journal*, *23*(4), 210-215.

Resúmenes de tesis doctorales

Bauman, R. A. (2003). The lived experience of nurses providing futile care to critically ill newborns and infants. [Masters' dissertation, Southern Connecticut State University 2003.]. *ProQuest Digital Dissertations Database*. AAT1412197.
Bishop, M. E. (1994). Nurses' knowledge and attitude related to organ donation. [Masters' dissertation, Grand Valley State University 1994.]. *ProQuest Digital Dissertations Database*. AAT1359750.
Brencick, J. M. (1997). Universality and singularity: A philosophy of nursing. [Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center, 1997.]. *ProQuest Digital Dissertations Database*, AAT9804624.
Carson, E. M. (2002). A comparison of evidence of Watson's carative factors in performance appraisals for medical surgical registered nurses in the state of Illinois. [Doctoral dissertation, Northern Illinois University 2002.]. *ProQuest Digital Dissertations Database*. AAT3064619.
Covington, H. (2002). Caring presence: Journey toward a mutual goal. [Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center 2002.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT3069581.
Darling, A. A. (1997). A qualitative study of caring within the human-animal bond in adults living with chronic illness. [Masters' dissertation, D'Youville College 1997.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT1386773.
Dechairo, A. E. (2000). Quality patient outcomes through nursing case management in acute care hospitals. [Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles 2000.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9973201.
Disparti, J. (1991). Ethics education in baccalaureate nursing programs: Instructional strategies for an ethic of care. [Doctoral dissertation, Columbia University Teachers College 1991.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9136375.
Donohue, M. A. (1991). The lived experience of stigma in individuals with AIDS: A phenomenological investigation. [Doctoral dissertation, Adelphi University 1991.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9216862.
Guana, M. C. (1998). An exploration of the carative beliefs and behavior of female emergency room nurses: A study of caring in theory and practice. [Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park 1998.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9836404.
Hoopfer, D. L. (1998). Advancing an integrated ethic for nursing. [Doctoral dissertation, University of Alberta {Canada} 1998.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AATNQ34779.
Lomas, L. E. (1996). Patient advocacy: Shared vulnerability and personal integrity. [Masters' dissertation, Florida Atlantic University 1996.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT1380867.
McCarthy, M. P. (1992). A relational ontology: The interplay of transcendence, spirituality, and community. [Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center 1992.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9238380.
Moore, M. L. (2002). What are the perceptions of caring and non-caring behaviors in the primary care setting? [Masters' dissertation, University of Nevada, Reno 2002.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT1410206.
Running, A. F. (1992). Visit as a method of existential inquiry in nursing: Stories of health from the oldest old. [Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center 1992.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9230874.
Ryan, M. S. (1997). Comparison of the meaning of death for persons with cancer and persons with AIDS at the end of life. [Masters' dissertation, The University of Arizona 1997.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT1385732.
Sellers, S. C. (1991). A philosophical analysis of conceptual models of nursing. [Doctoral dissertation, Iowa State University 1991.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT9126248.
Sitzman, K. L. (2001). Effective ergonomic teaching for positive client outcomes. [Masters' dissertation, University of Utah College of Nursing 2001.]. *ProQuest Digital Dissertations database*. AAT1402808.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tretton, J. L. (1999). Caring behaviors of nurses as perceived by patients and nurses. [Masters' dissertation, University of Nevada, Reno 1999.] *ProQuest Digital Dissertations database.* AAT1395234.

Tuttle, S. B. (1997). Patient perceptions of nurse behaviors as indicators of caring. [Masters' dissertation, Grand Valley State University 1997.] *ProQuest Digital Dissertations database.* AAT1384254.

Créditos de la fotografía: M. Dauley, Artistic Images, Littleton, CO.

CAPÍTULO 8

Marilyn Anne Ray

1938-presente

Teoría de la atención burocrática

Sherrilyn Coffman

«La mejor seguridad de los pacientes, el control de las infecciones, la reducción de los errores de medicación y la calidad global de la asistencia en complejos sistemas sanitarios burocráticos no puede lograrse sin conocer y comprender el cuidado ético-espiritual, la compasión y la acción correcta para todos los pacientes y profesionales» (M. Ray, comunicación personal, 13 de abril de 2008).

BIOGRAFÍA

Marilyn Anne (Dee) Ray nació en Hamilton (Ontario, Canadá) y creció en una familia de seis hijos. Cuando Ray tenía 15 años su padre estuvo gravemente enfermo, ingresó en un hospital y estuvo a punto de morir. Una enfermera le salvó la vida. Marilyn decidió hacerse enfermera para poder ayudar a los demás y acaso también salvarles la vida.

En 1958, Marilyn Ray se diplomó en la St. Joseph Hospital School of Nursing de Hamilton y se trasladó a Los Ángeles (California). Trabajó en diversas unidades en Los Angeles Medical Center de la Universidad de California, como las de obstetricia y ginecología, el servicio de urgencias y las unidades coronaria y de cuidados intensivos con adultos y niños. En el sur de California disfrutó haciendo nuevos amigos de diferentes culturas y atendió a niños de poblaciones vulnerables. Mientras trabajaba con personas de diversas culturas, particularmente afroamericanos y latinos, Ray comenzó a ver lo importantes que eran las culturas en el desarrollo de los puntos de vista de las personas sobre la enfermería y el mundo.

En 1965 Ray regresó a clase para obtener su licenciatura en enfermería y un máster en enfermería maternoinfantil en la School of Nursing de la Universidad de Colorado. Allí conoció a la Dra. Madeleine Leininger, que fue la primera enfermera antropóloga y la Directora del Programa Federal de Enfermería-Científica. Mediante su tutoría, Leininger influyó profundamente en la vida de Ray. Ray se interesó de manera especial por los primeros cursos de enfermería y antropología, que incluyen la infancia y la cultura. Estudió organizaciones como pequeñas culturas y su proyecto de investigación en la facultad incluyó el estudio de un hospital infantil como una pequeña cultura. Mientras recibía clases en la Universidad

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

de Colorado, Ray trabajó en distintas organizaciones y ejerció con niños y adultos, en cuidados intensivos y diálisis renal y en enfermería de la salud ocupacional, con atención centrada en la familia.

A mediados de la década de 1960, Ray adquirió la ciudadanía estadounidense. Poco después, en 1967, se alistó y obtuvo el rango de oficial en el Cuerpo de Enfermería (y Guardia Nacional Aérea) de la Reserva de la Fuerza Aérea de Estados Unidos. Se graduó como enfermera de vuelo en la School of Aerospace Medicine de la Base de la Fuerza Aérea de Brooks (San Antonio, Texas) y ejerció como enfermera de evacuación aeromédica. Atendió bajas de combate y otros tipos de pacientes a bordo de diferentes aeronaves durante la guerra de Vietnam. Desde aquel momento, Ray ha servido durante más de 30 años en diferentes cargos en la Fuerza Aérea (enfermera de vuelo, enfermera clínica, administradora, educadora e investigadora) y ha ostentado el rango de coronel durante más de 10 años. Su interés en la enfermería espacial la estimuló a asistir al programa de educadores en el Centro de Vuelos Espaciales Marshall de Huntsville (Alabama). Sigue siendo miembro estatutario de la Space Nursing Society. En 1990 fue la primera enfermera que acudió a la Unión Soviética con la Aerospace Medical Association cuando la antigua Unión Soviética abrió sus operaciones espaciales a ingenieros espaciales y médicos estadounidenses. Ray estuvo movilizada durante la primera guerra del Golfo Pérsico en 1991, momento en el cual fue destinada a la Base de la Fuerza Aérea Eglin (Valparaíso, Florida), donde organizó la planificación de las altas y posteriormente realizó investigaciones en el servicio de urgencias.

Durante su carrera en la Fuerza Aérea, Ray ha recibido diversas medallas, como las de la Fuerza Aérea por sus desarrollos de educación e investigación en enfermería. En 2000 recibió el premio al Ensayo de Servicios Federales de Enfermería de la Association of Military Surgeons de Estados Unidos por su investigación sobre la influencia de TRICARE/Asistencia Dirigida sobre la Total Force Readiness. El galardón reconocía sus logros como participante en un programa de investigación sobre economía y la relación enfermera-paciente, que recibió una subvención de cerca de un millón de dólares del Consejo de Investigación en Enfermería Militar TriService. En 2008 recibió la TriService Nursing Research Program Coin por la excelencia en investigación enfermera.

Los primeros cargos docentes de Ray fueron en la Universidad de California (San Francisco) y la Universidad de San Francisco, en educación de enfermería de pregrado. En aquel momento, estuvo en la facultad de enfermería de la Universidad de California de San Francisco con los Dres. Barney Glaser y Anselm Strauss, autores del método de la teoría fundamentada en el terreno *(grounded theory)*. Esta asociación intensificó su interés en los enfoques de investigación cualitativa. Siguió estando interesada en el estudio de la enfermería como una cultura y tuvo la oportunidad de enseñar a estudiantes de diferentes culturas americanas y asiáticas. Durante el verano de 1971 viajó a México con otros compañeros para estudiar antropología y salud. Reconoce cuánto aprendió sobre los pueblos aborígenes y sus fascinantes formas de vida a partir de las personas de un pequeño pueblo.

Entre 1973 y 1977 Ray volvió a Canadá para estar con su familia. Entró en la facultad de enfermería de la McMaster University de Ontario y fue docente del programa de enfermería de familia. En este cargo Ray tuvo una vez más la posibilidad de integrar la cultura y la salud en el programa de formación. Éste fue un momento estimulante, porque el Centro de Ciencias de la Salud de la McMaster University estaba iniciando la enseñanza teórica y práctica basada en datos científicos. Ray completó un máster en antropología cultural en la McMaster University y estudió relaciones humanas, toma de decisiones y resolución de conflictos, así como el hospital como cultura organizativa. Su trabajo clínico en cuidados intensivos neonatales lo realizó en aquel momento en el McMaster University Health Sciences Center.

Ray se sintió feliz cuando recibió una carta de Leininger preguntándole si estaba interesada en solicitar su inclusión en el primer programa de doctorado de enfermería transcultural en Estados Unidos. En la Universidad de Utah, donde estudió con su tutora, la Dra. Leininger, Ray conoció a excelentes compañeros que han ocupado sus lugares en la historia de la enfermería por su investigación y su erudición, especialmente las Dras. Joyceen Boyle, Joan Uhl-Pierce, Kathryn McCance y Janice Morse. La tesis doctoral de Ray (1981a) fue un estudio sobre el cuidado en la compleja cultura organizativa del hospital. A

partir de esta investigación, surgió la teoría de la atención burocrática, que es el objetivo de este capítulo.

Durante sus estudios de doctorado, Ray se casó con James L. Droesbeke, a quien ella considera su inspiración, su amigo y el amor de su vida. Fue una fuente de apoyo y ayuda constantes durante toda su carrera, hasta su temprana muerte por cáncer en 2001. Hoy día, sigue siendo una influencia espiritual importante en su vida personal y profesional. Después de obtener el doctorado en 1981, Ray volvió a integrarse en la School of Nursing de la Universidad de Colorado. Allí, Ray tuvo la gran suerte de trabajar con la Dra. Jean Watson, quien desarrolló e hizo progresar la teoría y la práctica del cuidado humano en enfermería. Con Watson y otros expertos, Ray fundó la International Association for Human Caring, por la que recibió el Lifetime Achievement Award en 2008. En la década de 1980, el Dr. Max van Manen, de la Universidad de Alberta, fue su tutor en fenomenología y métodos de investigación en fenomenología y ciencias humanas hermenéuticas. En la Universidad de Colorado, Ray continuó su estudio y su docencia de fenomenología y de otros abordajes de investigación cualitativa con la Dra. Francelyn Reeder, y dirigió la tesis de la Dra. Alice Davidson, que se centró en las nuevas ciencias de la complejidad.

En 1989, Ray aceptó un nombramiento para el puesto de Christine E. Lynn Eminent Scholar en la School of Nursing de la Florida Atlantic University, cargo que ocupó hasta 1994. Su nombramiento como primera erudita eminente residente se consiguió por los esfuerzos de la Dra. Anne Boykin, decana de la Escuela de Enfermería, que introdujo la enfermería como asistencia en el programa académico y en investigación. La Florida Atlantic University desarrolló el Centro Asistencial, que ha albergado recuerdos asistenciales desde la fundación de la International Association for Human Caring en 1977. Ray también ocupó el cargo de Yingling Visiting Scholar Chair en la School of Nursing de la Virginia Commonwealth University desde 1994 hasta 1995 y fue profesora invitada en la Universidad de Colorado de 1989 a 1999. Ray ha sido profesora visitante en unidades de Australia, Nueva Zelanda y Tailandia, promoviendo e introduciendo la enseñanza y la investigación del cuidado humano (Ray 1994b, 2000; Ray y Turkel, 2000). Ray ha escrito varias publicaciones teóricas y de investigación en asistencia transcultural, ética transcultural e investigación asistencial, a la vez que ocupaba cargos como profesora visitante y Eminent Scholar.

Ray sigue siendo profesora emérita en la Florida Atlantic University, Christine E. Lynn School of Nursing (Boca Ratón, Florida), donde es profesora a tiempo parcial en el programa de doctorado y mentora en la facultad. El interés de Ray en la enfermería transcultural sigue siendo un tema frecuente en su investigación, su docencia y su práctica. Con la Dra. Sherrilyn Coffman realizó una investigación teórica de campo con mujeres afroamericanas gestantes de alto riesgo (Coffman y Ray, 1999, 2002). La adquisición de nuevos conocimientos sobre las poblaciones vulnerables le dio a Ray una comprensión más profunda de las necesidades de estas poblaciones, en particular en la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y la importancia de las comunidades asistenciales. Ray ocupa el cargo de vicepresidenta del Floridians for Health Care (asistencia sanitaria universal) desde 1998 a 2000. Es diplomada en enfermería transcultural desde 1988 y miembro de la International Transcultural Nursing Society. Ha hecho presentaciones internacionales sobre asistencia y ética transcultural en países como China, Arabia Saudí e Inglaterra. En 1984, Ray recibió el Leininger Transcultural Nursing Award a la excelencia en enfermería transcultural. En 2005 fue nombrada Transcultural Nursing Scholar por la International Transcultural Nursing Society. Ray ha pertenecido a los comités editoriales de las revistas *Journal of Transcultural Nursing* y *Qualitative Health Research* y está escribiendo un libro sobre dinámica del cuidado transcultural y salud (Ray, en prensa).

Los intereses de investigación de Ray siguen centrándose en las enfermeras, los administradores de enfermería y los pacientes de cuidados intermedios y críticos, y la administración de enfermería en culturas organizativas hospitalarias complejas. Ha desarrollado un programa de investigación con la Dra. Marian Turkel con financiación federal del TriService Nursing Research Program, para estudiar la relación enfermera-paciente como un recurso económico (Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003). Estos estudios se han centrado en la influencia de las relaciones existenciales sobre la evolución del paciente y los resultados económicos en organizaciones complejas. Con Turkel, Ray ha publicado

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

trabajos en las áreas de la teoría de las relaciones asistenciales complejas, la transformación organizativa mediante la toma de decisiones asistenciales y éticas, el desarrollo de instrumentos organizativos económicos y políticos y la creación de organizaciones asistenciales. La participación en el programa de doctorado de la Florida Atlantic University le ha dado a Ray la oportunidad de seguir influyendo en organizaciones complejas y crear organizaciones y entornos asistenciales en contextos locales, nacionales y globales. Sus contribuciones en formación de enfermería fueron reconocidas en 2005, cuando recibió el título de doctora *honoris causa* por la Nevada State College en Henderson (Nevada). En 2007, recibió el Distinguished Alumna Award de la University of Utah College of Nursing (Salt Lake City, Utah).

FUENTES TEÓRICAS

El interés de Ray por el cuidado como tema de conocimiento en enfermería surgió por su trabajo con Leininger, iniciado en 1968, que se centró en la enfermería transcultural y en métodos de investigación en etnografía-etnoenfermería. Utilizó métodos etnográficos combinados con la fenomenología para generar teorías sustantivas y formales, dando lugar a la teoría de la atención burocrática (Ray, 1981a, 1984, 1989, 1994b). Esta teoría formal se centra en la enfermería en organizaciones complejas, como hospitales. Lo que distingue a las organizaciones como culturas es que se basan en la antropología o el estudio de cómo se comportan las personas en comunidades y el significado de la vida laboral (Louis, 1985). Se considera que las culturas organizativas son construcciones sociales, preformadas simbólicamente mediante el significado en la interacción (Smircich, 1985).

La obra de Ray (1981b, 1989; Moccia, 1986) fue influida por la filosofía de Hegel, que estableció la interrelación entre tesis, antítesis y síntesis. En la filosofía de Hegel, la tesis de ser y la antítesis o su opuesto, no ser, se invalidan y luego se reconcilian y surgen como una fuerza unitiva de conversión. En la teoría de Ray, la tesis del cuidado (humanista, espiritual y ética) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva, los cuidados burocráticos. La síntesis, como un proceso de conversión, es una transformación. Este proceso continúa repitiéndose (tesis, antítesis, síntesis) siempre cambiante, emergente y transformador.

A medida que revisó y siguió desarrollando su teoría formal, Ray (2001, 2006) descubrió que los hallazgos de su estudio se ajustaban bien a las explicaciones de la teoría del caos, la contribución de la física cuántica a la ciencia de la complejidad. La teoría del caos describe el orden y el desorden simultáneos, y el orden dentro del desorden (el límite del caos). Existe un orden o interconexión subyacente en episodios aparentemente aleatorios (Briggs y Peat, 1984). Los estudios matemáticos en los que se originó la teoría del caos han demostrado que lo que puede parecer aleatorio realmente forma parte de un patrón más extenso. La aplicación de esta teoría a las organizaciones demuestra que, dentro de un estado de caos, el sistema se mantiene en unos límites que están bien ordenados (Wheatley, 1999). Además, el caos es necesario para una nueva ordenación creativa. El proceso creativo, tal y como se conceptualiza en la teoría del caos, es descrito por Briggs y Peat de la siguiente forma:

> … cuando entramos en la turbulencia vital de la vida, nos damos cuenta de que, en el fondo, todo es siempre nuevo. Con frecuencia simplemente no nos hemos dado cuenta de este hecho. Cuando somos creativos, nos damos cuenta (1999, p. 30).

Ray compara el cambio de las organizaciones complejas con este proceso creativo y reta a las enfermeras a que den un paso atrás y renueven sus percepciones de los episodios diarios, para descubrir los significados anquilosados. Esto es particularmente importante durante el cambio organizativo.

La complejidad es un concepto más general que el caos y se centra en la totalidad o en la holonomía (el todo está en la parte y la parte en el todo). Los sistemas complejos, como las organizaciones, tienen muchos agentes que interactúan entre sí de múltiples maneras. En consecuencia, estos sistemas son dinámicos y siempre están cambiando. Los sistemas se comportan de una manera no lineal porque no reaccionan de manera proporcional a las entradas. Entradas pequeñas pueden tener efectos grandes y pueden crear efectos diferentes en momentos diferentes. Por ejemplo, una intervención sencilla, como pedir ayuda con una técnica a un compañero, se puede hacer con facilidad o se puede ver como poco razonable en un día atareado. Esto

hace que sea imposible predecir el comportamiento de los sistemas complejos (Vicenzi, White y Begun, 1997). Sin embargo, el caos existe únicamente porque todo el sistema es holístico. Briggs y Peat (1999, pp. 156-157) describen esta «totalidad caótica» como «llena de aspectos particulares, activos e interactivos, animados por una retroalimentación no lineal y capaces de producir todo, desde sistemas autoorganizados de similitud fractal hasta un desorden caótico impredecible». Estas ideas han influido en el desarrollo continuado de la teoría asistencial burocrática de Ray, que indica que múltiples entradas en el sistema están interconectadas con el cuidado en el conjunto de la cultura de la organización. Las enfermeras que participan en el trabajo en grupos pequeños pueden aplicar estas ideas ampliando el ámbito de la información que utilizan para la toma de decisiones, considerando todos los posibles factores relevantes.

La reflexión de Ray sobre la teoría de la atención burocrática como holográfica estuvo influida por la revolución histórica que tuvo lugar en la ciencia y que se basó en la nueva visión holográfica del mundo (Ray, 2001, 2006). El descubrimiento de las interconexiones entre sucesos subatómicos aparentemente no relacionados ha intrigado a los científicos. En estudios experimentales se encontró que los electrones perdían sus propiedades individuales a medida que giraban, cargados, y cambiaban para convertirse de materia en energía para satisfacer las necesidades del conjunto. En este proceso, los electrones no permanecían como partes; se veían unidos por un proceso de conexión interna. Los científicos concluyeron que los sistemas poseen la capacidad de autoorganizarse; por tanto, la atención se está alejando de la descripción de las partes y, por el contrario, se está centrando en la totalidad como proceso real (Wheatley, 1999). La conceptualización del holograma muestra cómo todas las estructuras se interpenetran entre sí y son interpenetradas por otras estructuras, de modo que la parte es el todo y el todo se refleja en todas las partes (Talbot, 1991).

El holograma ha ofrecido a los científicos una nueva forma de conocer el orden. Bohm conceptualizó que el universo es una especie de holograma fluido gigante (Talbot, 1991). Afirmó que nuestra realidad diaria es realmente una ilusión, como una imagen holográfica. Bohm llamó a nuestro nivel consciente de la existencia el orden *explícito* (desplegado), y la capa más profunda de realidad de la que los seres humanos habitualmente no somos conscientes es el orden *implicado* (plegado). En la teoría de la atención burocrática, Ray compara las estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y tecnológicas de los cuidados sanitarios con el orden explícito, y el cuidado espiritual-ético con el orden implícito. Un ejemplo relacionado con los cuidados de salud se podría centrar en las decisiones de un gerente sobre la obtención de recursos para los cuidados de un cliente en su domicilio. A primera vista, las estructuras explícitas, como el contrato legal de asistencia dirigida o las necesidades físicas del cliente, podría parecer que son información suficiente. Sin embargo, a través de la relación asistencial del gerente del caso con el cliente pueden surgir más aspectos implicados, como los valores y deseos del cliente. En realidad, la situación de la enfermería incluye un infinito plegado y desplegado de información que puede verse como un orden explicado e implicado, y es importante considerarlo todo en el proceso de la toma de decisiones.

Hacer que las cosas funcionen en un sistema sanitario organizativo requiere conocer y entender la burocracia (que es rígida) y la complejidad del cambio. Burocracia y complejidad pueden parecer antitéticas, pero en realidad, la *estructura* de la burocracia (explicar sistemas políticos, económicos, legales y tecnológicos en las organizaciones) funciona junto con el *complejo proceso relacional* de redes para cocrear patrones de conducta humana y patrones de cuidados. Burocracia y complejidad influyen en cómo los diversos participantes describen y viven intuitivamente su experiencia vital en el sistema. Nada ni nadie de un sistema es independiente; más bien todos son interdependientes. El sistema es holográfico cuando el todo y la parte se entrelazan. Por tanto, burocracia y complejidad se cocrean y transforman entre sí. La teoría de la atención burocrática es una representación de la relación entre factores del sistema y del cuidado.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES

Los procesos teóricos de toma de conciencia, de ver la verdad o identificar lo bueno de las cosas (cuidar) y su comunicación son los puntos centrales de la teoría. La dialéctica del cuidado espiritual-ético (el orden implícito), en relación con las estructuras circundantes de tipo político, legal, económico, educativo, fisiológico, sociocultural y tecnológico (el orden explícito) ilustra que todo está interconectado con el cuidado y el sistema, dentro de un macrocosmos que abarca toda la cultura. En el modelo (v. fig. 8-2), todo está producido por el cuidado espiritual-ético (el centro), por conexión integradora y relacional con las estructuras de la vida de la organización. El cuidado espiritual-ético incluye procesos cualitativamente diferentes, como procesos políticos, económicos y tecnológicos.

La interconexión entre los conceptos llevó a Ray a reflexionar sobre la teoría de la atención burocrática como una teoría holográfica (Ray, 2001, 2006). Holografía significa que todo es un conjunto en un contexto y una parte en otro, de modo que cada parte está en el todo y el todo está en la parte (Talbot, 1991). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un todo. De la misma forma, todas las partes obtienen su significado a partir de cada una de las partes, que también se pueden considerar como conjuntos.

CUIDADO

El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluida la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global (M. Ray, comunicación personal, 27 de marzo de 2002).

CUIDADO ESPIRITUAL-ÉTICO

La espiritualidad incluye la creatividad y la elección, y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con nuestras obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin o como un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en cómo se pueden o se deben facilitar las elecciones para el bien de los demás (Ray, 1989, 1997a).

FACTORES EDUCATIVOS

Los programas educativos formales y no formales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado (Ray, 1981a, 1989).

FACTORES FÍSICOS

Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influye en el otro (Ray, 2001, 2006).

FACTORES SOCIOCULTURALES

Algunos ejemplos de factores socioculturales son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad (Ray, 1981a, 1989, 2001, 2006).

FACTORES LEGALES

Los factores legales relacionados con el significado del cuidado incluyen responsabilidad, reglas y principios que guían los comportamientos, como políticas y procedimientos, consentimiento informado, derecho a la privacidad, aspectos de mala praxis e imputabilidad, derechos del cliente, de su familia y de los profesionales, y la práctica de la medicina y la enfermería defensivas (Ray, 1981a, 1989).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

FACTORES TECNOLÓGICOS

Los factores tecnológicos incluyen recursos no humanos, como la utilización de aparatos para mantener el bienestar fisiológico del paciente, pruebas diagnósticas, fármacos, y el conocimiento y la habilidad necesarios para utilizar estos recursos (Ray, 1987, 1989). En el aspecto tecnológico también se incluye la práctica y la documentación asistida por ordenador (M. Ray, comunicación personal, 16 de junio de 2004).

FACTORES ECONÓMICOS

Los factores relacionados con el significado del cuidado incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización (Ray, 1981a, 1989). Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios (Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003).

FACTORES POLÍTICOS

Los factores políticos y la estructura de poder de la administración sanitaria influyen en cómo se ve la enfermería en la asistencia sanitaria, lo que incluye patrones de comunicación y toma de decisiones en la organización, las funciones y la estratificación por sexos en enfermeras, médicos y administradores, actividades sindicales como la negociación y la confrontación, las influencias del gobierno y de las compañías de seguros, la utilización del poder, el prestigio y el privilegio, y, en general, la competición por unos recursos humanos y materiales escasos (Ray, 1989).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La teoría de la atención burocrática se generó en investigaciones cualitativas sobre profesionales sanitarios y clientes en el contexto hospitalario. Esta investigación se centró en el cuidado en la cultura organizativa y apareció por primera vez en la tesis doctoral de 1981, y en otra bibliografía de 1984 y 1989. El objetivo de la tesis fue generar una teoría de la estructura dinámica del cuidado en una organización compleja. Los métodos utilizados fueron la teoría fundamentada, la fenomenología y la etnografía para obtener el significado del cuidado que tenían los participantes en el estudio.

El abordaje de la teoría fundamentada en los datos es un método de investigación cualitativo que utiliza un conjunto sistemático de técnicas para desarrollar una teoría inductiva de un proceso social. El objetivo del investigador es construir lo que los participantes ven como su realidad social (Strauss y Corbin, 1990). Este proceso lleva a la evolución de la teoría sustantiva (datos asistenciales generados en la experiencia) y la teoría formal (síntesis integrada de las estructuras asistenciales y burocráticas).

Ray pasó más de 7 meses sobre el terreno estudiando los cuidados en todas las áreas de un hospital, desde la práctica enfermera a la gestión de materiales en la administración, incluida la administración de enfermería. Más de 200 personas participaron en la muestra dirigida de conveniencia. La principal pregunta planteada fue: «¿Qué significa el cuidado para usted?». A través del diálogo, el cuidado evolucionó a partir de entrevistas en profundidad, observación participante, observación de los cuidados y documentación en notas de campo (Ray, 1989).

El descubrimiento de Ray del cuidado burocrático comenzó como una teoría sustantiva y evolucionó hasta convertirse en una teoría formal. La teoría sustantiva surgió como un cuidado diferencial y reveló que el significado del cuidado se diferencia por su contexto. Las dimensiones dominantes del cuidado varían según las áreas de práctica o las unidades hospitalarias. Por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos tiene un valor dominante de cuidados tecnológicos (p. ej., monitores, ventiladores, tratamientos y farmacoterapia), y una unidad de oncología tiene un valor de un cuidado más íntimo y espiritual (es decir, centrado en la familia, consolador y compasivo). Las

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfermeras de plantilla valoran los cuidados en relación con los pacientes y los administradores los valoran más en relación con el sistema, por ejemplo, como salvaguarda del bienestar económico del hospital.

El planteamiento formal de la teoría de la atención burocrática simbolizó una estructura dinámica del cuidado. Esta estructura se origina en la dialéctica entre la tesis del cuidado humanístico (estructuras sociales, educativas, éticas y religiosas-espirituales) y la antítesis, el cuidado burocrático (estructuras económicas, políticas, legales y tecnológicas). La dialéctica del cuidado en relación con las diversas estructuras ilustra que todo está interconectado con el cuidar, y el sistema organizativo es un macrocosmos del conjunto de la cultura.

La evolución de la teoría de Ray se muestra en la figura 8-1, que contiene esquemas de la estructura de la atención burocrática publicados en 1981 y 1989. En la teoría original fundamentada en los datos (v. fig. 8-1A), las estructuras políticas y económicas ocupaban una mayor dimensión que ilustraba su influencia creciente en la naturaleza del cuidado institucional (Ray, 1981a). Los estudios posteriores que se realizaron en unidades de cuidados intensivos y de cuidados intermedios (Ray, 1989) pusieron de relieve la naturaleza diferencial del cuidado mediante elementos competenciales políticos, legales, económicos, tecnológicos-fisiológicos, espirituales-religiosos, éticos y educativos-sociales (v. fig. 8-1B). El trabajo de Ray fue uno de los primeros en centrarse en los cuidados en un área de alta tecnología de cuidados intensivos y su investigación fue realmente innovadora. En su artículo de 1987 sobre el cuidado tecnológico, Ray observó que «la enfermería de cuidados intensivos es profundamente humana, moral y tecnocrática» (p. 172). Ray estimuló a otros investigadores a estudiar esta área para mejorar los conocimientos de la enfermería en relación tanto con las ventajas como con las limitaciones de la tecnología en cuidados intensivos. La revista *Dimensions of Critical Care Nursing* concedió a Ray el galardón de investigador del año por su innovador trabajo.

Con la reflexión y el análisis continuos de su trabajo, combinados con la investigación sobre la economía de la relación enfermera-paciente, Ray comenzó a iluminar el ámbito ético-espiritual de la enfermería (fig. 8-2) (Ray, 2001). Los cuidados ético-espirituales se convierten en una modalidad dominante debido a los descubrimientos que se centraron en la relación enfermera-paciente.

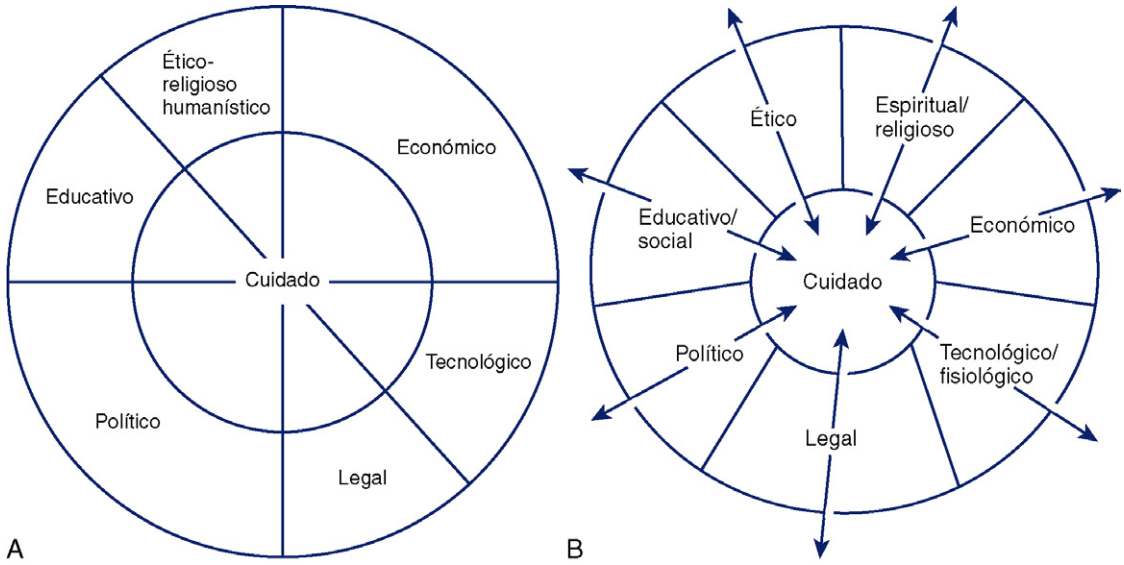


Figura 8-1 **A,** Desarrollo original de la teoría de la atención burocrática. (De Ray, M. A. [1981a]. A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International, 42*[06]. [University Microfilm No. 8127787].) **B.** Teoría posterior fundamentada en los datos, que muestra el cuidado diferencial. (De Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3.ª ed.]. Philadelphia: F. A. Davis. Gráficos reelaborados a partir de los originales por J. Castle y B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

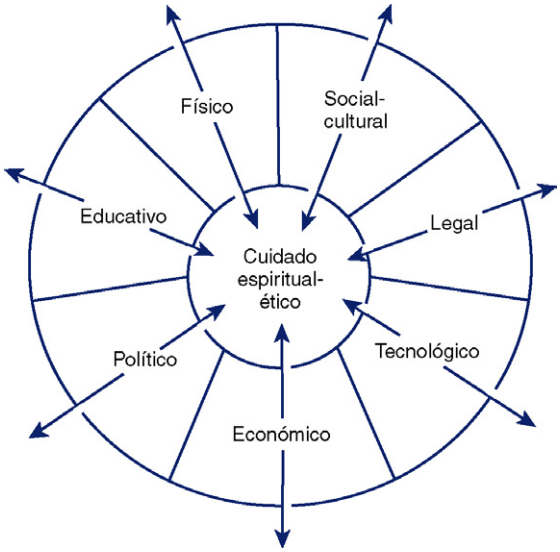


Figura 8-2 Presentación holográfica de la teoría de la atención burocrática. (De Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3.ª ed.]. Philadelphia: F. A. Davis. Gráficos reelaborados a partir de los originales por J. Castle and B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

Sistemas cualitativamente diferentes, como los sistemas políticos, económicos, socioculturales y fisiológicos, cuando se ven como sistemas abiertos e interactivos, son un conjunto y funcionan por la toma de decisiones de las enfermeras (Davidson y Ray, 1991; Ray, 1994a). Los cuidados ético-espirituales indican cómo puede realizarse la toma de decisiones para el bien de los demás en la práctica enfermera.

La investigación de Ray revela que la enfermería (como el cuidado) se practica y se vive fuera del límite entre la dimensión humanística-espiritual y la dimensión del sistema en organizaciones complejas. Estos hallazgos son compatibles con las visiones del mundo de la ciencia de la complejidad, que propone que realmente coexisten fenómenos que son antitéticos (Briggs y Peat, 1999; Ray, 1998). Por tanto, hay coexistencia de los sistemas tecnológico y humanístico. La teoría de la complejidad explica por qué hay una resolución de la paradoja entre diferentes sistemas (tesis y antítesis), que se representa en la síntesis o la teoría de la atención burocrática.

En resumen, la teoría de la atención burocrática surgió utilizando una metodología de la teoría fundamentada en el terreno, fusionada con la fenomenología y la etnografía. La teoría inicial se analizó utilizando la filosofía de Hegel. La teoría se actualizó en 2001 después de una investigación continua y los hallazgos se analizaron a la luz de la ciencia de la complejidad y la teoría del caos, dando lugar a la teoría de la atención burocrática, que es una teoría holográfica (v. fig. 8-2).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

La enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas. Un conocimiento más profundo de la naturaleza del cuidado refleja que el fundamento del cuidado espiritual es el amor. Mediante el conocimiento del misterio interno de la vida inspiradora, el amor busca una vida ética y responsable que permita la expresión de las acciones concretas del cuidado en la vida de las enfermeras. Por su naturaleza, el cuidado es cultural y social. El cuidado transcultural incluye creencias y valores de compasión o amor y de justicia o equidad, que encuentran su significado en el ámbito social en el que se forman y se transforman las relaciones. El cuidado transcultural funciona como lente única a través de la cual se ven las elecciones humanas y surge el conocimiento sobre la salud y la curación. Por tanto, mediante la compasión y la justicia, la enfermería lucha por conseguir la excelencia en las actividades del cuidado mediante la dinámica de contextos culturales complejos de relaciones, organizaciones y comunidades (M. Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004).

Persona

Una persona es un ser espiritual y cultural. Las personas son creadas por Dios, el Misterio del Ser, y participan de manera cocreativa en organizaciones humanas y en relaciones transculturales para encontrar el significado y el valor (M. Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004).

Salud

La salud aporta un patrón de significado para las personas, las familias y las comunidades. En todas las sociedades humanas, las creencias y las prácticas

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es, simplemente, la consecuencia de un estado físico del ser. Las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente y el alma, la etnicidad y las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad (políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de cuidado que dan significado a las maneras complejas de vida. La organización social de la salud y la enfermedad en la sociedad (el sistema de asistencia sanitaria) determina la forma en la que se reconoce que las personas están enfermas o sanas. Determina cómo los profesionales sanitarios ven la salud y la enfermedad y cómo las personas ven la salud y la enfermedad. La salud está relacionada con la forma en la que las personas de un grupo cultural o cultura organizativa o sistema burocrático construyen la realidad y dan o encuentran el significado (Helman, 1997; M. Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004).

Entorno

El entorno es un fenómeno espiritual, ético, ecológico y cultural complejo. Esta conceptualización del entorno abarca el conocimiento y la conciencia sobre la belleza de las formas de vida y sistemas simbólicos (representativos) o patrones de significado. Estos patrones se transmiten históricamente, se conservan o se modifican mediante los valores asistenciales, las actitudes y la comunicación. Las formas funcionales que se identifican en la estructura social de la burocracia (p. ej., políticas, legales, tecnológicas y económicas) tienen una función para facilitar el conocimiento del significado de la asistencia, la cooperación y el conflicto en los grupos culturales humanos y los entornos organizativos complejos. La práctica de la enfermería en diferentes entornos abarca los elementos de la estructura social y los patrones asistenciales espirituales y éticos del significado (M. Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La persona, la enfermería, el entorno y la salud se integran en la estructura de la teoría de la atención burocrática. La teoría implica que hay una relación dialéctica (tesis, antítesis, síntesis) entre la dimensión humana (persona y enfermera), la dimensión del cuidado espiritual-ético y las dimensiones estructurales (enfermería, entorno) de la burocracia y de la cultura organizativa (tecnológica, económica, política, legal y social). Para Ray, la dialéctica del cuidado y la burocracia se sintetiza en una teoría de la atención burocrática. La atención burocrática, el límite sintético entre las dimensiones humanas y estructurales, es el punto en el que las enfermeras, los pacientes y los administradores integran la persona, la enfermería, la salud y el entorno.

Las afirmaciones teóricas de la teoría de la atención burocrática son las siguientes:

1. *El significado del cuidado es muy diferente dependiendo de sus estructuras* (socioculturales, educativas, políticas, económicas, físicas, tecnológicas, legales). La teoría sustantiva del cuidado diferencial descubrió que el cuidado en enfermería es contextual y está influido por la estructura organizativa o la cultura. El significado del *cuidado* es distinto en el servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en la unidad de oncología y en otras áreas del hospital. El significado del cuidado está influido, además, por la función y el cargo que ocupa una persona. Por ejemplo, los pacientes expresan principalmente la necesidad de un cuidado humanitario, mientras que las descripciones de los médicos se refieren, predominantemente, a la esfera técnica. El significado del cuidado surgía como un hecho diferencial, porque no se identificó ninguna definición ni significado de cuidado (Ray, 1989). La afirmación teórica que describe la teoría sustantiva del cuidado diferencial se formula como:

> En un hospital, el cuidado diferencial es un proceso social dinámico que surge como consecuencia de los diferentes valores, creencias y comportamientos que se expresan en relación con el significado del cuidado. El cuidado diferencial se relaciona con las competencias (cooperaciones) educativas, sociales, humanísticas, religiosas-espirituales y éticas, así como con fuerzas políticas, económicas, legales y tecnológicas de la cultura organizativa, que son influidas por las fuerzas sociales de la cultura estadounidense (mundial) dominante (Ray, 1989, p. 37).

2. *El cuidado es burocrático además de espiritual-ético*, dado el grado en el que se puede comprender su significado en relación con la estructura organizativa (Ray, 1989, 2001, 2006). En el modelo teórico (v. fig. 8-2), todo está influido por una asistencia espiritual-ética por su conexión interactiva y relacional con las estructuras de la vida organizativa (p. ej., política, educación). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un conjunto, al igual que todas y cada una de las estructuras de la organización son tanto parte como conjunto. Cada una de las partes obtiene su objetivo y su significado en función de las demás partes. Entender el cuidado espiritual-ético en el sistema organizativo burocrático como una compleja formación holográfica facilita la mejora de los resultados del paciente y la transformación para el bienestar humano y del entorno (M. Ray, comunicación personal, 13 de abril de 2008).
3. *El cuidado es el constructo primordial y la conciencia de la enfermería.* El cuidado espiritual-ético y las estructuras organizativas de la figura 8-2, cuando son integradas, abiertas e interactivas, son un conjunto, y deben operar mediante una elección consciente. La toma de decisiones de la enfermera tiene lugar por un interés humanitario y de corazón, utilizando los principios éticos como brújula de las decisiones. Ray (2001) afirma: «el cuidado espiritual-ético de la enfermería no pone en duda la realización del cuidado en sistemas complejos, sino que intenta averiguar cómo se pueden o deben tomar decisiones justas que faciliten "la elección del bien común"» (p. 429).

FORMA LÓGICA

El planteamiento formal de la teoría de la atención burocrática se llevó a cabo principalmente mediante análisis comparativo e introspectivo de la experiencia. La revisión de la bibliografía sobre enfermería, filosofía, procesos sociales y organizaciones se combinó con la teoría sustantiva denominada cuidado diferencial, que Ray descubrió a través de la etnografía, la fenomenología y la investigación de la teoría fundamentada en el terreno. Estas ideas se integraron y analizaron mediante un proceso que era inductivo y lógico. Era inductivo por la elaboración de los datos a partir de la teoría sustantiva y la bibliografía. Era lógico porque extraía conclusiones a partir del argumento filosófico de la dialéctica de Hegel (Moccia, 1986; Ray, 1989) y de la ciencia de la complejidad para sintetizar el cuidado y la burocracia en una nueva formulación teórica (Ray, 2001).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Profesional

La teoría de la atención burocrática tiene aplicaciones directas para la enfermería. En el contexto clínico, las enfermeras de plantilla se ven obligadas a integrar a la vez conocimientos y habilidades en los cuidados (Turkel, 2001). Esta síntesis de comportamientos y conocimiento refleja la naturaleza holística de la teoría de la atención burocrática. En el límite del caos, aspectos contemporáneos como la inflación de los costes sanitarios actúan como catalizador del cambio en las organizaciones sanitarias corporativas. El componente ético en el cuidado espiritual-ético (v. fig. 8-2) aborda las obligaciones morales de las enfermeras con los demás. Ray (2001) pone de relieve que «se puede producir la transformación incluso en la atmósfera economicista de hoy día si las enfermeras vuelven a introducir las dimensiones espirituales y éticas de la asistencia. Los profundos valores que subyacen en la elección de hacer el bien para la mayoría se apreciarán tanto dentro como fuera de las organizaciones» (p. 429).

Deborah McCray-Stewart, una administradora de servicios sanitarios en la prisión estatal Telfair de Helena (Georgia) describió cómo las enfermeras de ámbitos sanitarios en correccionales integran la teoría de la atención burocrática en el marco de su práctica (D. McCray-Stewart, comunicación personal, 5 de abril de 2008). Las enfermeras de los correccionales tienen la responsabilidad de atender a una población muy compleja. Deben conocer su cultura, ver a los internos como seres humanos y tener la capacidad de comunicar, educar y rehabilitar a esta población desde el área sanitaria. Su eficacia es consecuencia de la incorporación de las dimensiones sociocultural, física, educativa, legal y ética de la teoría del cuidado en la práctica diaria. En las áreas económica y política del sistema penitenciario, las enfermeras luchan frente a los mismos problemas que las enfermeras de un sistema hospitalario, como la reducción de los costes sanitarios, manteniendo la calidad de la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

asistencia. Las estrategias económicas incluyen dirigir los servicios sanitarios en la instalación, a diferencia de trasladar a los pacientes a un hospital. La radiología, el laboratorio y la telemedicina se están introduciendo rápidamente en el sistema y requieren la formación de las enfermeras para trabajar en todas las áreas. A diferencia de otros sistemas guiados por la asistencia gestionada, el Estado debe ofrecer una constitución asistencial a esta población especial.

Ray ha abordado la interrelación de diversas culturas en el sistema sanitario. La herramienta del cuidado comunicativo transcultural proporciona directrices para ayudar a las enfermeras a conocer las necesidades, adversidades, problemas e interrogantes de las personas que se originan en situaciones sanitarias culturalmente dinámicas (Ray y Turkel, 2000). Las dimensiones de la herramienta son las siguientes:

1. Compasión (apoyo).
2. Defensa.
3. Respeto.
4. Interacción.
5. Negociación.
6. Guía.

Administración

La investigación de Ray ha demostrado que las enfermeras, los pacientes y los administradores valoran la intencionalidad del cuidado que se crea de manera cooperativa en la relación enfermera-paciente o entre el gestor y las enfermeras. Al crear la relación del cuidado ético, los gestores y el personal pueden transformar el entorno laboral (Ray, Turkel y Marino, 2002). La teoría de la atención burocrática apunta que las organizaciones que promueven las elecciones éticas, el respeto y la confianza se convertirán en las organizaciones de éxito del futuro.

Miller (1995) resumió el trabajo de Ray y de otras teóricas y animó a las enfermeras en ejercicio a analizar sus aptitudes asistenciales diarias y a utilizarlas en la práctica administrativa. Nyberg estudió con Ray y reconoció el impacto de sus ideas en su propio libro, *A Caring Approach in Nursing Administration* (Nyberg, 1998). En él Nyberg pide a los administradores de enfermería que creen un sistema más afectuoso y compasivo, a la vez que se mantienen como los responsables de la gestión organizativa, los costes y el poder económico. El estudio de Turkel y Ray (2003) en personal de las fuerzas aéreas de Estados Unidos dio lugar a la divulgación de los resultados y a una mayor concienciación de estos aspectos en los responsables de políticas civiles y militares.

Karen O'Brien, directora de Public Health Nursing en Denver (Colorado) describió cómo las enfermeras consultoras de salud pública desarrollaron una orientación para enfermeras nuevas mediante la incorporación de los principios básicos de la teoría de la atención burocrática de Ray (O'Brien, comunicación directa, 12 de abril de 2008). El currículo de orientación incluye elementos de las influencias legales, tecnológicas, económicas y espirituales-éticas en el cuidado de poblaciones globales. Se anima a las enfermeras a utilizar las dimensiones política y económica de la teoría para guiar su práctica. Los complejos ámbitos gubernamentales brindan la oportunidad a las enfermeras de salud pública de confianza de influir en las políticas que afecta a la salud del público. La teoría de la atención burocrática ofrece un marco por el que una enfermera puede ver a la población global y a todos sus componentes para comprender las formas con las que la enfermería puede influir en los resultados de la salud.

En la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá (Colombia), la profesora Olga J. Gómez y sus estudiantes de enfermería estudiaron la teoría de la atención burocrática de Ray, centrándose en el papel de la administración de la enfermería hospitalaria (Gómez, comunicación personal, 5 de abril de 2008). Al estudiar la paradoja entre los conceptos del cuidado humano y la economía, los estudiantes desarrollaron un marco para la investigación fenomenológica. Investigaron las percepciones de las enfermeras en ejercicio sobre las relaciones entre cuidado humano, economía y control de los costes sanitarios. Un resultado del estudio fue reconocer la importancia de trabajar juntos en la universidad y en la práctica, de cara la capacitación y la satisfacción de los clientes en un entorno hospitalario gestionado.

Formación

La teoría es útil en la educación en enfermería en cuanto a que se centra principalmente en los cuidados enfermeros y en la conceptualización del sistema sanitario. La teoría holográfica combina la diferenciación de las estructuras en un marco holístico. El análisis de las estructuras o fuerzas que hay en organizaciones complejas (p. ej., legales,

económicas, socioculturales) proporciona una perspectiva de los factores que influyen en las actividades de enfermería. La implicación de estas estructuras con asistencia espiritual-ética pone de relieve los imperativos morales y la toma de decisiones de las enfermeras.

Cuando desarrollaba un nuevo programa de bachillerato en enfermería en el Nevada State College, la facultad se vio particularmente atraída por la teoría debido a su descripción de las dimensiones referidas a la enfermería dentro de una filosofía del cuidado. El marco conceptual del nuevo programa de enfermería combinaba la teoría de la atención burocrática de Ray con ideas teóricas de Watson (1985) y Johns (2000). La figura 8-3 muestra las formas en las que las enfermeras y los clientes interactúan en el sistema sanitario y cómo su reflejo en la práctica influye en este proceso.

Una descripción del marco conceptual, que se ilustra en la figura 8-3, es la siguiente:

> ... la teoría holográfica del cuidado reconoce las interconexiones entre todas las cosas, y que todo es un conjunto en un contexto, y una parte del conjunto en otro contexto. El cuidado espiritual-ético pone el énfasis en la comunicación de todos los fenómenos enfermeros, incluyendo las fuerzas físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Las flechas reflejan la naturaleza dinámica del cuidado espiritual-ético de la enfermera y las fuerzas que influyen en la estructura cambiante del sistema sanitario. Estas fuerzas influyen tanto en el cliente/paciente como en la enfermera (Nevada State College, 2003, p. 2).

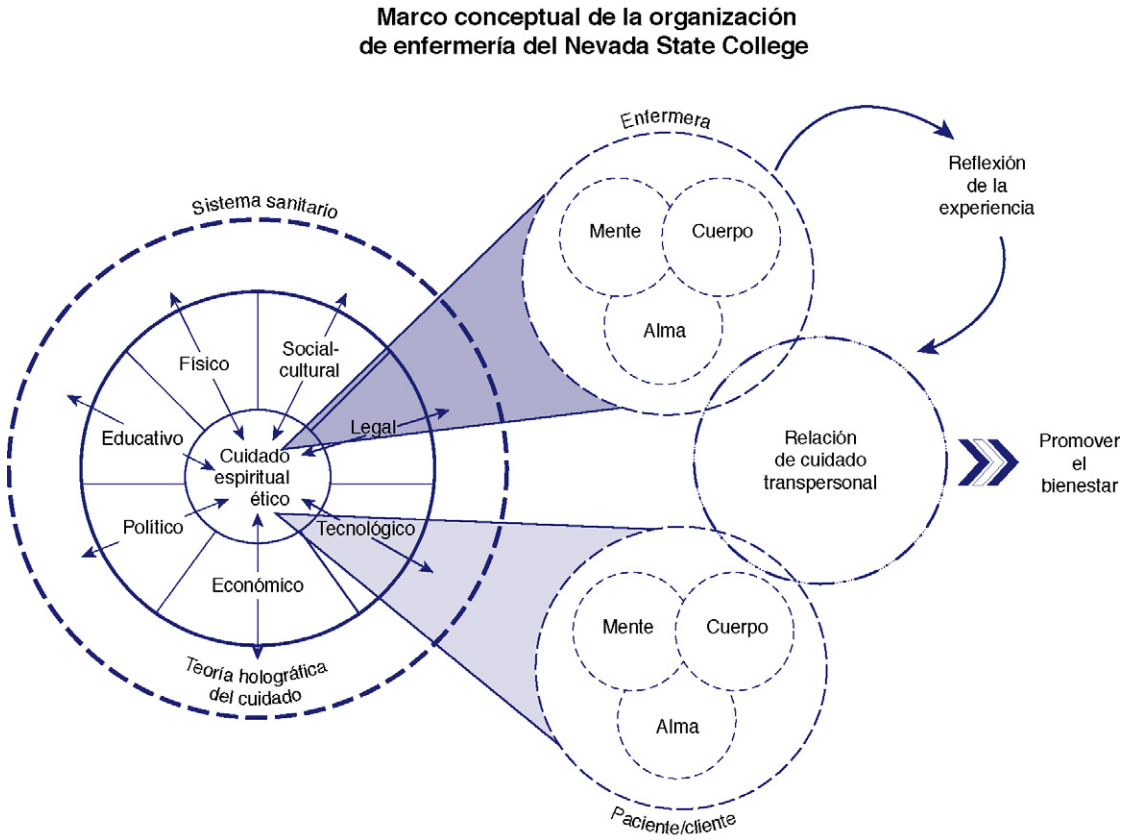


Figura 8-3 Marco conceptual de la organización de enfermería del Nevada State College. (Reproducido con autorización del departamento de enfermería del Nevada State College, Department of Nursing, Henderson, NV, 2003. Gráficos reelaborados a partir de los originales por J. Castle, Nevada State College, Henderson, NV.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mientras están en el sistema sanitario, el cliente-paciente y la enfermera están unidos por medio de una relación de cuidado transpersonal dinámica (Watson, 1985). Esto significa que, mediante la comunicación, la enfermera considera que la persona tiene la capacidad de tomar decisiones. Mediante la reflexión y la experiencia, la enfermera evalúa qué fuerza tiene la máxima influencia en la situación de enfermería (Johns, 2000). La enfermera hace uso de su conocimiento empírico, ético y personal para conformar y modificar la respuesta estética del paciente. Sin la relación transpersonal de las actividades del cuidado enfermero, no se puede conseguir el objetivo de la enfermería (la promoción del bienestar mediante la asistencia) (Nevada State College, 2003).

Se está utilizando la teoría de la atención burocrática para guiar el desarrollo del programa de estudios en el núcleo del programa científico de administración en enfermería en la Florida Atlantic University (Turkel, 2001). Las estructuras de la teoría, que incluyen aspectos éticos, espirituales, económicos, tecnológicos, legales, políticos y sociales, actúan como marco conceptual para analizar aspectos actuales sobre el cuidado sanitario. Se invita a los estudiantes a que analicen la estructura económica contemporánea del cuidado sanitario desde una perspectiva asistencial. El cuidado dentro del sistema de la administración sanitaria es un concepto clave en los cursos de enfermería.

Investigación

A partir de las investigaciones que le llevaron a la teoría de la atención burocrática, Ray desarrolló el abordaje fenomenológico-hermenéutico que ha seguido guiando sus estudios (Ray, 1985, 1991, 1994b). Este abordaje de investigación es especialmente importante porque está asentado en la filosofía del humanismo y el cuidar, y anima a las enfermeras a que utilicen la hermenéutica fenomenológica a través del punto de vista del cuidar. La evolución de los métodos de investigación de Ray comenzó con la etnografía-etnoenfermería, la teoría sobre el terreno y la fenomenología, culminando en los abordajes de la demanda del cuidado y el cuidado dinámico complejo. Estos abordajes incluyen la generación de datos preguntándose por el significado de la vida-mundo de los participantes y de las experiencias relacionales. Las entrevistas y el discurso narrativo son los métodos principales de generación de datos en estos abordajes. En la encuesta asistencial, la ontología del cuidado es una parte del abordaje en cuanto a que la dinámica asistencial compleja incluye la generación y el análisis de datos cualitativos, además de técnicas de obtención y análisis de datos complejos de investigación cuantitativa. El investigador determina los significados esenciales de los fenómenos y la reflexión adicional facilita la interpretación de los datos de la entrevista, transformando los datos en temas y metatemas interpretativos. Los objetivos primordiales son capturar la unidad del significado y sintetizar los significados en una teoría.

Basándose en la teoría de la atención burocrática, Ray y Turkel han desarrollado un programa de investigación que se centra en la enfermería en organizaciones complejas. Estos estudios han explorado, además, el significado del cuidado y la naturaleza de la enfermería en enfermeras hospitalarias, administradores y clientes-pacientes. Una beca del TriService Nursing Research Program ha financiado una investigación extensa sobre la enfermería como recurso económico. En la tabla 8-1 se citan las publicaciones que describen este programa en desarrollo.

DESARROLLOS POSTERIORES

El desarrollo de la teoría de la atención burocrática ha sido constante en el programa de Ray de investigación y docencia. Su obra es una síntesis de ciencia de la enfermería, ética, filosofía, ciencia de la complejidad, economía y gestión de organizaciones. Ray describió su programa de investigación más reciente patrocinado por el TriService Nursing Research Program en la revista *Nursing Science Quarterly* (Turkel y Ray, 2001). Incluyó el desarrollo de instrumentos y el estudio psicométrico del instrumento de análisis de recursos de la relación enfermera-paciente original, ahora conocido como cuestionario del cuidado relacional (formulario para el profesional) y cuestionario del cuidado relacional (formulario para el paciente). Estos instrumentos son cuestionarios de tipo Likert para profesionales sanitarios (enfermeras y administradoras, enfermeras o no) y pacientes. Miden la relación enfermera-paciente como un recurso administrativo e interpersonal. Los cuestionarios del cuidado relacional para profesionales y pacientes se incluirán en la próxima segunda edición de Watson sobre la evaluación y la medi-

Tabla 8-1 *Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática*

Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
1981	Ray, M. A. Study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International, 42*(06). (University Microfilms No. 8127787.)	La tesis analiza el significado de expresiones de cuidado y comportamientos afectuosos en 192 participantes de una cultura hospitalaria. Se extrajo la teoría sustantiva del cuidado diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática
1984	Ray, M. A. The development of a classification system of institutional caring. En M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Slack	La exposición analiza el constructo del cuidado dentro del contexto cultural del hospital. El sistema de clasificación incluye símbolos de cuidados culturales de factores psicológicos, prácticos, interaccionales y filosóficos
1987	Ray, M. A. Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing, 6*(3), 166-173	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado para las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. El estudio muestra que las decisiones éticas, el razonamiento moral y la toma de decisiones pasan por un proceso de crecimiento y maduración
1989	Ray, M. A. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly, 13*(2), 31-42	El objetivo del estudio es el cuidado en la cultura de las organizaciones. Describe la teoría sustantiva del cuidado diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática. Con el cuidado en el centro del modelo, el estudio incluye estructuras éticas, espirituales y religiosas, económicas, tecnológicas-fisiológicas, legales, políticas, educativas y sociales
1989	Valentine, K. Caring is more than kindness: Modeling its complexities. *Journal of Nursing Administration, 19*(11), 28-34	Enfermeras, pacientes y gestores sanitarios corporativos proporcionaron datos cuantitativos y cualitativos para definir el cuidado. Los datos se organizaron utilizando el esquema de clasificación que había desarrollado Ray (1984)
1993	Ray, M. A. A study of care processes using total quality management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services. *Military Medicine, 158*(6), 396-403	Este estudio descriptivo investigó el acceso a los procesos asistenciales en el servicio de urgencias de un hospital militar regional, utilizando un marco conceptual de gestión global de la calidad. El estudio apoya la necesidad de un sistema sanitario descentralizado y coordinado, con más autoridad y control para los mandos locales
1997	Ray, M. A. The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research, 29*(1), 111-126.	Se descubrió la autenticidad existencial como la unidad de significado del cuidado para los gestores de enfermería. La misma se describió como una ética de la vida y del cuidado para el bienestar de los miembros del personal de enfermería y para el bien de la organización
1998	Ray, M. A. A phenomenologic study of the interface of caring and technology in intermediate care: Toward a reflexive ethics for clinical practice. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 69-77	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado de pacientes tecnológicamente dependientes. Los resultados revelaron que la vulnerabilidad, el sufrimiento y las situaciones éticas de moral dudosa y ceguera moral eran la dinámica del cuidado de estos pacientes

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 8-1 *Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática (Cont.)*

Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
2000	Turkel, M., & Ray, M. A. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly, 13*(4), 307-313.	La teoría formal de la complejidad relacional muestra que la relación del cuidado es compleja y dinámica, es a la vez proceso y resultado, y una función de variables tanto económicas como asistenciales; que, como proceso mutuo, se vive al mismo tiempo como autoorganización relacional y de sistema
2001	Ray, M. A., & Turkel, M. Impact of TRICARE/managed care on total force readiness. *Military Medicine, 166*(4), 281-289	Se realizó un estudio fenomenológico para iluminar las descripciones del mundo vital de las experiencias del personal en servicio activo y en la reserva de la USAF con el control de los cuidados dirigidos en los sistemas sanitarios militar y civil. La investigación mostró la necesidad de cambios en la política para satisfacer mejor las necesidades de cuidados de salud de este personal de la Fuerza Aérea y de sus familias
2001	Turkel, M., & Ray, M. A. Relational complexity: From grounded theory to instrument theoretical testing. *Nursing Science Quarterly, 14*(4), 281-287	El artículo describe una serie de estudios que examinaban las relaciones en los aspectos del cuidado, económicos, de costes, de calidad, y la relación enfermera-paciente. Los resultados de la teoría revelaron el cuidado relacional como un proceso y el factor predictivo más potente del resultado: la autoorganización relacional que tiene como objetivo el bienestar
2002	Ray, M. A., Turkel, M., & Marino, F. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly, 26*(2), 1-14	La autoorganización relacional es una respuesta compartida y creativa ante un entorno laboral continuamente cambiante e interconectado. Las estrategias de respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e integración en la toma de decisiones participativas son los procesos formativos que producen crecimiento y transformación
2003	Turkel, M. A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring, 7*(1), 20-26.	El objetivo de este estudio fenomenológico fue determinar el significado del cuidado tal como lo experimentan los gestores de enfermería. Los temas esenciales que surgieron fueron crecimiento, escucha, apoyo, intuición, reconocimiento y frustración
2003	Turkel, M., & Ray, M. A. A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring, 7*(3), 17-25.	Este estudio fenomenológico muestra las experiencias del personal de la USAF con gestión dirigida en los sistemas de cuidado sanitario militar y civil. Se generó un modelo que perfila el proceso de análisis de políticas

USAF, fuerza aérea estadounidense.

ción del cuidado (Watson, 2009). Estos instrumentos ayudarán a los investigadores a relacionar los recursos no económicos (interpersonales) del cuidado con los recursos del sistema administrativo (incluidos los procedimientos económicos/presupuestarios). Los instrumentos se están traduciendo al sueco y se están validando. Esta investigación interdisciplinaria está en la primera línea de la investigación en enfermería, y llevará a conocer mejor los conceptos y las relaciones perfiladas en la teoría de la atención burocrática.

CRÍTICA

Claridad

Las principales estructuras, espirituales-religiosas, éticas, tecnológicas-fisiológicas, sociales, legales, económicas, políticas y educativas se definen claramente en la publicación de Ray de 1989. Estas definiciones tienen claridad semántica y son compatibles con las definiciones que utilizan habitualmente las enfermeras en ejercicio. Tienen consistencia semántica en cuanto a que los conceptos se utilizan de forma compatible con sus definiciones (Chinn y Kramer, 2004). La mayoría de términos no cambió desde el artículo de 1989 hasta la publicación de 2001. Sin embargo, algunos conceptos se combinaron o se separaron a medida que evolucionó el desarrollo de la teoría por Ray. Por tanto, en este capítulo, se han actualizado todos los términos utilizados consultando con la autora. Además, las definiciones formales de los términos *cuidado espiritual-ético, sociocultural, físico* y *tecnológico,* en la medida en que se relacionan con la teoría, se publican por primera vez en este capítulo.

El esquema que se presenta en la figura 8-2 mejora la claridad. La interrelación del cuidado espiritual-ético con las otras estructuras y el carácter abierto del sistema están representados por la organización de los conceptos y las flechas dinámicas. La descripción de Ray (2001, pp. 428-429) de la teoría ayuda al lector a imaginar las relaciones de la teoría como holográficas.

Simplicidad

La teoría de Ray simplifica la dinámica de las organizaciones burocráticas complejas. A partir de las numerosas descripciones del estudio fundamentadas en la teoría inductiva sobre el terreno, Ray derivó el concepto integrador del cuidado espiritual-ético y los siete conceptos interrelacionados de estructuras físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Dada la complejidad de las organizaciones burocráticas, el número de conceptos es mínimo.

Generalidad

La teoría de la atención burocrática es una filosofía que aborda la naturaleza de la enfermería como cuidado. Alligood (2006) destaca: «Las filosofías establecen el significado de la enfermería y de los fenómenos enfermeros a través del razonamiento y la presentación lógica de las ideas» (p. 46). La teoría de Ray aborda preguntas como: «¿cuál es la naturaleza del cuidado en enfermería?» y «¿cuál es la naturaleza de la práctica de enfermería como cuidado?». Las filosofías son amplias y proponen ideas generales sobre cómo la profesión enfermera cumple «su obligación moral ante la sociedad» (Alligood, p. 45). La teoría de la atención burocrática propone que las enfermeras son las que toman las decisiones guiadas por el cuidado espiritual-ético, en relación con las estructuras legales, económicas, tecnológicas y de otro tipo.

La teoría de la atención burocrática proporciona un punto de vista único de las organizaciones sanitarias y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes del sistema. Mediante investigación inductiva se derivaron lógicamente conceptos o fenómenos. El análisis de Ray incorporó ideas tomadas de la ciencia de la complejidad. La conceptualización del sistema sanitario como holográfico pone de relieve la naturaleza holística de los conceptos y relaciones. A medida que las enfermeras de todas las áreas de la práctica de la enfermería estudien estas nuevas conceptualizaciones, pueden ser llevadas a cuestionarse la posición causa-efecto de antiguas ideas lineales. Por tanto, la teoría de la atención burocrática ofrece la posibilidad de modificar el paradigma o la forma de pensar de las enfermeras en ejercicio.

Precisión empírica

Como la teoría de la atención burocrática está generada por la teoría fundamentada sobre el terreno y ha sufrido revisiones continuas basadas principalmente en la investigación, la precisión empírica es alta y los conceptos se basan en una realidad

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

observable. La teoría corresponde directamente a datos de investigación que se resumen en los trabajos publicados (Ray, 1981a, 1981b, 1984, 1987, 1989, 1997b, 1998).

Ray, Turkel et al. utilizan esta teoría en un programa de investigación sobre la relación enfermera-paciente como un recurso económico (Ray, 1998; Ray, et al., 2002; Turkel, 2003; Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003). Estos estudios son una guía para la práctica de la enfermería y mejoran el conocimiento de las enfermeras sobre la dinámica de las organizaciones de asistencia sanitaria. Ray (2001) propone que la teoría de la atención burocrática culmina «en una visión para conocer la realidad más profunda de la vida de la enfermería» (p. 426).

Consecuencias deducibles

Los problemas a los que se enfrentan hoy día las enfermeras incluyen limitaciones económicas en el entorno de asistencia dirigida, y los efectos de estas restricciones (p. ej., proporción de personal) sobre la relación enfermera-paciente. Éstos son los mismos aspectos que aborda la teoría de la atención burocrática. Las enfermeras que ejercen funciones administrativas, de investigación y clínicas pueden utilizar las dimensiones políticas y económicas de la teoría como marco conceptual para conformar su práctica. Esta teoría es importante para el mundo laboral contemporáneo de las enfermeras.

Ray y Turkel han generado teorías intermedias a partir de su programa de investigación basado en la teoría de la atención burocrática. Ray (1997b) descubrió la teoría de la autenticidad existencial como la unidad de significado del arte del cuidado por parte del gestor de enfermería y más recientemente ha sido adaptada por Sorbello (2008). Los gestores de enfermería describieron una ética de la vida del cuidado buscando el bienestar de sus enfermeras de plantilla y el bien de la organización. La complejidad relacional se centra en la relación enfermera-paciente en un contexto económico (Turkel y Ray, 2000, 2001). Datos de estudios muestran que el cuidado relacional entre administradores, enfermeras y pacientes es el factor predictivo más potente de la autoorganización relacional, cuyo objetivo es el bienestar. La autoorganización relacional es una respuesta creativa compartida que incluye crecimiento y transformación (Ray et al., 2002). Los procesos transformativos que pueden llevar a la autoorganización relacional incluyen respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e implicación en la toma de decisiones participativas en el lugar de trabajo. Por último, la obra de Ray enfatiza en la necesidad de una ética reflexiva para la práctica clínica, para mejorar el conocimiento de cómo los valores profundos y las interacciones morales moldean las decisiones éticas (Ray, 1998).

RESUMEN

La teoría de la atención burocrática invita a los profesionales de la enfermería a pensar más allá de su marco de referencia habitual y vislumbrar el mundo más holísticamente, mientras consideran el universo como un holograma. La apreciación de la interrelación de las personas, los entornos y los episodios resulta fundamental para comprender esta teoría. La teoría proporciona un punto de vista único de las organizaciones de asistencia sanitaria y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes de un sistema. Los constructos básicos únicos de la teoría de Ray incluyen el cuidado tecnológico y económico.

La teoría se derivó de manera inductiva y se sintetizó mediante reflexión y análisis adicionales. Ray reconoce la influencia de la filosofía de Hegel, la teoría del caos, la ciencia de la complejidad y la visión holográfica del mundo. Las compañeras de Ray y otras expertas continúan desarrollando la teoría. Ray reta a las enfermeras a que consideren las dimensiones espiritual y ética del cuidado, para que los conocimientos de la teoría de la atención burocrática puedan informar a las enfermeras con el fin de que utilicen su creatividad e imaginación para transformar el mundo laboral.

Caso clínico

La Sra. Smith era una viuda de 73 años de edad que vivía sola, sin ningún apoyo social significativo. Padecía enfisema desde hacía varios años y había sido ingresada en el hospital con frecuencia por problemas respiratorios. En el último ingreso hospitalario, su neumonía progresó rápidamente a insuficiencia orgánica. La muerte parecía inminente, porque presentaba episodios de pérdida de consciencia mientras estaba sola en la habitación del hospital. El personal de enfermería medicoquirúrgica y la supervisora de enfermería se

centraron en hacer que el período final de su vida fuera lo más cómodo posible. De acuerdo con análisis con el personal de la unidad, la supervisora de enfermería reorganizó las asignaciones de pacientes. En las horas siguientes, un miembro del personal había ofrecido sus cuidados de manera voluntaria proporcionando cuidados personales a la Sra. Smith. Con la ayuda del equipo, la enfermera cambio de posición, bañó y aspiró aire a la Sra. Smith. Cantó himnos en voz baja en la habitación, creando un entorno tranquilo que expresaba que la estaba cuidando y calmó al personal de la unidad de enfermería. La Sra. Smith murió con personas atentas a su lado y el personal de la unidad se sintió confortado porque no había muerto sola.

1. **¿Qué comportamientos asistenciales llevaron al personal de enfermería a pedir ayuda a la supervisora de enfermería ante esta situación?**
2. **¿Qué aspectos (éticos, espirituales, legales, socioculturales, económicos) de la estructura de la teoría de la atención burocrática influyeron en esta situación?**
3. **¿Cómo consiguió la supervisora de enfermería equilibrar estos aspectos? ¿Qué consideraciones influyeron en su toma de decisiones?**
4. **¿Qué interrelaciones se evidencian entre las personas de este entorno, es decir, cómo se estableció la conexión entre el personal, la paciente y los gestores en esta situación?**

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Lea el libro *The Spirit Catches You and You Fall Down*, de Anne Fadiman (1998). Es la historia de una lactante de tres meses de edad, diagnosticada de epilepsia, y de las diferencias culturales entre sus padres laosianos refugiados y el personal del sistema sanitario estadounidense. Aunque en esta situación fueron predominantes las fuerzas socioculturales, ¿qué otras estructuras o fuerzas fueron importantes en estos acontecimientos (v. fig. 8-2)? ¿Cuál fue el significado del trastorno epiléptico de esta niña para la familia y para el personal sanitario? Utilizando los conocimientos obtenidos de la teoría de la atención burocrática, describa abordajes alternativos para el cuidado transcultural en esta situación.
2. Vuelva a pensar en un problema con el que se haya encontrado en una situación de práctica clínica. ¿Qué estructuras del sistema de asistencia sanitaria estuvieron involucradas (socioculturales, legales, políticas, físicas, educativas, económicas, tecnológicas)? ¿Cuál fue la interrelación entre estas estructuras o aspectos? Ver estas estructuras desde un punto de vista holográfico (cada una de ellas como un todo y como una parte de un todo), ¿modificaría su percepción de la situación y sus abordajes de enfermería?
3. ¿Cómo la teoría de la atención burocrática ha ampliado su punto de vista sobre una organización compleja en la que trabaja? Describa cómo las interacciones entre los miembros del personal reflejan el cuidado. ¿Es el cuidado diferente para el personal de diferentes funciones y distintas zonas de trabajo? ¿Qué decisiones y elecciones que reflejan el cuidado espiritual-ético se suelen tomar en cada uno de los contextos?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Ray, M. A. (2010) *Transcultural caring dynamics in nursing and health care.* Filadelfia: F. A. Davis.
- International Association for Human Caring en: www.humancaring.org.
- New England Complex Systems Institute, Cambridge (Massachusetts) en: www.necsi.org.
- Florida Atlantic University, Christine E. Lynn College of Nursing, Boca Ratón (Florida) en: www.fau.edu.
- Santa Fe Institute, Santa Fe (Nuevo México) en: www.santafe.edu.
- Plexus Institute, Allentown (Nueva Jersey) en: www.plexusinstitute.org.

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (2006). Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 43-65). St. Louis: Mosby.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Briggs, J., & Peat, F. D. (1984). *Looking glass universe: The emerging science of wholeness*. New York: Simon & Schuster.

Briggs, J., & Peat, F. D. (1999). *Seven life lessons of chaos: Spiritual wisdom from the science of change*. New York: Harper Collins.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby.

Coffman, S., & Ray, M. A. (1999). Mutual intentionality: A theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*, *9*(4), 479-492.

Coffman, S., & Ray, M. A. (2002). African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *31*(5), 536-544.

Davidson, A., & Ray, M. (1991). Studying the human-environment phenomenon using the science of com-plexity. *ANS Advances in Nursing Science*, *14*(2), 73-87.

Fadiman, A. (1998). *The spirit catches you and you fall down*. New York: Farrar, Straus, & Giroux.

Helman, C. (1997). In *Culture, health and illness* (3rd ed.). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.

Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford, UK: Blackwell Science.

Louis, M. (1985). An investigator's guide to workplace culture. In P. Frost, L. Moore, M. Louis, L. C. Lundberg & J. Martin (Eds.), *Organizational culture* (pp. 73-93). Beverly Hills, CA: Sage.

Miller, K. (1995). Keeping the care in nursing care: Our biggest challenge. *Journal of Nursing Administration*, *25*(11), 29-32.

Moccia, P. (1986). *New approaches to theory development*. New York: National League for Nursing. Pub. No. 15-1992.

Nevada State College (2003 August 19). *Nursing organizing framework*. Henderson, NV: Author.

Nyberg, J. J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Niwot, CO: University Press of Colorado.

Ray, M. A. (1981a). A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International*, *42*(06). (University Microfilms No. 8127787.).

Ray, M. A. (1981b). A philosophical analysis of caring within nursing. In M. Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp. 25-360). Thorofare, NJ: Slack.

Ray, M. A. (1984). The development of a classification system of institutional caring. In M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (pp. 95-112). Thorofare, NJ: Slack.

Ray, M. A. (1987). Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing*, *6*(3), 166-173.

Ray, M. A. (1989). The Theory of Bureaucratic Caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, *13*(2), 31-42.

Ray, M. A. (2020). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A. (1985). A philosophical method to study nursing phenomena. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 81-92). New York: Grune & Stratton.

Ray, M. A. (1991). Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In D. Gaut & M. Leininger (Eds.), *Caring: The compassionate healer* (pp. 181-189). New York: National League for Nursing Press.

Ray, M. A. (1994a). Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. *Theoretic and Applied Chaos in Nursing*, *1*(1), 23-32. (Journal renamed *Complexity and Chaos in Nursing*.).

Ray, M. A. (1994b). The richness of phenomenology: Philosophic, theoretic, and methodologic concerns. In J. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 116-135). Newbury Park, CA: Sage.

Ray, M. A. (1997a). Consciousness and the moral ideal: A transcultural analysis of Watson's theory of trans-personal caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(1), 25-31.

Ray, M. A. (1997b). The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research*, *29*(1), 111-126.

Ray, M. A. (1998). A phenomenologic study of the interface of caring and technology: A new reflexive ethics in intermediate care. *Holistic Nursing Practice*, *12*(4), 71-79.

Ray, M. A. (2000). Transcultural assessment of older adults. In S. Garratt & S. Koch (Eds.), *Assessing older people: A practical guide for health professionals*. Sydney, Australia: MacLennan & Petty.

Ray, M. A. (2001). The Theory of Bureaucratic Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 422-431). Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A. (2006). The Theory of Bureaucratic Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed., pp. 360-368). Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2000). Culturally based caring. In L. Dunphy & J. Winland-Brown (Eds.), *Advanced practice nursing: A holistic approach* (pp. 43-55). Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, *26*(2), 1-14.

Smircich, L. (1985). Is the concept of culture a paradigm for understanding organizations and ourselves? In P. Frost, L. Moore, M. Louis, L. C. Lundberg & J. Martin (Eds.), *Organizational culture* (pp. 55-72). Beverly Hills, CA: Sage.

Sorbello, B. (2008). The nurse administrator as caring person: A synoptic analysis applying caring philosophy, Ray's ethical theory of existential authenticity, the ethic of justice, and the ethic of care. *International Journal for Human Caring*, *12*(1), 44-49.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.* Newbury Park, CA: Sage.
Talbot, M. (1991). *The holographic universe.* New York: Harper Collins.
Turkel, M. (2001). Applicability of bureaucratic caring theory to contemporary nursing practice: The political and economic dimensions. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 433-444). Philadelphia: F. A. Davis.
Turkel, M. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring, 7*(1), 20-26.
Turkel, M., & Ray, M. A. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly, 13*(4), 307-313.
Turkel, M., & Ray, M. A. (2001). Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly, 14*(4), 281-287.
Turkel, M., & Ray, M. A. (2003). A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring, 7*(3), 17-25.
Vicenzi, A. E., White, K. R., & Begun, J. W. (1997). Chaos in nursing: Make it work for you. *American Journal of Nursing, 97*(10), 26-31.
Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
Watson, J. (2008). In *Assessing and measuring caring in nursing and health science* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Co.
Wheatley, M. J. (1999). *Leadership and the new science: Discovering order in a chaotic world.* San Francisco: Berrett-Koehler.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Davidson, A., & Ray, M. A. (In process). Complexity for human-environment well being. New York Springer Publishing Co.
Ray, M. A. (in press). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care.* Philadelphia: F. A. Davis.
Watson, J. & Ray, M. A. (Eds.). (1988). *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity.* New York: National League for Nursing. (Released, 1989 translated into Swedish.)

Capítulos de libros

Ray, M. A. (1981). A philosophical analysis of caring within nursing. In M. Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp. 25-36). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
Ray, M. A. (1984). The development of a nursing classification system of institutional caring. In M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (pp. 95-112). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
Ray, M. A. (1985). A philosophical method to study nursing phenomena. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 81-92). New York: Grune & Stratton.
Ray, M. A. (1990). Phenomenological method in nursing research. In N. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Turning points* (pp. 173-179). New York: McGraw-Hill.
Ray, M. A. (1991). Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In D. Gaut & M. Leininger (Eds.), *Caring: The compassionate healer* (pp. 181-189). New York: National League for Nursing Press.
Ray, M. A. (1992). Phenomenological method for nursing research. In J. Poindexter (Ed.), *Nursing theory. Research & Practice Summer Research Conference monograph* (pp. 163-174). Detroit: Wayne State University.
Ray, M. A. (1994). Environmental encountering through interiority. In E. Schuster & C. Brown (Eds.), *Exploring our environmental connections* (pp. 113-118). New York: National League for Nursing Press.
Ray, M. A. (1994). The quality of authentic presence: Transcultural caring inquiry in primary care. In J. Wang & P. Simoni (Eds.), *Proceedings of First International and Interdisciplinary Health Research Symposium* (pp. 69-72). Morgantown, WV: West Virginia University. At Peking Union Medical College Hospital, Beijing, China, and Zhejiang Medical University, Hangzhou, China (Chinese translation).
Ray, M. A. (1994). The richness of phenomenology: Philosophic, theoretic, and methodologic concerns. In J. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 116-135). Newbury Park, CA: Sage. (Translated into Spanish, 2004.).
Ray, M. A. (1995). Transcultural health care ethics: Pathways to progress. In J. Wang (Ed.), *Health care and culture* (pp. 3-9). Morgantown, WV: West Virginia University.
Ray, M. A. (1997). Illuminating the meaning of caring: Unfolding the sacred art of divine love. In M. S. Roach (Ed.), *Caring from the heart: The convergence between caring and spirituality* (pp. 163-178). New York: Paulist Press.
Ray, M. A. (1999). Caring foundations of deacony. In T. Ryokas & K. Keissling (Eds.), *Spiritus-Lux-Caritas* (pp. 225-236). Lahti, Finland: Deaconal Institution of Lahti. (Translated into German, 1999, University of Heidelberg, Germany.).
Ray, M. A. (1999). Critical theory as a framework to enhance nursing science. In E. Polifroni & M. Welch (Eds.), *Perspectives on philosophy of science in nursing* (pp. 382-386). Philadelphia: Lippincott.
Ray, M. A. (2000). Transcultural assessment of older adults. In S. Koch & S. Garratt (Eds.), *Assessing older people: A practical guide for health professionals.* Sydney, Australia: MacLennan & Petty.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ray, M. A. (2001). Complex culture and technology: Toward a global caring communitarian ethics of nursing. In R. Locsin (Ed.), *Concerning technology and caring* (pp. 41-52). Westport, CT: Greenwood Publishing Group.

Ray, M. A. (2001). The Theory of Bureaucratic Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 422-431). Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A. (2006). The Theory of Bureaucratic Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed., pp. 360-368). Philadelphia: F. A. Davis.

Ray, M. A. (2007). Technological caring as a dynamic of complexity in nursing practice. In A. Barnard & R. Locsin (Eds.), *Perspectives on technology and nursing practice*. United Kingdom: Palgrave.

Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2000). Culturally based caring. In L. Dunphy & J. Winland-Brown (Eds.), *Advanced practice nursing: A holistic approach* (pp. 43-55). Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

Coffman, S., & Ray, M. A. (1999). Mutual intentionality: A theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*, *9*(4), 479-492.

Coffman, S., & Ray, M. A. (2002). African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *31*(5), 536-544.

Davidson, A., & Ray, M. A. (1991). Studying the human-environment relationship using the science of complexity. *ANS Advances in Nursing Science*, *14*(2), 73-87.

Ray, M. A. (1999). Transcultural caring in primary care. *National Academies of Practice Forum*, *1*(1), 177-182.

Ray, M. A. (1987). Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *2*(3), 166-173.

Ray, M. A. (1989). A theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, *13*(2), 31-42. (Also translated and published in Japanese.).

Ray, M. A. (1992). Critical theory as a framework to enhance nursing science. *Nursing Science Quarterly*, *5*(3), 98-101.

Ray, M. A. (1993). A study of care processes using Total Quality Management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services. *Military Medicine*, *158*(6), 396-403.

Ray, M. A. (1993). A theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *The Japanese Journal of Nursing Research*, *1*, 14-24.

Ray, M. A. (1994). Communal moral experience as the research starting point for health care ethics. *Nursing Outlook*, *42*(3), 104-109.

Ray, M. A. (1994). Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. *Theoretic and Applied Chaos in Nursing*, *1*(1), 23-32. (Journal renamed *Complexity and Chaos in Nursing*.)

Ray, M. A. (1994). Interpretive analysis of Olson's book. *The Life of Illness: One Woman's Journey. Qualitative Health Research*, *2*(2), 250-253.

Ray, M. A. (1994). Transcultural nursing ethics: A framework and model for transcultural ethical analysis. *Journal of Holistic Nursing*, *12*(3), 251-264.

Ray, M. A. (1997). Consciousness and the moral ideal: Transcultural analysis of Watson's Transpersonal Caring Theory. *Advanced Nursing Practice Journal*, *3*(1), 25-31.

Ray, M. A. (1997). The ethical theory of Existential Authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research*, *22*(1), 111-126. (Abstract also published in French.).

Ray, M. A. (1998). Complexity and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, *11*(3), 91-93.

Ray, M. A. (1998). The interface of caring and technology: A new reflexive ethics in intermediate care. *Holistic Nursing Practice*, *12*(4), 71-79.

Ray, M. A. (1999). The future of caring in the challenging health care environment. *International Journal for Human Caring*, *3*(1), 7-11.

Ray, M. A., Didominic, V. A., Dittman, P. W., Hurst, P. A., Seaver, J. B., Sorbello, B. C., et al. (1995). The edge of chaos: Caring and the bottom line. *Nursing Management*, *9*, 48-50.

Ray, M. A., & Turkel, M. (2001). Impact of TRICARE/ managed care on total force readiness. *Military Medicine*, *166*(4), 281-289.

Ray, M. A., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, *26*(2), 1-14.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 307-313.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2001). Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*, *14*(4), 281-287.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2003). A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring*, *7*(3), 17-25.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2004). Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nursing Administration Quarterly*, *28*(4), 249-254.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2005). Models of caring practice. *[Editorial.] International Journal for Human Caring*, *9*(3), 7-8.

Tesis doctorales

Ray, M. A. (1981). A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International*, *42*(06.) (University Microfilm No. 8127787.)

Fuentes secundarias

Libros

Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford, England: Blackwell Science.

Nyberg, J. J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Niwot, CO: University Press of Colorado.

Capítulos de libros

Coffman, S. (2007). Caring, the essence of nursing. In A. Berman, S. Snyder, B. Kozier & G. Erb (Eds.), *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (8th ed., pp. 444-458). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Tappen, R., Turkel, M., & Hall, R. (1997). Nursing in transition: A response to the changing health care system. In A. Moorehead & P. Huber (Eds.), *Nursing roles: Evolving or recycled?* Thousand Oaks, CA: Sage.

Turkel, M. (2000). Directing and organizing patient care. In M. Tappen (Ed.), *Leadership and management* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Turkel, M. (2001). Challenging contemporary practices in critical care settings. In N. Locsin (Ed.), *Advancing technology, caring and nursing*. Westport, CT: Auburn House.

Turkel, M. (2006). Applications of Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed., pp. 369-379). Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

Barry, C. D. (2001). Creating a quilt: An aesthetic expression of caring for nursing students. *International Journal for Human Caring*, *6*(1), 25-29.

Cody, W. K. (1998). Critical theory and nursing science: Freedom in theory and practice. *Nursing Science Quarterly*, *11*(2), 44-46.

Davidhizar, R. (2002). Management toolbox: Strategies for effective confrontation. *Radiologic Technology*, *73*(5), 476-478.

Davis, R. (1997). Community caring: An ethnographic study within an organizational culture. *Public Health Nursing*, *14*(2), 92-100.

Davis, R. (2000). Holographic community: Reconceptualizing the meaning of community in an era of health care reform. *Nursing Outlook*, *48*(6), 294-301.

DeMarco, R. F. (1998). Caring to confront in the workplace: An ethical perspective for nurses. *Nursing Outlook*, *46*(3), 130-135.

Fulbrook, P. (1999). On the receiving end: Experiences of being a relative in critical care. *Part 2. Nursing in Critical Care*, *4*(4), 179-185.

Gaydos, H. L. (2001). On calling and character: Caring as archetypal act. *International Journal for Human Caring*, *5*(1), 8-13.

Goldberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, *27*(4), 836-842.

Huffman, C. (1997). The nurse-technology relationship: The case of ultrasonography. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, *26*(6), 673-682.

Jakobsson, L. (1997). Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer: An explorative study. Part II. *European Journal of Cancer Care*, *6*(2), 117-123.

Jones, J. (1997). Your experiences: The guiding light of a good yarn: How stories from the past provide a link to the future of emergency nursing practice. *Australian Emergency Nursing Journal*, *1*(2), 42-46.

Käppeli, S. (2001). Compassion—A forgotten tradition of nursing? *Pflege*, *14*(5), 293-306.

King, S. J. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 139-147.

Pelletier, D. (2000). Australian clinicians and educators identify gaps in specialist cardiac nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *17*(3), 24-30.

Schoenhofer, S. O. (1998). Giving of oneself on another's behalf: The phenomenology of everyday caring. *International Journal for Human Caring*, *2*(2), 23-29.

Turkel, M. (2001). Struggling to find a balance: The paradox between caring and economics. *Nursing Administration Quarterly*, *26*(1), 67-82.

Turkel, M. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring*, *7*(1), 20-26.

Turkel, M. (2007). Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal for Human Caring*, *11*(4), 57-70.

Turkel, M., Tappen, R., & Hall, R. (1999). Moments of excellence. *Journal of Gerontological Nursing*, *25*(1), 7-12.

Turkel, M. C. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 307-313.

Turkel, M. J. (1999). Moments of excellence: Nurses' response to role redesign in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, *25*(1), 7-12.

Valentine, K. (1989). Caring is more than kindness: Modeling its complexities. *Journal of Nursing Administration*, *19*(11), 28-34.

Walsh, M. (2000). Chaos, complexity and nursing. *Nursing Standard*, *14*(32), 39-42.

Wuest, J. (1997). Fraying connections of caring women: An exemplar of including difference in the development of explanatory frameworks. *Canadian Journal of Nursing Research*, *29*(2), 99-116.

Wuest, J. (2001). Precarious ordering: Toward a formal theory of women's caring. *Journal of Health Care for Women International*, *22*(1/2), 167-193.

Tesis doctorales y disertaciones

Czerenda, A. J. (2006). "The show must go on": A caring inquiry into the meaning of widowhood and health for older Indian widows. D.N.S. dissertation, Florida Atlantic University, United States—Florida. Retrieved April 4, 2008, from ProQuest Digital Dissertations database.(Publication No. AAT 3222085.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hilsenbeck, J. R. (2006) Unveiling the mystery of covenantal trust: The theory of the social process between the nurse manager and the chief nursing officer. D.N.S. dissertation, Florida Atlantic University, United States—Florida. Retrieved April 4, 2008, from ProQuest Digital Dissertations database.(Publication No. AAT 3244888.)

Quinn, C. M. (2000). The lived experience of caring and the nurse executive: A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International*, *38*(04). (University Microfilms No. 1398084.)

Swinderman, T. D. (1997). Caring in nurse managers as described by staff nurses. *Dissertation Abstracts International*, *35*(06.). (University Microfilms No. 1385321.)

Swinderman, T. D. (2005). The magnetic appeal of nurse informaticians: Caring attractor for emergence. D.N.S. dissertation, Florida Atlantic University, United States—Florida. Retrieved April 4, 2008, from ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 3162666.)

Turkel, M. J. (1997). Struggling to find a balance: A grounded theory study of the nurse-patient relation-ship within an economic context. *Dissertation Abstracts International*, *58*(08). (University Microfilms No. 9805958.)

Wright, C. A. (2001). Public health nurse managers' perception of Total Quality Management initiatives. *Dissertation Abstracts International*, *39*(02). (University Microfilms No. 1401204.)

CAPÍTULO 9

Patricia Benner

Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería

Karen A. Brykczynski

«La relación enfermera-paciente no es un programa uniforme, profesionalizado, sino un caleidoscopio de intimidad y distancia en algunos de los momentos de la vida más dramáticos, conmovedores y triviales» (Benner, 1984a).

BIOGRAFÍA

Patricia Benner nació en Hampton (Virginia) y pasó su infancia en California, donde inició sus estudios de enfermería. En 1964 se licenció en enfermería en el Pasadena College. Después, en 1970, cursó un máster de especialización en enfermería medicoquirúrgica en la escuela de enfermería de San Francisco de la Universidad de California. En 1982 obtuvo el doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkeley (California) y en 1984 se publicó su tesis (Benner, 1984b). Benner posee una amplia experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliario. Ha trabajado como enfermera de base y directora de enfermería.

La experiencia de Benner como investigadora es amplia, ya que empezó a trabajar en investigación en 1970 como enfermera investigadora posgraduada en la escuela de enfermería de la Universidad de California (San Francisco). Tras concluir su doctorado en 1982 fue nombrada profesora asociada del Department of Physiological Nursing de la Universidad de California (San Francisco) y, en 1989 obtuvo el puesto de profesora. En 2002 se trasladó al Department of Social and Behavioral Sciences de la misma universidad como profesora y fue la primera en ocupar la Thelma Shobe Cook Endowed Chair in Ethics and Spirituality. Impartió cursos de doctorado y másteres, y participó en tres o cuatro comités de evaluación de tesis cada año. Se retiró de la docencia a jornada completa en 2008, pero sigue participando en presentaciones y en consultas, además de escribir y participar en proyectos de investigación.

Benner ha reconocido que Virginia Henderson tuvo una gran influencia a la hora de elaborar su

Autoras anteriores: Jullette C. Mitre, Sr., Judith E. Alexander y Susan L. Keller. La autora desea expresar su agradecimiento a Patricia Benner por revisar este capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

filosofía enfermera. Henderson (1989) ha afirmado que la obra de Benner *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984a), dada su naturaleza y su alcance, puede cambiar la práctica y la preparación de las enfermeras para el ejercicio de su profesión. En septiembre de 2003 el Institute for Nursing Healthcare Leadership conmemoró el impacto de esta obra de referencia sobre la práctica clínica con una celebración de los 20 años de su publicación en «Charting the Course: The Power of Expert Nurses to Define the Future», que se celebró en Boston. En el prefacio de la obra de Benner *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* (Benner y Wrubel, 1989), Henderson hace la siguiente observación respecto a la publicación:

> ... un trabajo amplio y erudito que demuestra la familiaridad con un cuerpo de bibliografía impresionante, desde la antigua Grecia, que apunta el argumento subyacente en sus temas centrales de cuidado, estrés y afrontamiento (p. ix).

La investigación descrita en el libro *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics,* de Benner, Tanner y Chesla (1996) es la continuación y ampliación de la descrita en *From Novice to Expert*. Barbara Stevens Barnum escribió el prefacio del libro de 1996, en el que afirma:

> Este trabajo sigue poniendo a prueba nuestra idea tradicional de lo que significa saber, ser y actuar de modo adecuado y ético en la práctica enfermera. Asimismo, permite al lector empezar a adaptar nuestros sistemas para que se ajusten mejor al cuidado experto. Una de las verdades del aprendizaje que se ha hecho patente con este trabajo es que el aprendizaje clínico es un diálogo entre los principios y la práctica (pp. vii-viii).

El libro de Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard (1999), *Clinical Wisdom in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*, constituye la segunda fase de la articulación de la práctica enfermera del cuidado del enfermo grave que empezó en *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. La articulación hace referencia a «describir, ilustrar y dar un lenguaje a las áreas ineludibles de práctica experta, saber cualificado y nociones de buenas prácticas» (Benner et al., 1999, p. 5). En el primer prefacio de este libro Joan Lynaugh escribió:

> Quizás el logro más importante de este texto es la importancia que concede a la incorporación de todos los elementos del cuidado del enfermo grave: pensamiento y progreso clínicos; cuidado de pacientes y familias; problemas éticos y morales; actuación en caso de avería y peligro tecnológico; comunicación y negociación entre todos los participantes; enseñanza y formación, y comprensión de las relaciones entre los sistemas más grandes y el paciente individual (Benner et al., 1999, p. vi).

En el segundo prólogo, Joyce Clifford escribió que:

> ... proporciona a la enfermera supervisora una comprensión precisa del modo en que la organización puede facilitar el proceso de cuidado de los expertos clínicos... [y] también proporciona una orientación dirigida a las educadoras encargadas de diseñar los entornos de práctica clínica, para que las personas que comienzan a ejercer esta profesión aprendan y avancen en sus conocimientos (Benner et al., 1999, p. vii).

Benner ha publicado numerosas obras y ha recibido múltiples premios y honores, como los galardones al mejor libro del año del *American Journal of Nursing* (AJN) en 1984, 1989, 1996 y 1999 por *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984a), *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* (1989, con Wrubel), *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (1996, con Tanner y Chesla) y *Clinical Wisdom in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (1999, con Hooper-Kyriakidis y Stannard), respectivamente. La obra *The Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions* (1994), editada por Susan S. Phillips y Patricia Benner, fue elegida para la lista CHOICE (de la

American Library Association) de libros académicos destacados de 1995. Los libros de Benner se han traducido a diez idiomas. Asimismo, muchos de sus artículos se han traducido y han alcanzado una difusión mundial. Benner recibió el premio AJN del CD-ROM del año por *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2001, con Hooper-Kyriakidis y Stannard).

En 1985, Benner ingresó en la American Academy of Nurses; en 1989, recibió el premio Linda Richards que concede la National League for Nursing por su liderazgo en educación. En 1990, la Organization of Nurse Executives-California le otorgó un premio en reconocimiento por su excelencia en la investigación y la educación enfermeras. Asimismo, recibió el premio al alumno del año del Point Loma Nazarene College (anteriormente Pasadena College) en 1993. Un año después, fue nombrada miembro honorífico del Royal College of Nursing del Reino Unido. En 1995, la Universidad de California (San Francisco) reconoció su contribución a la ciencia y la investigación enfermeras con el premio Helen Nahm Research Lecture.

Benner recibió un premio por sus destacadas contribuciones a la profesión del National Council of State Boards of Nursing en 2002 por su trabajo sobre el desarrollo de un instrumento para captar las fuentes y la naturaleza de los errores enfermeros. El instrumento, Taxonomy of Error, Root Cause and Practice (TERCAP), es una herramienta de recogida de datos electrónicos que puede utilizarse para examinar los fallos de la práctica (Benner et al., 2002; Benner y Malloch, 2010). En 2003, Benner recibió un premio por 20 años de recopilación y ampliación del conocimiento clínico avanzado, aprendizaje de experiencias y práctica asistencial del Institute for Nursing Health Care Leadership. En mayo de 2004 recibió el premio American Association of Colleges of Nursing Pioneering Spirit por su trabajo sobre la adquisición de habilidades y la articulación del conocimiento enfermero en los cuidados intensivos. En 2007, fue seleccionada para el Centennial Wall of Fame de la UCSF School of Nursing. La invitan a impartir conferencias y talleres de formación sobre salud, estrés y afrontamiento, adquisición de habilidades y ética por todo el mundo. Patricia Benner y su marido y colaborador, Richard Benner, aconsejan a las enfermeras de hospitales de todo el mundo respecto a su propuesta de los modelos de desarrollo de la práctica clínica (CPDMs, del inglés *clinical practice development models*) (Benner y Benner, 1999).

En marzo de 2004, Benner fue nombrada Nursing Education Study Director para el Preparation for the Professions Program (PPP) del Carnegie Foundation. Se trata de un estudio nacional que forma parte de una serie de estudios sobre formación profesional centrados en el cambio de la profesionalidad técnica a la profesionalidad cívica. Desde esta perspectiva, los profesores ejercen de mentores en los aprendizajes con los alumnos para fomentar el aprendizaje para ver y pensar como profesionales, en este caso, enfermeras (www.nursing.ubc.ca).

FUENTES FILOSÓFICAS

Benner ha estudiado la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Mantiene que el conocimiento que aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del diálogo en relación y contextos situacionales. Como se ha mencionado anteriormente, hace referencia a este trabajo como *investigación de la articulación*. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner ha establecido es la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico. Benner ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica «consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina» (1984a, p. 3). Ella considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y que «la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta» (Benner, 1983, p. 36). Benner ha contribuido en gran manera a la descripción del saber práctico de la enfermería.

Mediante citas de Kuhn (1970) y Polanyi (1958), ambos filósofos de la ciencia, Benner (1984a) ha destacado la diferencia entre el «saber práctico», un conocimiento práctico que puede eludir

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

formulaciones abstractas y precisas, y el «saber teórico» o explicaciones teóricas. El «saber teórico» sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El «saber práctico» consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al «saber teórico»; es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su explicación teórica. Benner (1984a) sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o puede desarrollarse antes que las fórmulas científicas. Las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra. Por tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. La práctica clínica incorpora la noción de excelencia; estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos. La enfermería debe desarrollar el conocimiento a partir de la práctica (saber práctico) y mediante la investigación y la observación científicas, debe empezar a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. Idealmente, la práctica y la teoría establecen un diálogo que abre nuevas posibilidades. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

Hubert Dreyfus introdujo a Benner en la fenomenología. Stuart Dreyfus, en investigación de operaciones y Hubert Dreyfus, en filosofía, ambos profesores de la Universidad de Berkeley (California), desarrollaron el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades (Dreyfus y Dreyfus, 1980; Dreyfus y Dreyfus, 1986), que Benner utilizó en su obra *From Novice to Expert*. Asimismo, Benner reconoce la erudición, las enseñanzas y la colaboración de Jane Rubin (1984) como fuentes de inspiración e influencia, especialmente en relación con los trabajos de Heidegger (1962) y Kierkegaard (1962). Richard Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1985) la introdujo en el campo del estrés y el afrontamiento. Judith Wrubel ha colaborado y escrito obras con Benner durante años y ha participado en la ontología y las prácticas del cuidado (Benner y Wrubel, 1989). Otras influencias filosóficas y éticas del trabajo de Benner son Joseph Dunne (1993), Knud Løgstrup (1995a, 1995b, 1997), Alistair MacIntyre (1981, 1999), Kari Martinsen (Alvsvåg, 2010), Maurice Merleau-Ponty (1962), Onora O'Neill (1996) y Charles Taylor (1971, 1982, 1989, 1991, 1993, 1994).

Benner (1984a) adaptó el modelo de Dreyfus. Los hermanos Dreyfus desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia (Dreyfus y Dreyfus, 1980; Dreyfus y Dreyfus, 1986). Este modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: *a)* principiante; *b)* principiante avanzado; *c)* competente; *d)* eficiente, y *e)* experto. El modelo postula que los cambios en los cuatro aspectos de la ejecución tienen lugar en la transición mediante los niveles de adquisición de habilidades: *a)* se pasa de confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia específica y pasada; *b)* se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición; *c)* el estudiante pasa de percibir que toda la información de una situación es igual de importante a pensar que algunos datos son más importantes que otros, y *d)* se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación (Benner, Tanner y Chesla, 1992).

Debido a que el modelo se basa en la situación y no en el rasgo, el nivel de rendimiento no es una característica individual de un ejecutor individual, sino una función de la familiaridad de una enfermera concreta con una situación particular, combinada con su formación académica. El nivel conseguido con la actuación sólo puede determinarse mediante la validación consensuada de expertos y mediante la valoración de los resultados de la situación (Benner, 1984a). Al aplicar el modelo a la enfermería, Benner observó que «la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida» (1984a, p. xix). La habilidad y la práctica cualificada, tal como Benner (1984a) las definió, consisten en poner en práctica las intervenciones enfermeras y las habilidades de decisión clínica en situaciones clínicas reales. En ningún caso se refieren a habilidades psicomotoras u otras habilidades fuera del contexto de la práctica enfermera.

En las siguientes investigaciones realizadas para explicar mejor el modelo de Dreyfus, Benner identificó dos aspectos de la práctica interrelacionados que también distinguen los niveles de práctica de principiante avanzado a experto (Benner et al., 1992, 1996). En primer lugar, los médicos con diferentes niveles de práctica se encuentran en diferentes entornos clínicos, identifican distintas necesidades específicas que necesitan una acción y

responden a ellas. En segundo lugar, el personal clínico desarrolla lo que Benner denominó sentido de responsabilidad hacia el paciente, lo que lo convierte en parte integrante del equipo de cuidado sanitario.

Benner intentó resaltar los límites crecientes del conocimiento clínico en vez de describir el trabajo diario de una enfermera. La explicación de la práctica enfermera de Benner sobrepasa la aplicación rígida de las normas y teorías, y está basada en «una conducta razonable que responde a las demandas de una situación específica» (1984a, p. xx). Las habilidades que proporciona la experiencia enfermera y el conocimiento perceptivo que las enfermeras desarrollan como responsables de las decisiones que toman a partir de la «*gestalt* de la situación» las conducen a seguir su intuición en la búsqueda de pruebas para confirmar los leves cambios que observan en los pacientes (1984a, p. xviii).

El concepto de experiencia definido como el resultado de cuestionar, especificar o negar las nociones preconcebidas en una situación se basa en los trabajos de Heidegger (1962) y Gadamer (1970). A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. La pericia se desarrolla a medida que el clínico demuestra las expectativas basadas en un principio y las modifica aplicándolas a una situación real. La influencia de Heidegger es obvia en esta obra y en las siguientes obras de Benner sobre la primacía del cuidado. Benner rechazó las descripciones cartesiano-dualistas de la persona como mente y cuerpo, y se adhirió a la descripción fenomenológica de la persona que Heidegger elaboró, como un ser que se autointerpreta y está interesado por sus preocupaciones, prácticas y experiencias vitales. Las personas siempre están ligadas a una situación, es decir, dependen del contexto en el que se encuentran. Las personas llegan a una situación con una idea de su identidad en el mundo. Heidegger (1962) definió el *conocimiento práctico* como el que se obtiene cuando un individuo se ve implicado en una situación. Los individuos comparten conocimientos, habilidades y hábitos procedentes de sus prácticas culturales.

Como seres humanos tenemos inteligencia, lo que significa que llegamos a cosas nuevas por estar en situaciones. Cuando nos encontramos con una situación familiar, expresamos reconocimiento de su significado. Por ejemplo, después de ser testigo de alguien que ha desarrollado un embolismo pulmonar, una enfermera observa matices cualitativos y tiene la habilidad de reconocimiento antes que otras enfermeras que no lo han visto antes. Benner y Wrubel (1989) afirmaron: «La actividad práctica, posible gracias a nuestra inteligencia, se ha considerado durante mucho tiempo como una actividad "inferior" a la actividad intelectual y reflexiva.» Pero también afirmaron que las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del conocimiento que poseemos (p. 43). Este conocimiento y el significado del ser son premisas para la capacidad de cuidado; todo tiene una importancia y «provoca que nos impliquemos en nuestras preocupaciones y nos definamos a partir de ellas» (p. 42).

Cuando realizaba su doctorado en Berkeley, Benner fue ayudante de investigación de Richard S. Lazarus (Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984), conocido por sus estudios sobre la teoría del estrés y del afrontamiento. Como parte de un estudio más amplio de Lazarus, Benner llevó a cabo una investigación sobre el significado del trabajo y el afrontamiento para los hombres en la mitad de su carrera profesional que se publicó con el título de *Stress and Satisfaction on the Job: Work Meanings and Coping of Mid-Career Men* (1984b). En este estudio, el afrontamiento está definido como una forma de conocimiento práctico. La investigación sirvió para definir el afrontamiento como una forma de conocimiento práctico y para afirmar que los significados del trabajo influyen en la consideración de estrés y en las opciones de afrontamiento de que dispone el individuo. Se considera que la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus pertenece a la fenomenología; es decir, la persona constituye significados y, a su vez, está constituida por ellos. El estrés se define como la interrupción de significados y el afrontamiento es lo que la persona hace para combatir esta interrupción. Tanto llevar a cabo una acción como abstenerse de realizarla en una situación estresante son métodos de afrontamiento. Éste está unido a los significados inherentes a lo que la persona interpreta como estresante. La persona debe entenderse como una «identidad participativa» en una situación con significados y preocupaciones reflexivos e irreflexivos (Benner y Wrubel, 1989, p. 63). El modo en que la persona se encuentra en la situación determina las diferentes posibilidades. Benner utiliza este concepto clave para describir la práctica de la enfermería clínica en términos enfermeros y marcar una diferencia positiva al estar en una situación de cuidado.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El enfoque de Benner del desarrollo del conocimiento que comenzó con *From Novice to Expert* (1984a) constituye el inicio de una tradición creciente para el aprendizaje a partir de la práctica enfermera a través de la recogida e interpretación de ejemplos (Benner, 1994; Benner y Benner, 1999; Benner et al., 1996; Benner et al., 1999). Benner y Benner afirmaron lo siguiente:

> Proporcionar cuidados afectivos al paciente/familiar requiere un apoyo mutuo y atento en una comunidad moral de profesionales que buscan crear y mantener una buena práctica... Esta visión de la práctica está tomada de la tradición aristotélica de la ética (Aristóteles, 1985) y la articulación más reciente de esta tradición por parte de Alasdair MacIntyre (1981), donde la práctica se define como un esfuerzo colectivo que tiene nociones interiores correctas en la práctica... Sin embargo, estos esfuerzos colectivos deben ser comprendidos por los profesionales de forma individual desde una perspectiva del saber práctico, el arte, la ciencia y la imaginación moral, que continúan creando una buena práctica (Benner y Benner, 1999, pp. 23-24).

Benner considera que la enfermería es una paradoja cultural en una sociedad dominada por la técnica, que tardó en valorar las prácticas del cuidado. Asimismo, cree que el valor del individualismo extremo dificulta la percepción de la excelencia en el cuidado que comporta la práctica de la enfermería experta. Benner (2003) pide una ética relacional basada en la práctica para equilibrar el centro dominante sobre derechos y justicia.

Conceptos principales y definiciones

PRINCIPIANTE

En el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, la persona que se encuentra en el estadio de principiante no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por regla general, este nivel se corresponde con los estudiantes de enfermería, pero Benner sugirió que también se podría aplicar este nivel a enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o a un área que les resulta desconocida (Benner, 1984a).

PRINCIPIANTE AVANZADA

La principiante avanzada del modelo de Dreyfus es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación (Benner, 1984a). A diferencia de lo que sucede con los atributos y las características, no pueden objetivizarse los aspectos del todo, ya que requieren que la experiencia se base en la identificación del contexto de la situación.

Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. A pesar de ello, Dreyfus y Dreyfus (1996) han afirmado que:

> La experiencia práctica en situaciones específicas con elementos significativos que ni el instructor ni el estudiante pueden definir objetivamente ayuda al principiante avanzado a reconocer intuitivamente estos elementos cuando se presentan. Estos elementos recién identificados se denominan «situacionales» para diferenciarlos de los elementos objetivos del dominio de habilidades que el principiante es capaz de reconocer antes de encontrarse con un caso específico (p. 38).

En el estadio de principiante avanzado, las enfermeras estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan, y no les interesa tanto conocer las necesidades y

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

respuestas de los pacientes (Benner et al., 1992). En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente; no obstante, aún dependen en gran medida del consejo de enfermeras con más experiencia (Benner et al., 1992). Benner situó a las enfermeras recién graduadas en este nivel.

COMPETENTE

Aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las acciones de los demás, la principiante avanzada pasa al estadio de competente (Benner et al., 1992). Este nivel del modelo de Dreyfus se caracteriza por una considerable planificación consciente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no (Benner, 1984a).

La coherencia, la previsión y la gestión del tiempo son importantes; el resultado es la consecución de un cierto grado de experiencia por medio de la planificación y la previsión (Benner et al., 1992). El nivel de eficiencia aumenta, pero «la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente» (Benner et al., 1992, p. 20). La enfermera competente puede desarrollar una hiperresponsabilidad hacia el paciente, a menudo innecesaria, lo que puede conllevar una visión omnipresente y crítica de sí misma (Benner et al., 1992).

El estadio competente es crucial en el aprendizaje clínico, ya que el aprendiz debe empezar a reconocer los patrones y a determinar qué elementos de la situación merecen atención y cuáles no. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. Para llegar a ser eficiente, la enfermera competente deberá dejar que la situación le indique las respuestas (Dreyfus y Dreyfus, 1996). Para que una enfermera pase de la competencia a la eficiencia, es necesario estudiar los puntos para determinar la importancia de la enseñanza y el aprendizaje activos (Benner et al., 1996; Benner et al., 1999).

EFICIENTE

En el estadio eficiente del modelo Dreyfus, la persona percibe la situación como un conjunto (la imagen completa), en vez de dividirla en aspectos, y la actuación se guía por máximas. El estadio eficiente es un salto cualitativo respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce (Benner, 1984a).

Las enfermeras eficientes muestran una nueva habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación, así como el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas cualificadas en una situación a medida que evoluciona. Ya no se fían sólo de los objetivos prefijados de la organización, y están más seguras de sus conocimientos y habilidades (Benner et al., 1992). En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia (v. caso clínico). Cuando se supera esta etapa, se llega al nivel de experto (Benner et al., 1996).

EXPERTO

El quinto estadio del modelo de Dreyfus se alcanza cuando «la persona experta ya no se basa en el principio analítico (norma, directriz, máxima) para justificar su comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada» (Benner, 1984a, p. 31). Para Benner, la enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Existe un cambio cualitativo, ya que la enfermera «conoce al paciente», lo que significa que conoce los clásicos patrones de respuesta, y que lo conoce como persona. Los principales aspectos de la práctica de una enfermera experta son los siguientes (Benner et al., 1996):

- Demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos.
- Asimilación del saber práctico.
- Visión general.
- Previsión de lo inesperado.

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

La enfermera experta posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Para la enfermera experta, conocer las preocupaciones y las necesidades reales del paciente es muy importante, incluso si ello significa planificar y negociar un cambio en el plan de cuidados. La identidad es prácticamente transparente para ella (Benner et al., 1992).

ASPECTOS DE UNA SITUACIÓN

Son los elementos recurrentes, situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera (Benner, 1984a).

ATRIBUTOS DE UNA SITUACIÓN

Son las propiedades medibles de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente (Benner, 1984a).

COMPETENCIA

La competencia es «un área definida como una actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados» (Benner, 1984a, p. 292). Este término no está relacionado con el estadio competente del modelo de Dreyfus.

DOMINIO

Es un área de práctica formada por una serie de competencias con intenciones, funciones y significados similares (Benner, 1984a).

EJEMPLO

Es el caso que ilustra una situación clínica que transmite una o más intenciones, significados, funciones o resultados fácilmente traducibles a otras situaciones clínicas (Benner, 1984a).

EXPERIENCIA

No consiste en un simple período, sino en un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales. Implica que existe un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se esperaba (Benner y Wrubel, 1982).

MÁXIMA

Se trata de la descripción en clave de una actuación cualificada que requiere un cierto grado de experiencia para reconocer las implicaciones de las instrucciones (Benner, 1984a).

CASO PARADIGMÁTICO

Es la experiencia clínica que destaca y modifica el modo en que una enfermera percibe y entiende las situaciones clínicas futuras (Benner, 1984a). Los casos paradigmáticos producen nuevas ideas clínicas, y abren nuevas perspectivas y alternativas clínicas.

IMPORTANCIA

Actitud perceptiva o conocimiento incorporado que sirve para valorar los aspectos de una situación y determinar si son más o menos significativos (Benner, 1984a).

COMPORTAMIENTO ÉTICO

Buena conducta nacida de una relación individualizada con el paciente que comporta embarcarse en una situación particular e implica un sentido de pertenencia al grupo profesional correspondiente. Está socialmente arraigado, vivido y plasmado en las prácticas y las formas de ser, y responde a una situación clínica que fomenta el bienestar del paciente (Day y Benner, 2002). «Los criterios clínicos y éticos son inseparables y deben guiarse por estar con y entender los problemas humanos y las posibilidades en situaciones concretas» (Benner, 2000, p. 305).

HERMENÉUTICA

Hermenéutica significa «interpretable». El término deriva de la exégesis bíblica y judicial. Cuando se utiliza en investigación, hermenéutica hace referencia a la descripción y estudio de «fenómenos humanos comprensibles de manera cuidadosa y detallada, con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas anteriores, basándose en cambio en la comprensión práctica» (Packer, 1985, pp. 1081-1082).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Las primeras obras de Benner se centraron en la socialización anticipatoria de las enfermeras. Benner y Kramer (1972) estudiaron las diferencias entre las enfermeras que trabajaban en unidades especiales de cuidado y las que trabajaban en unidades hospitalarias convencionales. Benner fue consejera de investigación en un estudio de la actividad enfermera realizado en 1974 y 1975 para determinar la función y la productividad del personal enfermero. También fue consejera en un estudio sobre el acceso al trabajo de las enfermeras recién graduadas. Benner y Benner (1979) realizaron una evaluación sistemática de las competencias, la búsqueda de empleo y los problemas a los que se enfrentan las enfermeras recién graduadas para acceder a un trabajo. Asimismo, Benner estudió los métodos para aumentar las competencias de educación, mediante el uso de una especie de laboratorio móvil de microenseñanza.

De 1978 a 1981, Benner fue la autora y directora del proyecto de una beca federal para la consecución de métodos intraprofesionales para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, conocida como AMICAE. Esta investigación dio lugar a la publicación de *From Novice to Expert* (1984a) y de numerosos artículos. Benner dirigió el proyecto AMICAE con el fin de desarrollar los métodos de evaluación para las escuelas de enfermería y los hospitales participantes en la zona de San Francisco. Fue un estudio interpretativo y descriptivo que propició el uso de los cinco niveles de competencia de Dreyfus para describir la adquisición de una habilidad en la práctica de la enfermería clínica. Al describir el planteamiento interpretativo, el enfoque de Benner (1984a) busca una amplia descripción de la práctica enfermera a partir de la observación y de las relaciones de la práctica real de la enfermería para elaborar el texto que deberá interpretarse (hermenéutica).

Las descripciones que las enfermeras dan de las situaciones de cuidado de pacientes en los que tuvo lugar una mejoría significativa «muestran la singularidad de la enfermería como una disciplina y un arte» (Benner, 1984a, p. xxvi). Más de 1.200 enfermeras rellenaron los cuestionarios y respondieron a las entrevistas como parte del proyecto AMICAE. Las entrevistas se realizaron por parejas y «tenían como objetivo descubrir si había diferencias características distinguibles en las descripciones de principiante y experta sobre el mismo incidente clínico» (Benner, 1984a, p. 14). Se realizaron más entrevistas y observaciones participantes con 51 enfermeras clínicas y otras enfermeras recién graduadas y estudiantes de enfermería de últimos cursos para «describir las características de la actuación enfermera en diferentes etapas de la adquisición de habilidades» (Benner, 1984a, p. 15). El propósito «de la investigación es descubrir los significados y el conocimiento incorporado en la práctica cualificada. Haciendo públicos los significados, las habilidades y el conocimiento, se constituyen en nuevos conocimientos e ideas» (Benner, 1984a, p. 218).

A partir del análisis de las transcripciones de las entrevistas con las descripciones detalladas de los episodios de cuidado de pacientes que las enfermeras ofrecieron, incluidas sus intenciones e interpretaciones de los sucesos, se extrajeron 31 competencias. De estas competencias, que fueron identificadas en situaciones reales de práctica, se derivaron inductivamente los siguientes siete dominios, según la similitud de la función y la intención (Benner, 1984a):

1. El rol de ayuda.
2. La función de enseñanza-formación.
3. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

Cada dominio se desarrolló utilizando las competencias relacionadas de descripciones de situaciones de la práctica real enfermera. Benner presentó los dominios y las competencias de la práctica enfermera como un marco interpretativo abierto para potenciar la idea del conocimiento elaborado a partir de la práctica enfermera. Como resultado de la naturaleza social, relacional y dialógica del conocimiento clínico, dominios y competencias deben adaptarse para utilizarlos en cada institución por medio del estudio de la práctica clínica en cada lugar específico (Benner y Benner, 1999). Estas

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

adaptaciones han sido aplicadas en numerosas instituciones por el personal de enfermería en hospitales de todo el mundo (Alberti, 1991; Balasco y Black, 1988; Brykczynski, 1998; Dolan, 1984; Gaston, 1989; Gordon, 1986; Hamric, Whitworth y Greenfield, 1993; Lock y Gordon, 1989; Nuccio et al., 1996; Silver, 1986a, 1986b). Los dominios y las competencias han sido útiles para la articulación continua del conocimiento implícito de la práctica enfermera avanzada (Brykczynski, 1999; Fenton, 1985; Fenton y Brykczynski, 1993; Lindeke, Canedy y Kay, 1997; Martin, 1996).

Benner y Wrubel (1989) ampliaron la explicación de este estudio y desarrollaron sus fundamentos en su estudio del conocimiento implícito en la práctica enfermera en *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Observaron que el cuidado se aborda «como productor tanto del estrés como del afrontamiento en la experiencia vivida de salud y enfermedad... como la condición que facilita la práctica enfermera (y naturalmente, cualquier práctica) y los modos en que la práctica enfermera basada en el cuidado puede mejorar el pronóstico de una enfermedad» (1989, p. 7).

Benner amplió la investigación presentada en *From Novice to Expert* (1984a) y presentó su trabajo en *Expertise in Nursing Practice* (1996b). Este último libro está basado en un estudio de 6 años con 130 enfermeras de hospital, principalmente enfermeras de cuidados intensivos; en él examina cómo adquieren los conocimientos clínicos hasta convertirse en expertas, y la naturaleza del conocimiento, la investigación y el juicio clínicos, además del comportamiento ético experto. Los objetivos clave del estudio fueron:

- Definir el conocimiento práctico implícito en la práctica profesional.
- Describir la naturaleza de la adquisición de habilidades en la práctica en cuidados intensivos.
- Identificar los obstáculos y los recursos institucionales para llegar a ser una experta en la práctica enfermera.
- Empezar a identificar las estrategias educativas que favorecen el desarrollo de este conocimiento experto.

En la introducción del trabajo de 1996, Benner afirmó: «En el estudio descubrimos que examinando la naturaleza de la responsabilidad de la enfermera, es decir, el sentido y las posibilidades de actuar de un modo específico en situaciones clínicas, obteníamos nuevas aproximaciones sobre cómo una percepción y una acción varían en función de una comunidad determinada» (Benner et al., 1996, p. xiii). Este estudio se tradujo en una idea más clara de las diferencias entre el compromiso con un problema o situación y las habilidades enfermeras necesarias para la implicación interpersonal. Parece que la habilidad para implicarse con los pacientes y las familias se aprende con el tiempo y la experiencia. Asimismo, esta habilidad con los pacientes y las familias es esencial para llegar a ser una enfermera experta. Las investigadoras mencionaron la relación existente entre tomar una decisión clínica y una decisión ética; es decir, cómo lo que un individuo considera un buen o mal resultado y lo que considera una intervención de calidad afectan a las acciones y juicios clínicos. Este estudio representa la primera fase de la articulación del proyecto diseñado para describir la naturaleza de la práctica del cuidado enfermero a enfermos graves.

La segunda fase se realizó entre 1996 y 1997 con 76 enfermeras (32 de las cuales eran enfermeras principiantes avanzadas) de seis hospitales diferentes. Este trabajo se presentó en el libro publicado en 1999 por Benner et al., *Clinical Wisdom in Critical Care*. Se identificaron los siguientes nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves como temas generales de esta segunda fase:

1. Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables.
2. Controlar una crisis mediante la habilidad práctica.
3. Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en estado muy grave.
4. Cuidar a la familia del paciente.
5. Prevenir los peligros por causas tecnológicas.
6. Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
7. Comunicar las diferentes perspectivas y discutirlas.
8. Asegurar la calidad y solventar las crisis.
9. Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación y el consejo de los demás.

Estos nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves se utilizaron como temas generales para interpretar los datos e incorporar las descripciones de los siguientes seis aspectos del juicio clínico y del comportamiento experto:

1. Razonamiento en un cambio.
2. Saber práctico.
3. Práctica basada en la respuesta.
4. Responsabilidad.
5. Agudeza perceptiva y habilidad para implicarse.
6. Relaciones entre el razonamiento clínico y el ético.

La identificación del dominio clínico y de la previsión clínica (dos características del pensamiento ligadas a la acción de la práctica enfermera en la segunda fase de este proyecto de articulación) ampliaron la comprensión de la decisión clínica (Benner et al., 1999). Benner define el dominio clínico como:

> … la investigación clínica en marcha que identifica el problema y da un juicio clínico a lo largo del tiempo con respecto a los cambios específicos de pacientes y familias concretas. Está compuesto por cuatro elementos: distinciones cualitativas, trabajo de investigación, reconocimiento de la importancia de los cambios clínicos y desarrollo del conocimiento clínico en poblaciones específicas de pacientes (Benner et al., 1999, p. 317).

Asimismo, especifica que la previsión clínica, aunque desempeña una función en el dominio clínico, «también es esencial para estructurar la lógica práctica de los médicos. La previsión clínica incluye como mínimo cuatro elementos relacionados con el pensamiento y la acción: consideración del futuro, previsión clínica de diagnósticos y lesiones específicas, anticipación de riesgos pensando en pacientes concretos y previsión de lo inesperado» (Benner et al., 1999, p. 317).

PRINCIPALES SUPUESTOS

En su investigación de la articulación, Benner incorpora los siguientes supuestos (como se esboza en la disertación de Brykczynski de 1985; véase también Benner 1984a):

- No hay datos libres de interpretación. Esto implica renunciar al supuesto de la ciencia natural que es una realidad independiente cuyo significado puede representarse mediante términos o conceptos abstractos (Taylor, 1982).
- No hay datos no reactivos. Esto implica renunciar a la falsa creencia a partir de la ciencia natural de que se pueden observar los datos brutos de manera neutral (Taylor, 1982).
- Los significados están implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados. Se dan por sentado y a menudo no son reconocidos como conocimiento. Según Polanyi (1958), un contexto tiene significado existencial y esto lo diferencia del «significado representativo, indicativo o más general» (p. 58). Afirma que cambiar un todo significativo por términos de sus partes constituyentes le priva de todo significado o propósito.
- Las personas que comparten una historia cultural y lingüística común tienen una base de significados comunes que permite la comprensión y la interpretación. Heidegger (1962) se refiere a esto como *comprensión primordial*, después de los escritos de Dilthey (1976) a finales de la década de 1800 y a principios y de la de 1900, afirmando que la organización cultural y los significados preceden e influyen sobre la comprensión individual.
- Los significados implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados no pueden ser completamente explícitos; sin embargo, pueden ser interpretados por alguien que comparta una base lingüística y cultural similar, y los participantes y los profesionales pueden validarlos de manera consensuada (Heidegger, 1962). La hermenéutica es la interpretación de los contextos culturales y de la acción humana significativa.
- Los seres humanos son seres holísticos, integrados. Se abandona la división cuerpo-mente. La inteligencia permite la habilidad, que se transforma a través de la experiencia y de la maestría (Dreyfus y Dreyfus, 1980; Dreyfus y Dreyfus, 1986). Benner afirmó: «Este modelo supone que todas las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto» (1984a, p. 178).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La elevación jerárquica de la actividad intelectual reflexiva ignora el punto de que la acción experta es una manera de conocer, y que el cuerpo experto puede ser esencial para los niveles más apreciados de la inteligencia humana (Dreyfus, 1979).

En sus obras, Benner et al. explicaron las ideas de enfermería, persona, situación y salud.

Enfermería

La enfermería se define como una relación de cuidado, «una condición que facilita la conexión y el interés» (Benner y Wrubel, 1989, p. 4). «El cuidado es básico, ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado» (Benner y Wrubel, 1989, p. 4). «La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad» (Benner y Wrubel, 1989, p. xi). Benner y Wrubel (1989) consideran que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos.

Persona

Benner y Wrubel (1989) utilizan la definición fenomenológica de la persona que da Heidegger y que describen así: «Una persona es un ser autointerpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona también posee... una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo» (p. 41). «La persona se considera como un participante en significados comunes» (Benner y Wrubel, 1989, p. 23).

Por último, la persona se encuentra en un cuerpo. Benner y Wrubel (1989) han conceptualizado los principales aspectos de la comprensión con los que la persona debe tratar:

1. El rol de la situación.
2. El rol del cuerpo.
3. El rol de los problemas personales.
4. El rol de la temporalidad.

Juntos, todos estos aspectos de la persona ayudan a situarla en el mundo. Esta visión de la persona se basa en los trabajos de Heidegger (1962), Merleau-Ponty (1962) y Dreyfus (1979, 1991). Su objetivo es superar el dualismo cartesiano, es decir, la idea de que la mente y el cuerpo son entidades diferentes e independientes (Visintainer, 1988).

Benner y Wrubel (1989) dan mucha importancia a la encarnación en su teoría, y la definen como la capacidad del cuerpo para responder en situaciones significativas. A partir del trabajo de Merleau-Ponty (1962), Dreyfus (1979, 1991) y Dreyfus y Dreyfus (1986), perfilan cinco dimensiones del cuerpo (Benner y Wrubel, 1989):

1. El complejo no nacido, el cuerpo del feto sin asimilación cultural y el bebé recién nacido.
2. El cuerpo con las habilidades normales, las posturas, los gestos, las costumbres y las habilidades aprendidas, socialmente evidentes en las habilidades corporales, como el «lenguaje corporal», que se «aprenden a lo largo del tiempo identificando, imitando, probando y equivocándose» (Benner y Wrubel, 1989, p. 71).
3. La imagen del cuerpo, el modo en que el cuerpo se coloca (predispuesto) para actuar en situaciones específicas (p. ej., abrir una puerta o caminar).
4. El cuerpo real proyectado, la orientación corporal actual del individuo o la proyección en una situación flexible y variada para acomodarse a la situación, como cuando un individuo posee la habilidad de utilizar un ordenador.
5. El cuerpo fenoménico, el cuerpo consciente de sí mismo, la habilidad para imaginar y describir las sensaciones cinestéticas.

Benner y Wrubel (1989) indican que las enfermeras cuidan el cuerpo y ayudan en el rol de incorporación en las situaciones de salud, enfermedad y recuperación.

Salud

Según el trabajo de Heidegger (1962) y Merleau-Ponty (1962), Benner y Wrubel se centran «en cómo se han vivido las experiencias de estar sano y enfermo» (1989, p. 7). La *salud* se define como lo que puede valorarse, mientras que el *bienestar* es la experiencia humana de la salud o el conjunto. Estar sano y estar enfermo se entienden como diferentes modos de encontrarse en el mundo. La salud no se describe sólo como la ausencia de enfermedad. También, a partir de la base del trabajo de Kleinman, Eisenberg y Good (1978), una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, ya que sentirse enfermo consiste en la experiencia

humana de pérdida o disfunción, mientras que la enfermedad es lo que puede valorarse físicamente (Benner y Wrubel, 1989).

Situación

Benner y Wrubel (1989) utilizan el término *situación* en vez de *entorno,* ya que la *situación* transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. Utilizan los términos fenomenológicos de *estar situado* y *significado situado,* que están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. «La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella» (Benner y Wrubel, 1989, p. 84). Esto significa que el pasado, el presente y el futuro de la persona, incluidos sus propios significados personales, influyen en la situación actual.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Benner (1984a) afirmó que en una situación siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica. La práctica cualificada de la enfermería sobrepasa los límites de la teoría formal. La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende, y la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero. Algunas de las afirmaciones de relación incluidas en el trabajo de Benner son:

- «El descubrimiento de supuestos, expectativas y escenarios puede poner al descubierto un área no examinada del conocimiento práctico, que puede estudiarse sistemáticamente y ampliarse o refutarse» (Benner, 1984a, p. 8).
- El conocimiento del clínico se encuentra en las percepciones, en vez de en los preceptos.
- «El conocimiento perceptivo es básico para obtener un buen juicio enfermero y... [para la experta] empieza con intuiciones vagas y valoraciones globales que al principio evitan el análisis crítico; la claridad conceptual suele aparecer después» (Benner, 1984a, p. xviii).
- Las normas formales están limitadas y se es prudente al tomar una decisión en las situaciones clínicas reales.
- El conocimiento clínico aumenta con el paso del tiempo y cada clínico desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que puede compartirse mediante el diálogo con otros clínicos.
- «La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios en las situaciones reales de práctica» (Benner, 1984a, p. 3).

FORMA LÓGICA

Mediante la investigación cualitativa descriptiva, Benner aplicó el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades a la práctica de la enfermería clínica. Siguiendo la secuencia lógica del modelo, Benner fue capaz de identificar las características de actuación y las necesidades de enseñanza-aprendizaje inherentes en cada nivel de habilidad. Cuando redactó su investigación, Benner utilizó ejemplos directamente tomados de entrevistas y observaciones de la práctica experta para ayudar al lector a formarse una imagen clara de esta práctica. Benner logró el objetivo de su investigación, que era descubrir los significados y el conocimiento implícito en la práctica cualificada. Benner (1984a) afirma que el nuevo conocimiento y la comprensión se forman articulando significados, habilidades y conocimientos previamente dados por sentado e implícitos en la práctica clínica.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Benner ha descrito la práctica de la enfermería clínica utilizando un planteamiento fenomenológico interpretativo. *From Novice to Expert* (1984a) aporta numerosos ejemplos de la aplicación de su trabajo en escenarios prácticos (Dolan, 1984; Huntsman, Lederer y Peterman, 1984; Ullery, 1984). Como se ha comentado anteriormente, el modelo ha servido para ayudar a desarrollar vías clínicas de promoción, programas de orientación para recién graduadas y seminarios para desarrollar el conocimiento clínico. Asimismo, se han celebrado simposios sobre excelencia en práctica enfermera como formación, reconocimiento y recompensa para el personal y como un medio para demostrar el desarrollo del

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

conocimiento clínico en la práctica (Dolan, 1984). Fenton (1984) explicó el uso del planteamiento de Benner en un estudio etnográfico sobre la actuación de enfermeras especialistas en enfermería clínica. Sus descubrimientos incluían la identificación y la descripción de las competencias de las enfermeras que trabajaban con un nivel avanzado de preparación. Balasco y Black (1988) y Silver (1986a, 1986b) utilizaron el modelo de Benner como base para diferenciar el desarrollo del conocimiento clínico y la progresión de la carrera profesional enfermera.

Neverveld (1990) utilizó el razonamiento y el formato de Benner para desarrollar talleres básicos y avanzados para preparar a los preceptores. Farrell y Bramadat (1990) utilizaron el análisis de casos de Benner en un proyecto educativo, en colaboración con una escuela de enfermería y un hospital universitario de atención terciaria, para mejorar la comprensión del desarrollo de las habilidades de razonamiento clínico en situaciones prácticas reales. Crissman y Jelsma (1990) aplicaron los descubrimientos de Benner para desarrollar un programa de formación cruzada y para ayudar a solventar los desequilibrios en el personal. Delimitaron objetivos específicos de actuación de la formación cruzada para la enfermera principiante, aunque también le proporcionaron apoyo para el juicio experimental necesario para su función en áreas que le son desconocidas designándole un preceptor en el área clínica. Como principiante, su objetivo es llegar a ser una principiante avanzada capaz de trabajar independientemente con una enfermera experimentada dispuesta a ayudarla.

Benner es una autora muy citada en la bibliografía enfermera relacionada con los problemas de la práctica enfermera y con la función del cuidado en esta práctica. Continúa avanzando en la comprensión del conocimiento implícito en situaciones clínicas a través de sus publicaciones (Benner 1985a, 1985b, 1987; Benner y Tanner, 1987; Benner, et al., 1996; Benner et al., 1999). Durante la década de 1980 Benner editó una serie de ejemplos clínicos en el American Journal of Nursing. (Véase este capítulo en la quinta edición de este libro [2002].) En 2001, empezó a editar una serie llamada «Current Controversies in Critical Care» en la *American Journal of Critical Care.* (Véase el listado de Journals en la bibliografía de este capítulo.) Como se ha explicado anteriormente, el trabajo de Benner con el National Council of State Boards of Nursing es una gran contribución para la identificación de errores y la mejora de la seguridad de la práctica de enfermería (Benner et al., 2002; Benner y Malloch, 2010).

Formación

Benner (1982) ha criticado el concepto de las pruebas basadas en la competencia comparándolas con la complejidad de los estadios eficiente y experto descritos en el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades y las 31 competencias descritas en el proyecto AMICAE (Benner, 1984a). En resumen, afirmó: «Las pruebas basadas en la competencia parecen funcionar únicamente en las áreas menos situacionales e interaccionales del cuidado del paciente, donde la conducta puede definirse bien y las variaciones del paciente y la enfermera no modifican los criterios de actuación» (1982, p. 309).

Fenton (1984, 1985) aplicó los dominios de la práctica de la enfermería clínica como la base para estudiar la actuación cualificada de enfermeras clínicas especialistas (CNS). En su análisis verificó que las CNS estudiadas demostraron competencias comunes con las actuaciones de las enfermeras expertas recogidas en el proyecto AMICAE. También identificó otras áreas de actuación cualificada de las CNS, como el papel consultor, y definió cinco categorías preliminares pertinentes para la valoración de los programas educativos en el programa de graduado. Entre estas categorías hay dilemas éticos, clínicos y políticos, posiciones que fomentan el éxito o el fracaso y conocimiento nuevo que mezcla lo empírico y lo teórico.

Según Barnum (1990), la mayor contribución de Benner a la formación enfermera no consiste en el desarrollo de los siete dominios de la práctica enfermera, sino en el «descubrimiento de la utilidad del modelo de Dreyfus para describir el aprendizaje y el pensamiento de nuestra disciplina» (p. 170). Como consecuencia de la aplicación de Benner del modelo de Dreyfus, las profesoras de enfermería se han dado cuenta de que las necesidades de aprendizaje en los primeros estadios del desarrollo del conocimiento clínico son diferentes de las requeridas en los estadios posteriores. Estas diferencias deben considerarse y valorarse para elaborar el programa educativo apropiado para los conoci-

mientos de los estudiantes… Si bien algunas enfermeras han llegado a apreciar el conocimiento que se desarrolla en la práctica, otras ven que las teorías existentes que se enseñan en la universidad son útiles en las aplicaciones de la práctica enfermería.

En *Expertise in Nursing Practice*, Benner et al. (1996) destacan la importancia de aprender las habilidades de la implicación y el cuidado por medio de la experiencia práctica, la articulación del conocimiento con la práctica y el uso de descripciones en la formación de enfermeras no graduadas. Este trabajo proporciona más apoyo a la tesis de que puede ser mejor asignar una enfermera recién graduada a una enfermera competente que le podrá explicar la práctica enfermera de modo que la principiante pueda comprenderla, más que la experta, cuyo conocimiento intuitivo no resultará útil a las principiantes que no poseen la práctica experta para dominar una situación.

En *Clinical Wisdom in Critical Care*, Benner et al. (1999) prestan más atención al aprendizaje a partir de la experiencia y presentan esta obra como una guía para la enseñanza. Asimismo, acompañan el libro con un CD-ROM con gran nivel de interactividad (Benner et al., 2001). Benner, Sutphen, Leonard y Day (2008) publicarán próximamente los resultados de un estudio nacional de formación en enfermería, concluido recientemente. Benner explicó que el estudio se diseñó para identificar y describir «modelos pedagógicos» que optimizan la capacidad de la enfermera de afrontar los retos de la enfermería surgidos durante los últimos 30 años desde el último estudio nacional de formación en enfermería (Schwartz, 2005).

Investigación

El anterior ejemplo de Fenton (1984, 1985) presentaba una aplicación de la investigación educativa. Lock y Gordon (1989), antropólogos médicos que habían participado en el proyecto AMICAE como ayudantes de investigación, ampliaron el estudio para incluir los modelos formales utilizados en la práctica enfermera y la medicina. Ellos llegaron a la conclusión de que los modelos formales sirven como guías para dirigir el cuidado y que pueden sustituir el conocimiento de modo adecuado. Gordon (1984) advierte que se utilizan mal los modelos formales cuando las enfermeras aplican los modelos sin una valoración, cuando utilizan los modelos para ejercer el control, cuando utilizan el lenguaje de los modelos que puede ocultar los significados o cuando no entienden el significado de los modelos. Por último, «los modelos formales deben utilizarse con prudencia», como herramientas, y no deben eclipsar los aspectos intuitivos, holísticos y relacionales de la enfermería (p. 242).

DESARROLLOS POSTERIORES

La filosofía de Benner de la práctica de la enfermería clínica ha proporcionado definiciones y descripciones detalladas de los conceptos de la práctica enfermera. A partir de estas descripciones situadas, se han elaborado las competencias de los siete dominios de la práctica enfermera real (Benner, 1984a). A éstos se han añadido nueve dominios más para la práctica de la enfermería de cuidados intensivos (Benner et al., 1999) y se han modificado competencias y dominios para reflejar la práctica avanzada de las enfermeras (Brykczynski, 1999; Fenton, 1984, 1985; Fenton y Brykczynski, 1993). En estas actuaciones contextualizadas, las descripciones son holísticas o sintéticas, no procesales ni elementales.

Las competencias de cada dominio no se consideran como una lista completa. El planteamiento interpretativo basado en una situación para describir la práctica enfermera supera algunos de los problemas del reduccionismo... y solventa el problema de las descripciones generales basadas en las categorías del proceso enfermero (Benner, 1984a). En investigaciones recientes, Benner (1992) ha examinado la función de las descripciones para comprender la noción de un cuidado ético o adecuado en la práctica experta de la enfermería clínica. «Los recuerdos descriptivos de un hecho real específico dan lugar a un conocimiento práctico y a un comportamiento implícito, completo, con respuestas emocionales a situaciones. Estos recuerdos pueden evocar ideas sensoriales o perceptivas que potencian el reconocimiento del patrón» (p. 16).

Dunlop (1986) ha estudiado la bibliografía enfermera relacionada con la ciencia del cuidado. Este autor distinguió entre la ciencia para el cuidado y la ciencia del cuidado. Afirmó: «Una ciencia del cuidado significa que el cuidado puede llevarse a cabo como un conjunto de conductas,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que pueden observarse, contarse o medirse» (p. 666). Benner utilizó la forma hermenéutica para descubrir el conocimiento de la práctica de la enfermería clínica. Dunlop afirmó: «Mientras se realiza esta acción, también se está descubriendo el cuidado enfermero que está profundamente entrelazado» (p. 668). Asimismo, Dunlop observó que, aunque es útil, «no nos proporciona verdades universales sobre el cuidado en general o sobre el cuidado enfermero específico y, naturalmente, no tiene esta pretensión» (p. 668).

CRÍTICA

Simplicidad

Benner ha desarrollado registros interpretativos y descriptivos de la práctica de la enfermería clínica. Los conceptos son los niveles de práctica cualificada del modelo de Dreyfus, incluidas la principiante, la principiante avanzada, la competente, la eficiente y la experta. Benner utilizó los cinco conceptos para describir la práctica enfermera a partir de las entrevistas, de las observaciones y del análisis de las transcripciones de los ejemplos que proporcionan las enfermeras. Con estas descripciones, se identificaron una serie de competencias que se agruparon en siete dominios de la práctica enfermera, según las intenciones y los significados comunes (Benner, 1984a). El estudio de Benner et al. (1996) sobre enfermería de cuidados intensivos exploró la diferenciación de niveles de práctica en profundidad y, como se ha comentado anteriormente, indicó que las enfermeras de diferentes niveles viven en mundos diferentes en el sentido heideggeriano. El proyecto de investigación para la articulación continua de Benner ha dado lugar a nueve dominios en la práctica de la enfermería de cuidados intensivos (Benner et al., 1999). El modelo es relativamente sencillo con respecto a los cinco estadios de adquisición de habilidades, y proporciona una guía comparativa para identificar los niveles de la práctica enfermera a partir de las descripciones y observaciones individuales de las enfermeras en la práctica real. Las interpretaciones se verifican por consenso.

En los subconceptos para diferenciar entre los niveles de competencia y de necesidad para identificar los significados y las intenciones, existe un grado de complejidad. Esta aproximación interpretativa está diseñada para superar las barreras del planteamiento racional-técnico en cuanto al estudio y la descripción de la práctica. Aunque es posible proporcionar una descripción sin contexto (objeto) de la actuación en el nivel de principiante, la descripción de la actuación del nivel de experta sería difícil, si no imposible, y de utilidad limitada por los límites de ser tratada como un objeto. Es decir, el problema filosófico de la regresión infinita debería encontrarse al intentar especificar todos los aspectos de la práctica experta de manera objetiva. Además, se requiere una comprensión holística de la situación concreta para una ejecución experta.

Generalidad

El modelo de adquisición de habilidades de principiante a experto tiene características universales; es decir, no se ve limitado por la edad, la enfermedad, la salud o la ubicación de la práctica enfermera. Sin embargo, las características de la universalidad teórica implican propiedades operacionales para la predicción que no forman parte de esta perspectiva. Naturalmente, esta perspectiva fenomenológica critica los límites de la universalidad cuando se estudian prácticas humanas. El modelo interpretativo de la práctica enfermera puede aplicarse universalmente como un marco, pero las descripciones son limitadas según las situaciones reales de enfermería clínica a partir de las que se elaboran. Su uso depende de lo que se entienda con los cinco niveles de competencia y la capacidad de identificar las intenciones características y los significados inherentes en cada nivel de la práctica.

Aunque el conocimiento clínico es relacional y contextual e implica aspectos locales, específicos e históricos, en términos de traslación de significados a situaciones similares es generalizable (Guba y Lincoln, 1982). Para captar los aspectos contextuales y relacionales de la práctica, Benner utiliza narraciones de situaciones clínicas reales y sostiene que este enfoque permite que el lector reconozca propósitos y significados similares, aunque las circunstancias objetivas puedan ser bastante distintas. A continuación, se presenta un ejemplo de generalización o transferabilidad tal como se utiliza aquí: al leer o escuchar una narración sobre una enfermera en contacto con una familia cuyo hijo se está muriendo, a otras enfermeras pueden relacionarles los conocimientos y los significados ligados a experiencias que pueden haber tenido con familias

de pacientes de cualquier edad que se estaban muriendo.

Precisión empírica

El modelo se demostró utilizando métodos cualitativos; se elaboraron inductivamente 31 competencias, siete dominios de la práctica enfermera y nueve dominios de la práctica enfermera de cuidados intensivos. Las investigaciones posteriores sugieren que el marco es aplicable y útil para proporcionar el conocimiento de la descripción de la práctica enfermera. Este enfoque del desarrollo del conocimiento respeta la primacía del cuidado y la ética central del cuidado y la responsabilidad implícita en la práctica enfermera experta, que no destaca si sólo escogemos estrategias científicas, técnicas y organizativas para legitimar el cuidado enfermero experto (Benner, 1999).

El uso de un proceso cualitativo alternativo de descubrimiento del conocimiento enfermero dificulta tratar todo el trabajo de Benner en un marco racional-empírico para la crítica. Mientras la ciencia positivista busca teorías para aplicarlas en la práctica con un enfoque cuantitativo, la aproximación cualitativa interpretativa describe la práctica enfermera experta con ejemplos. El trabajo de Benner parece generar hipótesis, en vez de demostrarlas. Benner no proporciona una práctica de la enfermería universal, pero ofrece una metodología para descubrir y entrar en el significado situado del cuidado enfermero experto. Altmann (2007) señaló que gran parte de las críticas del trabajo de Benner se deben a una interpretación errónea de su filosofía como teoría y a una valoración de su investigación cualitativa con parámetros cuantitativos.

Consecuencias deducibles

Aunque la acogida internacional de *From Novice to Expert* (1984a) por parte de las enfermeras clínicas fue entusiasta, algunas académicas y administradoras lo interpretaron inicialmente como una promoción del tradicionalismo y una devaluación de la educación y la teoría para la práctica enfermera (Christman, 1985). La interpretación del significado y del nivel de la práctica enfermera de Benner suscita dudas entre los investigadores objetivos que buscan precisión y control. Se ha desarrollado un debate continuo con interpretaciones cognitivas de los conceptos de experiencia e intuición de Benner (Benner, 1996b; Cash, 1995; Darbyshire, 1994; English, 1993; Paley, 1996). Sin embargo, nunca se tuvo intención de operacionalizar y objetivar estos conceptos fenomenológicos.

La perspectiva de Benner es fenomenológica, no cognitiva. Ella afirma que: «El juicio clínico y las prácticas de cuidado requieren una atención específica para cada paciente a lo largo del tiempo, considerando los cambios y lo que se ha aprendido. En esta visión del juicio clínico, se unen el conocimiento práctico y la acción experta» (Benner, 1999, p. 316). La fuerza del modelo de Benner estriba en el hecho de que la investigación basada en datos contribuye a la ciencia de la enfermería (Darbyshire, 1994). La importancia de los descubrimientos de Benner se expresa en la conclusión de que «el conocimiento clínico de una enfermera depende de hasta qué punto sus habilidades enfermeras marcan una diferencia en el cuidado y los resultados del paciente» (Benner y Wrubel, 1982, p. 11).

La generalización se aborda por medio del conocimiento de los significados, habilidades, prácticas y capacidades comunes, no por medio de normas generales que explican y predicen. Estos significados, habilidades y prácticas comunes están socialmente implícitos en las escuelas, la práctica y la tradición de la enfermería. El conocimiento implícito en la práctica de la enfermería clínica debe hacerse público para profundizar en la comprensión de la práctica enfermera. Benner (1984a) cree que la amplitud y la complejidad de la práctica enfermera son demasiado grandes para las que confiar en visiones idealizadas y descontextualizadas de la práctica o de los experimentos. Benner (1992) ha afirmado: «La búsqueda platónica para alcanzar una norma general de modo que podamos ir más allá de las especificidades de la experiencia fue un error... Podemos corregirlo si basamos las teorías en una experiencia no preparada, específica y moral, y si reconocemos que el comportamiento ético habilidoso nos exige que no estemos por encima de la experiencia, sino que aprendamos de ésta» (p. 19).

Con el planteamiento interpretativo, las generalizaciones posibles se representan mediante ejemplos que demuestran las intenciones y los aspectos relevantes para el conocimiento clínico. Este planteamiento cuestiona la aplicabilidad y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la importancia de los planteamientos comunes utilizados para la universalidad o la generalización en la física y en las ciencias naturales, y proclama que la base para la generalización en el conocimiento clínico no puede ser estructural o mecánica; debe partir de significados y prácticas comunes. Las estrategias para la generalización en la práctica clínica se basan en el conocimiento, la intención, el contenido y la noción cualificada de un buen conocimiento clínico descritos con ejemplos que ilustren la función de la situación.

Benner afirma que las enfermeras deben superar los límites de las descripciones sujeto-objeto. Su intención es que «se expliquen más historias públicamente» para verificar la enfermería como una práctica del cuidado ético y que «se amplíen, alteren y preserven las distinciones y los intereses» (Benner, 1992, pp. 19-20). Benner (1996a) constató: «Hemos pasado por alto las historias de las enfermeras que ejercen y que demuestran que la compasión puede ser sabia y, a largo plazo, menos cara que los tecnocuidados *defensivos*» (pp. 35-36). El trabajo de Benner es útil, ya que enmarca la práctica enfermera en el contexto real de la enfermería, en vez de utilizar descripciones teóricas idealizadas.

RESUMEN

Benner busca afirmar y restablecer las prácticas de atención enfermera durante una época en la que las enfermeras eran más recompensadas por la eficacia, las habilidades técnicas y los resultados medibles. Mantiene que las prácticas de cuidados están imbuidas de conocimiento y habilidades sobre las necesidades cotidianas del ser humano y que, para ser experimentadas como atención, estas prácticas deberían estar en armonía con la persona concreta a la que se atiende y con la situación particular que se trata. La filosofía de Benner de la práctica enfermera es una perspectiva emergente dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas. Su esperanza, expresada en el prefacio de *From Novice to Expert* (1984a), donde dice que los dominios y las competencias no deberían definirse mediante constructores de sistemas, parece haberse hecho realidad en gran medida, dado que quienes han buscado la aplicación de estos conceptos han respetado la base contextual sobre la que se basaban.

Benner mantiene que hay una excelencia y un dominio en la práctica enfermera que pueden hacerse visibles a través de lo que ella describe como *investigación de la articulación*. La esencia de esta propuesta de investigación son unas descripciones complejas y matizadas de contextos situacionales que disponen que los datos se recojan a través de un diálogo basado en la situación y de una observación de la práctica real. El contexto situacional guía la interpretación de los significados, de manera que hay acuerdo entre los intérpretes. Se trata de una propuesta holística que destaca la identificación y la descripción de significados implícitos en la práctica clínica. La propuesta holística se mantiene a través del proceso de investigación, desde el principio hasta el final. El contexto situacional se mantiene a medida que las narraciones se interpretan a través del diálogo entre investigadores y clínicos.

Caso clínico

Se ha escogido un estudio de caso del proyecto que esta autora dirigió como parte de un proceso de mejora del servicio clínico enfermero (Brykczynski, 1993-1995, 1998) para ilustrar cómo puede aplicarse al desarrollo del conocimiento en la práctica de la enfermería clínica. Este proyecto se llevó a cabo para identificar y describir las prácticas enfermeras del personal experto en nuestro centro. Se obtuvieron ejemplos y se dirigieron observaciones participantes para obtener textos que, posteriormente, se interpretaron mediante el proceso fenomenológico de interpretación de Benner (Benner, 1984a, 1994). En la fase final de los análisis de datos, se incorporaron los dominios y las competencias de la práctica enfermera de Benner (Benner, 1984a) como marco interpretativo. Un aspecto crítico del uso de la propuesta de Benner consiste en comprender que los dominios y las competencias forman un marco interpretativo dinámico en evolución, que se utiliza para interpretar la recogida de datos. Inicialmente no se

utilizan como marco teórico abstracto legal que podría limitar el estudio.

La enfermera que describió esta situación tenía aproximadamente 8 años de experiencia en cuidados intensivos, y apuntó que era importante para su práctica porque le enseñó a integrar los cuidados de una familia en crisis junto con los cuidados de un paciente gravemente enfermo. Éste era un caso paradigmático para la enfermera, que aprendió muchas cosas con él que le influyeron en su práctica futura. La Sra. Walsh es el seudónimo para una mujer de 70 años que se hallaba en estado grave después de repetir una cirugía de derivación de la arteria coronaria (CABG). Su familia había estado cerca cuando ella fue sometida a la primera intervención CABG. Se habían ido de la ciudad, pero volvieron a nuestro centro, donde se llevó a cabo con éxito la primera intervención quirúrgica. La Sra. Walsh permaneció gravemente enferma e inestable unas semanas antes de su muerte. Su familia estaba muy ansiosa a causa de su estado inestable y de su empeoramiento y durante las primeras semanas siempre había un miembro de la familia con ella, las 24 horas del día.

La enfermera estuvo implicada con esta familia mientras la Sra. Walsh todavía se hallaba en el quirófano, porque los familiares estaban muy ansiosos a causa de que el procedimiento duraba más que la primera vez que se lo realizaron, e hicieron repetidas llamadas a la unidad de cuidados intensivos preguntando por la paciente. La enfermera esperó con la familia y se ofreció a ir al quirófano para hablar con el cirujano cardíaco para informar mejor a la familia sobre el estado de su madre.

Una de las cosas útiles que la enfermera hizo para ayudar a esta familia fue establecer un grupo de referencia de enfermeras para trabajar con la Sra. Walsh, de manera que los familiares podían tener más confianza en los cuidados que recibía su madre. Esto permitió que los familiares salieran del hospital durante cierto tiempo para poder descansar. La enfermera explicó que ésta era una familia cuyos miembros eran de buena posición, educados y bien informados, y que venían con una lista de preguntas. Un grupo de referencia de enfermeras familiarizado con la situación particular de la Sra. Walsh ayudó tanto a los familiares como a las enfermeras a estar más satisfechos y menos ansiosos. La familia estableció una relación estrecha con las tres enfermeras que atendían a la Sra. Walsh y compartieron detalles sobre ella y sobre su vida.

La enfermera explicó que en esa unidad de cuidados intensivos había la costumbre de no implicar a los familiares en los cuidados. Ella rompió con esta costumbre cuando respondió a los sentimientos de impotencia del hijo y de la hija, enseñándoles cosas sencillas que podrían hacer por su madre. Aprendieron a proporcionarle algunos cuidados básicos, como bañarla. La enfermera reconoció que la implicación de los familiares en el cuidado directo de un paciente gravemente enfermo es compleja y requiere conocimiento y sensibilidad. Considera que hay un proceso de desarrollo cuando las enfermeras aprenden a trabajar con las familias.

Observó que cuando una enfermera tiene mucha experiencia y se siente muy cómoda con habilidades muy técnicas, estar en la habitación donde se proporcionan los cuidados es satisfactorio para los familiares. Advirtió que la observación directa por parte de los familiares ansiosos podía ser desconcertante para quienes estuvieran inseguros respecto a sus capacidades cuando los familiares preguntaban cosas como: «¿Por qué hace esto? "Tal y cual" enfermeras lo hacen distinto». Comentó que las enfermeras aprenden a ser flexibles y a reajustar las prioridades. Debían ser capaces de posponer ciertas cosas que no precisaban hacerse para proporcionar cierto tiempo de los familiares con la paciente. Una de las cosas que la enfermera hizo para coordinar los cuidados fue quedar con la familia para ver qué momentos eran mejores para ellos y después puso «tiempo con la familia» en el programa de actividades de la paciente para comunicar el plan a las demás personas implicadas en el cuidado de la Sra. Walsh.

Cuando la Sra. Walsh murió, su hijo y su hija quisieron participar en la preparación de su cuerpo. Esto nunca se había hecho en esta unidad, pero después de comprobar que no había ninguna norma que lo prohibiese, la enfermera les invitó a participar. Apagaron las luces, cerraron las puertas y pusieron música; la enfermera, la hija y el hijo de la paciente lloraron juntos mientras preparaban a la Sra. Walsh para que se la llevaran al depósito de cadáveres. La enfermera se ocupó de todas las vías intravenosas,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mientras sus hijos la bañaron. La enfermera dio testimonio de la sutilidad con que sintonizó su capacidad de implicación con esta familia cuando explicó que, al principio, se sintió incómoda porque pensaba que el hijo y la hija estarían este tiempo solos con su madre. Después se dio cuenta de que, en realidad, ellos querían que ella estuviera con ellos. Esta situación le enseñó que las familias de pacientes muy enfermos también necesitan cuidados. La enfermera explicó que éste era un caso paradigmático para motivarla a adoptar un rol CNS, ampliando su área de influencia sobre sus pacientes durante su turno a otros turnos, otros pacientes y otras familias y otras disciplinas.

Dominio: el rol de ayuda de la enfermera

Este ejemplo muestra el significado y la intención de diversas competencias en este dominio, en concreto creando un clima de curación y proporcionando apoyo emocional e informativo a las familias de los pacientes (Benner, 1984a). La incorporación de la familia como participante en los cuidados de un paciente gravemente enfermo requiere un alto nivel de habilidad que no puede desarrollarse hasta que la enfermera se siente competente y con confianza en las habilidades técnicas de los cuidados intensivos. Esta enfermera tenía muchos años de experiencia en esta unidad y vio que proporcionar cuidados a su madre era tan importante para estos hijos que rompió la costumbre en su unidad y les enseñó a tomar medidas básicas de comodidad e higiene. La enfermera explicó que las demás enfermeras de la unidad de cuidados intensivos mantenían la creencia de que la implicación activa de la familia en los cuidados estaba totalmente fuera de lugar. Una creencia de este tipo se basa en preocupaciones respecto a la seguridad del paciente y a la eficacia de los cuidados; incluso impiden que la familia se implique totalmente en la relación de cuidado. Esta enfermera demostró coraje moral, compromiso con el cuidado y poder de comunicación para ir contra la costumbre de la unidad de excluir a los familiares del cuidado directo. Tenía 8 años de experiencia en esta unidad y sus compañeras la respetaban, de manera que fue capaz de cambiar la práctica empezando con esta situación familia-paciente e implicando a las otras dos enfermeras que trabajaban con ella.

La investigación de Chesla (1996) señala un vacío entre la teoría y la práctica respecto a la inclusión de las familias en los cuidados del paciente. Eckle (1996) estudió la presencia de la familia con niños en situaciones de urgencia y concluyó que, en momentos de crisis, las necesidades de las familias deben atenderse para proporcionar un cuidado eficaz y compasivo. La práctica de incluir a la familia en los cuidados resultó muy significativa en el texto de dicho estudio. Se definió como competencia adicional en el dominio llamado *el rol de ayuda de la enfermera* y se nombró *extremar el rol de la familia en el cuidado* (Brykczynski, 1998). La intención de esta competencia es valorar cada situación a medida que surge y se desarrolla, de manera que la implicación de la familia en el cuidado pueda dirigirse adecuadamente a las necesidades específicas de la familia-paciente y no estén excluidos de la implicación ni participen de manera impuesta.

Este ejemplo muestra cómo la propuesta de Benner es dinámica y específica para cada situación. La creencia de que estar en armonía con la implicación de la familia en el cuidado es un proceso de desarrollo está apoyada por la descripción de Nuccio et al. (1996) de este aspecto del cuidado en el CPDM en su institución. Ellos observaron que las enfermeras principiantes empiezan reconociendo sus sentimientos asociados con los cuidados centrados en la familia, mientras que las enfermeras expertas desarrollan propuestas creativas para incluir a los pacientes y a las familias en el cuidado. Posteriormente, Levy (2004) delimitó el proceso complejo de sintonización de la colaboración de la enfermera con las familias en la unidad de cuidados intensivos en su estudio fenomenológico interpretativo, que articula las prácticas de enfermeras con niños quemados y sus familias.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Describa situaciones clínicas de la propia experiencia o que haya observado en algún compañero que ilustren cómo las enfermeras de diferentes niveles, desde

principiantes a expertas, implican a los pacientes y a las familias en el cuidado.

2. Comente el ejemplo clínico que se ha proporcionado en términos del abordaje de los derechos y la justicia para la toma de decisiones éticas y después describa qué añadiría la propuesta de la ética relacional a esta perspectiva. Para ayudarle a responder, puede hacer referencia al capítulo de Benner (2003): «Encontrar lo bueno detrás de lo correcto.»
3. Describa y dé ejemplos de lo que se pretende al afirmar que las prácticas, las habilidades de intervención, el juicio clínico y las habilidades de colaboración articuladas en la propuesta de Benner pueden aumentar la visibilidad de la práctica enfermera en los tres sentidos siguientes: *a)* enfermera individual, *b)* colaboradores de la enfermera y *c)* sistema de atención sanitaria.
4. Obtenga una copia de la película *A primera vista* producida por MGM en 1999. Véala e identifique ejemplos de la película que ilustren la fenomenología de cómo el terapeuta, interpretado por Val Kilmer, construyó su mundo como una persona ciega, a diferencia de cómo su pareja, interpretada por Mira Sorvino, construyó su mundo como una persona que ve. Explique cómo el terapeuta se volvió como un principiante cuando recuperó su vista, y relacione las ideas formadas a través de este ejercicio para desarrollar habilidades en la práctica enfermera.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Página web de Patricia Benner. Último acceso, 21 de marzo de 2008 en: http://www.bennerassociates.com
- Página web de Hubert Dreyfus. Último acceso, 21 de marzo 2008 en: http://socrates.berkeley.edu/~hdreyfus
- The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Professional and Graduate Education. Último acceso, 21 de marzo de 2008 en: http://www.carnegiefoundation.org
- Brykczynski, K. A. (2002). Benner's philosophy in nursing practice. En M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). *Nursing theory utilization & application* (2.ª ed., pp. 123-148). San Luis: Mosby.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Commemorative edition.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. (Reedición del trabajo original de 1984.)
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). *From beginner to expert: Clinical knowledge in critical care nursing* [vídeo]. Nueva York: Helene Fuld Trust Fund. Disponible a través de FITNE, Inc. en: http://www.fitne.net/

REFERENCIAS

Alberti, A. M. (1991). Advancing the scope of primary nurses in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 5*(3), 44-50.

Altmann, T. K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? *Contemporary Nurse*, *25*(1-2), 114-123.

Alvsvåg, H. (2010). Kari Martinsen: Philosophy of caring. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed.). St. Louis: Mosby, 165-189).

Aristotle (1985). *Nicomachean ethics* [T. Irwin, Trans.]. Indianapolis: Hackett.

Balasco, E. M., & Black, A. S. (1988). Advancing nursing practice: Description, recognition, and reward. *Nursing Administration Quarterly*, *12*(2), 52-62.

Barnum, B. (1996). Foreword. In P. Benner, C. Tanner, & C. Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring clinical judgment, and ethics.* New York: Springer.

Barnum, B. J. (1990). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation.* Glenview, IL: Scott, Foresman.

Benner, P. (1982 May). Issues in competency-based training. *Nursing Outlook*, *20*(5), 303-309.

Benner, P. (1983). Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *15*(2), 36-41.

Benner, P. (1984a). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Benner, P. (1984b). *Stress and satisfaction on the job: Work meanings and coping of mid-career men.* New York: Praeger.

Benner, P. (1985c). The oncology clinical nurse specialist: An expert coach. *Oncology Nursing Forum*, *12*(2), 40-44.

Benner, P. (1985). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *ANS Advances in Nursing Science*, *8*(1), 1-14.

Benner, P. (1987, Sept.). A dialogue with excellence. *American Journal of Nursing*, *87*(9), 1170-1172.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Benner, P. (1992). The role of narrative experience and community in ethical comportment. *ANS Advances in Nursing Science*, *14*(2), 1-21.

Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp. 99-126). Thousand Oaks, CA: Sage.

Benner, P. (1996a). Embodiment, caring and ethics: A nursing perspective: The 1995 Helen Nahm lecture. *The Science of Caring*, *8*(2), 30-36.

Benner, P. (1996b). A response by P. Benner to K. Cash. Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, *33*(6), 669-674.

Benner, P. (1999). Claiming the wisdom and worth of clinical practice. *Nursing and Health Care Perspectives*, *20*(6), 312-319.

Benner, P. (2000). The quest for control and the possibilities of care. In M. A. Wrathall & J. Malpas (Eds.), *Heidegger, coping and cognitive science: Essays in honor of Hubert L. Dreyfus* (*vol 2,* pp. 293-383)., Cambridge, MA: M. I. T. Press.

Benner, P. (2003). Finding the good behind the right: A dialogue between nursing and bioethics. In F. G. Miller, J. C. Fletcher, & J. M. Humber (Eds.), *The nature and prospect of bioethics: Interdisciplinary perspectives* (pp. 113-139). Totowa, NJ: Humana Press.

Benner, P., & Benner, R. V. (1979). *The new nurses' work entry: A troubled sponsorship.* New York: Tiresias.

Benner, P., & Benner, R. V. (1999). The clinical practice development model: Making the clinical judgment, caring and collaborative work of nurses visible. In B. Haag-Heitman (Ed.), *Clinical practice development: Using novice to expert theory* (pp. 17-42). Gaithersburg, MD: Aspen.

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom in critical care: A thinking-in-action approach.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Benner, P., & Kramer, M. (1972 Jan.). Role conceptions and integrative role behavior of nurses in special care and regular hospital nursing units. *Nursing Research*, *21*(1), 20-29.

Benner, P., & Malloch, K., with, M.Ferrell (Ed.). (2010). *Nursing pathways for patient safety.* Philadelphia: Elsevier International Press.

Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, *32*(10), 509-523.

Benner, P., Stannard, D., & Hooper-Kyriakidis, P. (2001). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach* (CD-ROM). Philadelphia: W. B. Saunders.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2008). *Educating nurses: Teaching and learning in a complex practice of care.* The Carnegie Foundation for the Achievement of Teaching. 2008 Marion Woodward Lecture. Vancouver: University of British Columbia.

Benner, P., & Tanner, C. (1987, Jan.). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, *87*(1), 23-31.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, *14*(3), 13-28.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics.* New York: Springer.

Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled clinical knowledge: The value of perceptual awareness. *Nurse Educator*, *7*(3), 11-17.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Brykczynski, K. A. (1985). Exploring the clinical practice of nurse practitioners. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International, 46.* 3789B. (University Microfilms No. DA8600592.)

Brykczynski, K. A. (1993-1995). Principal investigator. Developing a profile of expert nursing practice. Project of the UTMB Nursing Service Task Force studying expert nursing practice, supported by UTMB Joint Ventures. Galveston, TX: University of Texas Medical Branch.

Brykczynski, K. A. (1998). Clinical exemplars describing expert staff nursing practice. *Journal of Nursing Management*, *6*, 351-359.

Brykczynski, K. A. (1999). An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *13*(2), 141-166.

Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, *32*(6), 527-534.

Chesla, C. A. (1996). Reconciling technologic and family care in critical-care nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *28*(3), 199-203.

Christman, L. (1985). [Review of From Novice to Expert (1984) by Patricia Benner.] *Nursing Administration Quarterly*, *9*(4), 87-89.

Clifford, J. (1999). Foreword. In P. Benner, P. Hooper-Kyriakidis, & D. Stannard (Eds.), *Clinical wisdom in critical care: A thinking-in-action approach.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Crissman, S., & Jelsma, N. (1990). Cross-training: Practicing effectively on two levels. *Nursing Management*, *21*(3), 64a-64h.

Darbyshire, P. (1994). Skilled expert practice: Is it "all in the mind"? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 755-761.

Day, L., & Benner, P. (2002). Ethics, ethical comportment, and etiquette. *American Journal of Critical Care*, *11*(1), 76-79.

Dilthey, W. (1976). *Selected writings.* [H. P. Rickman, Trans. & Ed.] London: Cambridge University Press. (Original work published 1833-1911.)

Dolan, K. (1984). Building bridges between education and practice. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 275-284). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Dreyfus, H. L. (1979). *What computers can't do.* New York: Harper & Row.

Dreyfus, H. L. (1991). *Being-in-the-world: A commentary on being and time dimension. I.* Cambridge, MA: M. I. T. Press.

Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine.* New York: The Free Press.

Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1996). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In P. Benner, C. Tanner, & C. Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (pp. 29-47). New York: Springer.

Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980, Feb.). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition.* Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research, USAF (Contract F49620-79-c-0063). Berkeley, CA: University of California, Berkeley.

Dunlop, M. J. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*, *11*, 661-670.

Dunne, J. (1993). *Back to the rough ground: Practical judgment and the lure of technique.* Notre Dame. IN: Indiana University Press.

Eckle, N. J. (1996). Family presence—Where would you want to be? *Critical Care Nurse*, *16*(1), 102.

English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: A critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 387-393.

Farrell, P., & Bramadat, I. J. (1990). Paradigm case analysis and stimulated recall: Strategies for developing clinical reasoning skills. *Clinical Nurse Specialist*, *4*(3), 153-157.

Fenton, M. V. (1984). Identification of the skilled performance of master's prepared nurses as a method of curriculum planning and evaluation. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 262-274). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Fenton, M. V. (1985). Identifying competencies of clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Administration*, *15*(12), 31-37.

Fenton, M. V., & Brykczynski, K. A. (1993). Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, *9*(6), 313-326.

Gadamer, G. (1970). *Truth and method.* London: Sheer & Ward.

Gaston, C. (1989). Inservice education: Career development for South Australian nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *6*(4), 5-9.

Gordon, D. R. (1984). Research application: Identifying the use and misuse of formal nursing models in nursing practice. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 225-243). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Gordon, D. R. (1986). Models of clinical expertise in American nursing practice. *Social Science and Medicine*, *22*(9), 953-961.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communications and Technology Journal*, *30*, 233-252.

Hamric, A. B., Whitworth, T. R., & Greenfield, A. S. (1993). Implementing a clinically focused advancement system. *Journal of Nursing Administration*, *23*(9), 20-28.

Heidegger, M. (1962). *Being and time.* [J. MacQuarrie & E. Robinson, Trans.] New York: Harper & Row.

Henderson, V. (1989). Foreword. In P. Benner & J. Wrubel (Eds.), *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Huntsman, A., Lederer, J. R., & Peterman, E. M. (1984). Implementation of staff nurse III at El Camino Hospital. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 244-257). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Kierkegaard, S. (1962) *The present age.* [A. Dur, Trans.] New York Harper & Row.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, *88*, 251-258.

Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Lazarus, R. S. (1985). The trivialization of distress. In J. C. Rosen & L. J. Solomon (Eds.), *Preventing health risk behaviors and promoting coping with illness* (vol 8, pp. 279-298). Hanover, NH: University Press of New England.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisals and coping.* New York: Springer.

Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's healing. *Qualitative Health Research*, *13*(10), 1-21.

Lindeke, L. L., Canedy, B. H., & Kay, M. M. (1997). A comparison of practice domains of clinical nurse specialists and nurse practitioners, *Journal of Professional Nursing*, *13*(5), 281-287.

Lock, M., & Gordon, D. R. (Eds.). (1989). *Biomedicine examined.* Boston, MA: Kluwer Academic.

Løgstrup, K. E. (1995a). *Metaphysics* (vol I; R. L. Dees, Trans.). Milwaukee, WI: Marquette University Press.

Løgstrup, K. E. (1995b). *Metaphysics* (vol II; R. L. Dees, Trans.). Milwaukee, WI: Marquette University Press.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Løgstrup, K. E. (1997). *The ethical demand* (with introduction by A. Maclntyre & H. Fink). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
Lynaugh, J. (1999). Foreword. In P. Benner, P. Hooper-Kyriakidis, & D. Stannard (Eds.), *Clinical wisdom in critical care: A thinking-in-action approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.
MacIntyre, A. (1981). *After virtue: a study in moral theory*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame.
MacIntyre, A. (1999). *Dependent rational animals: Why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court.
Martin, L. L. (1996). *Factors affecting performance of advanced nursing practice.* [Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, School of Nursing.] (University Microfilms No. 9627443.)
Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception.* [C. Smith, Trans.] London: Routledge and Kegan Paul.
Neverveld, M. E. (1990, July/Aug.). Preceptorship: One step beyond. *Journal of Nursing Staff Development, 6*(4), 186-189, 194.
Nuccio, S. A., Lingen, D., Burke, L. J., Kramer, A., Ladewig, N., Raum, J., et al. (1996). The clinical practice developmental model: The transition process. *Journal of Nursing Administration, 26*, 29-37.
O'Neill, O. (1996). *Towards justice and virtue: A constructive account of practical reasoning*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
Packer, M. J. (1985). Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. *American Psychologist, 40*(10), 1081-1093.
Paley, J. (1996). Intuition and expertise: Comments on the Benner debate. *Journal of Advanced Nursing, 23*(4), 665-671.
Phillips, S. , & Benner, P. (Eds.). (1994). *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Washington, DC: Georgetown University Press.
Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
Rubin, J. (1984). *Too much of nothing: Modern culture, the self and salvation in Kierkegaard's thought.* [Unpublished doctoral dissertation.] Berkeley, CA: University of California, Berkeley.
Schwartz, A. (2005). State of nursing education. *Science of Caring, 17*(1), 12-15.
Silver, M. (1986). A program for career structure: A vision becomes a reality. *The Australian Nurse, 16*(2), 44-47.
Silver, M. (1986). A program for career structure: From neophyte to expert. *The Australian Nurse, 16*(2), 38-41.
Taylor, C. (1971). Interpretation and the sciences of man. *The Review of Metaphysics, 25*, 3-34.
Taylor, C. (1982). Theories of meaning. Dawes Hicks Lecture. Read November 6, 1980. *Proceedings of the British Academy* (pp. 283-327). Oxford, UK: University Press.
Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of modern identity*. Cambridge, MA: Harvard.
Taylor, C. (1991). *Ethics of authenticity*. Cambridge, MA: Harvard.
Taylor, C. (1993). Explanation and practical reason. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 208-231). Oxford, UK: Clarendon.
Taylor, C. (1994). Philosophical reflections on caring practices. In S. S. Phillips & P. Benner (Eds.), *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions* (pp. 174-187). Washington, DC: Georgetown University Press.
Ullery, J. (1984). Focus on excellence. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 258-261). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
Visintainer, M. (1988). [Review of the book *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness.*] *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20*(2), 113-114.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Benner, P. (2001). *From novice to expert.* [Commemorative edition.] Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. .
Benner, P. (2004). *The use of nursing narratives for reflecting on ethical and clinical judgment*. Tokyo, Japan: Shorinsha Publishers.
Gordon, S., Benner, P., & Noddings, N. (Eds.). (1996). *Caregiving readings in knowledge, practice, ethics, and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Capítulos de libros

Benner, P. (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. In D. Thomasma (Ed.), *The moral philosophy of Edmund Pellegrino* (pp. 47-61). Dordrecht, Netherlands: Kluwer.
Benner, P. (1998). When health care becomes a commodity: The need for compassionate strangers. In J. F. Kilner, R. D. Orr, & J. A. Shelly (Eds.), *The changing face of health care* (pp. 119-135). Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans.
Benner, P. (1999). Parish nursing in the context of caring practices. In A. Solari-Twaddell (Ed.). *Parish nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
Benner, P. (2001). The phenomenon of care. In S. K. Tombs (Ed.), *Handbook of phenomenology and medicine* (pp. 351-369). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
Benner, P. (2002). Learning through experience and expression: Skillful ethical comportment in nursing practice. In E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, & J. L. Kissel (Eds.), *The healthcare professional as friend and healer: Building on the work of Edmund Pellegrino* (pp. 49-64). Washington, DC: Georgetown University Press.

Benner, P. (2003). Clinical reasoning articulating experiential learning in nursing practice. In O. Slevin & L. Basford (Eds.), *Theory and practice of nursing* (2nd ed., pp. 176-186). London, UK: Nelson Thornes Ltd.

Benner, P. (2005). Stigma and personal responsibility: Moral dimensions of a chronic illness. In R. B. Purtillo, G. M. Jensen, & R. C. Brasic (Eds.) *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Philadelphia: F. A. Davis Co.

Benner, P. (2007). Experiential learning, skill acquisition and gaining clinical knowledge. In K. Obsborn, A. Wraa, A. Watson, & C. Wraa (Eds.), *Medical-surgical nursing*. Saddleback, NJ: Prentice-Hall.

Benner, P. (2007). Interpretive phenomenology. In L. M. Given (Ed.). *The Sage encyclopedia of qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Benner, P., & Leonard, V. W. (2005). Patient concerns and choices and clinical judgment in EBP. In B. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practices*. Philadelphia: Lippincott.

Benner, P., & Gordon, S. (1996). Caring practice. In S. Gordon, P. Benner, & N. Noddings (Eds.), *Caregiving, readings in knowledge, practice, ethics and politics* (pp. 40-55). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Benner, P., & Leonard, V. W. (2005). Patient concerns, choices, and clinical judgment in evidence-based practice. In B. M. Mszurek (Ed.). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (pp. 163-182).

Benner, P., & Sutphen, M. (2007). Clinical reasoning, decision-making in action: Thinking critically and clinically. In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality for nursing center for primary care, prevention, & clinical partnerships*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Artículos de revistas

Benner, P. (1996). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine*, *23*, 1-15.

Benner, P. (1996). A response by P. Benner to K. Cash, Benner expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, *33*(6), 669-674.

Benner, P. (2000). Seeing the person beyond the disease: Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, *10*(2), 60-62.

Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, *1*, 5-19.

Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *AJN*, *100*(10), 99-101. 103, 105.

Benner, P. (2001). Breathing new life into practice communities. *American Journal of Critical Care*, *10*(3), 188-190.

Benner, P. (2001). Creating a culture of safety and improvement: A key to reducing medical error. *American Journal of Critical Care*, *10*(4), 281-284.

Benner, P. (2001). Curing, caring, and healing in medicine: Symbiosis and synergy or syncretism? *Park Ridge Center Bulletin*, *23*, 11-12.

Benner, P. (2001). Death as a human passage: Compassionate care for persons dying in critical care units. *American Journal of Critical Care*, *10*(5), 355-359.

Benner, P. (2001). Developing clinical expertise in undergraduate education [in Japanese]. *Expert Nurse*, *12*(15), 107-113.

Benner, P. (2001). Seeing the person beyond the disease: Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, *10*(2), 121-124.

Benner, P. (2001). Taking a stand on experiential learning and good practice. *American Journal of Critical Care*, *10*(1), 60-62.

Benner, P. (2002). Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care*, *11*(5), 480-481.

Benner, P. (2002). Creating compassionate institutions that foster agency and respect. *American Journal of Critical Care*, *11*(2), 164-166.

Benner, P. (2002). Living organ donors: Respecting the risks involved in the "gift of life". *American Journal of Critical Care*, *11*(3), 266-268.

Benner, P. (2002). One year after September 11: Revisiting our ethical visions of freedom and justice. *American Journal of Critical Care*, *11*(6), 572-573.

Benner, P. (2003). Avoiding ethical emergencies. *American Journal of Critical Care*, *12*(1), 71-72.

Benner, P. (2003). Beware of technological imperatives and commercial interests that prevent best practices!. *American Journal of Critical Care*, *12*(5), 469-471.

Benner, P. (2003). [Book review for *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice*, J. Halpern, Ed.] *The Cambridge Quarterly for Health Care Ethics*, *12*(1), 134-136.

Benner, P. (2003). Creating a more responsible public dialogue about the social, ethical, and legal aspects of genomics. *American Journal of Critical Care*, *12*(3), 259-261.

Benner, P. (2003). Enhancing patient advocacy and social ethics: Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, *12*(4), 374-375.

Benner, P. (2003). Reflecting on what we care about: Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, *12*(2), 165-166.

Benner, P. (2004). Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *American Journal of Critical Care*, *13*(5), 426-430.

Benner, P. (2004). Listening to past leaders. *American Journal of Critical Care*, *13*(6), 510-511.

Benner, P. (2004). Nursing leaders as moral sources: In honor of Dr. Gloria Smith. *American Journal of Critical Care*, *13*(3), 242-243.

Benner, P. (2004). Relational ethics of comfort, touch and solace—Endangered arts? *American Journal of Critical Care*, *13*(4), 346-349.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Benner, P. (2004). Seeing the person beyond the disease: Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, *13*(1), 75-78.

Benner, P. (2004). The dangers of geneticism. *Journal of Midwifery and Women's Press*, May-June, *49*(3), 260-262.

Benner, P. (2005). Extending the dialogue about classification systems and the work of professional nurses. *American Journal of Critical Care*, *14*(3), 242-272.

Benner, P. (2005). Honoring the good behind rights and justice in healthcare when more than justice is needed. *American Journal of Critical Care*, *14*(2), 152-156.

Benner, P. (2005). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, *24*(3), 188-199.

Benner, P., Brennan, M. R., Sr., Kessenich, C. R., & Letvak, S. A. (1996). Critique of Silva's philosophy, science and theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *29*(3), 214-215.

Benner, P., Ekegren, K., Nelson, G., Tsolinas, T., & Ferguson-Dietz, L. (1997). The nurse as a wise, skillful and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*, *97*(11), 27-34.

Benner, P., Kerchner, S., Corless, I. B., & Davies, B. (2003). Current controversies in critical care: Attending death as a human passage: Core nursing principles for end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, *12*(6), 558-561.

Benner, P., & Sutphen, M. (2007). Learning across the professions: The clergy, a case in point. *Journal of Nursing Education*, *46*(3).

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2007). Learning to see and think like a nurse: Clinical reasoning and caring practices. *Journal of Japanese Society of Nursing Research*, *30*(1), 20-24.

Benner, P., Stannard, D., & Hooper, P. L. (1996). "Thinking-in-action" approach to teaching clinical judgment: A classroom innovation for acute care advanced practice nurses. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *1*, 70-77.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). Nurse practitioner extra: Becoming an expert nurse. (Adapted with permission from Benner, Tanner, & Chesla [Eds.]. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics.* New York Springer Publishing.) *AJN, 97*(6), Contin Care Extra Ed, 16BBB, 16DDD.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). The social fabric of nursing knowledge. (Adapted with permission from Benner, Tanner, & Chesla [Eds.]. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics.* New York Springer Publishing.) *AJN, 97*(7), Nurse Pract Extra Ed, 16BBB.

Benner, P., et al. (1996). *Survey reactions of nursing leaders: A grim prognosis for health care? AJN*, *96*(11), 43.

Brant, M., Rosen, L., & Benner, P. (1998 Nov). Nurses as skilled samaritans: The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *AJN*, *98*(4), 22-23. Contin Care Extra Ed.

Cohen, H., & Benner, P. (2002). Errors in nursing: Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *JONA*, *32*(10), 509-523.

Dracup, K., Cronenwett, L., Meleis, A., & Benner, P. (2005). Reflections on the doctorate of nursing practice. *Nursing Outlook, Jul-Aug*, *53*(4), 177-182.

Ekegren, K., Nelson, G., Tsolinas, A., Ferguson-Dietz, L., & Benner, P. (1997). The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *AJN*, *97*, 26-34.

Emami, A., Benner, P., & Ekman, S. L. (2001). A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, *12*(1), 15-24.

Emami, A., Benner, P., Lipson, J. G., & Ekman, S. L. (2001). Health as continuity and balance in life. *Western Journal of Nursing Research*, *22*, 812-825.

Fowler, M., & Benner, P. (2001). The new code of ethics for nurses: A dialogue with Marsha Fowler. *American Journal of Critical Care*, *10*(6), 434-437.

Harrington, C., Crider, M. C., Benner, P., & Malone, R. (2005). Advanced nursing training in health policy: Designing and implementing a new program. *Policy, Politics & Nursing Practice*, *6*(2), 99-108.

Puntillo, K. A., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., Stannard, D., et al. (2001). End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care*, *10*(4), 216-229.

Spichiger, E., Wallhagen, M., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *19*(4), 303-309.

Sullivan, W., & Benner, P. (2005). Challenges to professionalism: Work integrity and the call to renew and strengthen the social contract of the professions. *American Journal of Critical Care*, *14*(1), 78-84.

Weiss, S. M., Malone, R. E., Merighi, J. R., & Benner, P. (2002). Economism, efficiency, and the moral ecology of good nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, *34*(2), 95-119.

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

The following doctoral dissertations were supervised by Patricia Benner:

Boller, J. E. (2001). The ecology of exercise: An interpretive phenomenological account of exercise in the lifeworld of persons on maintenance hemodialysis. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts*

International B62/12, 5638. (University Microfilms No. 3034743.)

Brykczynski, K. A. (1985). Exploring the clinical practice of nurse practitioners. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, *46*. 3789B. (University Microfilms No. DA8600592.)

Chan, G. K. (2005). E.R.= exit required. A philosophical, theoretical, and phenomenological investigation of care at the end-of-life in the emergency department. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International B66/06*. 3054. (University Microfilms No. 3179943.

Chesla, C. A. (1988). Parents' caring practices and coping with schizophrenic offspring, an interpretive study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 49-B*. 2563. (University Microfilms No. AAD88-13331.

Cho, A. (2001). Understanding the lived experience of heart transplant recipients in North America and South Korea: An interpretive phenomenological cross-cultural study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International B62/12*. 5639. (University Microfilms No. 3034721.)

Day, L. J. (1999). Nursing care of potential organ donors: An articulation of ethics, etiquette and practice. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 60-B*. 5431. (University Microfilms No. AADAA-19951464.)

Doolittle, N. (1990). Life after stroke. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 51-B*. 1742. (University Microfilms No. AAD90-24963.)

Dunlop, M. (1990). Shaping nursing knowledge: An interpretive analysis of curriculum documents from NSW Australia. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 51-B*, 659. (University Microfilms No. AAD90-16380.)

Gordon, D. (1984). Expertise, formalism, and change in American nursing practice: A case study. Medical anthropology program. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 46-A*, 738. (University Microfilms No. AAD85-09101.)

Hartfield, M. (1985). Appraisal of anger situations and subsequent coping responses in hypertensive and normotensive adults: A comparison. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 46-B*, 4452. (University Microfilms No. AAD85-24005.)

Hooper, P. L. (1995). Expert titration of multiple vasoactive drugs in post-cardiac surgical patients: An interpretive study of clinical judgment and perceptual acuity. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 57-B*, 238. (University Microfilms No. AAD85-19614338.)

Kesselring, A. (1990). The experienced body, when taken-for-grantedness falters: A phenomenological study of living with breast cancer. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 52-B*, 1955.] (University Microfilms No. AAD91-19579.)

Kinavey, C. (2003). Adolescents living with spina bifida: Moving from parental to self-care. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*. (University Microfilms No. 3051044.)

Leonard, V. W. (1993). Stress and coping in the transition to parenthood of first time mothers with career commitments: An interpretive study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 54-A*, 3221. (University Microfilms No. AAD94-02354.)

Lionberger, H. (1986). Phenomenological study of therapeutic touch in nursing practice: An interpretive study of nurses' practice of therapeutic touch. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 46-B*, 2624.(University Microfilms No. AAD85-24008.)

MacIntyre, R. (1993). Sex, drugs and T-cell counts in the gay community: Symbolic meanings among gay men with asymptomatic HIV infections (immune deficiency). [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 54-B*, 4601. (University Microfilms No. AAD94-06617.)

Mahrer-Imhof, R. (2003). Couples' daily experiences after the onset of cardiac disease: An interpretive phenomenological study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.]

Malone, R. (1995). The almshouse revisited: Heavy users of emergency services. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 56-B*, 6036. (University Microfilms No. AADAA-19606591.)

McKeever, L. C. (1988). Menopause: An uncertain passage. An interpretive study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 49-B*, 3677. (University Microfilms No. AAD88-24678.)

Plager, K. A. (1995). Practical well-being in families with school-age children: An interpretive study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 56-B*. 6039. (University Microfilms No. AADAA-16906593.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Popell, C. L. (1983). An interpretive study of stress and coping among parents of school-age developmentally disabled children. [Doctoral dissertation, Wright Institute of Graduate Psychology.] *Dissertation Abstracts International, 44-B*, 1604.(University Microfilms No. AAD83-20854.)

Prakke, H. (2004). Articulating maternal caregivers' concerns, knowledge and needs. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International.* (University Microfilms No. 3149700.)

Raingruber, B. J. (1998). Moving in a climate of care: Styles and patterns of interaction between nurse-therapists and clients: An interpretive study. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 58-B*, 6482. (University Microfilms No. AAD98-18661.)

Rodriguez, L. (2007). Student and faculty experiences of practice breakdown and error in nursing school. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International.* (University Microfilms No. 3289350.)

Schilder, E. (1986). The use of physical restraints in an acute care medical ward (immobilization). [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 47-B*, 4826. (University Microfilms No. AAD87-08453.)

SmithBattle, L. (1992). Dissertation Abstracts International. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Caring for teenage mothers and their children: Narratives of self and ethics of intergenerational caregiving 53-B*, 4594. (University Microfilms No. AAD93-03555.)

Spichiger, E. (2004). Dying patients' and their families' experiences of hospital end-of-life care. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International.* (University Microfilms No. 3136071.)

Stannard, P. (1997). Reclaiming the house: An interpretive study of nurse-family interactions and activities in critical care. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 58-B*, 4147. (University Microfilms No. AAD98-06902.)

Stevens, M. (1984). Adolescents coping with hospitalization for surgery. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 45-B*, 3977. (University Microfilms No. AAD85-03742.)

Stuhlmiller, C. (1991). An interpretive study of appraisal and coping of rescue workers in an earthquake disaster: The Cypress collapse. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 52-B*, 4671. (University Microfilms No. AAD92-05240.)

Warnian, L. (1987). *A hermeneutical study of group psychotherapy.* [Unpublished doctoral dissertation.] Berkeley, CA: University of California, Berkeley.

Weiss, S. M. (1996). Possibility or despair: Biographies of aging. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International 57-B*, 3662. (University Microfilms No. AAD96-34295.)

Vídeos

Moccia, R. (1987). *Nursing theory: A circle of knowledge (Videotape)*. New York: National League for Nursing.

Créditos de la fotografía: Lars Jakob Løtvedt, Bergen Norway.

CAPÍTULO 10

Kari Martinsen

1943-presente

Filosofía de la asistencia

Herdis Alvsvåg

«La enfermería se basa en un buen cuidado de la vida, en el amor amistoso… Al mismo tiempo, es necesario que la enfermera tenga una formación profesional» (Martinsen, 2006, p. 78).

BIOGRAFÍA

Kari Marie Martinsen, enfermera y filósofa, nació en Oslo, la capital de Noruega, en 1943, durante la ocupación alemana de Noruega en la Segunda Guerra Mundial. Sus padres pertenecieron al movimiento de la Resistencia. Después de la guerra, dominaron el ambiente familiar debates morales y sociopolíticos, en el seno de una familia formada por tres generaciones: una hermana más joven, los padres y una abuela. Sus padres eran economistas formados en la Universidad de Oslo. Su madre trabajó toda la vida fuera de casa.

Tras la enseñanza secundaria, Martinsen inició sus estudios en el Colegio de Enfermería Ullevål de Oslo y se graduó en 1964. Trabajó en práctica clínica hospitalaria en el hospital de Ullevål durante un año, mientras seguía estudios preparatorios para ingresar en la universidad. Antes de aventurarse en una carrera universitaria, se especializó como enfermera psiquiátrica en 1966 y trabajó durante 2 años en el Hospital Psiquiátrico Dikemark, cerca de Oslo, donde también participó durante varios años en el cuidado psiquiátrico de pacientes ambulatorios.

Mientras ejercía de enfermera, se preocupó por las desigualdades sociales en general y por el servicio de salud en particular. La salud, la enfermedad, el cuidado y el tratamiento obviamente no estaban distribuidos por igual. También entendió que existían discrepancias entre las teorías, los ideales y los objetivos del cuidado de la salud, por un lado, y los resultados prácticos de la enfermería, la medicina y los servicios sanitarios. Empezó así a cuestionarse cómo han de estructurarse una sociedad y una profesión para apoyar y ayudar a los enfermos y a los que están fuera del mercado laboral. Una pregunta especialmente incisiva era: ¿cómo debe funcionar la enfermería si no se quiere abandonar a los pacientes más débiles y a los que necesitan una mayor atención? La siguiente pregunta obvia era: ¿cómo puede

Traductores del texto original: Vigdis Elisabeth Brekke, Bjørn Follevåg y Kirsten Costain Schou.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

atender la enfermera al paciente si la ciencia médica se relaciona primero y principalmente con las enfermedades del paciente? En otras palabras, Martinsen quería saber cómo nosotros, que representamos los servicios sanitarios, ofrecemos una enfermería adecuada a las personas que están bajo nuestro cuidado, si estamos tan ligados a una ciencia que objetiva al paciente. Asimismo, se preguntó si esa misma objetivación aumentaría al hacer hincapié en conseguir una base científica para la enfermería.

Estas preguntas básicas instaron a Martinsen a realizar más estudios, ahora para una licenciatura en psicología por la Universidad de Oslo en 1968, con el objetivo de obtener un máster en psicología. Como prerrequisito, necesitaba un examen intermedio en fisiología y otro crédito libre de nivel intermedio; eligió filosofía. Este encuentro con la filosofía y la fenomenología le hizo cambiar de planes drásticamente. Se dio cuenta de que la filosofía podía explicar mejor que la psicología las cuestiones existenciales que se planteaba. El estudio de la fenomenología la llevó a la Universidad de Bergen, la segunda ciudad más grande de Noruega.

De 1972 a 1974 acudió al Departamento de Filosofía de la Universidad de Bergen. En su trabajo para obtener la licenciatura en filosofía *(Magister artium),* Martinsen se enfrentó filosóficamente con cuestiones que le disgustaban como ciudadana, profesional y trabajadora sanitaria. La tesis *Philosophy and Nursing: A Marxist and Phenomenological Contribution* (Martinsen, 1975) originó un debate inmediato y recibió una intensa atención crítica. La tesis dirigía una mirada crítica hacia la profesión por su rechazo a considerar seriamente las consecuencias de adoptar las características y la base científica de la enfermería de forma acrítica. Esta tendencia contribuiría a distanciar a las enfermeras de los pacientes que más las necesitan. Esta tesis, la primera escrita por una enfermera noruega, analizó la disciplina de la enfermería desde una perspectiva social y de filosofía crítica.

Durante la década de 1970, Noruega sufrió una gran carencia de profesoras de enfermería. Para solucionar este problema, las directoras de tres colegios de enfermeras de Bergen decidieron establecer un curso de formación para profesoras de enfermería. El curso fue establecido conjuntamente por la Universidad de Bergen, las autoridades del condado y tres colegios de enfermería. Para dirigir el programa se necesitó la participación de una enfermera con formación universitaria, por lo que se pidió a Martinsen que fuera la decana de la Facultad de Formación de profesoras de enfermería de Bergen, lo que hizo de 1976 a 1977.

A través de sus estudios filosóficos y de los temas sociológicos que encontró en enfermería práctica y en formación de enfermería, Martinsen se interesó por la historia de la enfermería. ¿Cómo comenzó en Noruega la formación de las enfermeras, quién fue el responsable de su inicio y qué se hizo para conseguirlo? Para estudiar más estrechamente algunos de estos temas, en 1976 Martinsen solicitó y recibió una beca de la Asociación de Enfermería de Noruega. Se afilió al Departamento de Higiene y Medicina Social de Bergen, donde impartía clases no sólo a sus estudiantes del programa de formación de profesoras de enfermería, sino también a los estudiantes de medicina social.

En ese momento se produjo un encarnizado debate sobre la formación de enfermería en Noruega. Una comisión pública propuso conservar la graduación tradicional en 3 años, y al final consintió en modificarla y establecer un sistema de cualificación con un período de residencia. Esto significaba que, al finalizar el primer año, la estudiante era una ayudante de cuidados, y con 2 años más, una enfermera. Esto significó el final del principio de un programa de estudios de 3 años de duración. Con la Asociación de Enfermería de Noruega, las enfermeras noruegas protestaron para conservar este programa de estudios de 3 años. Las contendientes permanecieron en bandos contrarios, y se calentó el tono del discurso político sobre el tema de la formación en enfermería. Martinsen participó vivamente en este debate. Aunque sugirió que la formación en enfermería debía cambiar a un programa de 4 años, aprobó también el principio de cualificación con un período de residencia. Asimismo, esbozó un modelo educativo en el que, al cabo de 3 años, se consigue el título de ayudante, y al cabo de 4, el de enfermera (Martinsen, 1976). Teniendo en cuenta el sistema de graduación en 3 años fomentado por la Asociación de Enfermería, su sugerencia fue considerada como una provocación.

En 1978 recibió una beca del Consejo General de Investigaciones Científicas noruego. En este momento, se hallaba vinculada al Departamento de Historia de la Universidad de Oslo, donde

trabajó en su nuevo proyecto de la historia social de la enfermería, mientras impartía un máster sobre historia sociopolítica. De 1981 a 1985 trabajó como colaboradora científica en el Departamento de Historia de la Universidad de Bergen. Además de realizar su propia investigación, Martinsen enseñó y supervisó a estudiantes del máster sobre historia del feminismo; además, elaboró una base de datos sobre la historia del feminismo en Noruega.

El período transcurrido entre 1976 y 1986 puede describirse como su fase histórica (Kirkevold, 2000). Martinsen publicó varios artículos sobre historia (Martinsen, 1977, 1978, 1979a, 1979b). Durante esta fase, fueron estrechos colaboradores Anne Lise Seip, profesora de historia social, Ida Blom, profesora de historia del feminismo, y Kari Waerness, profesora de sociología. En 1979, Martinsen y Wærness publicaron un libro con un título provocativo, *Caring Without Care?* (Martinsen y Wærness, 1979). En este libro, las autoras plantearon importantes cuestiones sobre si las enfermeras se estaban «alejando» del paciente encamado, si el aumento de la técnica causaba la desaparición del humanitarismo hacia las personas enfermas y si las enfermeras se estaban convirtiendo en unas administradoras e investigadoras que dejaban cada vez más las tareas de cuidar en manos de otros grupos de profesionales.

Se consideraba que ayudar a las personas enfermas y dependientes era trabajo de las mujeres y esta visión tiene profundas raíces históricas. Sin embargo, en Noruega la existencia de la enfermera como rol profesional no es muy antiguo (se remonta a finales del siglo XIX). Las diaconisas (hermanas cristianas laicas) fueron las primeras profesionales de salud noruegas y se formaron en distintas casas alemanas de diaconisas. Martinsen describió cómo estas primeras enfermeras formadas pusieron los cimientos de la formación de enfermería en Noruega y cómo aumentó su número, escribieron libros de texto y ejercieron la enfermería tanto en centros como a domicilio. Fueron las precursoras del sistema de salud público noruego. Este período pionero fue descrito por Martinsen en su libro *Nursing History: Frank and Engaged Deaconesses: A caring Profession Emerges 1860-1905* (Martinsen, 1984). Con este trabajo, en 1984 Martinsen consiguió el doctorado en filosofía en la Universidad de Bergen.

En defensa de su tesis, Martinsen tuvo que preparar dos conferencias: «Health Policy Problems and Health Policy Thinking Behind the Hospital Law of 1969» (Martinsen, 1989a) y «The Doctor's Interest in Pregnancy-Part of Perinatal Care: The Period ca. 1890-1940» (Martinsen, 1989b). Este trabajo es resultado de su fase histórica de 10 años de duración, que empezó a mediados de la década de 1970, cuando escribió sobre historia social de la enfermería y de historia del feminismo, además de sobre la historia social de la medicina.

A partir de 1986, Martinsen trabajó 2 años como profesora asociada en el Departamento de Salud y Medicina Social de la Universidad de Bergen. Enseñó y supervisó a estudiantes de másteres, además de escribir varios ensayos filosóficos e históricos publicados en 1989 con el título *Caring, Nursing and Medicine: Historical-Philosophical Essays* (Martinsen, 1989c). En este libro se reunieron diversos temas de la fase histórica de Martinsen y señaló el inicio de un período más filosófico (Kirkevold, 2000). Se hicieron varias ediciones y la de 2003 incluye una larga entrevista con la autora (Karlsson y Martinsen, 2003). Lo que preocupa a Martinsen entre 1985 y 1990 son los problemas relacionados con el cuidado y con las interpretaciones y perspicacias de su significado. Contribuyó a una antología danesa publicada en 1990 con un ensayo titulado «Moral Practice and Documentation in Practical Nursing». Aquí escribe:

> La práctica de la moral se basa en el *cuidado*. Atender a los pacientes no constituye tan sólo el valor fundamental de la enfermería, sino que también es un prerrequisito fundamental de nuestra vida… El discernimiento exige una participación emocional y la capacidad de efectuar un análisis situacional para valorar posibles alternativas de acción... En enfermería, aprender moral es aprender a encontrar la moral en situaciones concretas. Se explica mediante objetividad experimental o a través de la discreción, en la acción o en el lenguaje. En ambos casos, lo que importa es aprender una buena práctica enfermera (Martinsen, 1990, pp. 60, 64-65).

En 1990, Martinsen se trasladó a Dinamarca por un período de 5 años para trabajar en la Universidad de Århus, con el fin de poner en

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

marcha másteres y programas de doctorado en enfermería. Durante este tiempo desarrolló su base filosófica principalmente gracias a encuentros con filósofos daneses (Martinsen, 2002a) y la tradición teológica. En *Caring, Nursing and Medicine: Historical-Philosophical Essays,* Martinsen (1989c, 2003b) había relacionado el concepto de cuidado con el filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976). Mientras residía en Dinamarca, pasó a ser de dominio público que Heidegger había simpatizado con los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Por aquel entonces se publicaron una serie de artículos académicos en los que se demostraba que Heidegger era miembro del Partido Nacionalsocialista alemán y que traicionó a colegas y amigos judíos, como a Edmund Husserl (1859-1938) y Hannah Arendt (1906-1975). A causa de su relación con los nazis, Heidegger fue apartado de la docencia durante varios años (Lubcke, 1983).

Martinsen contrapuso su pensamiento filosófico con el de Heidegger en *From Marx to Løgstrup: On Morality, Social Criticism and Sensuousness in Nursing* (Martinsen, 1993b). Precisamente porque no es posible separar la vida del aprendizaje, para explicar los aspectos fundamentales de los cuidados Martinsen consideró que era importante recurrir a fuentes distintas de Heidegger. Knud E. Løgstrup (1905-1981) el filósofo y teólogo danés, sería su fuente alternativa, aunque nunca se conocieron. Martinsen supo de su existencia a través de sus libros y a través de su esposa, Rosemarie Løgstrup, que era alemana. Rosemarie conoció a su marido en Alemania, mientras ambos estudiaban filosofía. Más tarde tradujo sus libros al alemán.

Mientras Martinsen vivió y trabajó en Dinamarca, se encontró con Patricia Benner en varias ocasiones en diálogos públicos en Noruega y Dinamarca, y de nuevo en California en 1996. Uno de estos diálogos se publicó posteriormente con el título «Ethics and Vocation, Culture and the Body» (Martinsen, 1997b) y tuvo lugar en una conferencia en la Universidad de Tromsø.

Martinsen también tuvo diálogos importantes con Katie Eriksson, profesora de enfermería finlandesa. Se encontraron en Noruega, Dinamarca, Suecia y Finlandia. Al comienzo, sus discusiones eran tensas y tirantes, pero con el tiempo evolucionaron hasta conversaciones interesantes y fructíferas que más tarde fueron publicadas como *Phenomenology and Caring: Three Dialogues* (Martinsen, 1996). El primer capítulo del libro de Martinsen se titula «Cuidados y metafísica. ¿Hay sitio para ello en la enfermería?»; el segundo, «El cuerpo y el espíritu en la enfermería», y el tercero «La fenomenología de la creación, ética y poder: la filosofía de la religión de Løgstrup se encuentra con la práctica de la enfermería». En estos títulos se utiliza un lenguaje sensacional, similar al de los diálogos que Martinsen mantuvo con Benner; en el prefacio del libro explica:

> Los diálogos mantenidos con la enfermera finlandesa Katie Eriksson tratan sobre los grandes temas de la enfermería. Las palabras sobre las que hablamos y escribimos son compasión, esperanza, sufrimiento, dolor, sacrificio, vergüenza, violación, duda. Son palabras importantes, pero no tanto como su localización en la vida, nuestra situación cotidiana como enfermeras. La misericordia, escribe el teólogo y filósofo danés Løgstrup, es la renovación de la vida, consiste en dar vida a los demás... ¿Qué es la enfermería sino entregar al paciente las posibilidades de vivir una vida significativa en el seno del ciclo vital que va de la vida a la muerte? Para experimentar el significado real de estas importantes palabras debemos adentrarnos en la vida junto con nuestros semejantes (Martinsen, 1996, p. 7).

Mientras Martinsen enseñaba en Århus, en 1994 también pasó a ser profesora adjunta en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Tromsø. En 1997 se trasladó al norte y pasó a trabajar como profesora a tiempo completo. Sin embargo, dejó este cargo al cabo de un año porque no tenía tiempo para investigar y escribir, y en 1998 se convirtió en trabajadora independiente.

El período desde 1990 se caracteriza por la investigación filosófica. Su pensamiento estaba dominado por cuestiones filosóficas y ontológicas fundamentales, así como por su significado en relación con la enfermería. Durante este período, trabajó en proyectos muy dispares y, además de sus propios libros, escribió y publicó en varias publicaciones y antologías. Ya se han mencionado los libros de este período (Martinsen, 1993b, 1996). En 2000 publicó *The Eye and the Call*

(Martinsen, 2000b). En este libro, los títulos de los capítulos suenan más poéticos que antes: «Mirar con el ojo del corazón», «Ética, cultura y vulnerabilidad de la carne», «La llamada: ¿podemos vivir sin ella?» y «El acto del amor y la llamada».

Martinsen también trabajó con ideas sobre el espacio y la arquitectura. Según ella, el espacio y la arquitectura pueden influir en la dignidad humana. Escribió primero sobre esta idea en un artículo que llevaba el siguiente título poético: «La casa y la canción, las lágrimas y la vergüenza: el espacio y la arquitectura como guardianes de la dignidad humana» (Martinsen, 2001). En 2004, trabajaba en un proyecto de libro sobre el espacio y la arquitectura en los servicios de salud. Tuvo que interrumpirlo por su participación en discusiones sobre el papel de la medicina basada en datos científicos en la práctica de la enfermería (Martinsen 2005, 2008).

Martinsen ha sido docente en dos colegios de enfermería: uno diaconal (cristiano) en Bergen y otro en Oslo. De 1989 a 1990 trabajó como investigadora en la Bergen Deaconess University College, de Bergen. De 1999 a 2004 trabajó como profesora adjunta en la Lovisenberg Deaconess University College, Oslo. Junto a ella surgieron y avanzaron con facilidad las ideas y los proyectos académicos, en los que, asimismo, hizo participar a otras personas. Editó una colección de artículos en los que colaboraron varias profesoras del colegio de enfermería, llamada *The Thoughtful Nurse* (Martinsen, 1993a). Con la ayuda de Martinsen, la Lovisenberg Deaconess University College de Oslo tomó la iniciativa de publicar una nueva edición del primer libro de texto de enfermería noruego, publicado originalmente en 1877 (Nissen, 2000). En esta edición, Martinsen (2000a) escribió un epílogo que sitúa el texto en el contexto de la enfermería académica. Junto con un colega de Oslo, también profesor de teología, Martinsen editó otra colección de artículos. Además de los editores, los profesores también contribuyeron con artículos a la redacción del texto, publicado como *Ethics, Discipline, and Refinement: Elizabeth Hagemann's Ethics Book—New Readings* (Martinsen y Wyller, 2003). Este libro hace un análisis de una obra sobre ética para enfermeras publicado en 1930 y que se utilizó como libro de texto hasta 1965. Cuando el texto de ética se publicó de nuevo en 2003, se interpretó según dos filósofos franceses, Pierre Bourdieu (1930-2002) y Michel Foucault (1926-1984), así como según el sociólogo alemán Max Weber (1864-1920).

Con estas últimas publicaciones, Martinsen regresó a sus raíces históricas. En este momento parecen fundirse la rama histórica y la rama filosófica. Aunque ambas están presentes en las diferentes fases de su pensamiento, su intensidad relativa varía según el período estudiado.

En 2002, Martinsen regresó a la Universidad de Bergen como profesora en el Departamento de Salud Pública y Atención Primaria, sección de enfermería. En esta fase fue fundamental la docencia y supervisión de las estudiantes de máster y doctorado. Organizó cursos de doctorado y en los países escandinavos fue muy solicitada como directora y profesora. De nuevo, volvió a disponer de poco tiempo para su investigación. Por tanto, pasó a ser profesora a tiempo parcial en la Deaconess University College de Bergen en 2006 y, desde 2007, profesora a tiempo completo en la Harstad University College, en el norte de Noruega.

FUENTES TEÓRICAS

¿Cuál es la *base teórica* de Martinsen? En su análisis de la profesión de enfermería realizado a comienzos de la década de 1970, Martinsen tuvo en cuenta especialmente a tres filósofos: Karl Marx (1818-1883), el filósofo alemán, político y teórico social; Edmund Husserl (1859-1938), el filósofo alemán y fundador de la fenomenología, y Merleau-Ponty (1908-1961), el filósofo francés y fenomenólogo del cuerpo. Más adelante, amplió sus fuentes teóricas para incluir a otros filósofos, teólogos y sociólogos.

Karl Marx: análisis crítico, práctica de la transformación

La filosofía marxista proporcionó a Martinsen algunas herramientas analíticas con las que describir la realidad de la disciplina enfermera y de la crisis social en la que se encontraba. Esta crisis consistía en el fracaso de la disciplina, que examina y reconoce su naturaleza como fragmentada, especializada y técnica, permitiendo al mismo tiempo una visión holística o global del cuidado. Martinsen observó que la disciplina formaba parte del positivismo y del sistema capitalista, sin praxis de liberación. Existe una «ley de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

atención inversa» según la cual quien necesita más asistencia es precisamente quien recibe menos. Marx criticó el individualismo y la satisfacción de las necesidades del rico a expensas del pobre. La opinión de Martinsen es que resulta importante exponer este fenómeno cuando se produce en el servicio sanitario. La exposición de esta realidad puede forzar un cambio. Martinsen mantiene que debemos cuestionar la naturaleza de la enfermería, su contenido y estructura interna, sus orígenes históricos y la génesis de la profesión. De este modo, puede conseguirse una práctica de la enfermería crítica en la que la profesional vea su tarea y su profesión en el seno de un contexto histórico y social. Por tanto, su interés histórico tiene una intención crítica y de transformación.

Edmund Husserl: la fenomenología como la actitud natural

En las críticas de la ciencia y el positivismo de Martinsen es importante la fenomenología de Husserl. La visión de uno mismo que tiene el positivismo consiste en su actitud de convertir al hombre en objeto y de deshumanizarlo (en el sentido reduccionista de igualar la naturaleza a «cosa»), una actitud interesada respecto a la persona. Husserl consideró la fenomenología como una ciencia estricta. Los procesos metodológicos estrictos de la fenomenología llevan a una actitud de reflexión serena sobre nuestra realidad científica, de modo que podamos descubrir unas estructuras y contextos dentro de los cuales efectuamos tareas inconscientes y que se dan por supuestas. Esta práctica consiste en la problemática de lo sobreentendido. Al hacer problemático el autoconocimiento de lo sobreentendido, encontramos oportunidades para entender «la cosa en sí misma», que siempre se revelará de forma perspectiva. La fenomenología trabaja con lo precientífico, que es lo que encontramos en la actitud natural, cuando nos dirigimos a algo con la intención de conocerlo y entenderlo de forma significativa. La fenomenología insiste en el contexto, la totalidad, la participación, el compromiso, el cuerpo y la vida vivida. Vivimos en contextos, en el tiempo y en el espacio, y vivimos históricamente. El cuerpo no puede dividirse en cuerpo y alma, sino que es un todo que está relacionado con otros cuerpos, con las cosas del mundo y con la naturaleza.

Merleau-Ponty: el cuerpo como la actitud natural

Merleau-Ponty trabaja sobre el pensamiento de Husserl, pero centrándose más que cualquier otro pensador en el cuerpo humano situado en el mundo. Tanto Husserl como Merleau-Ponty criticaron a Descartes (1596-1650), que separó a la persona del mundo en el que vive con otras personas. El cuerpo representa la actitud natural del mundo. La profesión enfermera está relacionada con el cuerpo en todos los aspectos. Utilizamos nuestros propios cuerpos en la tarea de cuidar y nos relacionamos con otros cuerpos en la necesidad de enfermería, tratamiento y cuidado. Nuestros cuerpos y los de nuestros pacientes se expresan a través de acciones, actitudes, palabras, el tono de voz y los gestos. La fenomenología implica los actos de la interpretación, la descripción y el reconocimiento de la vida vivida, la vida cotidiana que las personas viven junto con otras en un mundo natural mutuo, incluido el contexto profesional en que se produce el cuidado.

Martin Heidegger: el ser existencial

Martin Heidegger (1889-1976) fue un fenomenólogo alemán, alumno de Husserl entre otros. Investigó el ser existencial, es decir, lo que es y cómo es. Martinsen entronca con el concepto de cuidado de Heidegger porque «en su pensamiento el cuidado es un concepto central… El problema radica en intentar evocar las cualidades fundamentales del cuidado, o de lo que el cuidado es y comprende» (Martinsen, 1989c, p. 68). Continúa: «el análisis de nuestra vida en la práctica no puede separarse del análisis de lo que es el cuidado». Investigar una cosa implica, al mismo tiempo, investigar la otra. En conjunto forman una unidad inseparable. El cuidado es un concepto fundamental para entender a la persona» (Martinsen, 1989c, p. 69). Con la fenomenología y con Heidegger como telón de fondo, Martinsen dota de contenido y sustancia al cuidado: el cuidado tendrá siempre por lo menos dos partes como prerrequisito. Una persona siente preocupación y ansiedad por otra. El cuidar implica cómo nos relacionamos uno con otro, cómo nos preocupamos uno por otro en nuestra vida cotidiana. El cuidar es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana.

Ya se ha mencionado antes que Martinsen revisó su opinión personal sobre Heidegger (Martinsen, 1993b). Aunque, al mismo tiempo, no rechazó «el agudo y original pensamiento de Heidegger» (Martinsen, 1993b, p. 17). Vuelve a Heidegger cuando explica qué significa residir. Heidegger había analizado con meticulosidad el concepto residir y dijo que es, primero y ante todo, vivir entre las cosas (Martinsen, 2001). Aquí podemos ver que Heidegger refuerza una idea también mantenida por Merleau-Ponty: las cosas que nos rodean no son simplemente cosas, hablando objetivamente, sino que realmente participan y modelan nuestras vidas. Dentro de esas cosas con las que «residimos» dejamos algo de nosotros mismos. Es el cuerpo el que «reside», rodeado por un ambiente.

Knud Eiler Løgstrup: la ética como condición primaria de la existencia humana

K. E. Løgstrup (1905-1981), el filósofo y teólogo danés, fue importante para Martinsen porque ocupó el «vacío» dejado por Heidegger. El pensamiento de Løgstrup puede resumirse a través de dos tendencias intelectuales: la fenomenología y la teología de la creación; esta última contiene su filosofía (teología de la creación no debe confundirse con el «creacionismo» más reciente de Estados Unidos). Como fenomenólogo, Løgstrup intentó revelar y analizar el fenómeno esencial de la existencia humana. A través de sus investigaciones fenomenológicas, Løgstrup llegó a lo que denominó *expresiones soberanas* o *espontáneas:* confianza, esperanza, compasión y la sinceridad del lenguaje. Decir que estas características son esenciales es lo mismo que decir que son características preculturales de nuestra existencia. Como características, ofrecen condiciones para nuestra cultura, condiciones para nuestra existencia; hacen posible la comunidad humana (Lubcke, 1983). Según Heidegger, el cuidado es una característica de este tipo. En opinión de Løgstrup, las expresiones soberanas de la vida se convirtieron en las características necesarias para la coexistencia humana.

Martinsen mantiene que para Løgstrup, la metafísica y la ética se hallan mezcladas en el concepto de creación:

> Son fenómenos característicos que nos sostienen, de forma que el cuidado por el otro surge de nuestra condición de haber sido creados. El cuidado por los otros se revela en la relación humana a través de la confianza, el lenguaje, la esperanza y la compasión. Estos fenómenos, que Løgstrup también denomina expresiones soberanas de la vida, son «la ética de nacimiento», lo que significa que son esencialmente éticos. La confianza, el lenguaje sincero, la esperanza y la compasión son fundamentalmente buenos en sí mismos y no requieren nuestra justificación. Si intentamos dominarlos, serán destruidos. En cambio, la metafísica y la ética (o ética metafísica) son prácticas. Están relacionadas con cuestiones de la vida en las que la persona es desprovista de omnipotencia (Martinsen, 1993b, pp. 17-18).

Debemos cuidar de la existencia, no intentar controlarla. «La cultura occidental es singular respecto a su necesidad de entender y controlar. Se ha alejado de la cuna de nuestra cultura y de nuestra religión en el relato de la creación del Antiguo Testamento. En el mismo, formaban una oposición unificada la "defensa", la "custodia" y el cuidar, por un lado, y el cultivo y consumo por el otro» (Martinsen, 1996, p. 79). Decir que estos elementos son opuestos unificados es lo mismo que decir que por separado y por sí mismos son opuestos separados e irreconciliables, pero que cuando se ajustan uno respecto al otro forman una oposición que unifica y crea un todo. Cuidar para guiar y defender, cultivar y consumir es una forma de unificar; lo contrapuesto significa que no estamos dominando ni explotando, sino que somos comedidos y considerados en nuestro trato diario con los demás y con la naturaleza.

La cuestión ética es cómo una sociedad consigue combatir el sufrimiento y asistir a los que necesitan ayuda. En el contexto de la enfermería, Martinsen formula esta cuestión de la siguiente manera: «¿Cómo podremos cuidar, como enfermeras, el significado eterno de la persona, su valor ilimitado independientemente de lo que la persona sea capaz, para lo que pueda ser útil o pueda conseguir? ¿Soy capaz de ver al otro como el otro, y no como fundamentalmente diferente a mí mismo?» (Martinsen, 1993b, p. 18).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Max Weber: la vocación como el deber de servir al vecino a través de nuestro trabajo

Max Weber (1864-1920) fue un sociólogo alemán que tuvo gran importancia en la filosofía de las ciencias sociales. Weber intentó entender el significado de la acción humana. También fue crítico con la sociedad que vio surgir con la aparición de la industrialización. Junto a Marx, Martinsen encontró en Weber un nuevo aliado para la crítica del capitalismo y de la ciencia. Mientras Løgstrup era un filósofo de la religión, Weber era un sociólogo de la religión. Weber también criticaba al mundo occidental su capacidad de intervención y de consumo ilimitados. La ciencia desilusiona al mundo creado precisamente porque en la forma de ver todo lo existente se relaciona con lo que ha sido creado como objeto (Martinsen, 2000b, 2001, 2002b).

Martinsen estaba especialmente interesada en Weber al explicar la vocación (Martinsen, 2000b). Weber se parecía a Martín Lutero (1483-1546), que analizaba la vocación en un sentido laico:

> La vocación es un trabajo en el sentido de una ocupación o de una tarea concreta en la que un individuo provee a su semejante... El joven Lutero unió la vocación al trabajo, y la entendió como un acto de amor entre personas. La vocación se entiende según el concepto de creación: somos creados para cuidar uno de otro mediante el trabajo (Martinsen 2000b, pp. 94-95).

En otras palabras, la vocación está al servicio de la creación. Con referencia al joven Lutero, Martinsen escribió que la vocación «significa que nos encontramos en unos contextos de vida que exigen algo de nosotros. Es un reto que, en mi vocación, me hace reunirme y ayudar a mi vecino. La vocación está en la Existencia como una ley de vida» (Martinsen, 1996, p. 91).

Michel Foucault: el efecto de su método intensifica la fenomenología de los fenomenólogos

La fenomenología subraya la importancia de la historia para nuestra experiencia. Aunque en su tesis de filosofía (1975) Martinsen se refirió a Foucault, se preocupó especialmente por este filósofo en relación con sus escritos históricos posteriores a 1976 (Martinsen 1978, 1989a, 2001, 2002b, 2003a). Foucault (1926-1984) fue un filósofo, historiador e ideólogo francés. Estaba interesado por los conceptos de fractura y diferencia, más que por la continuidad y el contexto. Afirmó que en cada época histórica, así como en el seno de las distintas culturas, existen algunas estructuras, sistemas de términos y formas de pensamiento que son comunes y compartidas y que moldean las sociedades. En este sentido, Foucault hizo frente a la filosofía subjetiva, que destaca la importancia de la persona como individuo privado e independiente. Por ejemplo, Foucault se preguntó qué condiciones fundamentales existían en la época histórica en que se crearon los centros para dementes. Así como que en épocas posteriores comenzara a definirse al demente como un enfermo mental. Algo nuevo había ocurrido; ¿de qué dependía? ¿Por qué ocurrió y qué se consiguió en la sociedad? ¿Qué acciones se tomaron; existían alianzas de poder que participasen en el establecimiento de orden y disciplina? Hacer este tipo de preguntas implica descubrir varias capas de conocimiento, yendo más allá de conceptos generales para entender el significado de la historia de un modo diferente y nuevo. Foucault enuncia las distinciones sociales básicas que hacen posible describir a las personas. Estas distinciones están exentas de precondiciones tácitas (Lubcke, 1983). En este sentido, el método de Foucault intensifica el proceso fenomenológico. Nos pidió que pensásemos de un modo distinto y nuevo al modo existente de pensar de nuestra época y de los contextos en que vivimos. Su visión no sólo fue descriptiva, sino también crítica.

Martinsen ha afirmado que, al cuidar a los otros, nos relacionamos con ellos de un modo distinto y, además, buscamos cosas distintas a las analizadas por la ciencia natural y la medicina, que se centra en la cosa y no en la persona, dotada de una mirada clasificadora y de análisis (Martinsen, 1989b, pp. 142-168; Martinsen, 2000a). Esta forma de mirar requiere un espacio particular; el cuidado requiere unos tipos de espacio distintos para la aparición de diferentes formas de conocimiento. Las preguntas que debemos tener en cuenta al cuidar en un servicio de salud son éstas: ¿qué estructuras o características de la disciplina deben encontrarse en nues-

tra práctica actual, en enfermería y en su disposición espacial? ¿Qué significará pensar de un modo diferente al de las personas de nuestra época? Es aquí donde encontramos una enfermería crítica y, si es así, ¿cuáles son las implicaciones para el servicio de salud y la investigación de hoy día?

Paul Ricoeur: el constructor de puentes

Ricoeur (1913-2005) es un filósofo francés. Su posición se denomina a menudo *hermenéutica crítica* o *fenomenología hermenéutica*. Intenta construir un puente entre la ciencia natural y la ciencia humana, entre la fenomenología y el estructuralismo y otras posiciones divididas. Se centra en temas como el tiempo y la narrativa, el lenguaje y la historia, el discernimiento y la ciencia. Ricoeur se interesa por la comunicación humana, en lo que entiende una de la otra. Señala hacia el lenguaje cotidiano y sus múltiples significados, en comparación con el lenguaje científico. Martinsen afirma:

> La cultura de la medicina está dominada por un lenguaje conceptual abstracto en el que las palabras se hallan incluidas en diferentes clasificaciones, y en el que no siempre se examinan de acuerdo con la práctica real y la situación concreta… Por otro lado, en el lenguaje común de la tradición de cuidar, las palabras se siguen por la manera como son expandidas en los diferentes contextos de significado en una situación de cuidar concreta, en compañía con el paciente y la comunidad profesional. Habladas en el lenguaje común, las palabras se diferencian por su poder de expresión, por su especial entonación (Martinsen, 1996, p. 103).

Asimismo, Martinsen aludió a varios paralelismos en la filosofía del lenguaje de Løgstrup y de Ricoeur.

Conceptos principales y definiciones

Martinsen es reacia a dar definiciones de los términos que emplea, porque las definiciones tienden a ser conceptos cerrados. Más bien mantiene que debe presentarse el contenido de los conceptos. Es importante delimitar el contenido de un término y explicar lo que significa, pero evitar encerrarlos en definiciones.

CUIDAR

El cuidar «constituye no sólo el valor básico de la enfermería, sino que también es un prerrequisito básico para nuestras vidas. El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del Bien» (Martinsen, 1990, p. 60). El cuidar es una trinidad: relacional, práctica y moral simultáneamente (Alvsvåg, 2003; Martinsen, 2003b). El cuidado se dirige hacia la situación en que está la otra persona. En los contextos profesionales, el cuidado requiere formación y aprendizaje. «Sin un conocimiento profesional, la preocupación por el paciente se convierte en mero sentimentalismo» (Martinsen, 1990, p. 63). Tiene claro que custodia, negligencia y sentimentalismo no son expresiones del cuidado.

JUICIO PROFESIONAL Y DISCERNIMIENTO

Estas cualidades están relacionadas con lo concreto. Aprendemos observación clínica a través del ejercicio del juicio profesional en contextos de vida prácticos. «El aprendizaje no consiste tan sólo en ver, escuchar y tocar clínicamente, sino en ver, escuchar y tocar clínicamente bien» (Martinsen, 1993b, p. 147). El paciente nos causa una impresión, nos movemos físicamente y la impresión es sensual. «Dado que la percepción tiene un carácter análogo, evoca variación y contexto en la situación» (Martinsen, 1993b, p. 146). Una cosa recuerda la otra, y esta reminiscencia crea una conexión entre las impresiones en la situación, el conocimiento profesional y la experiencia previa. La discreción expresa el conocimiento profesional a través de los sentidos naturales y el lenguaje cotidiano (Martinsen, 2005, 2006).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES (Cont.)

LA PRÁCTICA MORAL SE FUNDAMENTA EN EL CUIDAR

«La práctica moral ocurre cuando la empatía y el trabajo reflexivo van parejos, de modo que el cuidado pueda manifestarse en la enfermería» (Martinsen, 1990, p. 60). La moral está presente en situaciones concretas que deben ser explicadas. Nuestras acciones han de explicarse; se aprenden y justifican a través de la objetividad de la empatía, formada por la empatía y la reflexión. En términos concretos, esto significa descubrir cómo se ayudará mejor al otro y las condiciones básicas para ello son el reconocimiento y la empatía (Martinsen, 1990). La sinceridad y el juicio forman parte de la práctica moral (Martinsen, 1990).

PROFESIONALISMO ORIENTADO A LA PERSONA

El profesionalismo orientado a la persona consiste en «exigir un conocimiento profesional que proporcione la visión del paciente como una persona que sufre y, además, que proteja su integridad». Enfrenta la competencia profesional y la humanidad en una reciprocidad benevolente, reunida en una experiencia básica común de protección y cuidado de la vida... Exige un compromiso en lo que hacemos, de modo que uno quiere dedicar parte de uno mismo al otro y, asimismo, está obligado a hacer lo mejor posible por la persona a la que debe ayudar, vigilar o cuidar. Se trata de conocer la posición de uno mismo en un contexto de vida que exige algo y en situar al otro en el centro, así como orientar hacia el cuidado (Martinsen, 2000b, pp. 12, 14).

MANIFESTACIONES SOBERANAS DE LA VIDA

Las manifestaciones soberanas de la vida son fenómenos que acompañan a la creación misma. Existen como fenómenos culturales en todas las sociedades; se presentan en forma de potenciales. Se hallan más allá del control e influencia humanos, por lo que son soberanas. Las manifestaciones soberanas de la vida son la sinceridad, la confianza, la esperanza y el amor. Son fenómenos que recibimos del mismo modo que recibimos el tiempo, el espacio, el aire, el agua y la comida (Alvsvåg, 2003). A menos que los recibamos, la vida se desintegra. La vida es una autopreservación a través de la recepción (Martinsen, 2000b). Las manifestaciones soberanas de la vida son prerrequisitos para cuidar, al mismo tiempo que las acciones del cuidado son requisitos necesarios para realizar las manifestaciones soberanas de la vida en la vida concreta. Podemos actuar de un modo tal que, a través de nuestras interacciones, se produzcan la sinceridad, la confianza, la esperanza, la compasión y el amor, o bien por el contrario podemos negarles la entrada. Sin su presencia en nuestras acciones, no puede entenderse el cuidado. Al mismo tiempo, las acciones del cuidado preparan la realización de las manifestaciones soberanas de la vida en nuestras vidas personales y profesionales. El acto de cuidar puede llevar al paciente a experimentar el significado del amor y de la compasión; el cuidado puede encender la esperanza o dar sostenimiento; asimismo, el cuidado puede ser lo que hace fundamental la confianza y la sinceridad en las relaciones con la enfermera. Del mismo modo, la falta de cuidado bloquea en el otro la experiencia de la compasión; así, en ocasiones causa desconfianza y una actitud de freno en relación con los servicios de salud.

LA ZONA INTOCABLE

Este término hace referencia a una zona en la que no debemos interferir en los encuentros con el otro y en los encuentros con la naturaleza. Se refiere a los límites que debemos respetar. La zona intocable crea una cierta distancia protectora en la relación; asegura la imparcialidad y exige argumentación, teoría y profesionalismo. En el cuidado, la zona intocable está unida con su opuesto, donde lo adecuado son la

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES (Cont.)

familiaridad, la vulnerabilidad y el motivo. En el cuidado, la sinceridad y la zona intocable constituyen una contradicción en sí mismas (Martinsen, 1990, 2006).

VOCACIÓN

La vocación «es una demanda que la vida me hace de un modo completamente humano para encontrar y ayudar a un semejante. La vocación se da como una ley de vida y atañe al amor amistoso, que es fundamentalmente humano» (Martinsen, 2000b, p. 87). Es una demanda ética para cuidar de nuestro semejante. Por esta razón, la enfermería requiere un conocimiento profesional, junto con un perfeccionamiento personal (Malchau, 2000).

EL OJO DEL CORAZÓN

Este concepto tiene su origen en la parábola del Buen Samaritano. El corazón dice algo acerca de la existencia de la persona como un todo, acerca de verse afectado o conmocionado por el sufrimiento del otro y la situación en que el otro se encuentra. En lo sensual y en la percepción, nos movemos antes de entender, pero también nos enfrentamos a la idea tardía del entendimiento. Ver y ser visto con el ojo del corazón es una forma de atención participativa y basada en una relación recíproca que unifica la percepción y el entendimiento, en que el entender del ojo es conducido por los sentidos (Martinsen, 2000b, 2006).

EL OJO QUE REGISTRA

El ojo que registra es el que objetiviza y da la perspectiva al observador. Tiene relación con encontrar conexiones, sistematizar, ordenar, clasificar y colocar en un sistema. El ojo que registra representa una alianza entre la ciencia natural moderna, la tecnología y la industrialización. Si uno se expone, como paciente o como profesional, se utiliza esta perspectiva de modo unilateral, la compasión es vivida como fuera de la situación y se reduce la voluntad de vivir (Martinsen, 2000b).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

En la filosofía de Martinsen, el cuidar, el lenguaje y la reflexión implicados en el juicio profesional y la narrativa son la manera de explicar convincentemente las condiciones del caso, las situaciones y el fenómeno (Martinsen, 1997a, 2002c, 2003c, 2004b, 2005). Martinsen afirma que las percepciones obvias han de explicarse de modo convincente. Con referencia a Husserl, señala diferentes formas de evidencia: la indudable (apodíctica), la exhaustiva y la parcial. Cada tipo representa diferentes requisitos de evidencia. Los hechos, los temas y las situaciones proporcionan formas distintas de evidencia. Por ejemplo, no podemos aceptar la evidencia matemática, que es indudable, y transferirla a los objetos físicos y a las personas. En el campo del cuidado, son el discernimiento y la narrativa los que pueden clarificar los hechos empíricos de un caso y convertirlos en evidentes, esclarecedores o convincentes (Martinsen 2003c, 2004b, 2005, 2008). Actuar con discreción consiste en interpretar las impresiones que sacamos del paciente. El conocimiento profesional y la experiencia que uno posee proporcionan un horizonte de entendimiento que es flexible respecto a los encuentros con la situación del paciente (Martinsen, 1990, 2002c). La descripción puede tanto describir como prescribir la acción a realizar (Kjær, 2000; Martinsen, 1997a). «Una buena narrativa hace existir la moralidad existencial y hace inevitable la acción práctica» (Martinsen, 1993b, p. 161).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Aunque cuidar es más que la enfermería, el cuidado es fundamental para las enfermeras y para otras tareas propias de la naturaleza del cuidar. El

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

hecho de cuidar implica tener en cuenta, cuidar y preocuparse por un semejante. Cuando hablamos sobre cuidar debemos tener en cuenta simultáneamente tres cosas, que podríamos denominar «la trinidad del cuidar»: el cuidar debe ser relacional, práctico y moral (Alvsvåg, 2003).

- *Relacional* significa que necesita la presencia de, por lo menos, dos personas. Martinsen lo describe del siguiente modo:

Una persona siente preocupación por la otra. Cuando una sufre, la otra se «aflige» (en el sentido de sufrir junto con alguien) y esto *sirve para* aliviar el dolor… El cuidar es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana. En el cuidar, el elemento más esencial es la relación entre las personas… La esencia de la persona es que una es creada para el bien de las otras, por su propio bien… Aquí, lo importante es que la existencia presupone siempre a otras personas. Y, asimismo, aquello que nunca puedo entender o conocer por mí mismo en solitario o independientemente de otras personas (Martinsen, 1989c, p. 69).

- El cuidar es *práctico*. Está relacionado con una acción concreta y práctica. El cuidar se enseña y se aprende a través de su práctica.
- El cuidar es, asimismo, *moral*. «Para que el cuidado sea auténtico, ha de existir la relación con la otra persona a partir de una actitud (disposición, *befindlichkeit*) que la reconozca teniendo en cuenta *su* particular situación… [No debemos] estimar ni por exceso ni por defecto la capacidad de la otra persona para ayudarse a sí misma» (Martinsen, 1989c, p. 71).

El cuidado requiere una correcta comprensión de la situación, que presupone una adecuada evaluación de los objetivos inherentes a la misma: «La ejecución de la enfermería se dirige esencialmente a personas que no son capaces de autoayudarse y que están enfermas y necesitadas de ayuda. El encuentro de la persona enferma con el cuidado a través de la enfermería implica un conjunto de prerrequisitos, como el conocimiento, las habilidades y la organización» (Martinsen, 1989c, p. 75). Necesitamos formación en todos los tipos de cuidados. Para adquirir un juicio profesional, debemos practicar y meditar solos y junto con otras personas. En enfermería, el cuidado y el juicio profesional son actividades integradas (Martinsen, 1990, 1997a, 2003c, 2004b, 2005, 2006).

Persona

Lo que transforma al individuo en persona deriva de la significación y la tradición. La persona no puede ser apartada del medio social y de la comunidad de personas en que vive (Martinsen, 1975). En cierto sentido, existe un paralelismo entre la persona y el cuerpo. Es como cuerpos que nos relacionamos con nosotros mismos, con otros y con el mundo (Alvsvåg, 2000; Martinsen, 1997a). El cuerpo es una unidad de alma y carne, de espíritu y carne. La persona es corpórea, y como cuerpos percibimos y también entendemos.

Salud

La salud se analiza desde una perspectiva sociohistórica. Dos ideas históricas de salud contrarias, la de la Grecia clásica y la moderna de intervención y expansión, conforman el contexto en que Martinsen escribe lo siguiente: «La salud no sólo refleja el estado del organismo, sino que también es una expresión del nivel actual de la competencia médica. Para decirlo con intención, las tendencias del moderno concepto de salud son tales que si alguien presenta un "defecto" innecesario o un órgano que "podría ser mejor", tan sólo por ello ya no está completamente sano» (Martinsen, 1989c, p. 146). El moderno ideal reduccionista de salud en el que se fundamenta la medicina moderna es analítico y, al mismo tiempo, individualista; está orientado hacia «todo lo que no es suficientemente bueno». Junto con los recursos y la autonomía de la medicina, ha proporcionado éxitos en términos de tratamiento. A Martinsen le preocupa que esta ideología no soporta un examen crítico. Los efectos a veces nocivos de la medicina y los servicios insuficientes destinados a las personas con dolencias y enfermedades crónicas llevan a Martinsen a decantarse hacia el ideal de salud clásico y conservador. Lo importante es curar algunas veces, ayudar a menudo y consolar siempre. Ello requiere que la sociedad ofrezca a las personas la oportunidad de vivir la vida de la mejor manera posible y con una conciencia individual; ambos requisitos tienen implicaciones ambientales. No debemos cambiar el ambiente a una velocidad y en una medida tales que el cambio supere nuestra base de conocimientos; hay que actuar con limitación y precaución (Martinsen, 1989c, 2003b).

Entorno: espacio y situación

La persona se encuentra siempre en una situación particular en un espacio concreto. En el espacio existen el tiempo, el ambiente y la energía (Martinsen, 2001, 2002b, 2002c). Martinsen se pregunta qué hacen el tiempo, la arquitectura y el conocimiento respecto al ambiente de un espacio. La arquitectura, nuestra interacción con otros, el uso de objetos, las palabras, el conocimiento, nuestro saber estar en el espacio, son todos ellos factores que determinan el tono y dan color a la situación y al espacio. La persona entra en el espacio universal, el espacio natural, pero a través de sus espacios crea un espacio cultural. Lo mismo que construimos casas con habitaciones, las actividades de los servicios de salud se producen también en habitaciones diferentes. «Aunque la habitación de enfermos es importante como un lugar físico, material y construido, también es un lugar que compartimos con otras personas… La habitación, con su interior y sus objetos, hacen visible la interpretación que el paciente y la enfermera tienen de él» (Martinsen, 2001, pp. 175-176). Nuestro reto es ofrecer dignidad a los pacientes y a estos espacios. Lo que se precisa es un conocimiento deliberado y acumulado en unos espacios moderadamente recogidos, «un espacio en el que sea posible percibir, oler, escuchar, ver y asistir» (Martinsen, 2001, p. 176).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Las personas han sido creadas con dependencia mutua y con relaciones. El cuidado es fundamental para la vida humana. Como seres humanos, vivimos no sólo con una mera relación de compañerismo, sino que también nos relacionamos con los animales y con la naturaleza, así como con una fuerza creativa que sostiene el todo. La persona depende fundamentalmente de la comunidad y de la creación. Ser creado se relaciona con las expresiones soberanas de la vida. «Éstas, primeramente, *nos son dadas*, y en segundo lugar, son *soberanas*. Esto significa que es imposible que una persona pueda evitar su poder… Éstos son fenómenos que se hallan presentes en la vida de servicio. Crean vida, dan a conocer posibilidades de vida» (Martinsen, 1996, p. 80).

El cuerpo ha sido creado como un todo, es como decir que necesita un espíritu (o un cuerpo y espíritu) que entren en una correcta interacción en la que no pueda evitarse la percepción. Martinsen (1996) escribe:

> La percepción inicia la interacción y la mantiene. El cuidado del cuerpo se convierte en un elemento central. En este sentido, la enfermería es un trabajo vocacional y laico que, a través de un cuidado profesional del cuerpo, protege y ofrece espacio para las posibilidades de vida del paciente. La vocación se ve así como una demanda que la vida nos hace para ayudar a nuestros semejantes (en este caso, al paciente) mediante nuestro trabajo. Se trata de trabajo en el servicio de los procesos vitales. En enfermería, la vocación, el cuerpo y el trabajo se consideran un contrapeso a la nueva espiritualidad (sin cuerpo) (p. 72).

El amor a nuestro prójimo se aúna con un discernimiento concreto, práctico, profesional y moral.

El conocimiento sensual y basado en la experiencia es fundamental y esencial para la práctica de la enfermería. El cuidado se aprende a través de la experiencia práctica, en situaciones concretas y bajo la supervisión de enfermeras expertas y con experiencia (Martinsen, 1993b, 2003b).

La metafísica no es una especulación sobre algo de lo que no podemos conocer nada, sino una interpretación de fenómenos que todos reconocemos y experimentamos. Estos fenómenos son precientíficos y fundacionales.

FORMA LÓGICA

El principio lógico de Martinsen puede describirse como inductivo y análogo. El aspecto inductivo de su pensamiento tiene su origen en que el punto de partida de sus trabajos teóricos son las experiencias de la vida y en el servicio de salud. Se inclina hacia la filosofía y la historia con la esperanza de profundizar y entender más el trabajo concreto de la enfermería y de la vida vivida. En su reunión con la filosofía de la vida y la fenomenología de la creación, encuentra la ontología y la metafísica de un modo distinto al de la filosofía tradicional. Las expresiones de la vida, la creación, el tiempo y el espacio son hechos ontológicos y metafísicos. Por analogía, se diría que podemos pensar estos hechos y reconocerlos en nuestras experiencias concretas de la vida práctica. Se manifiestan como reuniones entre perso-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nas, en relatos y en el ejercicio del discernimiento. «En este sentido, la metafísica atisba en lo empírico», escribe Martinsen con referencia a Løgstrup (Martinsen, 1996). Además, afirma: «El relato toma su tiempo, es lento. Proporciona un contexto a través de formas análogas de reconocimiento, es decir, es relevante para nosotros cuando nos podemos reconocer nosotros mismos en los fenómenos de vida con que se relaciona» (Martinsen, 2002b, p. 267).

Kirkevold (1998) escribe lo siguiente:

> Martinsen no pretende presentar una teoría lógicamente construida. Por el contrario, se aleja de la noción del conocimiento que insiste en que la teoría tenga una estructura lógica formada por términos, principios y reglas. La teoría de Martinsen es un análisis interpretativo del cuidado, sobre el que la autora intenta verter luz desde varias perspectivas. Debe decirse que el tratamiento de este fenómeno es tanto extenso como exhaustivo (p. 180).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Martinsen es reacia a dar orientaciones concretas respecto a la práctica de la enfermería. Sin embargo, recomienda a las enfermeras que «piensen» y valoren lo que ella dice y escribe en relación con sus propias vidas, práctica y experiencia; y que, en este plano, imaginen su propio paso a otras alternativas de acción. Es así cómo Kirkevold (1998) lo presenta:

> La teoría del cuidado de Martinsen es relevante en la práctica como una filosofía general de la enfermería. Articula y comprende de modo claro una formulación precisa de cómo debería entenderse y abordarse la enfermería. Su fuerza radica en la habilidad para favorecer la reflexión sobre la práctica de la enfermería en diferentes contextos, en que ofrece un cuadro claro de lo que la autora cree que debe existir para que la enfermería pueda considerarse cuidado o práctica moral (p. 181).

Mantiene que muchos de estos textos contienen:

> ... un carácter normativo, y pretenden activar en la enfermería una contracultura que no sólo revolucione su disciplina, sino que también se erija como fuerza de resistencia contra la tendencia de la sociedad a oponerse al concepto de cuidado… En los últimos años ha aumentado el estilo personal, inspirador y poético. Comunica a la filosofía del cuidado de Martinsen un estilo fascinante, por lo que ha tenido un gran impacto sobre las enfermeras y las estudiantes (Kirkevold, 1998, p. 204).

Asimismo, Martinsen se dirige a las enfermeras en ejercicio a través de su publicación *Sykepleien.* Kirkevold escribe: «Al elegir la publicación *Enfermería* como principal vehículo para comunicar su trabajo académico, ha subrayado que sus raíces se encuentran más en la práctica enfermera que en la ciencia» (Kirkevold, 1998, p. 203).

Formación

La mayoría de los colegios de enfermería de Noruega y de Dinamarca hacen un buen uso de los textos de Martinsen, y sus trabajos forman parte del plan de estudios en diversos niveles educativos. Sus libros se reeditan de forma regular y han tenido un impacto considerable. Su pensamiento se encuentra en diversos textos recomendados para formación en enfermería (Alvsvåg, 2003; Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2002; Mekki y Tollefsen, 2000; Nielsen, 2003). Además, para la formación de enfermería se han escrito también otros libros cuyo objetivo es conseguir que el pensamiento de Martinsen sea relevante para la enfermería en general, y también para aspectos profesionales específicos. Por ejemplo, varios profesores noruegos y daneses publicaron en el año 2000 una recopilación de artículos que ofrecen una introducción al pensamiento de Martinsen y que están destinados, principalmente, a estudiantes (Alvsvåg y Gjengedal, 2000). En 2002 se publicó el libro *The Philosophy of Caring in Practice: Thinking with Kari Martinsen in Nursing* (Austgard, 2002). En este libro se presentan situaciones concretas de cuidados que muestran cómo la filosofía puede influir en la enfermería práctica. El libro también se tradujo al danés en 2004 (Austgard, 2004).

En 2003 una enfermera danesa escribió un libro de texto sobre cuidados espirituales. En el

texto es fundamental el pensamiento de Martinsen, junto con el de Katie Eriksson y Joyce Travelbee (Overgaard, 2003). En la *Danish Encyclopedia of Nursing,* publicada en 2008, se dedica un artículo separado a Kari Martinsen y otros artículos hacen referencia a sus ideas sobre el cuidado y el juicio (Jørgensen y Lyngaa, 2008).

Investigación

Del mismo modo que en la enfermería práctica puede «pensarse» y valorarse con los escritos de Martinsen, éstos también pueden aplicarse a la investigación. Existen incontables ponencias basadas en la práctica, lo concreto y lo más teórico, que estudian la relación entre experiencia empírica bajo el prisma de la filosofía y la terminología de Martinsen. En 1993, al cumplir Martinsen los 50 años, se publicó el libro *Wisdom and Skill* (Kirkevold, Nortvedt y Alvsvåg, 1993) en el que Kirkevold afirma que el pensamiento y los trabajos de Martinsen han creado un modelo de rol crítico y constructivo para el desarrollo profesional y de investigación (Kirkevold, 1993). Ruth Olsen escribe sobre la práctica reflexiva (Olsen, 1993), e incluye ideas elaboradas posteriormente en su tesis doctoral, publicada con el título *Wise with Experience? On Sensation and Attention, Knowledge and Reflection in Practical Nursing* (Olsen, 1998). En su tesis doctoral de 2003, Kirsten Beedholm, una danesa experta en enfermería, realiza un análisis, con inspiración del método arqueológico del filósofo francés Foucault y de las lecturas de Martinsen de los textos de Løgstrup (Beedholm, 2003). En otra tesis doctoral de 2006, el pedagogo noruego Pål Henning Walstad analiza la influencia de Grundtvig-Løgstrupian en Kari Martinsen, llamándola *Care for Life,* y la explica en relación con el trabajo práctico y la formación profesional (Walstad, 2006). Además, la profesora de enfermería Betty-Ann Solvoll, en su tesis doctoral de 2007, ha realizado un estudio de campo de la formación enfermera y explica los datos en relación con las reflexiones sobre el cuidado de Martinsen (Solvoll, 2007).

DESARROLLOS POSTERIORES

El cuidado puede entenderse a varios niveles: ontológico, concreto y práctico, o bien en el sistema u organización. En enfermería, actuamos de un modo profesional y moral de modo que el cuidado y las expresiones de vida reciban el espacio que necesitan para surgir en los encuentros enfermera-paciente. Nos vemos continuamente obligados una y otra vez a reflejar de modo crítico si esto ocurre o no. Ello implicaría la manifestación de un profesionalismo orientado a la persona, la manifestación repetida de actos de amor en la profesión (Martinsen, 1993b, 2000b).

Además, en la investigación de enfermería es importante desarrollar un modo de pensamiento sobre el cuidado. Así, en enfermería la ciencia se enfrentaría a ciertos límites. El reto consiste en desarrollar un tipo de investigación que no empobrezca la práctica, sino que enriquezca el conocimiento y la sabiduría desarrollados con la práctica; es decir, desarrollar o crear una investigación orientada a la práctica, una cooperación entre el investigador y el profesional (Martinsen, 1989c; 1993b). Kirkevold escribe lo siguiente:

> La teoría de Martinsen es especialmente importante puesto que es una de las pocas teóricas de enfermería noruegas y porque es una de las primeras teorías de enfermería de los países escandinavos que expresa un nuevo conocimiento de la realidad, así como la necesidad de nuevas teorías de enfermería basadas en el mismo (Kirkevold, 1998, p. 182).

En los aspectos social y de organización, el concepto de cuidado es asimismo muy relevante. Es importante desarrollar sistemas y organizaciones (p. ej., servicios de salud), de forma que se posibilite un profesionalismo orientado a la persona. Martinsen escribe acerca de un samaritano tanto compasivo como político (Martinsen, 1993b, 2000b, 2003b). Lo que es importante, tanto a nivel social como a nivel de organización, es cómo los samaritanos políticos facilitan el trabajo de los samaritanos compasivos.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Martinsen afirma claramente que la vida se ha creado y nos ha sido dada. Hemos sido creados por dependencia mutua y de la naturaleza. El cuidado mutuo y de la naturaleza es fundamental. Nuestro reto como enfermeras desde su pers-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pectiva es reunir a los pacientes y a sus familias con la profesionalidad centrada en la persona, y ésta es la base de la profesionalidad centrada en la persona.

Simplicidad

A primera vista, la teoría de Martinsen parece compleja. Al mismo tiempo, debe suscitarse la cuestión de si ello ocurre porque la teoría da un giro a muchas de nuestras conjeturas familiares sobre sus bases, por ejemplo, que los seres humanos son libres, independientes y sin límites en nuestra capacidad para la actividad y la interferencia con la creación. Las sociedades occidentales viven en una cultura de individualismo. Su visión de la humanidad puede describirse como *colectivista.* Utiliza un modo de hablar más poético y filosófico que científico, lo que también podría parecer extraño en una «sociedad científica». Martinsen escribe sobre los fenómenos generales que nos afectan y que podemos reconocer fácilmente en nuestras vidas personales, sea en el ámbito laboral o en la vida cotidiana. Vista de este modo, la teoría del cuidado no es difícil de entender. Martinsen pide que leamos lentamente sus escritos y que imaginemos nuestras propias experiencias teniéndolos en cuenta (Martinsen, 2000b).

Generalidad

Dado que la teoría de enfermería de Martinsen trata sobre los fenómenos esenciales de la vida y de la enfermería, los fenómenos presentes en todas las situaciones humanas, puede considerarse como relevante para los pacientes en general (Martinsen, 2006). Su teoría sobre el cuidado «parece importante para todos los pacientes que, a causa de la enfermedad o de otras razones, necesitan ayuda y cuidado» (Kirkevold, 1998, p. 181).

Precisión empírica

Los mundos de experiencia del paciente y de la enfermera son diversos, variados y polifacéticos. Se requiere un lenguaje diverso y variado para tratar con una realidad polifacética, un lenguaje que vaya a la par con lo que va a describirse. Este lenguaje es cercano a la filosofía y también al lenguaje cotidiano; es un lenguaje poético. Podemos afirmar que el lenguaje poético es el más preciso en la descripción de los diversos fenómenos y situaciones abiertos a la interpretación. La reflexión sobre el juicio profesional y los relatos crea los contextos de una comunidad y de una tradición de enfermería; reconocemos las situaciones y, por tanto, poseemos una perspectiva moral y profesional. Esto nos permite realizar una buena enfermería, dependiente de las situaciones, una práctica moral profesional.

Consecuencias deducibles

La teoría de Martinsen del cuidado es una crítica del sistema imperante y, al mismo tiempo, una inspiración a las personas en unas situaciones asistenciales concretas (Gjengedal, 2000). Gjengedal escribe que la motivación para el trabajo teórico de Martinsen «tiene precisamente un punto de partida práctico, un deseo de entender y proteger frente a la devaluación del aspecto asistencial de la enfermería» (Gjengedal, 2000, p. 38). La devaluación de la asistencia podría producir, si se acepta sin crítica, «una perspectiva científica ciega a la vida vivida y a todo lo que da significado al ser» (Gjengedal, 2000, p. 54).

La vida vivida está construida sobre estructuras básicas; el ser tiene un significado y este significado tiene su origen en el comienzo de la vida. Como personas y como enfermeras nos enfrentamos de una forma que permite expresar el significado positivo en nuestras relaciones humanas, por ejemplo, en las relaciones entre los pacientes y sus familiares. El modo en que expresemos esto de forma concreta y en un contexto de enfermería nos toca decidirlo a nosotros como profesionales, aunque la filosofía sobre la que Martinsen basa su pensamiento puede proporcionarnos ideas para nuestra propia reflexión en situaciones específicas.

Las situaciones específicas se presentan ellas mismas con posibilidades y con limitaciones. Las estructuras creadas socialmente (como la falta de recursos económicos, personales y la falta de camas) presentan serias limitaciones diarias. Las oportunidades para el cuidado son más accesibles en una comunidad asistencial y son desarrolladas por personas políticamente conscientes:

> Una comunidad asistencial no es dictatorial, ni tampoco el brazo extendido pasivo de la

> sociedad. La comunidad asistencial existe sólo en la medida en que luchamos por su existencia. Debemos formarlo nosotros mismos: a través de la solidaridad, a través de acciones moralmente responsables y mediante una lucha por una mayor igualdad e integración social y en la comunidad. El cuidado es un concepto activo y radical (Martinsen, 1989c, p. 62).

Es importante crear condiciones para un sistema de salud bueno e igualitario, así como estándares de vida universal, pero en la lucha contra recursos presupuestarios limitados, debemos tomar como nuestro punto de partida a los más débiles, a los que necesitan más ayuda; hemos de invertir las reglas de la asistencia de modo que reciban más quienes menos tienen.

RESUMEN

Martinsen tiene un interés tanto personal como sociopolítico en los enfermos, y también en los que por otros motivos se encuentran fuera de la sociedad. Su postura teórica puede denominarse crítica y fenomenológica. Ella parte de la idea inicial de que los seres humanos han sido creados y son seres frente a los que tenemos una responsabilidad administrativa. Somos seres relacionales; dependemos unos de los otros y de la Creación. Por tanto el cuidado, la solidaridad y la moral son para nosotros unas realidades inevitables.

En su pensamiento sobre el sujeto del cuidado, Martinsen desafía a la sociedad, la política asistencial y a los mismos profesionales de la salud para que entiendan los valores inherentes al cuidado mediante una enfermería y una política concretas. Martinsen da deliberadamente pocas directrices de actuación. En cambio, nos pide que meditemos acerca de las situaciones de los pacientes y familiares y que, mediante un buen entendimiento de la situación, perspectiva profesional y cuidados adecuados, lleguemos a la mejor de las soluciones prácticas.

En los países escandinavos, el pensamiento de Martinsen ha provocado, involucrado y originado debate y avances profesionales durante los últimos 30 años. Su pensamiento nos incita a pensar y a actuar de modo correcto, crítico y diferente respecto a la enfermería, la educación y la investigación. Gracias a su perspectiva, sus conceptos y nociones basados en la investigación y la docencia en historia y filosofía, el «pensamiento del cuidado» de Martinsen contribuye a iluminar la enfermería y la investigación sobre la enfermería.

Caso clínico

Como enfermeras, conocemos a pacientes y familiares en muchas y diferentes situaciones de la vida. Los pacientes pueden ser de todos los grupos de edad, ser enfermos agudos o crónicos, pueden recuperar la salud o enfrentarse al final de su vida y a la muerte como una realidad. Las enfermeras visitamos a los pacientes y familiares en sus casas, hospitales, residencias, servicios de salud escolares, hospitales locales, etc. Algunos de estos encuentros con pacientes y familiares nos impresionan más que otros y todos ellos representan situaciones de aprendizaje en más de una forma.

A partir de lo anterior, escriba un breve caso clínico según su experiencia personal o invente uno y analice cómo se manifestaría el cuidado en esta situación.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

Imagine y presente como punto de partida una situación concreta que haya experimentado personalmente, como participante activo o bien con un rol observacional.

1. Analice cómo se expresan la situación de cuidado, el juicio profesional y la discreción.
2. Desde el punto de partida de la situación del primer punto, analice qué significa el profesionalismo orientado a la persona y la moral.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe (English original).
- Martinsen, K. (2008). Modernitet, avtrylling og skam.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En måte å lese vestens medisin på i det moderne. In K. A. Petersen & M. Høyen (red.). *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bordieu—æresbog til Staf Callewaert.* Forlag@hexis.dk [Modernity, disenchantment and shame. A way of reading Western medicine in the modern. In K. A. Petersen & M. Høyen (ed.). *Leaving a trail on the way from Aquinas to Bordieu—honorary volume for Staf Callewaert.* Forlag@hexis.dk]

REFERENCIAS*

Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet—Fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget. [The view of the person—From the phenomenology of the body to creation phenomenology. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Alvsvåg, H. (2003). Omsorg—Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I B. K. Nielsen (red.), *Sygeplejebogen 2, 1. del Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje.* København: Gads Forlag. [Caring—From the starting point of Kari Martinsen's philosophy. In B. K. Nielsen (Ed.), *Nursing textbook 2, part 1. Theoretical-methodologic basis of clinical nursing.* Copenhagen: Gads Forlag.]

Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (red.). (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [*Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.].

Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis. A tenke med Kari Martinsen i sykepleien.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. [*Philosophy of caring in practice. Thinking with Kari Martinsen in nursing.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.]

Austgard, K. (2004). *Omsorgsfilosofi i praksis. At tænke med Kari Martinsen i sygeplejen.* København: Akademisk Forlag. [*Philosophy of Caring in Practice: Thinking with Kari Martinsen in Nursing.* Copenhagen: Akademisk Forlag.].

Beedholm, K. (2003). *Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs.* Viborg: Forlaget PUC. [*Change and inertia in the discourse of nursing studies.* Viborg: Forlaget PUC.]

Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning: En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget. [Caring and nursing. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.].

Jørgensen, B. B., & Lyngaa, J. (ed.) (2008). *Sygeplejeleksikon.* København: Munksgaard. [*Encyclopedia of Nursing.* Copenhagen: Munksgaard.]

Karlsson, B., & Martinsen, K. (2003). Prolog. In K. Martinsen *Omsorg, sykepleie og medisin.* (2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. [Prologue. In K. Martinsen. *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays* (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.]

Kirkevold, M. (1993). Innledning. I M. Kirkevold, F. Nortvedt, & H. Alvsvåg (red.), *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie.* Oslo: ad Notam Gyldendal. [Introduction. In M. Kirkevold, F. Nortvedt, & H. Alvsvåg (Eds.), *Wisdom and skill: Kari Martinsen's influence on Norwegian and Danish nursing.* Oslo: ad Notam Gyldendal.]

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier—Analyse og evaluering.* Oslo: ad Notam Gyldendal. 2. utgave. [*Nursing theories—Analysis and evaluation* (2nd ed.). Oslo: ad Notam Gyldendal.].

Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [Developmental characteristics in the writings of Kari Martinsen. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Kirkevold, M., Nortvedt, F., & Alvsvåg, H. (red.) (1993). *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie.* Oslo: Gyldendal Academisk. [*Wisdom and skill. Kari Martinsen's influence on Norwegian and Danish nursing.* Oslo: Gyldendal Academisk.]

Kjær, T. (2000). Fænomenologi, etikk og fortælling: I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [Phenomenology, ethics and narrative. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Kristoffersen, N. J. (2002). *Generell sykepleie.* Oslo: Universitetsforlaget. [*Fundamental nursing.* Oslo: Universitetsforlaget.].

Lubcke, P. (red.) (1983). *Politikens filosofiske leksikon.* København: Politikens Forlag. [*Politiken's philosophical lexicon.* Copenhagen: Politikens Forlag.]

Malchau, S. (2000). Kaldet. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [The call. In H. Alvsvåg &

*Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en noruego.

E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (1975). *Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag.* Filosofisk institutes stensilserie nr. 34. Bergen: Universitetet i Bergen. [*Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution* (Philosophical institute's stencil series no. 34). Bergen: University of Bergen.]

Martinsen, K. (1976). Historie og sykepleie—Momenter til en utdanningsdebatt. *Kontrast*, *7*, 430-446. [History and nursing—Elements of an educational debate. *Contrast, 7*, 430-446.].

Martinsen, K. (1977). Nightingale—Ingen opprører bak myten. *Sykepleien 18*(65), 1022-1025. [Nightingale—No rebel behind the myth. *Nursing,* 18(65), 1022-1025.]

Martinsen, K. (1978). Det 'kliniske blikk' i medisinen og i sykepleien. *Sykepleien*, *20*(66), 1271-1272. [The 'clinical gaze' in medicine and in nursing. *Nursing,* 20(66), 1271-1272.].

Martinsen, K. (1979a). Den engelske sanitation—Bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. I Ø. Larsen (red.), *Synet på sykdom*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. [The English sanitation movement, hygiene and the view of illness. In Ø. Larsen (Ed.), *The view of illness*. Oslo: University of Oslo (Section for medical history).]

Martinsen, K. (1979b). Diakonissesykepleiens framvekst.Fra vekkelser og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg. I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.), *Lønnet og ulønnet omsorg. En seminarrapport*. Arbeidsnotat nr. 5/79. Oslo: NAVF. [Development of the professional trained Christian nurses. From revival and woman's charitable groups to the mother house and care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report*. Working paper no. 5/79. Oslo: NAVE]

Martinsen, K. (1984). *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli. [*History of nursing: Frank and engaged deaconesses: A caring profession emerges 1860-1905*. Oslo: Aschehoug/ Tanum-Norli.]

Martinsen, K. (1989a). Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969. I K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag. [Health policy problems and health policy thinking behind the hospital law of 1969. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays*. Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen, K. (1989b). Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. Tidsrommet ca. 1890-1940. I K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag. [The doctor's interest in pregnancy—Part of perinatal care: The period ca. 1890-1940. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays*. Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen, K. (1989c). Omsorg, *sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag. [*Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays*. Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (red.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn*. Aarhus: Philosophia. [Practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (Eds.), *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society*. Aarhus: Philosophia.]

Martinsen, K. (red.) (1993a). *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: Tano. [*The thoughtful nurse*. Oslo: Tano.]

Martinsen, K. (1993b). *Fra Marx til Løgstrup. Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien.* Oslo: Tano Forlag. [*From Marx to Løgstrup: On morality, social criticism and sensuousness in nursing.* Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug. [*Phenomenology and caring: Three dialogues.* Oslo: Tano-Aschehoug.]

Martinsen, K. (1997a). De etiske fortellinger. *Omsorg, 1*(14), 58-63. [The ethical narratives. *Caring, 1*(14), 58-63.]

Martinsen, K. (1997b). Etikk og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benner. In M. Sæther (red.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak*. Tromsø: Universitetet i Tromsø. [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten.* Tromsø: University of Tromsø.]

Martinsen, K. (2000a). Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betraktninger omkring Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleje for diakonisser". I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's *textbook of nursing for deaconesses*. In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2000b). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget. [*The eye and the call*. Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I T. Wyller (red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne.* Bergen: Fagbokforlaget. [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame. Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity*. Bergen: Fagbokforlaget]

Martinsen, K. (2002a). Livsfilosofiske betraktninger. *Diakoninytt, 3*(118), 8-12. [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News,* 3(118), 8-12.].

Martinsen, K. (2002b). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *The meeting between patient and nurse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2002c). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg, 1*(19), 14-22. [Conversation, communication and professionality in the caring professions. *Caring,* 1(19), 14-22.]

Martinsen, K. (2003a). Disiplin og rommelighet. I K. Martinsen & T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays.* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. [*Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays* (2nd ed.). Oslo: University Press.]

Martinsen, K. (2003c). Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje, 4*(17), 36-46. [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing, 4*(17), 36-46.]

Martinsen, K. (2004b). Skjønn—Språk og distanse— Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje, 2*(18), 50-56. [Discernment—Language and distance—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing, 2*(18), 50-56.]

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen.* Oslo: Akribe. [*Dialog, Discernment and the Evidence.* Oslo: Akribe.]

Martinsen, K. (2006). *Care and Vulnerability*. Oslo: Akribe (English original).

Martinsen, K. (2008). *Å se og å innse—om ulike former for evidens.* Oslo: Akribe. [*To see and to realize—on various forms of evidence.* Oslo: Akribe.] (In process with Katie Ericsson).

Martinsen, K., & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S. [*Caring without care?* Oslo: Pax Forlag.].

Martinsen, K., & Wyller, T. (red.) (2003). *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger.* Oslo: Gyldendal Akademisk. [*Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings.* Oslo: Gyldendal Akademisk.].

Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2000). *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke.* Oslo: Akribe. [*On the threshold: Introduction to nursing as discipline and profession.* Oslo: Akribe.].

Nielsen, B. K. (ed.). (2003). *Sygeplejenbogen 2, 1. del. T*eoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje. København: Gads Forlag. [*Nursing textbook 2, part 1. Theoretical-methodic basis of clinical nursing.* Copenhagen: Gads Forlag.]

Nissen, R. (2000). Lærebog i Sygepleie. *Med etterord av Kari Martinsen.* Oslo: Gyldendal Akademisk. [*Textbook of nursing. With an afterword by Kari Martinsen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Olsen, R. (1993). Den reflekterte praktiker—Rapport fra et sykehjem. I M. Kirkevold, F. Nortvedt, & H. Alvsvåg (red.), *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie.* Oslo: ad Notam Gyldendal (s. 200-208). [The reflective practitioner—Report from a nursing home. In M. Kirkevold, F. Nortvedt, & H. Alvsvåg (Eds.), *Wisdom and skill. Kari Martinsen's influence on Norwegian and Danish nursing* (pp. 200-208). Oslo: ad Notam Gyldendal.].

Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring? Om sansing og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie.* Oslo: Tano Aschehoug. [*Wise with experience? On Sensation and Attention, Knowledge and Reflection in practical nursing.* Oslo: Tano Aschehoug.]

Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg—En lærebog.* København: Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck. [*Spiritual care—Textbook.* Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.]

Solvoll, B. A. (2007). *Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt—en feltstudie i sykepleieutdanningen.* Oslo: Universitetet i Oslo: Det medisinske fakultet, nr. 540. [*Caring skills as pedagogical project—a field study in nursing education.* Oslo: University of Oslo, Faculty of medicine, Doctoral dissertations no. 540.]

Walstad, P. B. (2006). *Dannelse og Duelighed for livet. Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon.* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral dissertations 2006:88. [*Education and Capability for life. Education and professional training in the Grundtvigian tradition.* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral dissertations 2006:88.]

BIBLIOGRAFÍA*

Fuentes principales

Libros

Martinsen, K. (1975). Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag. Filosofisk institutts stensilserie nr. 34. Bergen: Universitetet i Bergen.

*Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en noruego.

[Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution. Philosophical Institute's stencil series no. 34. Bergen: University of Bergen.].
Martinsen, K. (1979). Medisin og sykepleie, historie og samfunn. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Medicine and nursing, history and society. Oslo: The Norwegian Nursing Association.]
Martinsen, K. (1984). Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli. [History of nursing: Frank and engaged deaconesses. A caring profession emerges 1860-1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.]
Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays. Oslo: Tano Forlag. [Caring, nursing and medicine. Historical-philosophical essays. Oslo: Tano Forlag.].
Martinsen, K. (red.). (1993). Den omtenksomme sykepleier. Oslo: Tano. [The thoughtful nurse. Oslo: Tano.]
Martinsen, K. (1993). Fra Marx til Løgstrup. Om moral samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano Forlag. [From Marx to Løgstrup. On morality, social criticism and sensuousness in nursing. Oslo: Tano Forlag.]
Martinsen, K. (1996). Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger. Oslo: Tano-Aschehoug. [Phenomenology and caring. Three dialogues. Oslo: Tano-Aschehoug.]
Martinsen, K (2000). Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget. [The eye and the call. Bergen: Fagbokforlaget.]
Martinsen, K., & Wærness, K. (1979). Pleie uten omsorg? Oslo: Pax Forlag A/S. [Caring without care? Oslo: Pax Forlag.].
Martinsen, K., & Wyller, T. (red.). (2003). Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger. Oslo: Gyldendal Akademisk. [Ethics, discipline and refinement. Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings. Oslo: Gyldendal Akademisk.].
Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnet og evidensen. Oslo Akribe. Dialog, discernment and evidence. Oslo: Akribe.
Martinsen, K. (2006). Care and Vulnerability. Oslo: Akribe. (English original).
Martinsen, K. (2008). Å se og å innse—om ulike former for evidens. Oslo: Akribe. [To see and to realize—on various forms of evidence. Oslo Akribe.] (In process with Katie Ericsson).

Capítulos de libros

Martinsen, K. (1972). Samfunnets krise og sykepleiernes oppgave. I I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (red.), *Pedialogen* (s. 3-14). Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [The crises of society and the nursing objectives. In I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (Eds.), *Pedialog* (pp. 3-14). Oslo: Norwegian Nursing Association.].
Martinsen, K. (1972). Sykepleie som sosial-moralsk praksis. I I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (red.), *Pedialogen* (s. 15-36). Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Nursing as social and moral practice. I I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (Eds.), *Pedialog* (pp. 15-36). Oslo: Norwegian Nursing Association.]
Martinsen, K. (1978). Fra ufaglært fattigsykepleie til profesjonelt yrke—Konsekvenser for omsorg. I B. Persson, K. Ravn, & R. Truelsen (red.), *Fokus på sygeplejen-79. Årbok* (s. 128-157). København: Munksgaard. [From unskilled nursing the poor to professional occupation—Consequences for nursing. In B. Persson, K. Ravn, & R. Truelsen (Eds.), *Focus on nursing* (Annual 79, pp. 128-157). Copenhagen: Munksgaard.]
Martinsen, K. (1979). Den engelske sanitation-bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. I Ø. Larsen (red.), *Synet på sykdom* (s. 78-87). Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. [The English sanitation movement: Hygiene and the view of illness. In Ø. Larsen (Ed.), *The view of illness* (pp. 78-87). Oslo: University of Oslo, Section for Medical History.]
Martinsen, K. (1979). Diakonissesykepleiens framvekst. Fra vekkelser og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg. I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.), *Lønnet og ulønnet omsorg. En seminarrapport* (Arbeidsnotat nr. 5, s. 135-170). Oslo: NAVF. [Development of the professional trained Christian nurses: From revival and woman's charitable groups to the mother house and care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report* (Working paper no. 5, pp. 135-170). Oslo: NAVE]
Martinsen, K. (1979). Diakonissene. I E. Mehlum (red.), *Bak maskinene, under fanene.* Utgitt i forbindelse med "Kristiania-utstillingen" om arbeidsfolk i byen for 100 år siden (s. 54-56). Oslo: Tiden. [Deconesses. In E. Mehlum (Ed.), *Behind the machines and the banners* (pp.1; 54-56). Oslo: Tiden.] (Published in connection with "The Christiania (Oslo) exhibition" on the condition of workers 100 years ago.)
Martinsen, K. (1979). Sykepleien, historien og den omvendte omsorgen. I R. Wendt (red.), *Utveckling av omvårdnadsarbete* (s. 90-102). Lund: Studentlitteratur. [Nursing, history and the converse caring. In R. Wendt (Ed.), *Development of health care* (pp. 90-102). Lund: Studentlitteratur.]
Martinsen, K. (1979). Sykepleien i historisk perspektiv: Fra omsorg mot egenomsorg. I M. S. Fagermoen & R. Nord (red.), *Sykepleie: Teori/praksis* (s. 5-23). Oslo: Norwegian Nursing Association. [Nursing in a historical perspective: From care to self caring. In M. S. Fagermoen & R. Nord (Eds.),

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Nursing: Theory/practice (pp. 5-23). Oslo: Norwegian Nursing Association.]
Martinsen, K. (1981). Diakonisser. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, & R. Slagstad, m.fl. (red.), *Pax leksikon.* Oslo: Pax Forlag. (s. 89-90) [Deaconessses. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 89-90). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Guldberg, Cathinka. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, & R. Slagstad, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 553-554). Oslo: Pax forlag. [Guldberg, Cathinka. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 553-554). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Nightingale, Florence. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 448-449). [Nightingale, Florence. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 448-449). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Omsorg i sykepleie. I E. Barnes & S. Solbak (red.), *Sykepleielære 1. Lærebok for hjelpepleiere* (Kap. 3). Oslo: Aschehoug. [Care in nursing. In E. Barnes & S. Solbak (Eds.), *Nursing textbook 1. Textbook for licensed practical nurses* (Chapter 3). Oslo: Aschehoug.]
Martinsen, K. (1981). Sykepleier. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, m. fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 179-180). [Nurse. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 179-180). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Sykepleieraksjonen 1972. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, & R. Slagstad, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 180-181). Oslo: Pax forlag. [Nurses on strike 1972. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 180-181). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Sykepleierforbund, Norsk (NSF). I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, & R. Slagstad, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 181-183). Oslo: Pax Forlag. [Nursing association. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T. I. Romøren, R. Slagstad, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 181-183). Oslo: Pax Forlag.]
Martinsen, K. (1981). Trekk av hjelpepleiernes historie. I E. Barnes & S. Solbak (red.), *Sykepleielære 1. Lærebok for hjelpepleiere.* (Kap. 2). Oslo: Aschehoug. [Aspects of licensed practical nurse history. In E. Barnes & S. Solbak (Eds.), *Nursing textbook 1. Textbook for licensed practical nurses* (Chapter 2). Oslo: Aschehoug.]
Martinsen, K. (1985). Organisering av omsorg: diakonisser i Norge. I J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (red.), *Kvinnenes kulturhistorie* (s. 131-134). Oslo: Universitetsforlaget. [Organization of care: deaconesses in Norway. In J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (Eds.), *Woman's cultural history* (pp. 131-134). Oslo: Universitetsforlaget.]
Martinsen, K. (1986). Sykepleierne—Helsemisjonerer, oppdragere og profesjonelle yrkeskvinner. I . Fredriksen & H. Rømer (red.), I *Kvinder, Mentalitet og arbejde. Kvindehistorisk forskning i Norden* (s. 151-156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag. [Nurses—Health missionaries, educators and professional working woman. In I. Fredriksen & H. Rømer (Eds.), *Woman, mentality and work: Research on feminist history in Nordic countries* (pp. 151-156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag.]
Martinsen, K. (1987). Ledelse og omsorgsrasjonalitet—Gir patriarkatbegrepet innsikt? I NAVFs sekretariat for kvinneforskning (red.), *Kjønn og makt: teoretiske perspektiver* (s. 18-26). Arbeidsnotat nr. 2. Oslo: NAVE [Leadership and rationality of care—Does the concept of patriarchy yield insight? In *Gender and power: theoretical perspectives* (Working paper no. 2, pp. 18-26). Oslo: NAVF.]
Martinsen, K. (1989). Omsorg i sykepleien—In moralsk utfordring. I B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (red.), *Fokus på sygeplejen-90* (s. 181-200). København: Munksgaard. [Caring in nursing—A moral challenge. In B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (Eds.), *Focus on Nursing—90* (pp. 181-200). Copenhagen: Munksgaard.]
Martinsen, K. (1990). Fra resultater til situasjoner: Omsorg, makt og solidaritet. I kvindeforskning). Samkvind (Center for samfundsvidenskabelig, *Kvinder og kommuner i Norden* (s. 61-82), København: Samkvind. [From results to situations: Care, power and solidarity. In Samkvind (Center for Feminist Research), *Woman and municipals in Nordic country* (pp. 61-82). Copenhagen: Samkvind.]
Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. In T. Jensen, L. U. Jensen & W. C. Kim (Eds.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn* (pp. 60-84). Aarhus: Philosophia. [Moral practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim, *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society* (pp. 60-84). Aarhus: Philosophia.].
Martinsen, K. (1993). Etikk og diakoni. I P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang, *Bergen Diakonissehjem 75 år* (s. 22-26). Bergen: Bergen Diakonissehjem. [Etichs and Diaconi. In P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang, *Bergen Diakonissehjem 75 years* (pp. 22-26). Bergen: Bergen Diakonissehjem.]
Martinsen, K. (1993). Omsorgens filosofi og dens praksis. I H. M. Dahl (red.), *Omsorg og kjærlighet i velfærdsstaten* (Samfundsvidenskabelig kvindeforskning/Cekvina (s. 7-23). Århus: Universitetet i Århus. [Caring philosophy and its

practice. In H. M. Dahl (Ed.), *Care and love in the welfare state* (Social scientifically woman studies, pp. 7-23). Århus: The University of Århus.]

Martinsen, K. (1995). Omsorgsfeltet i den kliniske sygepleje. I I. Andersen & M. G. Erikstrup (red.), *Statens sundhedsvidenskabelige forskningsråds sygeplejeforskn-ingsinitiativ. Betydning for sygeplejepraksis* (s. 31-43). Århus: Århus Universitet. [Area for care in clinical nursing. In I. Andersen & M. G. Erikstrup (Eds.), *The state's initiative in nursing science. The significance for nursing practice* (pp. 31-43). Århus: Århus University.].

Martinsen, K. (1997). Etikk og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benner. I M. Sæther (red.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak* (pp. 111-157). Tromsø: Universitetet i Tromsø. [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten* (pp. 111-157). Tromsø: University of Tromsø.]

Martinsen, K. (1999). Etikken og kulturen, og kroppens sårbarhet. I K. Christensen & L. J. Syltevik (red.), *Omsorgens forvitring? En antologi om utfordringer i velferdsstaten—Tilegnet Kari Wærness* (s. 241-269). Bergen: Fagbokforlaget. [Ethics and culture, and vulnerability of the body. In K. Christensen & L. J. Syltevik (Eds.), *Weathering of caring? An anthology about challenges in the welfare state—Dedicate Kari Wærness* (pp. 241-269). Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betraktninger omkring Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleje for diakonisser". I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen* (s. 245-300). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's *Textbook of nursing for deaconesses.* In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen* (pp. 245-300). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I T. Wyller (red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 167-190). Bergen: Fagbokforlaget. [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame: Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity* (pp. 167-190). Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (2002). Rikke Nissen. Kjærlighetsgjerningen og sykestuen. I R. Birkelund (red.), *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie* (s. 305-328). København: Munksgaard forlag. [The loving act and the room for the sick. In R. Birkelund (Ed.), *Care, vocation and love in action and the sick-room. Persons and ideas in nursing history* (pp. 305-328). Copenhagen: Munksgaard.]

Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 250-271). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *The meeting between patient and nurse* (pp. 250-271). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2003). Disiplin og rommelighet. I K. Martinsen & T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger* (s. 51-85). Oslo: Gyldendal Akademisk. [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement. Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings* (pp. 51-85). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2005). Å bo på sykehuset og erfare arkitektur. I K. Larsen (red.), *Arkitektur, kropp og løring.* København: Reitzels forlag. [To dwell in hospitals and experience architecture. In K. Larsen (Ed.), *Architecture, body and learning.* Copenhagen: Reitzels forlag.]

Martinsen, K. (2005). Sårbarheten og omveiene. Løgstrup og sykepleien. I D. Bugge, P. Bøvadt, & P. Sørensen (red.), *Løgstrups mange ansikter* (s. 255-270). Fredriksberg: Anis. [Vulnerability and detours. Løgstrup and nursing. In D. Bugge, P. Bøvadt, & P. Sørensen (ed.). *Løgstrup's many faces* (pp. 255-270). Fredriksberg: Anis.]

Martinsen, K. (2007). Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I H. Alvsvåg & O. Førland (red.). *Engasjement og læring* (s. 315-344). Oslo: Akribe. [Do you concern me? Etical demand and disciplined goodness. In H. Alvsvåg & O. Førland (ed.). *Commitment and learning* (pp. 315-344) Oslo: Akribe.]

Martinsen, K., Beedholm, K., & Fredriksen, K. (2007). Metadebatten der forsvandt. I K. Fredriksen, K. Lomborg & U. Zeitler (red.), *Perspektiver på forskning* (s. 43-55). Århus: JCVU udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen. [The Meta debate that disappeared. In K. Fredriksen, K. Lomborg & U. Zeitler (ed.). *Perspectives on research* (pp. 43-55). Århus: JCVU udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen.

Martinsen, K. (2008). Modernitet, avtrylling og skam. En måte å lese vestens medisin på i det moderne. In K. A. Petersen and M. Høyen (red.). *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bordieu—æresbog til Staf Callewaert.* Forlag@hexis.dk [Modernity, disenchantment and shame. A way of reading Western medicine in the modern. In K. A. Petersen and M. Høyen (ed.). *Leaving a trail on the way from Aquinas to Bordieu—honorary volume for Staf Callewaert.* Forlag@hexis.dk]

Artículos de revistas

Martinsen, K. (1976). Historie og sykepleie—Momenter til en utdanningsdebatt. *Kontrast, 7*(12), 430-446. [History and nursing—Elements of an educational debate. *Contrast, 7*(12), 430-446.]

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Martinsen, K. (1977). Nightingale—Ingen opprører bak myten. *Sykepleien, 18*(65), 1022-1025. [Nightingale—No rebel behind the myth. *Nursing, 18*(65), 1022-1025.]

Martinsen, K. (1978). Det 'kliniske blikk' i medisinen og i sykepleien. *Sykepleien, 20*(66), 1271-1272. [The "clinical gaze" in medicine and in nursing. *Nursing, 20*(66), 1271-1272.]

Martinsen, K. (1981). Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. *Sykepleien, 8*(69), 4-10. [The philosophy of caring—And the practice. *Nursing, 8*(69), 4-10.].

Martinsen, K. (1982). Den tvetydige veldedigheten. *Sosiologi i dag,* temanummer *Kvinner og omsorgsarbeid, 1*(12), 29-41. [The ambiguity of charity. *Sociology, 1*(12), 29-41.]

Martinsen, K. (1982). Diakonissene—De første faglærte sykepleiere. *Sykepleien, 7*(70), 6-9. [The deaconesses—The first professionally trained nurses. *Nursing, 7*(70), 6-9.]

Martinsen, K. (1985). Kallsarbeidere og yrkeskvinner: Diakonissene—Våre første sykepleiere. *Forskningsnytt,* temanummer: *Kvinner og arbeid, 1*, 18-23. [Woman with a calling and a profession: The deaconesses—Our first nurses. *News in Science, 1*, 18-23.]

Martinsen, K. (1985). Sykepleiertradisjonen—Et nødvendig korrektiv til dagens sykepleieforskning. *Sykepleien, 15*(73), 6-14. [The nursing tradition—A necessary corrective to today's nursing science. *Nursing, 15*(73), 6-14.]

Martinsen, K. (1986). Omsorg og profesjonalisering—Med fagutviklingen i sykepleien som eksempel. *Nytt om kvinneforskning, 2*(10), 21-32. [Care and professionalism—An example from the development in nursing. *News in Woman Science, 2*(10), 21-32.]

Martinsen, K. (1987). Arbeidsdeling—Kjønn og makt. *Sykepleien, 1*(74), 18-23. [Division of labor—Gender and power. *Nursing, 1*(74), 18-23.]

Martinsen, K. (1987). Endret kunnskapsideal og to pleiegrupper. *Sykepleien, 4*(74), 20-25. [A changing paradigm and two types of nurses. *Nursing, 4*(74), 20-25.]

Martinsen, K. (1987). Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969. *Historisk tidsskrift, 3*(66), 357-372. [Health policy problems and health policy thinking underlying the new hospital law. *History, 3*(66), 357-372.]

Martinsen, K. (1987). Ledelse og omsorgsrasjonalitet—Gir patriarkatbegrepet innsikt? *Sykepleien, 1*(74), 18-23. [Management and caring rationality—Does the concept of patriarchate give insight? *Nursing, 1*(74), 18-23.]

Martinsen, K. (1987). Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. Tidsrommet ca. 1890-1940. *Historisk tidsskrift, 3*(66), 373-390. [Doctors' interests in pregnancy—A part of perinatal care. *History, 3*(66), 373-390.]

Martinsen, K. (1987). Norsk Sykepleierskeforbund på barrikadene for utdanning fra første stund. *Sykepleien, 3*(74), 6-12. [The Norwegian Nursing Association on the barricades from day one. *Nursing, 3*(74), 6-12.]

Martinsen, K. (1988). Ansvar og solidaritet. En moralfilosofisk og sosialpolitisk forståelse av omsorg. Sykepleien, *12*(75), 17-21. [Responsibility and solidarity. A moral-philosophical and sociopolitical understanding of caring. *Nursing, 12*(75) 17-21.]

Martinsen, K. (1988). Etikk og omsorgsmoral. *Sykepleien, 13*(75), 16-20. [Ethics and the moral practice of caring. *Nursing, 13*(75), 16-20.]

Martinsen, K. (1990). Diakoni er fellesskap og samhørighet. *Under Ulriken, 5*(30), 6-10. [Diaconi is community and fellowship. *Under Ulrikken, 5*(30), 6-10.]

Martinsen, K. (1991). Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien, 2*(78), 2-11, 29.[Caring and power, word and body in nursing profession. *Nursing, 2*(78), 2-11, 29.]

Martinsen, K. (1991). Under kjærlig forskning. Fenomenologiens åpning for den levde erfaring i sykepleien. *Perspektiv—Sygeplejersken, 36*(91), 4-15. [Compassionate research. Phenomenology opening up for lived experience in nursing. *Perspective—Nursing* (Danish), *36*(91), 4-15.]

Martinsen, K. (1993). Grunnforskning—Trofast og troløs forskning—Noen fenomenologiske overveielser. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning, 1*(9), 7-28. [Basic research—Faithful and faithless research—Some phenomenological considerations. *Nursing Research* (Danish), *1*(9), 7-28.]

Martinsen, K. (1997). De etiske fortellinger. *Omsorg, 1*(14), 58-63. [The ethical narratives. *Caring, 1*(14), 58-63.]

Martinsen, K. (1997). Kallet—Kan vi være det foruten? *Tidsskrift for sygeplejeforskning, 2*(13), 9-41. [The vocation—Can we do without it? *Nursing Science, 2*(13), 9-41.]

Martinsen, K. (1998). Det fremmede og vedkommende (I). *Klinisk Sygepleje, 1*(12), 13-19. [Strangeness and relevant (I). *Clinical Nursing, 1*(12), 13-19.]

Martinsen, K. (1998). Det fremmede og vedkommende (II). *Klinisk Sygepleje, 1-2*(12), 78-84. [Strangeness and relevans (II). *Clinical Nursing, 2*(12), 78-84.]

Martinsen, K. (2001). Er det mørketid for filosofien? Et svar til Marit Kirkevold. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* (dansk), *1*(17), 19-23. [Is Philosophy in shadow? A replay to Marit Kirkevold. *Nursing Science* (Danish), *1*(17), 19-23.]

Martinsen, K. (2002). Livsfilosonske betraktninger. I *Diakoninytt, 3*(118), 8-12. [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News, 3*(118), 8-12.].

Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg, 1*(19), 14-22. [Conversation, communication and professionality in the caring professions. *Caring, 1*(19), 14-22.]

Martinsen, K. (2003). Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje, 4*(17), 36-46. [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing, 4*(17), 36-46.]

Martinsen, K. (2004). Skjønn—Språk og distanse: dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje, 2*(18), 50-56. [Discernment—Language and distance: Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing, 2*(18), 50-56.]

Martinsen, K. (2008). Innfallet—og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk Sygepleje, 1*(22),. . . [The Innfall (impulse)—and its significance in life and work. Metaphysically inspired reflections on the nature of the Innfall and its ways of showing itself. *Clinical Nursing, 1* (22) . . .]

Martinsen, K., & Wærness, K. (1976). Sykepleierrollen—En undertrykt kvinnerolle i helsesektoren (I). *Sykepleien, 4*(64), 220-224. [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing, 4*(64), 220-224.]

Martinsen, K., & Wærness, K. (1976). Sykepleierrollen—En undertrykt kvinnerolle i Helsesektoren (II). *Sykepleien, 5*(64), 274-275, 281-282. [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing, 5*(64), 274-275, 281-282.]

Martinsen, K., & Wærness, K. (1980). Klientomsorg og profesjonalisering. *Sykepleien, 4*(68), 12-14. [Client care and the professionalization. *Nursing, 4*(68), 12-14.]

Publicaciones en prensa

Martinsen, K. (2008). *Å* se og å innse—om ulike former for evidens. Oslo: Akribe. [To see and to realize—on various forms of evidence. Oslo: Akribe.] (In process with Katie Eriksson).

Martinsen, K. (2008). Rom og rommelighet. Bergen: Fagbokforlaget. [Room and spaciousness. Bergen: Fagbokforlaget.]

Fuentes secundarias

Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (red.) (2000). Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Bergen: Fagbokforlaget. [Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen. Bergen: Fagbokforlaget.].

Austgard, K. (2002). Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. [Philosophy of caring in practice: Thinking with philosopher Kari Martinsen in nursing. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.]

Beedholm, K. (2003). Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs. Viborg: Forlaget PUC, Denmark. [Change and inertia in the discourse of nursing studies. Viborg: Forlaget PUC, Denmark.]

Jørgensen, B. B., & Lyngaa, J. (red.). (2008). Sygeplejeleksikon. København: Munksgaard. [Encyclopedia of Nursing. Copenhagen: Munksgaard.]

Kirkevold, M., Nortvedt, F., & Alvsvåg, H. (red.). (1993). Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Gyldendal Academisk. [Wisdom and skill: Kari Martinsen's influence on Norwegian and Danish nursing. Oslo: Gyldendal Academisk.]

Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2000). På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke. Oslo: Akribe. [On the threshold: An introduction to nursing as discipline and profession. Oslo: Akribe.]

Olsen, R. (1998). Klok av erfaring? Om sansing og opp-merksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. Oslo: Tano Aschehoug. [Wise with experience? On sensation and attention, knowledge and reflection in practical nursing. Oslo: Tano Aschehoug.]

Overgaard, A. E. (2003). Åndelig omsorg—En lærebog. Kari Martinsen. Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nytt lys. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. [Spiritual care—A textbook. Kari Martinsen, Katie Eriksson and Joyce Travelbee in a new light. Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.]

Solvoll, B. A. (2007). Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt—en feltstudie I sykepleieutdanningen. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske Fakultet, nr 540. [Caring skills as pedagogical project—a field study in nursing education. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, Doctoral dissertations no 540.]

Walstad, P. B. (2006). I Dannelse og Duelighed for livet. Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Doctoral dissertation. 2006:88. [Education and Capability for life. Education and professional training in the Grundtvigian tradition. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral dissertations 2006:88.]

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO
11

Katie Eriksson

1943-presente

Teoría del cuidado caritativo

Unni Å. Lindström, Lisbet Lindholm y Joan E. Zetterlund

«Cuidado caritativo significa que utilizamos la caridad (caritas) *cuando cuidamos al ser humano en la salud y en el sufrimiento… El cuidado caritativo es una manifestación del amor que "simplemente existe"… La comunión de la asistencia, el cuidado verdadero, tiene lugar cuando quien cuida en un espíritu de* caritas *alivia el sufrimiento del paciente» (Eriksson, 1992c, pp. 204, 207).*

BIOGRAFÍA

Katie Eriksson es una de las pioneras de la ciencia del cuidado en los países escandinavos. Al iniciar su carrera hace 30 años, abrió el camino para una nueva ciencia. Quienes hemos seguido su trabajo y progresos en Finlandia hemos observado su excelente capacidad para entender la asistencia como una disciplina y, al mismo tiempo, sus excelentes habilidades pedagógicas para dar a conocer los puntos más abstractos.

Eriksson nació el 18 de noviembre de 1943 en Jakobstad, Finlandia. Pertenece a la minoría finosueca del país y su lengua materna es el sueco. En 1965 se graduó en la Helsinki Swedish School of Nursing y en 1967 concluyó en el mismo centro su formación en la especialidad de enfermería de salud pública. En 1970 se graduó en el programa de formación de profesoras de enfermería en la Helsinki Finnish School of Nursing. Continuó sus estudios académicos en la Universidad de Helsinki, donde en 1974 se graduó en filosofía y en 1976 obtuvo la licenciatura; en 1982 defendió su tesis doctoral en pedagogía (*The Patient Care Process—An Approach to Curriculum Construction within Nursing Education: The Development of a Model for the Patient Care Process and an Approach for Curriculum Development Based on the Process of Patient Care*) (Eriksson, 1974, 1976, 1981). En 1984 fue nombrada docente de la ciencia del cuidado (a tiempo parcial) en la Universidad de Kuopio, el primer centro de este tipo en los países escandinavos. En 1992 fue nombrada profesora de ciencias del cuidado en la Åbo Akademi University. Entre 1993 y 1999 también trabajó como profesora de ciencias del cuidado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Helsinki, donde ha sido docente desde 2001. A partir del 1 de enero de 1996 trabaja como directora de enfermería en el Helsinki University Central Hospital, con responsabilidades en la investigación y el desarrollo de la ciencia del cuidado, junto con su cátedra en la Åbo Akademi University.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

A finales de la década de 1960 y comienzos de la de 1970, Eriksson trabajó en varios campos de la enfermería, aunque al mismo tiempo continuó con sus estudios. Sin embargo, su principal área de trabajo la ha llevado a cabo en la docencia y la investigación. Desde comienzos de la década de 1970, Eriksson ha profundizado de forma sistemática en su pensamiento sobre la asistencia, en parte a través de un modelo ideal de cuidados que ha constituido la base de la denominada teoría del cuidado caritativo, y en parte a través del desarrollo de una ciencia del cuidado autónomo y con una orientación humanista. Eriksson es una de las pocas investigadoras en ciencia del cuidado de los países escandinavos que ha elaborado una teoría del cuidado; además, ha sido una precursora de la investigación básica en ciencias del cuidado.

La carrera científica y la experiencia profesional de Eriksson comprende dos períodos: los años 1970-1986 en la Helsinki Swedish School of Nursing y el período posterior a 1986, en que comenzó a trabajar en el Department of Caring Science de la Åbo Akademi University, que ha dirigido desde 1987.

En 1972, tras enseñar durante 2 años en el departamento de enfermería de la Helsinki Swedish School of Nursing, le fue asignada la tarea de elaborar y poner en marcha un programa formativo para preparar a sus formadoras de enfermería. En Finlandia no existía un programa de este tipo impartido en sueco. Este programa contó con la colaboración inicial de la University of Helsinki y representó el inicio de la enseñanza científica de la enfermería. Bajo la dirección de Eriksson, la Helsinki Swedish School of Nursing desarrolló uno de los principales programas educativos sobre ciencia del cuidado existente en los países escandinavos, fue el precursor de la formación basada en la enfermería científica y, asimismo, de la integración de la investigación con la formación. Eriksson se encargó del programa durante 2 años, hasta que en enero de 1974 fue nombrada decana de esta misma escuela. Siguió como decana hasta septiembre de 1986, en que fue designada para planificar e iniciar la formación y la investigación en la Åbo Akademi University.

Hacia finales de la década de 1980, en Finlandia la ciencia del cuidado pasó a ser una asignatura y se crearon cátedras en cuatro universidades finlandesas y también en la universidad de lengua sueca, Åbo Akademi University. En 1986 se encargó a Eriksson que diseñase un programa formativo y de investigación sobre enfermería científica en la Åbo Akademi University's Faculty of Education en Vaasa, Finlandia. Se elaboró un completo programa formativo, con tres áreas u opciones y un programa formativo de enfermería científica. El resultado de su trabajo fue la creación del departamento de ciencia del cuidado en 1987. Este departamento funcionó de modo autónomo en la Faculty of Education of Åbo Akademi University hasta 1992, año en que fundó la nueva Faculty of Social and Caring Sciences. Uno de los resultados de su trabajo fue el desarrollo del programa de formación para el máster sobre ciencia del cuidado.

En 1987 se inició un programa doctoral bajo la dirección de Eriksson; asimismo, en el departamento se han publicado 32 tesis doctorales. En su departamento, y con la ayuda de su personal e investigadores, Eriksson ha desarrollado como disciplina académica la teoría del cuidado caritativo y de la enfermería científica. Actualmente el departamento ostenta un lugar principal en los países escandinavos, con estudiantes e investigadores procedentes de los mismos.

Además de su trabajo en docencia, investigación y supervisión, Eriksson es la decana del Department of Caring Science. Una de sus principales tareas ha sido establecer contactos con miembros de los países escandinavos y de otros países del mundo.

Eriksson ha sido una oradora invitada muy popular no sólo en Finlandia, sino también en todos los países escandinavos y en diversos congresos internacionales. En 1977 fue invitada como oradora en el Symposium of Medical and Nursing Education en Estambul (Turquía); en 1978 participó en la fundación de la formación de docentes médicos en Reikiavik (Islandia); en 1982 presentó su modelo didáctico de atención enfermera en la Open Conference of the Workgroup of European Nurse-Researchers en Uppsala (Suecia); asimismo, durante varios años, participó en la formación de pregrado y posgrado de enfermeras en el Statens Utdanningscenter for Helsopersonell (Centro Nacional de Educación para Personal de Enfermería) en Oslo (Noruega). En 1988 impartió un curso titulado «Investigación básica en ciencias del cuidado» en la Universidad de Bergen (Noruega), así como otro curso llamado «Teoría de ciencia e investigación sobre enfermería científica» en la Umeå University en Suecia. También ha trabajado como consultora en numerosos centros formativos suecos;

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

desde 1975, ha dado clases en la Nordiska Hälsovårdsskolan (Escuela Nórdica de Salud Pública) en Gotemburgo (Suecia). En 1991 fue oradora invitada en la 13th International Association for Human Caring (IAHC) Conference en Rochester (Nueva York); asimismo, en 1992 presentó su teoría en la 14th IAHC Conference en Melbourne (Australia) y en 1993 participó como oradora principal en la 15th IAHC Conference, Caring as Healing: Renewal Through Hope, en Portland (Oregón) (Eriksson, 1994b).

Desde 1985 ha sido invitada como oradora anual a los congresos para directoras de enfermería y, desde 1996, también al simposio anual de ciencias del cuidado que se celebra en Helsinki (Finlandia). Eriksson ha mantenido numerosos diálogos públicos sobre cuestiones básicas en enfermería y ciencia de la asistencia con la profesora Kari Martinsen, de Noruega. Algunos de estos diálogos han sido publicados (Martinsen, 1996).

Asimismo, Eriksson ha dirigido numerosos simposios: en 1975, The Nordic Symposium about the Nursing Care Process (el primer Nordic Nursing Care Science Symposium en Finlandia); en 1982, el Symposium in Basic Research in Nursing Care Science; en 1985, The Nordic Symposium in Nursing Care Science; en 1989, el simposio nórdico denominado «Humanistic Caring»; en 1991, la Nordic Caring Science Conference «Caritas & Passio» en Vaasa (Finlandia), y en 1993, la Nordic Caring Science Conference, «To Care or Not to Care—The Key Question in Nursing» en Vaasa (Finlandia).

La teoría del cuidado caritativo de Eriksson cobró popularidad internacional en 1997, cuando la IAHC celebró su conferencia de investigación en un país europeo por primera vez. El Department of Caring Science tuvo el honor de actuar como anfitrión de esta conferencia, que se llevó a cabo en 1997 en Helsinki (Finlandia) con el título de «Cuidados humanos: primacía del amor y del sufrimiento existencial».

Eriksson es miembro de varios comités editoriales de publicaciones internacionales sobre enfermería y ciencias del cuidado. Ha sido invitada a numerosas universidades finlandesas y de otros países escandinavos como miembro de tribunales de evaluación de tesis doctorales, y como consultora experta en su campo. No es tan solo asesora de sus estudiantes, sino que también actúa como supervisora de los estudiantes que investigan en las universidades de Kuopio y de Helsinki, donde es profesora asociada. Eriksson también ha trabajado como presidenta de la Nordic Academy of Caring Science desde 1999 a 2002.

Eriksson ha publicado una amplia lista de manuales, publicaciones científicas, artículos y comunicaciones. Inició sus publicaciones a comienzos de la década de 1970, que comprenden un total de unos 400 títulos. Algunas de sus publicaciones han sido traducidas a otros idiomas, sobre todo al finlandés. *Vårdandets Idé (El concepto de la asistencia)* ha sido publicado en Braille. Su primera traducción al inglés *The Suffering Human Being (Den Lidande Människan)* fue publicada en 2006 por Nordic Studies Press en Chicago.

De los numerosos premios y honores recibidos por Eriksson como reconocimiento a sus logros profesionales y académicos queremos destacar los siguientes. En 1975, Eriksson fue designada por Finlandia para recibir el premio 3M-ICN (International Council of Nurses) Nursing Fellowship; en 1987 recibió la Sophie Mannerheim Medal of the Swedish Nursing Association en Finlandia y en 1998 recibió la Caring Science Gold Mark del Helsinki University Central Hospital por su labor docente en enfermería. También en 1998 fue distinguida con un doctorado honorífico en Salud Pública por la Nordic School of Public Health de Gotemburgo (Suecia). También ha recibido otros premios, como la medalla Åland Islands (2001) por su actividad científica en la provincia y la Topelius Medal (2003), instituida por la Åbo Akademi University, en reconocimiento a sus investigaciones. Asimismo en 2003 recibió la distinción de Caballero de Primera Clase en Orden Finlandesa de la Rosa Blanca.

FUENTES TEÓRICAS

Ya desde mediados de la década de 1970, los principales pensamientos de Eriksson han sido no sólo elaborar la esencia del cuidado, sino también desarrollar la ciencia del cuidado como una disciplina independiente (Eriksson, 1988). Desde un principio Eriksson deseó volver a los clásicos griegos como Platón, Sócrates y Aristóteles, en los que halló su inspiración para desarrollar tanto la materia como la disciplina de la ciencia del cuidado (Eriksson, 1987a). A partir de la idea básica del humanismo inherente a la

ciencia de cuidar a los enfermos, Eriksson desarrolló una metateoría a la que denominó «teoría científica de la ciencia del cuidado» (Eriksson, 1988, 2001).

Al desarrollar la ciencia del cuidado como disciplina académica, además de Platón y Aristóteles sus principales fuentes de inspiración fueron el teólogo sueco Anders Nygren (1972) y Hans-Georg Gadamer (1960-1994). Nygren y, más tarde, Tage Kurtén (1987) han ayudado a Eriksson en su división de la ciencia del cuidado en sistemática y clínica. Eriksson introduce los conceptos de Nygren de investigación del motivo, contexto del significado y motivo básico, que proporcionan una estructura a la disciplina. El objetivo de la investigación del motivo es encontrar el contexto esencial, la idea principal del cuidar. En su forma objetiva, la idea de la investigación del motivo aplicada a la ciencia del cuidado consiste en mostrar las características del cuidado (Eriksson, 1992c).

En la ciencia del cuidado y en enfermería, el motivo básico es la *caritas*, que representa la idea principal y cohesiona los diversos elementos. La caridad otorga un carácter peculiar tanto a la sustancia como a la disciplina de la ciencia del cuidado. En el desarrollo del motivo básico, son también fuentes importantes San Agustín (1957) y Søren Kierkegaard (1843-1943). En el desarrollo posterior de la disciplina, el pensamiento de Eriksson también se ha visto influido por otras fuentes de la teoría científica, como Thomas Kuhn (1971), Karl Popper (1997) y más tarde por la filósofa norteamericana Susan Langer (1942) y los filósofos finlandeses Eino Kaila (1939) y Georg von Wright (1986); todos ellos apoyan la idea de que no puede existir una ciencia humana en ausencia de valores.

Durante muchos años, Eriksson colaboró con Håkan Törnebohm (1978), titular de la primera cátedra nórdica en la teoría de la ciencia en la Universidad de Gotemburgo (Suecia). En especial las investigaciones de Törnebohm y el desarrollo de paradigmas relacionados con la aparición de diversas culturas científicas fue lo que inspiró a Eriksson (Eriksson, 1989; Lindström, 1992).

En el trabajo científico de Eriksson es importante la idea de que los conceptos tienen tanto significado como sustancia. Esto es así a través de un análisis sistemático de conceptos fundamentales, con la ayuda de un método de análisis semántico basado en la idea de la hermenéutica, desarrollada por el profesor Peep Koort (1975). Koort, mentor de Eriksson, ha sido sin lugar a dudas la fuente de inspiración más importante de su trabajo científico. Trabajando en el fundamento de su metodología, Eriksson ha elaborado posteriormente un modelo de desarrollo conceptual de gran importancia para numerosos investigadores.

En su formulación de la ética asistencial caritativa, que Eriksson concibe como una ética ontológica, ha tenido un gran papel la idea de Emmanuel Lévinas (1988) de que la ética precede a la ontología. Eriksson está especialmente de acuerdo con el pensamiento de Lévinas sobre que la llamada a servir precede al diálo-go, que la ética es siempre lo más importante en las relaciones con otros seres humanos. La sustancia fun-damental de la ética –*caritas*, amor y caridad– se encuentra también en las ideas de Aristóteles (1993), Nygren (1972), Kierkegaard (1843-1943) y San Agustín (1957). En la formulación de la ética caritativa, Eriksson se ha inspirado en las ideas de Kierkegaard sobre que la parte más íntima del espíritu de un ser humano es una síntesis de lo eterno y de lo temporal y que actuar éticamente es querer de modo absoluto o querer lo eterno (Kierkegaard, 1843-1943). La teórica subraya la importancia del conocimiento de la historia de las ideas para preservar toda la cultura espiritual y encuentra apoyo para ello en Nikolai Berdiaev (1990), el filósofo e historiador ruso. Al intensificar la concepción básica del ser humano como cuerpo, alma y espíritu, Eriksson mantiene un interesante diálogo con varios teólogos, como Gustaf Wingren (1960-1996), António Barbosa da Silva (1993) y Tage Kurtén (1987), elaborando así una subdisciplina a la que denomina *teología del cuidado*.

Quizás el rasgo más destacado del pensamiento de Eriksson ha sido su clara formulación de los supuestos ontológicos, epistemológicos y éticos básicos en relación con la disciplina de la ciencia del cuidado. En el campo de esta ciencia, fuentes históricas como Sócrates, Platón y Aristóteles han servido de guía a Eriksson siempre que ha necesitado una base para el tema del cuidado en su forma histórica original.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Conceptos principales y definiciones

CARITAS

Caritas significa amor y caridad. En la *caritas* se unen eros y agapé, por naturaleza *caritas* significa siempre amor sin condiciones. La *caritas,* que es el motivo fundamental de la ciencia del cuidado, representa también el motivo de todo cuidado. Implica que el cuidado es una misión en la que intervienen la fe, la esperanza y el amor a través de una inclinación, el juego y el aprendizaje.

COMUNIÓN DE LA ASISTENCIA

La comunión del cuidado constituye el contexto del cuidado y es la estructura que determina su realidad. La asistencia adquiere precisamente su carácter peculiar a través de la comunión del cuidado (Eriksson, 1990). Es una forma de conexión íntima que describe el cuidar. La comunión del cuidado requiere una reunión en el tiempo y el espacio, una presencia absoluta y duradera (Eriksson, 1992c). La comunión del cuidar se caracteriza por intensidad y vitalidad, además de por calor, cercanía, reposo, respeto, honestidad y tolerancia. No puede darse por sobreentendida, sino que presupone un esfuerzo consciente para estar con la otra persona. La comunión del cuidar se considera como la fuente de la fuerza y del significado del cuidado. En *Pro Caritate*, Eriksson (1990) se refiere a Lévinas y escribe:

> Entrar en comunión implica crear oportunidades para el otro, ser capaz de salir del interior de la propia identidad, de salir de lo que le pertenece a uno y dirigirse hacia lo que no pertenece a nadie, ésta es una de las formas más intensas de la comunión (pp. 28-29).

Unirse en comunión significa crear posibilidades para la otra persona. Lévinas sugiere que considerar a alguien como a nuestro propio hijo implica una relación que va «más allá de lo posible» (1985, p. 71; 1988). En esta relación, la persona percibe las posibilidades de la otra como si fueran propias. Esto requiere la capacidad de tender hacia algo que ya no sólo no es nuestro, sino que además nos pertenece. Es una de las formas más intensas de la comunión (Eriksson, 1992b). La comunión del cuidado es lo que une, ata y da significado al cuidar (Eriksson, 1992a).

EL ACTO DEL CUIDADO

El acto del cuidado contiene los elementos asistenciales (fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje), incluye las categorías de infinidad y eternidad e invita a una comunión profunda. El acto del cuidar es el arte de convertir en algo muy especial algo que no lo es tanto.

ÉTICA ASISTENCIAL CARITATIVA

La ética asistencial caritativa comprende la ética del cuidado, cuyo núcleo está determinado por el motivo de la *caritas.* Eriksson hace una distinción entre ética del cuidar y ética enfermera. Asimismo, define las bases de la ética en el cuidar así como su materia esencial. La ética del cuidado trata de la relación básica entre el paciente y la enfermera, el modo como la enfermera entra en contacto con el paciente en un sentido ético. Trata sobre el abordaje del paciente. En cambio, la ética enfermera trata sobre las reglas y principios básicos que guían mi trabajo o mis decisiones. La ética del cuidado es la parte central de la ética enfermera. Los fundamentos de la ética caritativa pueden encontrarse no sólo en la historia, sino también en la línea divisoria natural entre ética teológica y ética humana. Entre otros, Eriksson ha estado influida por la ética humana de Nygren (1966) y por la «ética frontal» de Lévinas (1988). El cuidado ético constituye lo que realmente hacemos explícito en nuestro abordaje del paciente, así como las cosas que hacemos para él en la práctica. Un abordaje asistencial basado en la ética significa que, sin prejuicio alguno, consideramos al ser humano con respeto y que confirmamos su absoluta dignidad. También significa que somos capaces de sacrificar algo de nosotros mismos. Las categorías éticas que sobresalen como básicas en la ética asistencial caritativa son la dignidad humana, la comunión

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

asistencial, la invitación, la responsabilidad, el bien y el mal, la virtud y la obligación. En un acto ético, el bien se realiza mediante acciones éticas (Eriksson, 1995, 2003).

DIGNIDAD

La dignidad constituye uno de los conceptos básicos de la ética del cuidado caritativo. La dignidad humana es, en parte, dignidad absoluta y en parte, dignidad relativa. Mientras la dignidad absoluta la recibe el ser humano gracias a la creación, la dignidad relativa está influida y formada por la cultura y los contextos externos. La dignidad absoluta de un ser humano implica el derecho a ser confirmado como un ser humano único (Eriksson, 1988, 1995, 1997a).

INVITACIÓN

La *invitación* se refiere al acto que tiene lugar cuando el cuidador da la bienvenida al paciente a la comunión. El concepto de «invitación» implica un lugar donde se permita al ser humano descansar, un lugar que respire hospitalidad genuina y en el que la súplica de caridad del paciente encuentre una respuesta (Eriksson, 1995; Eriksson y Lindström, 2000).

SUFRIMIENTO

El sufrimiento es un concepto ontológico y se describe como la lucha del ser humano entre el bien y el mal. En cierto sentido, el sufrimiento implica alejarse de algo y, a través de la reconciliación, volver a crear la totalidad del cuerpo, el alma y el espíritu, cuando aparecen la dignidad y la santidad del ser humano. El sufrimiento es una experiencia total, única y aislada; en ningún modo es sinónimo de dolor (Eriksson, 1984, 1993).

SUFRIMIENTO RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD, LA ASISTENCIA Y LA VIDA

Son tres formas diferentes de sufrimiento. El sufrimiento relacionado con la enfermedad es el que se experimenta en relación con ésta y su tratamiento. El paciente presenta un sufrimiento relacionado con la asistencia cuando aquél deriva de ésta o de su ausencia, lo que implica siempre una violación de su dignidad. Son formas diversas de sufrimiento relacionado con la asistencia: no tomar seriamente al paciente, no acogerle, culparle y someterle a un ejercicio de poder. En la situación del paciente, toda la vida de un ser humano puede experimentarse como un sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a; Lindholm y Eriksson, 1993).

EL SER HUMANO QUE SUFRE

Para describir al paciente, Eriksson utiliza el concepto de «ser humano que sufre». El término «paciente» remite a *patiens*, que en latín significa «sufrimiento». El paciente es un ser humano que sufre o un ser que sufre y lo soporta con paciencia (Eriksson, 1994a; Eriksson y Herberts, 1992).

RECONCILIACIÓN

El término *reconciliación* hace referencia al drama del sufrimiento. Un ser humano que sufre quiere que le confirmen el sufrimiento que padece y, también, que se le dé tiempo y espacio para sufrir y alcanzar una reconciliación. La reconciliación implica un cambio mediante el que se forma una nueva totalidad a partir de la vida que el ser humano ha perdido en el sufrimiento. En la reconciliación surge la importancia del sacrificio (Eriksson, 1994a). Haber alcanzado la reconciliación implica vivir una imperfección respecto a uno mismo y a los otros, pero mirando hacia delante y encontrando un significado en el propio sufrimiento. La reconciliación es un prerrequisito de la *caritas* (Eriksson, 1990).

CULTURA DEL CUIDADO

La cultura del cuidado es el concepto que Eriksson utiliza en lugar de «ambiente» (1987a). Describe la realidad asistencial total y se basa en elementos culturales como las tradiciones, los rituales y los valores básicos. La cultura del cuidado transmite un orden interno de preferencias de valor o *ethos;* las

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

distintas construcciones de cultura se basan en los cambios de valor que experimenta el *ethos*. Si surge una comunión, la cultura se hace acogedora. El respeto por el ser humano, su dignidad y santidad forman el objetivo de la comunión y de la participación en una cultura de la asistencia. El origen del concepto de cultura se encuentra en dimensiones como reverencia, inclinación, desarrollo y asistencia; estas dimensiones son fundamentales para el motivo básico de preservar y desarrollar una cultura del cuidado (Eriksson, 1987a; Eriksson y Lindström, 2003).

UTILIZACIÓN PRUEBAS EMPÍRICAS

A partir del primer desarrollo de su teoría, Eriksson la ha incluido en el empirismo al utilizar sistemáticamente un método deductivo hipotético y hermenéutico. En conformidad con un modo de pensar hermenéutico y científico humano, Eriksson ha desarrollado un concepto de «evidencia» basado en la ciencia del cuidado (Eriksson, Nordman y Myllymäki, 1999). Como argumento principal, Eriksson señala que el concepto de evidencia en ciencias naturales es demasiado limitado para llegar a entender completamente la compleja realidad asistencial. Su concepto de «evidencia» procede del concepto de verdad de Gadamer (Gadamer, 1960-1994), que comprende la verdad, la belleza y el bien. De acuerdo con Gadamer, Eriksson señala que la evidencia no puede relacionarse únicamente con un método y con datos empíricos. En una perspectiva científica humana, la evidencia contiene dos aspectos: uno empírico y otro conceptual y lógico al que denomina «ontológico»; además, cada uno presupone al otro. Al evaluarse en dos estudios empíricos exhaustivos con la idea de conseguir unas culturas del cuidado en siete unidades asistenciales del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa, el concepto de «evidencia» desarrollado por Eriksson ha demostrado ser empíricamente evidente (Eriksson y Nordman, 2004).

Durante la década de 1970, Eriksson desarrolló inicialmente un modelo de proceso asistencial de enfermería (Eriksson, 1974) que más tarde formuló ya como teoría en su tesis doctoral (1981). Desde entonces, Eriksson ha profundizado paso a paso en la comprensión conceptual y lógica de los conceptos básicos y de los fenómenos que han surgido de su teoría. Ha probado la validez del modelo en contextos empíricos, en los que los conceptos han asumido unos atributos contextuales y pragmáticos. Esta forma lógica de trabajar, un movimiento constante entre la lógica y la evidencia empírica ha sido resumida por Eriksson en su modelo de desarrollo del concepto (Eriksson, 1997b). La validez de este modelo se ha evaluado en varias tesis doctorales desde 1995 (Kasén, 2002; Lindwall, 2004; Nåden, 1998; Rundqvist, 2004; Sivonen, 2000; von Post, 1999). Eriksson empezó a realizar unos programas de investigación clínica sobre el cuidado más sistemáticos y exhaustivos cuando fue nombrada directora del departamento de ciencia del cuidado de la Åbo Akademi University. Las 32 tesis doctorales escritas en este departamento entre 1992 y 2008 son, de algún modo, la prueba y validación de sus ideas y de su teoría.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Eriksson distingue dos clases principales de suposiciones: los axiomas y las tesis. Considera los axiomas como verdades fundamentales sobre la concepción del mundo; en cambio, las tesis son afirmaciones fundamentales en relación con la naturaleza general de la ciencia del cuidado y su validez se evalúa a través de la investigación. En conjunto, axiomas y tesis componen la ontología de la ciencia del cuidado y son, por tanto, el fundamento de su epistemología (Eriksson, 1988, 2001). La teoría del cuidado caritativo se basa en los siguientes axiomas y tesis, modificados y aclarados por Eriksson o con su aprobación (Eriksson, 2002). Éstos son los axiomas:

- El ser humano es fundamentalmente una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu.

- El ser humano es fundamentalmente un ser religioso.
- El ser humano es fundamentalmente sagrado. La dignidad humana implica aceptar la obligación humana de servir con amor, de existir para los otros.
- La comunión es la base de toda la humanidad. Los seres humanos están fundamentalmente interrelacionados con un ser abstracto y/o con un ser concreto formando una comunión.
- El cuidado es algo humano por naturaleza, una invitación a servir con amor.
- El sufrimiento es una parte inseparable de la vida. El sufrimiento y la salud son prerrequisitos relacionados mutuamente.
- La salud es algo más que la ausencia de enfermedad. La salud implica totalidad y santidad.
- El ser humano vive en una realidad caracterizada por el misterio, la infinitud y la eternidad.

Éstas son las tesis:

- El *ethos* confiere el significado final al contexto del cuidado.
- El motivo básico del cuidado es la *caritas*.
- La categoría básica del cuidado es el sufrimiento.
- La comunión asistencial forma el contexto del significado del cuidado y deriva del *ethos* del amor, la responsabilidad y el sacrificio, concretamente, la ética caritativa.
- La salud implica una tendencia a convertirse, ser y hacer, mientras se esfuerza por la totalidad y la santidad, lo que es compatible con un sufrimiento tolerable.
- La asistencia implica alivio del sufrimiento en la caridad, el amor, la fe y la esperanza. La asistencia básica natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en una relación de cuidados sostenida (que es asimétrica por naturaleza).

El ser humano

En la teoría de Eriksson, el concepto de «ser humano» se basa en el axioma de que es una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu (Eriksson, 1987a, 1988). Aunque Eriksson subraya que el ser humano es fundamentalmente un ser religioso, no todos los seres humanos reconocen esta dimensión. El ser humano es fundamentalmente sagrado y este axioma está relacionado con la idea de dignidad humana, que significa aceptar la obligación humana de servir con amor y de existir para los otros. Eriksson subraya la necesidad de entender al ser humano en su contexto ontológico. El ser humano es considerado en constante transformación; está constantemente cambiando y, por tanto, nunca alcanza un estado de completa terminación. Es entendido en términos de las tendencias duales que existen en su interior, ocupado en una lucha continua y en vivir en tensión entre el ser y el no ser. Eriksson considera la libertad como una condición de la transformación. Relaciona su pensamiento con las ideas de Kierkegaard (1843-1943) de elección libre y decisión en los diversos estadios del ser humano (estético, ético y religioso); además, piensa que el poder de trascendencia del ser humano es el fundamento de la libertad real. La tendencia dual del ser humano también surge de su esfuerzo por ser único, mientras desea pertenecer simultáneamente a una comunión más grande.

El ser humano depende fundamentalmente de la comunión; depende de otro, y el ser humano se forma a sí mismo y a su ser precisamente en la relación entre un otro concreto (ser humano) y un otro abstracto (alguna forma de Dios) (Eriksson, 1987a). El ser humano busca una comunión en la que pueda dar y recibir amor, experimentar fe y esperanza, y ser consciente de que su existencia tiene, aquí y ahora, un significado. Según Eriksson (1987a), el ser humano que encontramos en el cuidado creativo e imaginativo tiene deseos y aspiraciones, y es capaz de experimentar fenómenos; por tanto, una descripción del ser humano basada sólo en sus necesidades es insuficiente. Cuando el ser humano entra en el contexto del cuidado, se convierte en paciente en el sentido original del concepto, un ser humano que sufre (Eriksson, 1994a).

Caritas

En Eriksson se encuentran el amor y la caridad (o *caritas*) como motivo básico del cuidado (1987a, 1990, 2001) como idea principal ya incluso en sus primeros trabajos. El motivo de la *caritas* puede rastrearse a través de la semántica, la antropología y la historia de las ideas (Eriksson, 1992c). Según Nygren (1966), *caritas* significa amor humano y caridad. Antropológicamente, la esencia del ser humano es el amor. Amar es una característica humana (Lévinas, 1988). La historia de las ideas indica que, a través de la historia, el fundamento de las profesiones asistenciales ha sido una inclinación a ayudar y abastecer a los que sufren (Lanara, 1981).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La *caritas* es el motivo del cuidado y a través de éste es como alcanza su sentido más profundo. Según Eriksson, este motivo constituye también el núcleo de todo el desarrollo docente y de promoción, así como de todos los tipos de relaciones humanas. En la *caritas* se combinan las dos formas básicas de amor: *eros* y *agapé* (Nygren, 1966). Al combinarse las dos formas de amor, la generosidad se convierte en una actitud del ser humano hacia la vida, y su forma de expresión es la alegría. El motivo de la *caritas* se hace visible en el cuidado en una actitud ética especial, o lo que Eriksson llama una *perspectiva caritativa*, que formula y especifica en una ética del cuidado caritativo (Eriksson, 1995). La *caritas* constituye la fuerza interna que se relaciona con la misión de asistir. Un cuidador que trabaja con amor también se esfuerza en lo que Eriksson llama *claritas* o la fuerza y la luz de la belleza.

La *caritas* comprende el amor por nuestro vecino y por Dios, el amor de un ser humano hacia uno mismo, el amor del ser humano por todo lo creado y el amor de Dios hacia los seres humanos. Eriksson considera las expresiones de amor como un desarrollo de las virtudes originales de la misericordia y de las virtudes teológicas de la fe, la esperanza y el amor (Eriksson, 1987a, 1990). Eriksson ha extraído toda su teoría del cuidado caritativo precisamente a partir de la idea de *caritas*.

Asistencia

Según las suposiciones fundamentales de la ciencia de la asistencia, Eriksson considera el cuidado como una ontología y una expresión de la *caritas* (Eriksson, 1988). El cuidado es algo natural y original. Eriksson opina que la esencia del cuidado sólo puede entenderse rastreando su origen. Este origen se encuentra en el origen del concepto y en la idea del cuidado natural. Los fundamentos del cuidado natural están formados por la idea de maternidad, que implica limpieza y alimentación, y por un amor espontáneo e incondicional.

La asistencia básica natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en un espíritu de amor, fe y esperanza. Las características de la inclinación son el calor, la cercanía y el tacto; el juego es una expresión del ejercicio, las pruebas, la creatividad, la imaginación, los deseos y las aspiraciones; el aprendizaje aspira al crecimiento y al cambio. Tener inclinaciones, jugar y aprender implica compartir, y Eriksson (1987a) afirma que compartir es «la presencia con el ser humano, la vida y Dios» (p. 38). Por tanto, el verdadero cuidado «no es una forma de conducta, ni un sentimiento o un estado. Consiste en estar allí (es el modo, el espíritu en el que se hace, y este espíritu es caritativo)» (Eriksson, 1998, p. 4). Eriksson afirma que el cuidado a través de las edades puede considerarse como diversas expresiones del amor y de la caridad, con un intento para aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la muerte. En sus últimos textos, Eriksson subraya que el cuidado también puede considerarse como una búsqueda de la verdad, la bondad, la belleza y lo eterno, así como para lo que es permanente en la asistencia (y hacer que ello sea visible y evidente) (Eriksson, 2002). Su búsqueda constante se ha centrado en la cuestión de qué significa cuidar en el ámbito de la asistencia. Eriksson destaca que el cuidado caritativo se relaciona con la parte más interior de la enfermería, y ha diferenciado las tradiciones que ella denomina «enfermería del cuidado» *(caring nursing)* del «cuidado de la enfermera» *(nursing care)*. Eriksson indica que el cuidado de la enfermera está basado en el proceso de cuidar y que constituye un buen cuidado sólo cuando depende de la parte más interior de la enfermería. En cambio, la enfermería asistencial representa un tipo de asistencia sin prejuicio y en el que destaca el paciente y sus sufrimientos y deseos (Eriksson, 1994a).

El cuidado caritativo surge en el encuentro con el ser humano en sufrimiento, y en una relación de cuidados que implica una comunión asistencial (Eriksson, 1998). El núcleo fundamental de la relación de cuidados entre enfermera y paciente, descrita por Eriksson (1993), es una invitación abierta que contiene la afirmación de que el otro siempre es bienvenido. La constante invitación abierta participa en lo que Eriksson (2003) actualmente denomina el *acto del cuidado*. El acto del cuidado expresa su espíritu más interno y reproduce el motivo básico de la *caritas*. El acto de *caritas* expresa el elemento sagrado más profundo, la salvaguarda de la dignidad de todo paciente. En el acto de cuidar, se invita al paciente a un compartir o comunión auténtica para activar y vivificar los fundamentos del cuidado (Eriksson, 1987a) (esto es, que sean apropiados por el paciente). La apropiación tiene como consecuencia rehabilitar de algún modo al ser humano y hacerle genuinamente

más humano. En un sentido ontológico, según Eriksson el objetivo último del cuidado no puede ser sólo salud; llega más allá e incluye a la vida humana en su totalidad. Puesto que la misión del ser humano es servir, existir para los otros, el objetivo final del cuidado es llevar de nuevo al ser humano a realizarla (Eriksson, 1994a).

Ethos

Eriksson utiliza el concepto de *ethos* según la idea aristotélica (1935, 1997) de que la ética procede precisamente del mismo. En el sentido de Eriksson, el *ethos* de la ciencia del cuidado, así como la asistencia misma, consiste en la idea de amor, caridad y en el respeto y honor de la santidad y dignidad del ser humano. El *ethos* es el componente principal de todos los cuidados. *Ethos* es una ontología en la que existe «un deber interno hacia», un objetivo de la caridad «que posee su propio lenguaje y su propia clave» (Eriksson, 2003, p. 23). El buen cuidado y el conocimiento verdadero se hacen visibles a través del *ethos*. Originalmente, *ethos* se refiere al hogar o sitio en que el ser humano se siente como en casa. Simboliza un espacio interno del ser humano donde se manifiesta en su total desnudez (Lévinas, 1989). *Ethos* y ética son conceptos que van juntos y en la cultura del cuidado se convierten en uno solo (Eriksson, 2003). Eriksson piensa que *ethos* significa que nos sentimos llamados a servir a una tarea particular. Eriksson considera este *ethos* como el núcleo de la cultura del cuidado. El *ethos*, que representa la fuerza básica de la cultura de la asistencia, refleja la prioridad prevalente de valores a través de los que aparecen los fundamentos básicos de la ética, así como las acciones éticas.

Sufrimiento

A comienzos de la década de 1990, cuando Eriksson reintrodujo la idea del sufrimiento como una categoría básica del cuidado, volvió a las condiciones históricas fundamentales de toda la asistencia, a la idea de la caridad como base para aliviar el sufrimiento (Eriksson, 1984, 1993, 1994a, 1997a). Esto implicó un cambio en la visión de la realidad del cuidado para centrarse en el ser humano en sufrimiento. En un sentido ontológico, Eriksson considera el sufrimiento como una lucha entre el bien y el mal. Su punto de partida es que el sufrimiento constituye una parte inseparable de la vida humana y que carece de una definición o razón distinguible. Posee muchas caras y características, pero carece de un lenguaje explícito. Aunque como tal el sufrimiento no tiene significado, un ser humano puede atribuírselo reconciliándose con el mismo. Eriksson diferencia el sufrimiento tolerable del sufrimiento no tolerable; opina que un sufrimiento intolerable paraliza al ser humano y le impide desarrollarse, mientras que un sufrimiento tolerable todavía es compatible con la salud. Aunque en su significado más profundo todo sufrimiento puede describirse en algún sentido como una forma de muerte, también puede llevar a una renovación. Todo ser humano que sufre participa en un drama de sufrimiento. Aliviar el sufrimiento de un ser humano implica ser un coactor en el drama y confirmar así su sufrimiento. Un ser humano que sufre quiere que le confirmen el sufrimiento que padece y que le den espacio y su tiempo para reconciliarse con él. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento. Eriksson ha descrito tres formas diferentes: el sufrimiento relacionado con la enfermedad, el sufrimiento relacionado con el cuidado y el sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a, 1997a).

Salud

En muchos de sus primeros escritos, Eriksson considera la salud según un análisis del concepto en que la define como firmeza, frescor y bienestar. Subraya intensamente la dimensión subjetiva o bienestar (Eriksson, 1976). En el axioma actual de salud, afirma que es más que la ausencia de enfermedad; salud implica un sentido de totalidad en el cuerpo, el alma y el espíritu. Como concepto puro, salud significa totalidad y santidad (Eriksson, 1984). De acuerdo con su visión del ser humano, Eriksson ha desarrollado varias premisas respecto a la esencia y las leyes de la salud, que se han añadido a un modelo de salud ontológico. Eriksson considera la salud como movimiento y como integración. La salud es un movimiento entre lo potencial y lo real en la transformación activa de un ser humano; asimismo, es una parte integrada de la vida humana. La premisa de la salud es un movimiento que comprende varias premisas parciales: la salud como movimiento implica un cambio; se forma o destruye un ser humano, pero

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nunca completamente; la salud es un movimiento entre lo potencial y lo real; la salud es un movimiento en el tiempo y en el espacio; la salud como movimiento depende de la fuerza vital, de la vitalidad del cuerpo, el alma, el espíritu; la dirección de este movimiento está determinada por los deseos y necesidades del ser humano; la voluntad para encontrar el significado, la vida y el amor constituyen la fuerza de energía del movimiento, y la salud como movimiento se esfuerza hacia la realización de la potencialidad de uno mismo (Eriksson, 1984).

En el concepto ontológico, la salud se concibe como una transformación, un movimiento hacia una totalidad y santidad más profundas. Cuando se alcanza el potencial de salud interno de un ser humano, tiene lugar un movimiento que, en las diferentes dimensiones de salud, se hace visible como hacerse, ser y transformarse en una totalidad única para los seres humanos (Eriksson, Bondas-Salonen, Fagerström, Herberts y Lindholm, 1990). En el hacer, los pensamientos de la persona relativos a la salud se centran en los hábitos de vida sanos y evitan la enfermedad; en el ser, la persona lucha para conseguir equilibrio y armonía; en la transformación, el ser humano entra en un nivel de integración más profundo.

Eriksson (1997a) considera que la salud y el sufrimiento caminan juntos. La salud es total sólo mediante su combinación con el sufrimiento. La salud y el sufrimiento son dos lados del mismo movimiento y se integran constantemente en la vida del ser humano. En la dimensión de salud correspondiente al hacer, los seres humanos están poco familiarizados con su sufrimiento, por lo que desean explicarlo. En la dimensión de salud correspondiente al ser, buscan la armonía y desean alejarse del sufrimiento. Al transformarse, los seres humanos tampoco están familiarizados con el sufrimiento, sino que en lugar de ello tratan de reconciliarse con las circunstancias de la vida. Eriksson (1994a) piensa que el sufrimiento puede dar un sentido a la salud, haciendo al ser humano consciente de los contrastes entre salud y sufrimiento.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Al formular sus suposiciones teóricas, la idea fundamental de Eriksson es que conectan cuatro niveles de conocimiento: el metateórico, el teórico, el tecnológico y el artístico. Aunque la generación de la teoría tiene lugar a través de un movimiento dialéctico entre estos niveles, en este caso la idea epistemológica básica es la deducción (Eriksson, 1981). La teoría científica para la ciencia del cuidado (que contiene perspectivas epistemológicas, lógicas y éticas fundamentales) está construida a nivel de metateoría. Eriksson (1988), como Nygren (1972), considera el motivo básico como el elemento que facilita la formación del conocimiento a todos los niveles y que proporciona al conocimiento científico sus características peculiares. Una ontología común y claramente formulada constituye el fundamento tanto de la teoría del cuidado caritativo como de la ciencia del cuidado (como disciplina). Igual que Lévinas (1988), Eriksson opina que la ética precede a la ontología. Las características de la teoría del cuidado caritativo son el motivo de la *caritas*, el *ethos* del amor y la caridad, y el respeto y reverencia para la dignidad y santidad humanas, que determinan en definitiva la naturaleza del cuidado. Este *ethos*, que rodea al cuidado como ciencia y como arte, facilita la cultura del cuidado y crea las precondiciones para éste. El *ethos* se refleja en el proceso del cuidado de enfermería, en la documentación y en los diversos modelos de planificación asistencial.

La comunión asistencial representa el contexto a partir del cual se entienden los conceptos teóricos. El sufrimiento humano, que constituye la categoría básica del cuidado y emplaza al cuidador al cuidado verdadero (es decir, servir con amor y caridad). En el acto de cuidar, el ser humano que sufre (o paciente) es invitado a la comunión asistencial, en la que el sufrimiento puede aliviarse a través de un acto de cuidar que es único para el drama que vive cada ser individual. Aliviar el sufrimiento implica que el cuidador es un coactor en el drama, confirma el sufrimiento del paciente y cede suficiente tiempo y espacio para sufrir hasta alcanzar la reconciliación. La reconciliación es el último objetivo de la salud o ser, e implica el restablecimiento de la totalidad y santidad (Eriksson, 1997a).

La estructura externa del cuidado está constituida por el proceso asistencial enfermero, estructurado en forma de un curso hermenéutico de sucesos en los que entender representa un prerrequisito necesario para actuar. Crea una cultura del cuidado en la que es posible un cuidado caritativo.

FORMA LÓGICA

La metateoría ha tenido siempre un lugar fundamental en el pensamiento de Eriksson y su trabajo epistemológico se basa en la teoría aristotélica del conocimiento (Aristóteles, 1935). Buscar el conocimiento, que es intrínsecamente hermenéutico y que ha tenido lugar en el ámbito de una perspectiva teórica estructurada, significa una búsqueda del texto original en una tradición histórico-hermenéutica, es decir, lo que en el sentido hermenéutico antiguo representa la verdad (Gadamer, 1960-1994). Para alcanzar la profundidad de conocimiento y de teoría en la que tanto se ha esforzado, Eriksson ha utilizado diversos modelos lógicos guiados por los principios hermenéuticos y el método hipotético deductivo.

Tanto en la teoría caritativa del cuidado como en la ciencia del cuidado de Eriksson, la forma lógica representa una disciplina (Eriksson y Lindström, 1997). Eriksson destaca, y esto es de fundamental importancia, que la forma lógica se ha creado sobre la base del cuidado (la *caritas*) y no sobre la base del método. Por tanto, lo que ha creado la guía lógica es la deducción combinada con la abducción. El lenguaje, las palabras y los conceptos son los portadores del contenido del significado, y Eriksson subraya la necesidad de escoger unas palabras, conceptos y lenguaje que se correspondan con la tradición de la ciencia humana.

En el cambio dinámico entre el mundo natural y el mundo de la ciencia se ha producido constantemente una competición por alcanzar la fuente de la verdad, la belleza y el bien. Eriksson (1999) perfila su teoría del pensamiento científico, en la que la reflexión se mueve entre patrones a diferentes niveles y en que el repertorio de interpretación es sometido a una perspectiva teórica. El movimiento se produce claramente entre la *dóxa* (conocimiento empírico-perceptivo), la *episteme* (conocimiento racional-conceptual) y el «infinito». Por tanto, el movimiento aparece entre las dos categorías epistemológicas básicas de la teoría del conocimiento: la percepción y la concepción. El infinito llega más allá del conocimiento racional formador de conceptos; las categorías epistemológicas toman principalmente la forma de símbolos y metáforas.

Eriksson ha aplicado regularmente tres formas de inferencia (deducción, inducción y abducción o retroducción) (Eriksson y Lindström, 1997) que han dado una estructura lógica externa a la teoría. La esencia de su teoría del cuidado ha surgido simultáneamente gracias a unos saltos de abducción (Peirce, 1990; Eriksson and Lindström, 1997) que, en ocasiones, han originado un nuevo caos, pero que asimismo han llevado el pensamiento de Eriksson hacia nuevos descubrimientos. Gracias a la abducción se ha perfilado el modelo ideal del cuidado caritativo, a partir de suposiciones históricas y evidentes por sí mismas (Nygren, 1972). De este modo, Eriksson ha utilizado antiguos textos originales para testificar el cuidado caritativo como material de investigación. Asimismo, mediante la inducción y la deducción se ha evaluado continuamente la validez de la teoría.

Teoría, tal como la concibió Eriksson, coincide con el concepto griego de teoría (theoria) en el sentido de ver cómo lo bello y lo bueno participan de lo común y lo dedican a otras personas (Gadamer, 2000, p. 49). La teoría y la práctica son aspectos diferentes de una misma esencia central. La fuerza convincente y el potencial de toda la teoría se encuentran en su núcleo más interno, la *caritas*, alrededor del cual se genera la teoría. La esencia del cuidado se forma en un movimiento dialéctico entre lo potencial y lo real, lo general abstracto y lo individual concreto. Con la ayuda del pensamiento lógico abstracto, combinado con la lógica del corazón (Pascal, 1971), la teoría del cuidado caritativo se hace presente a través del arte de los cuidados.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Un rasgo característico del modo de trabajar de Eriksson es su forma de estructurar el pensamiento abstracto como un prerrequisito obvio y natural de la actividad clínica y como una forma de cuidado basada en datos científicos y que inaugura una mayor comprensión. Eriksson utiliza el concepto de cuidado como arte, como expresión de una práctica asistencial en la que la generalidad abstracta se manifiesta en un acto individual de cuidados caritativos.

Varias unidades de enfermería de los países escandinavos han basado su práctica y su filosofía

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

asistencial en las ideas y la teoría del cuidado caritativo de Eriksson. Entre ellas figuran varios centros del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa en Finlandia, Stiftelsen Hemmet en las islas Åland finlandesas y Stora Sköndal en Suecia. Dado que el pensamiento y el modelo del cuidado de Eriksson son generales, el modelo de proceso de cuidado enfermero ha demostrado ser aplicable en todos los contextos asistenciales, desde el cuidado clínico agudo y la atención psiquiátrica hasta la medicina preventiva y de promoción de la salud.

Desde la década de 1970, el modelo de proceso asistencial enfermero de Eriksson ha sido asimismo utilizado, evaluado y desarrollado como base de documentación y de atención enfermera en el Helsinki University Central Hospital. Desde comienzos de la década de 1990, Eriksson ha sido directora del programa de investigación clínica «En el mundo del paciente». Este programa comprende diversos estudios empíricos llevados a cabo en varios centros pertenecientes al distrito de los hospitales universitarios. La teoría de Eriksson se ha evaluado; sus resultados se han presentado en tesis doctorales y disertaciones de másteres, y han aparecido en publicaciones científicas y profesionales. Del estudio «In the Patient's World II: Alleviating the Patient's Suffering—Ethics and Evidence» se obtendrán recomendaciones para el cuidado de los pacientes y es un proyecto de investigación en curso que, con el tiempo, se convertirá en una guía de referencia de la ciencia del cuidado clínico.

Suposiciones teóricas, afirmaciones y el modelo del proceso asistencial enfermero forman la base del desarrollo de la documentación y planificación de cuidados. Además, el modelo de Eriksson ha sido sometido a una investigación académica más exhaustiva (Fagerström, 1999; Kärkkäinen and Eriksson, 2003, 2004; Lukander, 1995; Turtiainen, 1999). El pensamiento de Eriksson ha influido en los campos del liderazgo y la administración enfermeros, en los que la teoría caritativa de la enfermería representa el núcleo de desarrollo de liderazgo en los diversos niveles de la organización enfermera. El hecho de que el modelo de proceso de cuidados y las ideas de Eriksson sobre el cuidado funcionan en la práctica ha sido comprobado en múltiples ensayos y en las tesis de máster, licenciatura y doctorado realizadas en los países escandinavos.

Formación

Desde la década de 1970, la teoría de Eriksson ha sido integrada en la formación de las enfermeras en diversos niveles; asimismo, sus libros han sido incluidos sin interrupción en diversas formas de la educación enfermera de los países escandinavos. La formación para el doctorado y el máster iniciada en 1986 en Departamento de Ciencia de los Cuidados de la Åbo Akademi University se ha basado completamente en las ideas de Eriksson; asimismo, su teoría del cuidado caritativo representa la parte fundamental del desarrollo de la materia tanto en educación como en investigación.

Eriksson inició la formación de las primeras profesoras de ciencias del cuidado en 1970. Más adelante, tuvo la ventaja de trabajar con un equipo de profesoras que han integrado sus ideas y su teoría del cuidado caritativo en la docencia enfermera. Eriksson trabajó intensamente para elaborar el plan de estudios de la ciencia del cuidado. En su libro sobre didáctica del cuidado (Eriksson, 1985), Eriksson desarrolló aún más su teoría sobre el plan de estudios. Su teoría de la didáctica del cuidado está basada en la dialéctica entre una ontología claramente estructurada, una epistemología y un *ethos* que den lugar a una didáctica, un arte de la docencia de naturaleza hermenéutica. La teoría y los conceptos de la ciencia del cuidado discurren a modo de hilo principal a través de toda la educación (independientemente del nivel). La elaboración por Eriksson de la ciencia del cuidado como una disciplina humanista autónoma, con subdisciplinas como la ética asistencial, la teología del cuidado y la historia de las ideas sobre el cuidado (Eriksson, 1988, 2001), forman la estructura organizativa básica del plan de estudios y de la docencia en numerosos niveles (Eriksson, 1986).

El desarrollo de la didáctica asistencial y del plan de estudios centrado en la ciencia del cuidado prosiguió en el programa de investigación y formación. La aparición de profesoras enfermeras forma parte del programa de máster y ha hecho que aparezca la primera tesis doctoral sobre didáctica de la ciencia del cuidado (Ekebergh, 2001).

Eriksson comprendió muy precozmente la importancia de integrar los cursos académicos en la educación de las enfermeras; así, hoy día los cursos académicos sobre ciencia del cuidado basados en la teoría de Eriksson se ofrecen como una

parte más de la educación continuada de las enfermeras que trabajan en la práctica clínica. En estos cursos académicos participan anualmente unas 200 enfermeras.

Dado que Eriksson considera la ciencia del cuidado no como una disciplina orientada a la profesión, sino como una disciplina académica «pura», ha despertado el interés de estudiantes de otras disciplinas o grupos laborales, como profesores, asistentes sociales, psicólogos y teólogos. Eriksson subraya que es necesario que también los médicos estudien la ciencia del cuidado, para poder conseguir así una auténtica cooperación interdisciplinaria entre esta ciencia y la medicina.

Investigación

Eriksson y sus colegas docentes y de investigación del departamento de ciencia del cuidado han diseñado un programa de investigación basado en su propia experiencia. Este programa comprende la ciencia del cuidado sistemático, la ciencia del cuidado clínico, la didáctica, la administración y la investigación interdisciplinaria. La teoría del cuidado caritativo de Eriksson ha sido evaluada y posteriormente desarrollada en diversos contextos con diferentes enfoques metodológicos, tanto dentro de los propios proyectos de investigación del departamento como en las 32 tesis doctorales que hasta ahora se han publicado.

Eriksson ha subrayado siempre la importancia de la investigación básica y su necesidad en la investigación clínica; su tesis principal es que la sustancia es la que debe orientar la elección del método de investigación. En su libro *Pausen (La pausa)* (Eriksson, 1987b) describe cómo se estructura el objeto de investigación, empezando por la teoría del cuidado caritativo; asimismo, en su libro *Broar (Puentes*) (Eriksson, 1991) describe el paradigma de investigación y los diversos abordajes metodológicos basados en una perspectiva científica humanista. Durante los primeros años, el énfasis recae en la investigación básica, con hincapié en el desarrollo de los conceptos básicos, suposiciones de la teoría y fundamentos sobre la historia y la historia de las ideas. Un punto especialmente sólido en la investigación de Eriksson es una perspectiva teórica claramente formulada y que confiere una mayor claridad y profundidad al conocimiento. Desde su aparición, la teoría y la investigación siempre se han movido juntas y con el punto de mira en las diversas dimensiones de aquélla, y es precisamente en el contexto de esta conexión donde queremos ilustrar algunos de los principales resultados de la investigación.

Eriksson ha destacado siempre la necesidad de llevar a cabo un análisis sistemático y exhaustivo de los conceptos básicos; además, ha elaborado su propio modelo de desarrollo conceptual (Eriksson, 1991, 1997b); este modelo ha demostrado ser muy útil y ha sido utilizado por numerosos investigadores, como Nåden (1998) en su estudio sobre el arte del cuidado, von Post (1999) en su estudio del concepto del cuidado natural, Sivonen (2000) en los estudios de los conceptos de alma y espíritu, y Kasén (2002) en su estudio del concepto de la relación asistencial. Asimismo, otros estudios se han centrado en el concepto de dignidad (Edlund, 2002), poder y autoridad (Rundqvist, 2004), y en el cuerpo en un contexto perioperatorio (Lindwall, 2004).

En el proyecto de investigación Den Mångdimensionella Hälsan *(Salud multidimensional),* realizado entre 1987 y 1992, Eriksson desarrolló el concepto de salud y elaboró un modelo ontológico (Eriksson, 1994a; Eriksson et al., 1990; Eriksson and Herberts, 1992). El proyecto incluyó varios estudios que culminaron en diversas tesis de máster. De ellas, fueron tesis doctorales el estudio de Lindholm sobre la concepción de la salud por la gente joven (Lindholm y Eriksson, 1998) y el estudio de Bondas sobre la salud de las mujeres durante el período perinatal (2000; Bondas y Eriksson, 2001).

El modelo ontológico de salud fue posteriormente la base de varios estudios. En su estudio sobre la salud laboral, Wärnå (2002) relacionó la teoría aristotélica de la virtud con el modelo ontológico de salud de Eriksson. El resultado del estudio abrió una nueva línea de pensamiento en el ámbito de la prevención de salud en el ambiente laboral; asimismo, en varias fábricas finlandesas de procesado de la madera se están realizando aún progresos e investigaciones al respecto.

Desde mediados de la década de 1980, cuando en la teoría de Eriksson resultó evidente el sufrimiento como la categoría básica de la asistencia, se han publicado numerosas investigaciones sobre el tema. Una de ellas es el estudio de Wiklund (2000)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

del sufrimiento como lucha y drama, en pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria y en pacientes drogodependientes. En diversos estudios clínicos, Råholm se centró en el sufrimiento y su alivio en pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria (Råholm, Lindholm y Eriksson, 2002; Råholm, 2003). Fredriksson ha estudiado la manifestación del sufrimiento en un contexto psiquiátrico y ha demostrado las posibilidades que tiene la conversación para aliviar el dolor (Fredriksson, 2003; Fredriksson y Eriksson, 2003; Fredriksson y Lindström, 2002). En un estudio noruego, Nilsson (2004) examinó el sufrimiento en pacientes con importantes trastornos de salud mental, atendidos en unidades psiquiátricas no institucionalizadas y comprobó que la experiencia de la soledad tiene una importancia básica. En su estudio, Caspari (2004) demostró asimismo la importancia de la estética en la salud y el sufrimiento.

En un proyecto de cooperación entre investigadores suecos y finlandeses se ha estudiado el sufrimiento de las mujeres con cáncer de mama. Entre otras cosas, este proyecto incluye estudios de intervención, en los que se ha demostrado la importancia de las diferentes formas de cuidados para aliviar el sufrimiento (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm y Hamrin, 2002; Arman-Rehnsfeldt y Rehnsfeldt, 2003; Lindholm, Nieminen, Mäkelä y Rantanen-Siljamäki, 2004). En su tesis, Arman-Rehnsfeldt demostró cómo se forma entre estas mujeres el drama del sufrimiento (Arman, 2003).

Desde mediados de la década de 1970 se han llevado a cabo continuas investigaciones considerando a la ciencia del cuidado como una disciplina académica; además, también se ha formulado una teoría científica para la misma (Eriksson, 1988, 2001; Eriksson and Lindström, 2000, 2003; Lindström, 1992). Asimismo, Eriksson ha elaborado subdisciplinas de la ciencia del cuidado, lo que significa que investigadores de esta ciencia y de otras disciplinas científicas dialogan entre sí y forman una unidad de investigación. Un ejemplo de ello es el desarrollo de la ética del cuidado caritativo (Andersson, 1994; Eriksson, 1991, 1995; Fredriksson y Eriksson, 2001; Råholm and Lindholm, 1999; et al., 2002). Otra interesante subdisciplina desarrollada por Eriksson es la teología del cuidado, en la que ha estructurado cuestiones espirituales y doctrinales junto con un grupo científico de temas; en este sentido, ha abierto el camino para la aparición de un pensamiento nuevo. Actualmente, la teología del cuidado ha despertado gran interés entre los profesionales de salud y ya puede estudiarse en cursos académicos.

Son muchos los investigadores que en las universidades, los institutos de grado superior y los centros de salud de los países escandinavos utilizan las ideas y la teoría de Eriksson. Ello se refleja en sus frecuentes referencias bibliográficas. (Un estudio más detallado del tema supera el alcance de este capítulo.)

DESARROLLOS POSTERIORES

Eriksson continúa desarrollando su pensamiento y la teoría del cuidado caritativo con energía constante y encontrando continuamente nuevos caminos y, al mismo tiempo, reformando y profundizando en los conceptos ya establecidos de la teoría del cuidado caritativo, así como de la disciplina de la ciencia del cuidado. La investigación sistemática y el desarrollo de la teoría del cuidado caritativo, al igual que la disciplina de la ciencia de cuidados, se localizan principalmente en el ámbito de los programas de investigación de su propio departamento, con sus ayudantes y grupos de posgraduados. Los temas de los candidatos al doctorado están relacionados con los programas de investigación y constituyen una importante contribución del conocimiento al desarrollo en curso del pensamiento de Eriksson. Durante los últimos años, Eriksson ha subrayado la necesidad de realizar investigación básica en la ciencia del cuidado, en la que ha destacado especialmente la comprensión del objeto de la investigación, la realidad a la que se está asistiendo. Eriksson describe el objeto de investigación desde tres puntos de vista: el mundo experimentado, la *praxis* como actividad y la «realidad real», que va más allá de la realidad empírica y constituye lo infinito. En la «realidad real», que implica los atributos del misterio, uno se encuentra con parte del potencial más profundo del cuidado; es una realidad que puede entenderse en el sentido de Gadamer, en el antiguo significado griego de *praxis*, como modo de vida, modo de ser, es decir, como una ontología (Gadamer, 2000). En la ciencia del cuidado, el desarrollo del conocimiento es fundamentalmente distinto dependiendo del objeto de conocimiento que se está investigando (Eriksson y Lindström, 2003). Hoy día, otra área

central de interés para Eriksson (2003) es la formada por la aparición de la ética asistencial caritativa (es decir, la cuestión del *ethos*, los valores básicos de la asistencia, los fundamentos éticos de la asistencia, y la apropiación en el acto de la asistencia). Como se ha mencionado anteriormente, la teoría del cuidado caritativo también experimenta un desarrollo continuado gracias a su aplicación y a las pruebas efectuadas en diversos contextos clínicos.

CRÍTICA

Claridad

El punto fuerte de la teoría de Eriksson es su estructura lógica global, en la que cada concepto nuevo se incorpora en un todo siempre más exhaustivo, donde se aprecia claramente un elemento de lógica interna en el desarrollo de la materia. Su tesis principal ha sido siempre que será necesaria una claridad conceptual básica antes de que tenga sentido desarrollar los rasgos contextuales de la teoría. Como métodos centrales, Eriksson ha utilizado el análisis de conceptos y el análisis de ideas, lo que se asocia con claridad estructural y semántica. Al mismo tiempo, significa que los conceptos pueden haber asumido unas dimensiones que son consideradas como «extrañas» para los no familiarizados con la perspectiva teórica en la que se ha desarrollado la teoría. Hemos tenido la oportunidad de seguir el trabajo de Eriksson durante muchos años, por lo que entendemos que su modo de pensar forma un todo lógico en el que el científico abstracto descubre lo concreto con otra visión (es decir, proporciona una experiencia de evidencia y verifica la fuerza convincente de la teoría).

Simplicidad

La claridad teórica de la teoría de Eriksson refleja la simplicidad de su teoría, mostrando lo general como un todo conceptual lógico y claro. El abordaje hermenéutico ha profundizado en la comprensión de la materia y, por tanto, ha contribuido a la simplicidad de la teoría (Gadamer, 1960-1994). La simplicidad también puede entenderse como una expresión del concepto de teoría de Gadamer, al dar a entender que la teoría y la práctica van juntas y que reflejan los dos lados de una misma realidad. Eriksson está de acuerdo con el pensamiento de Gadamer relativo a que la comprensión incluye la aplicación, y en que la teoría abre un modo para profundizar en la participación y la comunión. Eriksson (2003) formula este proceso al afirmar que «los ideales llegan a la realidad y la realidad llega a los ideales» (p. 26).

Generalidad

La teoría de Eriksson es general en el sentido de que su objetivo es crear una base ética y ontológica del cuidado, a la vez que constituye el núcleo de la disciplina y, por tanto, implica también a la epistemología. La teoría de Eriksson es también general como resultado de la amplia fuerza convincente que recibe a través de sus conceptos teóricos fundamentales, así como de sus axiomas y tesis. Existe el riesgo de que una teoría demasiado general sea difusa en relación con diferentes contextos asistenciales. No obstante, Eriksson ha subrayado siempre la importancia de describir los conceptos fundamentales en un nivel de abstracción óptimo para incluir así toda la compleja realidad del cuidado que, al mismo tiempo, implica un alto grado de significación que facilita el conocimiento en diversos contextos asistenciales.

Precisión empírica

El pensamiento de Eriksson como un todo ha alcanzado una comprensión que se extiende también a otras disciplinas y profesiones. Ha desarrollado un lenguaje y una retórica que llega tanto a investigadores como a profesionales de las ciencias humanas. La precisión empírica de la teoría de Eriksson se manifiesta a través de una combinación de su claridad, simplicidad y generalidad, junto con un rico contenido y un *ethos* claramente formulado.

Consecuencias deducibles

El trabajo de 30 años de Eriksson para desarrollar una teoría del cuidado caritativo ha tenido éxito; así, existen evidencias de que su pensamiento es de gran importancia en la práctica clínica, la investigación, la educación y también en el desarrollo de la disciplina. Al desarrollar la teoría del cuidado caritativo, Eriksson ha creado su propia tradición científica del cuidado, una tradición que ha crecido y de la que puede decirse que ha marcado la práctica realizada en los países escandinavos.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

RESUMEN

Durante muchos años, Eriksson ha sido una guía y visionaria que se ha anticipado y ha labrado nuevos surcos en el campo teórico. Su teoría del cuidado caritativo y su pensamiento científico global sobre el cuidado se han desarrollado en un marco temporal de 30 años. Es característico de su pensamiento que, incluso trabajando en un nivel abstracto para elaborar conceptos y teorías, éstas se hallan arraigadas en la realidad clínica y en la docencia. La completa teoría del cuidado caritativo y el cuidado, que surgen alrededor de su núcleo teórico, alcanzan un carácter distintivo y un significado más profundo gracias al *ethos* de la *caritas*, el amor y la compasión que todo lo invaden. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la salud. Uno de los axiomas básicos es el concepto de ser humano como una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu, con un núcleo de dignidad y santidad.

La formación del conocimiento, que Eriksson considera como una espiral hermenéutica, comienza con la idea de que la ética precede a la ontología. En concreto, ello implica que el pensamiento de la dignidad y la santidad humana se mantiene siempre vivo en todas las fases de la búsqueda del conocimiento. La ética precede a la ontología tanto en la teoría como en la práctica.

La tradición científica del cuidado y la disciplina de la ciencia del cuidado forman la base de la actividad del Departamento de la Ciencia del Cuidado en la Åbo Akademi University. Asimismo, la teoría del cuidado caritativo y la disciplina de la ciencia del cuidado han inspirado a numerosos autores de los países escandinavos y se utilizan como base para la investigación, la educación y la práctica clínica. Muchos de sus manuales originales, publicados principalmente en sueco, se han traducido al finlandés, al noruego y al danés.

Caso clínico

El caso presentado es una filosofía de la práctica, de Ulf Donner, director del sanatorio psiquiátrico Foundation Home *finlandés que, durante 15 años, ha trabajado haciendo uso de la teoría del cuidado caritativo de Eriksson*.

Incluso en un estadio precoz de nuestro trabajo como cuidadores, nos reconocemos ya en la teoría de la ciencia del cuidado, que destaca la fuerza curadora del amor y de la compasión en forma de inclinación, juego y aprendizaje en un espíritu de fe, esperanza y caridad. La cultura caritativa se hace visible con la ayuda de rituales, símbolos y tradiciones, por ejemplo con la idea de la Trinidad y el tiempo diario dedicado a la reflexión espiritual. Al encontrarse con un ser humano en sufrimiento, se lucha por los atributos del amor y de la caridad; también se analizan aspectos como la reconciliación, el perdón y el modo en que los cuidadores podemos servir a nivel de hacerse, ser y transformarse. En la lucha del amor y la compasión para llegar a un ser humano que ha sido apartado de la comunión a causa del sufrimiento, existe siempre el esfuerzo del cuidador para encontrar nuevos horizontes.

Trabajamos con personas que, a menudo, piensan no merecer el amor que encuentran y que intentan convencernos de ello a nosotros, los cuidadores. También nosotros sufrimos el desengaño de los actos destructivos de los pacientes y debemos constantemente recordar que esta dinámica tiene su origen en promesas rotas. En ocasiones, es difícil reconocer que el sufrimiento expresado de este modo abstracto busca un abrazo que no soluciona, pero que es lo bastante fuerte como para dar un abrigo y ofrecer un movimiento de transformación. Al reconocer lo que es malo y lo que es difícil, los horizontes del campo de fuerzas se amplían, y se abren las posibilidades de traer un rayo de luz y de esperanza.

Como cuidadores, nos preguntamos constantemente si las palabras, el lenguaje que usamos, se asocia con promesas, así como si podemos crear en el vacío unos puntos de apoyo lingüísticos mediante imágenes y símbolos. En nuestro esfuerzo para alimentar y purificar lo que constituye el movimiento básico de la inclinación, con frecuencia reconocemos la importancia de enseñar al paciente a ser capaz de acongojarse por las desilusiones y de afirmar las posibilidades del perdón en el movimiento de la reconciliación.

También intentamos llevar al ser humano que sufre una invitación abierta para formar una comunión, con la ayuda de mitos, leyendas y relatos relacionados con cuestiones humanas sobre el bien contra el mal y sobre la eternidad y el infinito. Leer en alto y hacer frecuentes períodos de reflexión nos proporciona a menudo la posibilidad de acercarnos a los pacientes, aunque sin estar excesivamente cerca de ellos, así como de abrir una puerta para liberar el sufrimiento del paciente.

En el acto del cuidado, nos esforzamos por estar cara a cara con el paciente y mantener una actitud de confirmación que responda a la llamada que nos dirige. Cuando, como cuidadores, respondemos a la llamada del paciente buscando caridad, nos enfrentamos a la tarea de confirmar la santidad del otro como ser humano. Nuestro esfuerzo constante debe dirigirse a conseguir que el paciente recupere su dignidad, consiga su misión humana y acceda a una verdadera comunión.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Reflexionar sobre el significado de la *caritas* como *ethos* del cuidado:
   a. ¿Cómo se forma una cultura de la *caritas* en un ámbito asistencial?
   b. ¿Cómo aparecen en el cuidado elementos caritativos?
   c. Intentar formular una ética basada en la *caritas*.
2. La salud y el sufrimiento son prerrequisitos mutuos. Pensar sobre lo que esto significa para el cuidado de un paciente.
3. ¿Es capaz de reconocer los elementos del cuidado (fe, esperanza, amor e inclinación, juego y aprendizaje) en una situación de cuidados concreta? Proporcione ejemplos.
4. La forma más habitual de sufrimiento relacionado con el cuidado, el sufrimiento como consecuencia de una ausencia de cuidado caritativo, constituye una violación de la dignidad del ser humano. Imaginar una situación en la que esto pueda ocurrir, y pensar qué se puede hacer para prevenir este sufrimiento relacionado con el cuidado.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering—The path to health and holiness. *International Journal of Human Caring, 11*(2), 8-16.
- Eriksson, K. (2007). The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 201-202.
- Eriksson, K. (2006). *The suffering human being*. Chicago: Nordic Studies Press. [English translation of *Den Lidande Människan*. Stockholm: Liber Förlag, 1994.]

REFERENCIAS

Andersson, M. (1994). Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag, [Integrity as a concept and as a principle in health care ethics. Doctoral dissertation, Turku, Finland. Åbo Akademi University Press.]

Aristotle (1935). Metaphysics, X-XIV oeconomica magna moralia. (H. Tredennick & G. C. Armstrong, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Aristotle (1993). Den nikomachiska etiken. Gothenburg, Sweden: Daidalos. [The nicomachean ethics (M. Ringbom, Trans. & Commentary). Gothenburg, Sweden: Daidalos.]

Aristotle (1997). Retoriikka. Helsinki, Finland: Gaudeamus. [Rhetoric (P. Hohti, Trans.). Helsinki, Finland: Gaudeamus.].

Arman, M. (2003). Lidande i existens i patientens värld—Kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Suffering and existence in the patient's world—Women's experiences of living with breast cancer. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer—Being in a field of forces. Cancer Nursing, *25*(2), 96-103.

Arman-Rehnsfeldt, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). Vittnesbördet som etisk grund i vårdandet. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 109-121), Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. ["Bearing witness as an ethical base in caring." In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 109-121). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Barbosa da Silva, A. (1993). Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, (SHSTF). [Science and view of human nature in nursing: an introduction to philosophy of science and caring ethics. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, (SHSTF).]

Berdåev, N. A. (1990). Historiens mening: ett försök till en filosofi om det mänskliga ödet. Skellefteå, Sweden: Artos. [The meaning of history: an attempt at philosophy of human fate. Skellefteå, Sweden: Artos.].

Bondas, T. (2000). Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [To be with child:

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

a study of women's lived experiences during the perinatal period from a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. Qualitative Health Research, 11(6), 824-840.

Caspari, S. (2004). Det Gyldne snitt. Den estetiske dimensjon et etisk anliggende. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Academis Förlag. [The golden section. The aesthetic dimension—A source of health. Doctoral dissertation. Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Edlund, M. (2002). Människans värdighet—Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Human dignity—A basic caring science concept. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Ekebergh, M. (2001). Tillägnandet av vårdveteskaplig kunskap. Reflexionens betydelse för lärandet. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Acquiring caring science knowledge—The importance of reflection for learning. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Eriksson, K. (1974). Vårdprocessen (kompendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut. [The nursing care process (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.].

Eriksson, K. (1976). Hälsa. En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdsedukation. Licentiatavhandling, Helsinki, Finland: Institutionen för pedagogik, Helsingfors universitet. [Health. A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature as a goal for health care education. Unpublished Licentiate thesis, Helsinki, Finland: Department of Education, University of Helsinki.]

Eriksson, K. (1981). Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen, n. 94. Helsinki, Finland: Helsingfors universitet, Pedagogiska Institutionen. [The nursing care process—An approach to curriculum construction within nursing education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education, University of Helsinki.]

Eriksson, K. (1984). Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of health. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1985). Vårddidaktik. Stockholm: Almqvist & Wiksell, [Caring didactics. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1986). Annual report. Helsingfors: Svenska Sjukvårdsinstitut.

Eriksson, K. (1987a). Vårdandets idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of caring. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson, K. (1987b). Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The pause: A description of the knowledge object of caring science. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1988). Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpningsområde (Vårdforskningar 1/1988). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as a discipline, field of research and application (Caring research 1/1988). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1989). Caring paradigms. A study of the origins and the development of caring paradigms among nursing students. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *3*(4), 169-176.

Eriksson, K. (1990). Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård. Vårdforskningar 2/1990. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caritative caring—A positional analysis. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson, K. (1991). Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Bridges. Introduction to the methods of caring science (test ed.). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson, K. (1992a). The alleviation of suffering—The idea of caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *6*(2), 119-123.

Eriksson, K. (1992b). Different forms of caring communion. Nursing Science Quarterly, *5*, 93.

Eriksson, K. (1992c). Nursing: The caring practice "being there". In D. Gaut (Ed.), The practice of caring in nursing (pp. 201-210). New York: National League for Nursing Press.

Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskning 4/1993 (s. 1-27). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The idea of suffering. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering (pp. 1-27). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1994a). Den lidande människan. Stockholm: Liber Förlag. [The suffering human being. Stockholm: Liber Förlag.] [English translation published in 2006 by Nordic Studies Press, Chicago.]

Eriksson, K. (1994b). Theories of caring as health. In D. Gaut & A. Boykin (Eds.), Caring as healing: Renewal through hope (pp. 3-20). New York: National League for Nursing Press.

Eriksson, K. (Ed.). (1995). Mot en caritativ vårdetik (Vårdforskning 5/1995). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Toward a caritative caring ethic (Caring research 5/1995). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1997a). Caring, spirituality and suffering. In M. S. Roach (Ed.), Caring from the heart: the convergence between caring and spirituality (pp. 68-84). New York: Paulist Press.

Eriksson, K. (1997b). Perustutkimus ja käsiteanalyysi. I M. Paunonen & J. Vehvilänen-Julkunen, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka (s. 50-75). Helsinki Porvoo, Finland: WSOY. [Basic research and concept analysis. In M. Paunonen & J. Vehvilänen-Julkunen, The research methodology of caring science (pp. 50-75). Helsinki Porvoo, Finland: WSOY.]

Eriksson, K. (1998). Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. In C. E. Guzzetta (Ed.), Essential readings in holistic nursing (pp. 3-9). Gaithersburg, MD: Aspen.

Eriksson. (1999, November). Teoriutveckling inom vårdvetenskapen. Human vetenskaplig angreppspunkt. Stockholm: Nordisk Akademi för Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm. [Theory development in caring science. A humanistic approach. Stockholm: Nordisk Akademi för Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm.]

Eriksson, K. (2001). Vårdvetenskap som akademisk disciplin (Vårdforskning 7/2001). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as an academic discipline (Caring research 7/2001). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. Nursing Science Quarterly, *15*(1), 61-65.

Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 21-34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Ethos, in K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 21-34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Fagerström, L., Herberts, S., & Lindholm, L. (1990). Den mångdimensionella hälsan—En pilotstudie över uppfattningar bland patienter, skolungdomar och lärare (Projektrapport). Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health—A pilot study of how patients, school students, and teachers experience health (Project Rep. 1). Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.].

Eriksson, K., & Herberts, S. (1992). Den mångdimensionella hälsan. En studie av hälsobilden hos sjukvårdsledare och sjukvårdspersonal (Projektrapport 2). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The multidimensional health. A study of the view of health among health care leaders and health care personnel (Project Rep. 2). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.].

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1997). Abduction—A way to deeper understanding of the world of caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *11*(4), 195-198.

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2000). Siktet, sökandet, slutandet—Om den vårdvetenskapliga kunskapen. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning—En vårdvetenskaplig antologi (s. 5-18). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [In the prospect of, searching for, and ending of—The caring science knowledge. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn. An anthology of caring science (pp. 5-18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 3-20). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Clinical caring science. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 3-20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Nordman, T. (2004). Trojanska hästen II. Utvecklande av evidensbaserade vårdande kulturer. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Trojan Horse II. The development of evidence-based caring cultures. Vaasa, Finland; The Department of Caring Science, Åbo Akademi University.].

Eriksson K., Nordman T., & Myllymäki, I., (1999). Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (Rapport 1). Institutionen för vårdvetenskap. Vaasa, Finland: Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt. [The Trojan horse. Evidence-based caring and nursing care in a caring science perspective. (Report). Department of Caring Science. Vaasa, Finland: Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.]

Fagerström, L. (1999). The patients' caring needs. To understand and measure the unmeasurable. Doctoral dissertation.(Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.).

Fredriksson, L. (2003). Det vårdande samtalet. Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag, Turku, Finland. [The caring conversation. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering—A path to health? An

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

interpretative research synthesis on narrative understanding. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *15*(1), 3-11.
Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. Nursing Ethics, *10*(2), 138-148.
Fredriksson, L., & Lindström, U. Å. (2002). Caring conversations—Psychiatric patients' narratives about suffering. Journal of Advanced Nursing, *40*(4), 396-404.
Gadamer, H-G. (1994). Truth and method (2nd rev. ed., J. Weinsheimer & D. G. Marshall, Trans.). New York Continuum. [Original work published 1960.]
Gadamer, H-G. (2000). Teoriens lovprisning, Århus: Systeme. [Praise the theory. New Haven: Yale University Press, 1998.][German orig: Lob der Theorie, 3. Auflage, 1991.]
Kaila, E. (1939). Den mänskliga kunskapen: vad den är och vad den icke är. Helsinki, Finland: Söderström. [Human knowledge: What it is and what it is not (G. H. von Wright, Trans.). Helsinki, Finland: Söderström.].
Kasén, A. (2002). Den vårdande relationen. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The caring relationship. Doctoral dissertation Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Kierkegaard, S. (1943). Antingen—Eller [Orig. 1843. Enten—Eller.] Utgiver under pseudonymen Victor Eremita. Köpenhamn: Meyer. [Either/or. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1987. [Original work published 1843.].
Koort, P. (1975). Semantisk analys och konfigurationsanalys. Lund, Sweden: Studentlitteratur. [Semantic analysis and analysis of configuration. Lund, Sweden: Studentlitteratur.].
Kuhn, T. (1971). The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press.
Kurtén, T. (1987). Grunder för en kontextuell teologi: ett wittgensteinskt sätt att närma sig teologin I diskussion med Anders Jeffner. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Bases for a contextual theology: a Wittgensteinian way of approaching theology in a discussion with Anders Jeffner. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. Journal of Clinical Nursing, *12*(2), 198-205.
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *18*(2), 229-236.
Lanara, V. (1981). Heroism as a nursing value. Athens, Greece: Sisterhood Evniki.
Langer, S. K. (1942). Filosofi i en ny tonart. Stockholm: Geber. [Philosophy in a new key. Stockholm: Geber.].
Lévinas, E. (1985). Ethics and infinity. Pittsburgh: Duquesne University Press.
Lévinas, E. (1988). Etik och oändlighet. Stockholm-Lund: Symposion. [Ethics and infinity. Stockholm-Lund: Symposion.].
Lévinas, E. (1989). The Lévinas reader (S. Hand, Ed.). Oxford: Blackwell.
Lindholm, L. (1998). Den unga människans hälsa och lidande. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The young person's health and suffering. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland. Åbo Akademi, Department of Caring Science.]
Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and to alleviate suffering in a caring culture. Journal of Advanced Nursing, *18*, 1354-1361.
Lindholm, L., & Eriksson, K. (1998). The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. Qualitative Health Research, *8*(4), 513-525.
Lindholm, L., Nieminen, A-L., Mäkelä, C., & Rantanen-Siljamäki, S. (2004). Significant others—A source of strength in the care of women with breast cancer. Manuscript submitted for publication.
Lindström, U. Å. (1992). De psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm. Doktorsavhandling, Turku, Finland. Åbo Akademis Förlag. [The professional paradigm of the qualified psychiatric nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Lindwall, L. (2004). Kroppen som bärare av hälsa och lidande. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The body as a carrier of health and suffering. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Lukander, E. (1995). Developing and testing a method: Nursing audit, for evaluation of nursing care. Licentiate thesis, Kuopion yliopisto, Kuopio, Finland.
Martinsen, K. (Ed.). (1996). Fenomenologi og omsorg. Oslo, Norway: TANO. [Phenomenology and care. Oslo, Norway: TANO.].
Nilsson, B. (2004). Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The tune of want in the loneliness melody. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Nygren, A. (1966). Eros och agapé. Stockholm: Aldus Bonniers. [Eros and agapé. Stockholm: Aldus Bonniers.].
Nygren, A. (1972). Meaning and method: prolegomena to a scientific philosophy of religion and a scientific theology. London: Epworth Press.
Nåden, D. (1998). Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [When caring is an exercise of art. An examination of some necessary preconditions of

nursing as art. Doctoral dissertation, Department of Caring Science, Åbo Akademi, Vaasa, Finland.]
Pascal, B. (1971). Tankar. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB. [Thoughts. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB.].
Peirce, C. S. (1990). Pragmatism och kosmologi. Valda uppsatser. Gothenburg, Sweden: Daidalos. [Pragmatism and cosmology (Chosen essays). Gothenburg, Sweden: Daidalos.].
Popper, K. R. (1997). Popper i urval av Miller. Kunskapsteori, vetenskapsteori. Stockholm: Thales. [Popper in selection of Miller. Theory of knowledge and theory of science. Stockholm: Thales.].
Rundqvist, E. (2004). Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv. Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag, Turku, Finland. [Power as authority. A caring science perspective. Doctoral dissertation, Åbo Akademi University Press, Turku, Finland.]
Råholm, M-B. (2003). I kampens och modets dialektik. Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag, Turku, Finland. [In the dialectic of struggle and courage. Dissertation, Åbo Akademi University Press, Turku, Finland.]
Råholm, M-B., & Lindholm, L. (1999). Being in the world of the suffering patient: A challenge to nursing ethics. Nursing Ethics, *6*, 528-539.
Råholm, M-B., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering—An interpretative research synthesis. The Australian Journal of Holistic Nursing, *9*, 4-12.
Sivonen, K. (2000). Vården och det andliga. En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Care and the spiritual dimension. A definition of the concept of "spiritual" in a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
St. Augustine, A. (1957). Bekännelser. Stockholm: Söderström. [Confessions. Stockholm: Söderström.]
Turtiainen, A-M. (1999). Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen: Belgialaisen hoitotyön minimitiedoston (BeNMDS) kulttuurinen adaptio Suomeen. Doktorsavhandling, Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Kuopio, Finland. [Methods to describe nursing with uniform language: The cross-cultural adaptation process of the Belgium Nursing Minimum Data Set in Finland. Doctoral dissertation, Kuopio University, Kuopio, Finland.]
Törnebohm, H. (1978). Paradigm i vetenskapsteorin (Del 2. Rapport nr. 100). Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet. [Paradigms in the theory of science (Part 2 Report nr. 100). Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet.]
von Post, I. (1999). Professionell naturlig vård ur anestesi och operationassjuksköterskors perspektiv. Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag, Turku, Finland. [Professional natural care from the perspective of nurse anesthetists and operating room nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
von Wright, G. H. (1986). Vetenskapen och förnuftet. Helsinki, Finland: Söderström. [Science and reason. Helsinki, Finland: Söderström.]
Wiklund, L. (2000). Lidandet som kamp och drama. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Suffering as struggle and as drama. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Wingren, G. (1996). Predikan: en principiell studie. Lund, Sweden: Gleerup. [The sermon: a study based on principles. Lund, Sweden: Gleerup.] [Original work published 1960.]
Wärnå, C. (2002). Dygd och hälsa. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Virtue and health. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Artículos en publicaciones científicas con referencias

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice, 10*(6), 248-256.
Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research, 11*(6), 824-840.
Caspari, S., Nåden, D., & Eriksson, K. (2006). The aesthetic dimension in hospitals—An investigation into strategic plans. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 851-859.
Caspari, S., Nåden, D., & Eriksson, K. (2007). Why Not ask The Patient? An Evaluation of the Aesthetic Surroundings in Hospital by Patients. *Quality Management in Health Care, 16*(3), 280-292.
Eriksson, K. (1976). Nursing—Skilled work or a profession. *International Nursing Review, 23*(4), 118-120.
Eriksson, K. (1979). Semantiska och kulturella aspekter på hälsobegreppet. *Finska Läkaresällskapets handlingar*, 74-81. [Semantic and cultural aspects of the concept of health. *Finska Läkaresällskapets handlingar,* 74-81.]
Eriksson, K. (1980). Hoitotieteen loogiset ja tieteenteoreettiset perusteet. *Sosiaalinen aikakauskirja, 14*(5), 6-10. [The theory of science and logical basics of caring science. *Sosiaalinen aikakauskirja,* 14(5), 6-10.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Eriksson, K. (1980). Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsitejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittämisessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, *17*(2), 66-70. [The importance of caring scientific theoretical models and concept systems for the development of the science. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti,* 17(2), 66-70.]

Eriksson, K. (1982). Sjukskötarnas strävan efter högskoleutbildning. *Kasvatus*, *13*(3), 192-194. [The nurses strive for a university education. *Kasvatus,* 13(3), 192-194.]

Eriksson, K. (1989). Caring paradigms. A study of the origins and the development of caring paradigms among nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 3*(4), 169-176.

Eriksson, K. (1989). Det finns en gemensam substans i allt vårdandet. *Vård i Norden, 15*(2), 27-28. [There is a common substance in all caring. *Nordic of Journal Nursing Research and Clinical Studies,* 15(2), 27-28.]

Eriksson, K. (1989). Motivforskning inom vårdvetenskapen. En beskrivning av vårdvetenskapens grundmotiv. *Hoitotiede*, *1*(2), 61-67. [Motive research within caring science. A description of the basic motive in caring science. *Journal of Nursing Science,* 1(2), 61-67.]

Eriksson, K. (1990). Nursing science in a Nordic perspective. Systematic and contextual caring science. A study of the basic motive of caring and context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 4*(1), 3-5.

Eriksson, K. (1992). Different forms of caring communion. *Nursing Science Quarterly*, *5*, 93.

Eriksson, K. (1992). The alleviation of suffering—The idea of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 6*(2), 119-123.

Eriksson, K. (1994). Hälsovårdskandidatutbildningen vid Helsingfors universitet—Historisk tillbakablick och visioner. *Hoitotiede, 3*, 122-126. [The bachelor's degree in health care at Helsinki University—A historical retrospect and visions. *Journal of Nursing Science, 3,* 122-126.].

Eriksson, K. (1995). Ars moriendi är ars vivendi. *Finsk tidskrift, 10,* 641-645. [Ars moriendi is ars vivendi. *Finsk tidskrift,* 10, 641-645.]

Eriksson, K. (1995). Teologi og bioetik. *Vård i Norden, 1*, 33. [Theology and bio-ethics. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies, 1,* 33.]

Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being—The new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(1), 8-13.

Eriksson, K. (1998). Hälsans tragedy. *Finsk tidskrift, 10,* 590-599. [The tragedy of health. *Finsk tidskrift, 10,* 590-599.]

Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly, 15*(1), 61-65.

Eriksson, K. (2007a). Becoming through suffering—The path to health and holiness. *International Journal of Human Caring, 11*(2), 8-16.

Eriksson, K. (2007b). The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly, 20*(3), 201-202.

Eriksson, K., Bondas, T., Lindholm, L., Kasén, A., & Matilainen, D. (2002). Den vårdvetenskapliga forskningstraditionen vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. *Hoitotiede*, *14*(6), 307-315. [The tradition of research at the Department of Caring Science, Åbo Akademi University. *Journal of Nursing Science, 14(6),* 307-315.]

Eriksson, K., Herberts, S., & Lindholm, L. (1994). Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. *Hoitotiede*, *4*, 155-162. [Views of suffering—Suffering in the light of current research within caring science. *Journal of Nursing Science, 4,* 155-162.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1997). Abduction—A way to deeper understanding of the world of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *11*(4), 195-198.

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1999). Abduktion och pragmatism—Två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen. *Hoitotiede, 11*(5), 292-299. [Abduction and pragmatism—Two ways to progress within caring science. *Journal of Nursing Science,* 11(5), 292-299.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1999). En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, *11*(6), 358-364. [A theory of science for caring science. Journal of Nursing Science, 11(6), 358-364.].

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1999). The fundamental idea of quality assurance. *International Journal for Human Caring, 3*(3), 21-27.

Eriksson, K., & von Post, I. (1999). A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the peri-operative context. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(4), 983-989.

Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom Engberg, I. (1998). The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(5), 978-987.

Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom Engberg, I. (1999). The patient's perceived caring needs—Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice, 5*(4), 199-208.

Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering—A path to health? An interpretetative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15*(1), 3-11.

Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics, 10*(2), 138-148.

Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Nursing leaders' and nurses' view of health. *Journal of Advanced Nursing*, *22*, 868-878.

Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care:

a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics, 12*(2), 123-132.
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing, 12*(2), 198-205.
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). A theoretical approach to documentation of care. *Nursing Science Quarterly*, *17*(3), 2-6.
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation on nursing care on the basis of a theoretical caring process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(2), 229-236.
Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2005). Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management, 13*, 202-208.
Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 1354-1361.
Lindholm, L., & Eriksson, K. (1998). The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research, 8*(4), 513-525.
Nåden, D., & Eriksson, K. (2000). The phenomenon of confirmation—An aspect of nursing as an art. *International Journal for Human Caring, 4*(3), 23-28.
Nåden, D., & Eriksson, K. (2002). Encounter: A fundamental category of nursing as an art. *International Journal for Human Caring, 6*(1), 34-40.
Nåden, D., & Eriksson, K. (2003). Semantisk begrepsanalyse—Et grunnleggende aspekt i en disiplins teoriutvikling. *Vård i Norden, 23*(1), 21-26. [Semantic concept analysis—A fundamental aspect in the theory development of a discipline. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies, 23(1),* 21-26.]
Nåden, D., & Eriksson, K. (2004a). Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, *17*(1), 86-91.
Nåden, D., & Eriksson, K. (2004b). Values and moral attitudes in nursing care. Understanding the patient perspective. *Norsk Tidskrift for Sygepleieforskning, 6*(1), 3-17.
Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(3), 264-272.
Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The development of caring in the perioperative culture—nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient. *Nursing Administration Quarterly, 31*(4), 312-324.
Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies, 44*, 905-915.
Råholm, M-B., & Eriksson, K. (2001). Call to life: Exploring the spiritual dimension as a dialectic between suffering and desire experienced by coronary bypass patients. *International Journal for Human Caring, 5*(1), 14-20.
Råholm, M-B., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering: An interpretative research synthesis. *The Australian Journal of Holistic Nursing*, *9*(1), 4-13.
von Post, I., & Eriksson, K. (2000). The ideal and practice concepts of 'professional nursing care'. *International Journal for Human Caring, 4*(1), 14-22.
Wikström-Grotell, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Det mångdimensionella rörelsebegreppet i fysioterapin—En kontextuell analys. *Nordisk Fysioterapi*, *6*, 146-184. [The multidimensional concept of movement in physiotherapy—A contextual analysis. *Nordisk Fysioterapi,* 6, 146-184.].
Wärnå, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2007). Virtue and health—finding meaning and joy in working life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 191-198.

Artículos en trabajos de compilación y actas con referencias

Trabajos de compilación

Eriksson, K. (1971). En analys av sjuksköterskeutbildningen utgående från en utbildningsteknologisk model. I *Sairaanhoidon vuosikirja VIII* (s. 54-77). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [An analysis of nursing education from an educational-technological model. In *Health care yearbook VIII* (pp. 54-77). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]
Eriksson, K. (1974). Sairaanhoidon kehittäminen oppiaineena. I *Sairaanhoidon vuosikirja XI* (s. 9-21). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The development of health care as a subject. In *Health care yearbook XI* (pp. 9-21). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]
Eriksson, K. (1977). Hälsa—En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsa och dess nature. I *Sairaanhoidon vuosikirja XIV* (s. 55-195). [Health—A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature. In *Health care yearbook XIV* (pp. 155-195). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]
Eriksson, K. (1978). Modellen—Ett sätt att beskriva vårdskeendet. I *Sairaanhoidon vuosikirja XV* (s. 189-225). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The model—A way of describing the act of nursing care. In *Health care yearbook XV* (pp. 189-225). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]
Eriksson, K. (1982). Den vårdvetenskapscentrerade läroplanen—Ett alternativ för dagens vårdutbildning. I *Sairaanhoidon vuosikirja XIX* (s. 173-187). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The caring science centered

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

curriculum—An alternative for health education today. In *Health care yearbook XIX* (pp. 173-187). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1983). Den fullvuxna insulindiabetikern i hälsovårdens vårdprocess. I *Sairaanhoidon vuosikirja XIX* (s. 428-430). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The adult insulin-dependent diabetic in the health care nursing process. In *Health care yearbook XIX* (pp. 428-430). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1983). Vårdområdet finner sin profil—Den vårdvetenskapliga eran har inlets. I *Epione, Jubileumsskrift 1898-1983* (s. 12-17). [The area of caring finds its profile—The caring science era has begun. In *Epione, Jubilee-script 1898-1983* (pp. 12-17). Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen i Finland.]

Eriksson, K. (1986). Hoito, Caring—Hoitotyön primaari substanssi. Puheenvuoro 2. I T. Martikainen & K. Manninen (red.), *Hoitotyö ja koulutus* (s. 17-41). Hämeenlinna, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [Caring—The primary substance of nursing. Speech 2. In T. Martikainen & K. Manninen (Eds.), *Nursing and education* (pp. 17-41). Hämeenlinna, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1987). Vårdvetenskapen som humanistisk vetenskap. I *Hoitotiede vuosikirja (s. 68-77).* [Caring science as a humanistic science. *Journal of Nursing Science Yearbook* 68-77.]

Eriksson, K. (1988). Vårdandets idé och ursprung. I *Panakeia. Vårdvetenskaplig årsbok* (s. 17-35). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The origin and idea of caring. In *Panakeia. Caring science yearbook* (pp. 17-35). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1989). Ammatillisuus hoitamisessa. I *Hoitoopin perusteet* (2: 2 yppl., s. 125-129). Vaasa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [Professionalism in caring. In *The basics of nursing science* (2nd ed., pp. 125-129). Vaasa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1990). Framtidsvisioner—om utvecklingen av sjukskötarens arbete. *I Epione, Jubileumsskrift 1898-1988* (s. 28-38). Helsinki, Finland: SSY-sjuksköterskeföreningen i Finland r.f. [Future visions of the development of the nurse's work. In Epione, *Jubilee-script 1898-1988* (pp. 28-38). Helsinki, Finland: SSY-sjuksköterske-föreningen i Finland r.f.]

Eriksson, K. (1991). Hälsa är mera än frånvaro av sjukdom. I *Centrum för vårdvetenskap, Vård—Utbildning—Utveckling—Forskning* (s. 1-2, 29-35). Stockholm: Karolinska Institutet. [Health is more than the absence of illness. In *Centrum för vårdvetenskap, Vård—Utbildning—Utveckling—Forskning* (pp. 1-2, 29-35). Stockholm: Karolinska Institutet.]

Eriksson, K. (1992). Nursing: The caring practice "being there.". In D. Gaut (Ed.), *The practice of caring in nursing* (pp. 201-210). New York: National League for Nursing Press.

Eriksson, K. (1993). De första åren—Några reflektioner kring den vårdvetenskapliga eran. I *Epione, Jubileumsskrift 1898-1993* (s. 7-15). Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen. [The first years—Reflections upon the era of caring science. In *Epione, Jubilee-script 1898-1993* (pp. 7-15). Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen.]

Eriksson, K. (1994). Theories of caring as health. In D. Gaut & A. Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp. 3-20). New York: National League for Nursing Press.

Eriksson, K. (1994). Vårdvetenskapen som autonom discipline. I H. Willman (red.), *Hygieia. Hoitotyön vuosikirja 1994* (s. 87-91).) Helsinki, Finland: Kirjayhtymä. [Caring science as an autonomous discipline. In H. Willman (Ed.), *Hygieia. Nursing yearbook 1994* (pp. 87-91). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.]

Eriksson, K. (1996). Efterskrift—Om vårdvetenskapens möjligheter och gränser. I K. Martinsen (red.), *Fenomenologi og omsorg* (s. 140-150). Oslo, Norway: TANO. [Postscript—About the possibilities and boundaries of caring science. In K. Martinsen (Ed.), *Phenomenology and caring* (pp. 140-150). Oslo, Norway: TANO.]

Eriksson, K. (1996). Om dokumentation—Vad den är och inte är. I K. Dahlberg (red.), *Konsten att dokumentera omvårdnad* (s. 9-13). Lund, Sweden: Studentlitteratur. [On documentation—What it is and what it is not. In K. Dahlberg (ed.), *The art of documenting care* (pp. 9-13). Lund, Sweden: Studentlitteratur.]

Eriksson, K. (1996). Om människans värdighet. I T. Bjerkreim, J. Mathinsen, & R. Nord (red.), *Visjon, viten og virke. Festskrift till sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år* (s. 79-86). Oslo, Norway: Universitetsförlaget. [On human dignity. In T. Bjerkreim, J. Mathinsen, & R. Nord (Eds.), *Vision, knowledge and influence. Jubilee-script for the nurse Kjellaug Lerheim, 70 years* (pp. 79-86). Oslo, Norway: Universitetsförlaget.]

Eriksson, K. (1997). Caring, spirituality and suffering. In M. S. Roach (Ed.), *Caring from the heart: The convergence between caring and spirituality* (pp. 68-84). New York: Paulist Press.

Eriksson, K. (1997). Mot en vårdetisk teori. I *Hoitotyön vuosikirja 1997.* Pro Nursing RY:n vuosikirja, Hygieia (s. 9-23). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä. [Toward an ethical caring theory. In *Nursing yearbook 1997.* Pro Nursing RY:s yearbook, Hygieia (pp. 9-23). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.]

Eriksson, K. (1997). Perustutkimus ja käsiteanalyysi. I M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (red.), *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* (s. 50-75). Helsinki,

Finland: WSOY. [Basic research and conceptual analysis. In M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (Eds.), *The research methodology of caring science* (pp. 50-75). Helsinki, Finland: WSOY.]

Eriksson, K. (1998). Epione—Vårdandets ethos. I *Epione, Jubileumsskrift 1898-1998* Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen. [Epione—The ethos of caring. In *Epione, Jubilee-script 1898-1998.* Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen.]

Eriksson, K. (1998). Människans värdighet, lidande och lidandets ethos. I *Suomen Mielenterveysseura, Tuhkaa ja linnunrata. Henkisyys mielenterveystyössä* (s. 67-82). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut. [Human dignity, suffering and the ethos of suffering. In *Ashes and the Milky Way: Spirituality in mental health care nursing* (pp. 67-82). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut.]

Eriksson, K. (1998). Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. In C. E. Guzzetta (Ed.), *Essential readings in holistic nursing* (pp. 3-9). Gaithersburg, MD: Aspen Publications.

Eriksson, K. (1999). Tillbaka till Popper och Kuhn—En evolutionär epistemologi för vårdvetenskapen. I J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (red.), *Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilta tiedon valtatielle. Professor Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlakirja* (s. 21-35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74. [Back to Popper and Kuhn—An evolutionary epistemology for caring science. In J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (Eds.), *The multiscientific health science university education and research. Paths to the highway of science. A jubilee book dedicated to Professor Sirkka Sikkonen* (pp. 21-35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74.]

Eriksson, K. (1999). Vårdvetenskapen—En akademisk disciplin. I S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen, & M. Toljamo (red.), *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Professori Maija Hentisen juhlakirja* (s. 59-64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. [Caring science—An academic discipline. In S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen, & M. Toljamo (Eds.), *The Finnish caring science in the new millennium. A jubilee-script dedicated to Professor Maija Hentinen* (pp. 59-64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2.]

Eriksson, K. (2000). Caritas et passio—Liebe und leiden—Als grundkategorien der pflegewissenschaft. I T. Strom, *Diakonie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend.* Heidelberg, Germany: Diakoniewissenschaftlichen Instituts, Universität Heidelberg. [Caritas et passio—Love and suffering as basic categories in caring science. In T. Strom, *The diaconate on the threshold of the new millennium.* Heidelberg, Germany: Diakoniewissenschaftlichen Instituts, Universität Heidelberg.]

Eriksson, K. (2002). Rakkaus—Diakoniatieteen ydin ja ethos? I M. Lahtinen & T. Toikkanen (red.), *Anno Domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2002* (s. 155-164). Tampere, Finland: Tammerpaino. [Love—The core and ethos of deacony? In M. Lahtinen & T. Toikkanen (Eds.), *Anno Domini. Diakonic yearbook 2002* (pp. 155-164). Tampere, Finland: Tammerpaino.]

Eriksson, K. (2003). Diakonian erityisyys hoitotyössä. I M. Lahtinen & T. Toikkanen (red.), *Anno domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2003* (s. 120-126). Tampere, Finland: Tammerpaino. [The uniqueness of deacony in nursing. In M. Lahtinen & T. Toikkanen (Eds.), *Anno Domini. Diakonic yearbook 2003* (pp. 120-126). Tampere, Finland: Tammerpaino.]

Eriksson, K., & Hamrin, E. (1988). Vårdvetenskapen formas—En tillbakablick och ett framtidsperspektiv. I *Panakeia, vårdvetenskaplig årsbok* (s. 9-16). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [Caring science is formed—A historical and futuristic perspective. In *Panakeia, caring science yearbook* (pp. 9-16). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K., Nordman, T., & Kasén, A. (1998). Reflective practice: A way to the patient's world and caring, the core of nursing. In C. Johns & D. Freshwater (Eds.), *Transforming nursing through reflective practice.* Oxford: Blackwell Science.

Eriksson, K., & Willman, H. (1972). Kohti parempaa ohjausta. I *Sairaanhoidon vuosikirja IX* (s. 131-139). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [Toward a better counseling. In *Health care yearbook IX* (pp. 131-139). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Libros y monografías

Eriksson, K. (1974). *Sjuksköterskeyrket—Hantverk eller profession.* Sjuksköterskors samarbete i Norden. Rapport från SSN:s expertgrupp för klargörande av vårdfunktionsområdet. Helsinki, Finland: SSN. [*The nursing profession—Skill or profession.* Collaboration of nurses in the Nordic countries. Report from SSN's expert group for the clarifi-cation of nursing. Helsinki, Finland: SSN.]

Eriksson, K. (1975). *Den teoretiska utgångspunkten för vårdprocessen.* Rapport från SSN:s symposium i Helsingfors. Helsinki, Finland: SSN. [*The theoretical starting point of the nursing care process.* A report from SSN:s symposium in Helsinki. Helsinki, Finland: SSN.]

Eriksson, K. (1976). Hoitotapahtuma. *Hoito-oppi 2.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The nursing care process. *Nursing science 2.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Eriksson, K. (1976). *Hälsa. En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdsedukation.* Licentiatavhandling, Helsinki, Finland: Institutionen för pedagogik, Helsingfors universitet. [*Health. A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature as a goal for health care education.* Unpublished licentiate thesis, Helsinki, Finland: Department of Education University of Helsinki.]

Eriksson, K. (1979). *Vårdprocessen.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The nursing care process.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1981). *Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen (Nr. 94).* Helsinki, Finland: Helsingfors universitet, Pedagogiska Institutionen. [*The nursing care process—An approach to education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care* (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education University of Helsinki.]

Eriksson, K. (1982). *Vårdprocessen* (2:a uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The nursing care process* (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1983). *Introduktion till vårdvetenskap.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*An introduction to caring science.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The idea of health.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1985). *Johdatus hoitotieteeseen.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [*An introduction to caring science.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1985). *Vårddidaktik.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*Caring didactics.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen* (3: e uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The nursing care process* (3rd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson, K. (1986). *Hoito-opin didaktiikka.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [*The didactics of caring science.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1986). *Introduktion till vårdvetenskap* (2:a uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [An introduction to caring science (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1987). *Hoitamisen idea.* Forssa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The idea of caring. Forssa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson, K. (1987). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The pause. A description of the knowledge object of caring science.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The idea of caring.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (1988). *Hoito tieteenä.* Forssa, Sweden: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [*Caring as a science.* Forssa, Sweden: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1989). *Caritas-idea.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [The idea of caritas. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2:a uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The idea of health* (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson, K. (1989). *Terveyden idea.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [*The idea of health.* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson, K. (1992). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod.* Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [*Bridges. Introduction to the methods of caring science.* Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan.* Stockholm: Liber Förlag. [*The suffering human being.* Stockholm: Liber Förlag.]

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske* (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard. [*The suffering human being* (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.]

Eriksson, K. (1995). *Den lidende menneske* (Norwegian translation). Oslo: TANO. [*The suffering human being* (Norwegian translation). Oslo: TANO.]

Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé* (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard. [*The idea of caring* (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.]

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé* (Kassettband). Talboksoch punktskriftsbiblioteket. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*The idea of caring* (Audiotape). Talboksoch punktskriftsbiblioteket. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Eriksson, K. (2001). *Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflegetheorie.* (German translation). Bern, Germany: Verlag Hans Huber. [*The idea of health* (German translation). Bern, Germany: Verlag Hans Huber.]

Eriksson, K. (2006). *The suffering human being.* Chicago: Nordic Studies Press. [English translation of: *Den lidande människan.* Stockholm, Sweden: Liber Förlag. 1994.]

Eriksson, K. & Barbosa da Silva, A. (Eds.). (1994). *Usko ja terveys—johdatus hoitoteologiaan.* (Finnish translation). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. [*Caring theology* (Finnish translation). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K., Byfält, H., Leijonqvist, G-B., Nyberg, K., & Uuspää, B. (1986). *Vårdteknologi.* Stockholm: Almqvist & Wiksell. [*Caring technology.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.]

Publicaciones en departamentos y universidades

Eriksson, K. (1988). Vårdvetenskap som disciplin, forsknings-och tillämpningsområde. Vårdforskningar 1/1988. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as a discipline, field of research and application. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1990). Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård. Vårdforskningar 2/1990. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Pro Caritate. Caritative caring—A positional analysis. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson, K. (1991). Att lindra lidande. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 204-221). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [To alleviate suffering. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), Caring theology (pp. 204-221). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1991). Vårdteologins framväxt. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 1-25). [The growth of caring theology. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), Caring theology (pp. 1-25). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 (s. 1-27). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The idea of suffering. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering (pp. 1-27). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (red.). (1993). Möten med lidanden. Vårdforskning 4/1993. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Encounters with suffering. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (red.). (1995). Den mångdimensionella hälsan—Verklighet och visioner. Slutrapport. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health—Visions and reality. Final report. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1995). Mot en caritativ vårdetik. I K. Eriksson (red.), Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995 (s. 9-40). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Toward a caritative caring ethic. In K. Eriksson (Ed.), Toward a caritative caring ethic. Caring research 5/1995. (pp. 9-40). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1995). Vad är vårdetik? I K. Eriksson (red.), Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995 (s. 1-8). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [What is caring ethic? In K. Eriksson (Ed.), Toward a caritative caring ethic (pp. 1-8). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.] Caring research 5/1995.

Eriksson, K. (1997). Att insjukna i demens—Ett tungt lidande för patient och anhöriga. I B. Beck-Friis & G. Grahn (red.), Leva med demenshandikapp. Lund, Sweden: Lunds universitet: Stiftelsen Silviahemmet. [Becoming ill with dementia—A burdensome suffering for the patient and his/her family. In B. Beck-Friis & G. Grahn (Eds.), Living with the handicap of dementia (Action in favor of people suffering from neurodegenerative diseases). Lund, Sweden: Lunds universitet, Stiftelsen Silviahemmet.]

Eriksson, K. (1998). Vårdvetenskapens framväxt som akademisk disciplin—Ett finlandssvenskt perspektiv. I K. Eriksson (red.), Jubileumsskrift 1987-1997 (s. 1-7). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The growth of caring science as an academic discipline—A Finland-Swedish perspective. In K. Eriksson (Ed.), Jubilee-script 1987-1997 (pp. 1-7). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (2001). Vårdvetenskap som akademisk disciplin. Vårdforskning 7/2001. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as an academic discipline. Caring research 7/2001. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (2002). Den trojanske hest. Evidensbasering og sygepleje. (Danish translation). Copenhagen: Gads Förlag. [The Trojan horse. Evidence-based nursing and caring through a caring science perspective (Danish translation). Copenhagen: Gads Förlag.]

Eriksson, K. (2002). Idéhistoria som deldisciplin inom vårdvetenskapen. I K. Eriksson & D. Matilainen (red.), Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis." Vårdforskning 8/2002 (s. 1-14). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The history of ideas as a sub-discipline within caring science. In K. Eriksson & D. Matilainen (Eds.), The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002 (pp. 1-14). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (2002). Vårdandets idéhistoria. I K. Eriksson & D. Matilainen (red.), Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis." Vårdforskning 8/2002 (s. 15-34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The history of ideas of caring. In K.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Eriksson & D. Matilainen (Eds.), The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002 (pp. 15-34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 21-34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Ethos. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 21-34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Barbosa da Silva, A. (1991). Vårdteologi som vårdvetenskapens deldisciplin. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 26-64). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring theology as a sub-discipline of caring science. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), Caring theology. Caring research 3/1991 (pp. 26-64). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Fagerström, L., Herberts, S., & Lindholm, L. (red.). (1990). Den mångdimensionella hälsan. En pilotstudie över uppfattningar bland patienter, skolungdomar och lärare (Projektrapport 1). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health. A pilot study of understanding health among patients, students and teachers (Project Rep. 1). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Herberts, S. (1991). Tron i hälsans tjänst. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 222-258). Vaasa Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Faith in the service of health. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), Caring theology. Caring research 3/1991 (pp. 222-258). Vaasa Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.

Eriksson, K., & Herberts, S. (1992). Den mångdimensionella hälsan. En studie av hälsobilden hos sjukvårdsledare och sjukvårdspersonal (Projektrapport 2). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health. A study of the views of health among health care leaders and health care personnel (Project Rep. 2). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Herberts, S. (1993). Lidande—En begreppsanalytisk studie. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 (s. 29-54). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [A study of suffering—A concept analysis. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (pp. 29-54). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., Herberts, S., & Lindholm, L. (1993). Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering (s. 55-78). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Views of suffering—Suffering in the light of current caring science research. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (pp. 55-78). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Koort, P. (1973). Sjukvårdspedagogik (Kompendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut. [The pedagogy of nursing care (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.]

Eriksson, K., & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur ett psykiatriskt vårdperspektiv—En casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering (s. 79-137). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Love and suffering through a psychiatric caring perspective—A case study of the encounters with human love and suffering. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (pp. 79-137). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2000). Gryning. En vårdvetenskaplig antologi. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Dawn. An anthology of caring science. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2000). Siktet, Sökandet, slutandet. I K. Eriksson & U. Å. Lindstöm (red.), Gryning. En vårdvetenskaplig antologi (s. 5-18). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Envisioning, seeking and ending. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (eds.), Dawn. An anthology of caring science (pp. 5-18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 3-20). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Clinical caring science. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 3-20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2007). Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund—några grunddrag. I K. Eriksson, U. Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (red.), Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik (s. 5-20). Vaasa, Finland: Enheten för vårdvetenskap,

Åbo Akademi. [The theory of science for caring science on a hermeneutic foundation—some basic features. In K. Eriksson, U. Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (Eds.), Dawn III. Caring science and hermeneutics (pp. 5-20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Matilainen, D. (red.). (2002). Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis". Vårdforskning 8/2002. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Eriksson, K., & Matilainen, D. (eds.). The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Matilainen, D. (red.). (2004). Vårdvetenskapens didaktik. Caritativ didaktik i vårdandets tjänst. Vårdforskningar 9/2004. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The didactics of caring science. Caritative didactics in the service of caring. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Nordman, T. (2004). Den trojanska hästen II—Utvecklande av evidensbaserade vårdande kulturer. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The Trojan horse II—Development of evidence-based caring cultures. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv cultures (Rap. 1). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt. [The Trojan horse II—Development of evidence-based caring cultures (Rep. 1). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.

Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Vårdarnas etiska profil. I K. Eriksson (red.), Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995 (s. 41-62). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The ethical profile of the carers. In K. Eriksson (Ed.), Toward a caritative caring ethic. Caring research 5/1995 (pp. 41-62). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

Andersson, M. (1994). Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Integrity as a concept and as a principle in health care ethics. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Arman, M. (2003). Lidande och existens i patientens värld. Kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Suffering and existence in the patient's world. Women's experiences of living with breast cancer. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Bondas, T. (2000). Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [To be with child: a study of women's lived experiences during the perinatal period from a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Caspari, S. (2004). Det gyldne snitt. Den estetiske dimensjon, en kilde til helse og et etisk anliggende. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The golden section. The aestethic dimension—a source of health. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Edlund, M. (2002). Människans värdighet-ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Human dignity—A basic caring science concept. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Ekebergh, M. (2001). Tillägnandet av vårdvetenskaplig kunskap. Reflexionens betydelse för lärandet. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Acquiring caring science knowledge—The impor-tance of reflection for learning. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Fagerström, L. (1999). The patient's caring needs. To understand and to measure the unmeasurable. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.

Fredriksson, L. (2003). Det vårdande samtalet. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The caring conversation. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.

Hilli, Y. (2007). Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosysterns vårdande under 1900-talets första hälft. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The home as ethos. A history of ideas study of how the home as ethos became evident in public health nurses' caring during the first half of the 20th century. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Karterud, D. (2006). Den etiske akten—Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The ethical act—caring ethics when the patients' demands are existential. Doctoral

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Kasén, A. (2002). Den vårdande relationen. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The caring relationship. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Kärkkäinen, O. (2005). Documentation of Patient Care as Evidence of Caring Substance. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.
Lassenius, E. (2005). Rummet i vårdandets värld. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The space in the world of caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Lindholm, L. (1998). Den unga människans hälsa och lidande. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The young person's health and suffering. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.]
Lindström, U. Å. (1992). De psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The professional paradigm of the qualified psychiatric nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Lindwall, L. (2004). Kroppen som bärare av hälsa och lidande. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The body as a carrier of health and suffering. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Matilainen, D. (1997). Idémönster i Karin Neuman-Rahns livsgärning och författarskap—En idéhistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900-talets första hälft. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Patterns of ideas in Karin Neuman-Rahns' life-work and writings—A study of psychiatric care in Finland in the former part of the twentieth century, based on biography and the history of ideas. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Nilsson, B. (2004). Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [The tune of want in the loneliness melody. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Nordman, T. (2006). Människan som patient i en vårdande kultur. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [A human being as a patient in a caring culture. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.]
Nyback, M-H. (2008). Generic and professional caring in a Chinese setting—an ethnographic study. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.
Nåden, D. (1998). När sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [When caring is an exercise of art. An examination of some necessary preconditions of nursing as an art. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.]
Rehnsfeldt, A. (1999). Mötet med patienten i ett livsavgörande skede. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademi. [The encounter with the patient in a life-changing process. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Roxberg, Å. (2005). Vårdande och icke-vårdande tröst. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Caring and non-caring consolation. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Rudolfsson, G. (2007). Den perioperativa dialogen—en gemensam värld. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The perioperative dialogue—a common world. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.]
Rundqvist, E. (2004). Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Power as authority. A caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Råholm, M-B. (2003). I kampens och modets dialektik. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [In the dialectic of struggle and courage. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Sæteren, B. (2006). Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Struggling for life in the veil of pensiveness. A life between the pressure created by the possibility of life and the necessity of death. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]
Sivonen, K. (2000). Vården och det andliga. En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Features of spirituality in caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Söderlund, M. (2004). Som drabbad av en orkan. Anhörigas tillvaro när en närstående drabbas av demens. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [As if struck by a hurricane: The situation of the relatives of someone suffering from dementia. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

von Post, I. (1999). Professionell naturlig vård ur anestesoch operationssjuksköterskors perspektiv. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Professional natural care from the perspective of nurse anesthetists and operating room nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Wiklund, L. (2000). Lidandet som kamp och drama. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Suffering as struggle and as drama. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

Wärnå, C. (2002). Dygd och hälsa. Doktorsavhandling, Turku, Finland, Åbo Akademis Förlag. [Virtue and health. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.]

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

UNIDAD

III

Modelos enfermeros

- *Los modelos conceptuales de enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva desde la que observar fenómenos específicos de la disciplina de la enfermería.*
- *Diferentes modelos conceptuales ofrecen varias perspectivas o marcos para pensar críticamente y tomar decisiones enfermeras.*
- *Los modelos conceptuales tratan los amplios conceptos del metaparadigma que son fundamentales para su significado en el contexto del marco concreto y la disciplina enfermera.*

CAPÍTULO
12

Myra Estrin Levine

1921-1996

El modelo de conservación

Karen Moore Schaefer

«Enfermería es interacción humana» (Levine, 1973, p. 1).

BIOGRAFÍA*

La mentora de Levine durante sus estudios de licenciatura en la Wayne State dirigió su atención a los numerosos autores que influyeron enormemente en el pensamiento de Levine (1988a).

Levine tuvo una carrera muy variada. Trabajó como enfermera privada (1944), enfermera civil en el ejército estadounidense (1945), instructora clínica de ciencias físicas en la escuela Cook County (1947-1950), directora de enfermería en el Drexel Home en Chicago (1950-1951) y supervisora quirúrgica en la University of Chicago Clinics (1951-1952) y en el Henry Ford Hospital en Detroit (1956-1962). Levine siguió su carrera hasta acceder a puestos académicos en el Bryan Memorial Hospital en Lincoln (Nebraska) (1951), Cook County School of Nursing (1963-1967), Loyola University (1967-1973), Rush University (1974-1977) y la Universidad de Illinois (1962-1963, 1977-1987). Dirigió el Department of Clinical Nursing en la Cook County School of Nursing (1963-1967) y coordinó el programa de graduado en enfermería oncológica de la Rush University (1974-1977). Levine fue la directora del Department of Continuing Education en el Evanston Hospital (marzo-junio de 1974) y fue consejera de este mismo departamento (julio de 1974-1976). Asimismo, ocupó la plaza de profesora asociada adjunta de estudios de humanidades en la Universidad de Illinois (1981-1987). En 1987 fue nombrada profesora emérita en enfermería médico-quirúrgica de la Universidad de Illinois (Chicago). Levine también impartió clases en la Tel-Aviv University (Israel) en 1974 como profesora asociada visitante y en 1982, como profesora visitante. De marzo a abril de 1982 también permaneció en la Ben Gurion University of the Negev (Beer Sheva, Israel) como profesora visitante.

Entre los numerosos honores que ha recibido, Levine fue nombrada académica de la American Academy of Nursing (1973) y miembro honorífico de la American Mental Health Aid de Israel (1976), y obtuvo un reconocimiento honorífico de la Illinois Nurses Association (1977). Asimismo, fue la

*La información de este capítulo se basa en el capítulo autobiográfico de Levine (1988a), su currículum vítae y el programa de la Mid-Year Convocation, Universidad de Loyola (Chicago; 1992). Autoras anteriores: Karen Moore Schaefer, Gloria S. Artigue, Karen J. Foil, Tamara Johnson, Ann Marriner Tomey, Mary Carolyn Poat, LaDema Poppa, Roberta Woeste y Susan T. Zoretich.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

primera persona que recibió el premio Elizabeth Russell Belford que concede la Sigma Theta Tau (1977) por su excelencia en la enseñanza. Tanto la primera como la segunda edición de su libro *Introduction to Clinical Nursing* (Levine, 1969a; 1973), recibieron el premio *American Journal of Nursing* Book of the Year y su libro *Renewal for Nursing* se tradujo al hebreo (Levine, 1971a). Levine apareció incluida en el libro *Who's who in American Women* (1977-1988) y en *Who's who in American Nursing* (1987). Fue elegida miembro del Institute of Medicine de Chicago (1987-1991). En 1990 la Alpha Lambda Chapter de la Sigma Theta Tau reconoció a Levine por sus notables contribuciones a la enfermería. En enero de 1992 le concedieron un doctorado honorífico en humanidades en la Loyola University (Chicago; Mid-Year Convocation, Loyola University, 1992). Levine fue una líder de la American Nurses Association y de la Illinois Nurses Association. Después de retirarse en 1987 continuó trabajando en el desarrollo de teorías y animó a que se siguiera investigando su propia teoría (Levine, 1996).

Fue una gran oradora que solía presentar programas, talleres, seminarios y debates, además de una escritora prolífica en temas de enfermería y de educación. Asimismo, Levine trabajó como consejera en hospitales y escuelas de enfermería. Aunque nunca tuvo la intención de desarrollar una teoría, creó una estructura organizativa para la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica y animó al desarrollo de teorías (Stafford, 1996). «The Four Conservation Principles of Nursing» fue la primera afirmación de los principios de conservación (Levine, 1967a). El resto de trabajos preliminares fueron: «Adaptation and Assessment: A Rationale for Nursing Intervention», «For Lack of Love Alone» y «The Pursuit of Wholeness» (Levine, 1966b, 1967b, 1969b). La primera edición de su libro, que incluía los principios de conservación, *Introduction to Clinical Nursing*, se publicó en 1969 (Levine, 1969a). En «Holistic Nursing», Levine trató las consecuencias de los cuatro principios de conservación (Levine, 1971b). La segunda edición de *Introduction to Clinical Nursing* se publicó en 1973 (Levine, 1973). Desde entonces, Levine (1984) ha presentado estos principios en conferencias sobre teoría enfermera, de las cuales se conservan algunas grabaciones, y en las conferencias del Allentown College de St. Francis de Sales (actualmente DeSales University).

Levine (1989) publicó un cambio y especificación sustancial de su teoría en «Four Conservation Principles: Twenty Years Later». Explica que el exceso caracteriza la disponibilidad de respuestas adaptativas cuando la estabilidad se ve amenazada. Los procesos de adaptación conllevan una economía por parte del cuerpo para salvaguardar la estabilidad del individuo. El resultado de la adaptación es la conservación.

Relacionó explícitamente la salud con el proceso de conservación para dejar claro que el modelo de conservación considera que la salud es uno de sus principales elementos (Levine, 1991). La conservación, por medio del tratamiento, se centra en la integridad y en la unidad de la persona.

Levine murió el 20 de marzo de 1996 a la edad de 75 años. Dejó tras de sí un legado como administradora, educadora, amiga, madre, enfermera, experta, estudiante de humanidades y esposa (Pond, 1996). El Dr. Baumhart (Mid-Year Convocation, Loyola University, 1992), Presidente de la Loyola University, la describió como sigue:

> La Sra. Levine es una mujer renacentista... que utiliza el conocimiento de numerosas disciplinas para ampliar la visión de las necesidades de salud de las personas que pueden ser satisfechas por la enfermería moderna. Siguiendo la tradición talmúdica de sus ancestros, ha sido una activa portavoz para la justicia social y la dignidad inherente de la persona humana como hija de Dios (p. 6).

FUENTES TEÓRICAS

De la presentación de la teoría de Beland (1971) sobre causas específicas y factores múltiples, Levine aprendió los puntos de vista históricos sobre las enfermedades, y que las ideas que las personas tienen sobre la enfermedad cambian con el paso del tiempo. Beland le indicó a Levine muchos de los autores que después influirían en su trabajo, como Goldstein (1963), Hall (1966), Sherrington (1906) y Dubos (1961, 1965). Levine utiliza la definición de Gibson (1966) de sistemas perceptuales, la diferenciación entre total y global de Erikson (1964), la teoría del estrés de Selye (1956) y los modelos del entorno externo de Bates (1967). Levine se sentía orgullosa de que Rogers fuera su primera editora (1970). Asimismo, reconoció la influencia de Nightingale en la «actividad de guardián» de la observación que las enfermeras utilizan para «salvar vidas y promover la salud y el bienestar» (Levine, 1992, p. 42).

Conceptos principales y definiciones

Los tres conceptos principales del modelo de conservación son: *a)* globalidad, *b)* adaptación y *c)* conservación.

GLOBALIDAD (HOLISMO)

«En inglés, las palabras *whole* (global), *health* (salud) y *hale* (sano) derivan de la palabra anglosajona *hal*» (Levine, 1973, p. 11). Levine basó el uso del concepto de la globalidad en la descripción que Erikson (1964, 1968) hacía de este término como un sistema abierto. Levine (citado en 1969a) cita a Erikson, quien afirma que: «La globalización se basa en una relación mutua sólida, orgánica y progresiva entre diversas funciones y partes de un todo, cuyos límites son abiertos y fluidos» (p. 94). Levine (1996) considera que la definición de Erikson ofrece la oportunidad de explorar las partes del todo y de entenderlo. La *integridad* se define como la unidad de los individuos e indica que éstos reaccionan de un modo integral y único a los retos del entorno.

ADAPTACIÓN

«La adaptación es un proceso de cambio mediante el cual el individuo se ajusta a las realidades de su entorno externo e interno para permanecer íntegro» (Levine, 1973, p. 11).
La conservación es el resultado. Algunas adaptaciones funcionan y otras no.
La adaptación es gradual, no es un proceso de o todo o nada. No existe una mala adaptación.

Levine (1991) menciona tres características de la adaptación:

1. Historia.
2. Especificidad.
3. Redundancia.

Levine afirma: «Todas las especies tienen patrones de respuesta fijos diseñados únicamente para garantizar el éxito en las actividades básicas de la vida y demostrar que la adaptación es histórica y específica» (p. 5). Además, puede que los patrones adaptativos estén en el código genético del individuo. La redundancia representa las opciones de seguridad disponibles para los individuos con el fin de garantizar la adaptación. La pérdida de la redundancia de opciones, ya sea debido a traumatismo, edad, enfermedad o a las condiciones del entorno, dificulta que el individuo continúe vivo. Levine (1991) sugirió que «existe la posibilidad de que el envejecimiento sea una consecuencia de la falta de procesos fisiológicos y psicológicos» (p. 6).

ENTORNO

Asimismo, Levine (1973) consideraba que cada individuo tenía su propio entorno, tanto interno como externo. Las enfermeras pueden considerar que el entorno interno del paciente son sus características fisiológicas y fisiopatológicas. Levine utilizó la definición de Bates (1967) del entorno externo y sugirió tres niveles:

1. Perceptivo.
2. Operacional.
3. Conceptual.

Estos niveles determinan las interacciones entre los individuos y sus entornos. El nivel perceptivo está constituido por las características del mundo que los individuos son capaces de sentir e interpretar con sus sentidos. El nivel operacional incluye todo lo que puede afectar a los individuos físicamente, aunque no puedan percibirlo directamente, como los microorganismos. En el nivel conceptual, el entorno se construye a partir de los patrones culturales, caracterizados por la existencia espiritual y transmitidos por medio de los símbolos del lenguaje, el pensamiento y la historia (Levine, 1973).

RESPUESTA DEL ORGANISMO

Es la capacidad del individuo para adaptarse a las condiciones de su entorno. Puede dividirse en cuatro niveles de integración:

1. Lucha o vuelo.
2. Respuesta inflamatoria.
3. Respuesta al estrés.
4. Conocimiento perceptivo.

El tratamiento se centra en la gestión de estas respuestas a la enfermedad y al patógeno que la causa (Levine, 1969a).

Lucha o vuelo

La respuesta más primitiva es el síndrome de lucha o vuelo. El individuo se siente

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

amenazado, independientemente de que la amenaza sea real o no. La hospitalización, la enfermedad y las nuevas experiencias provocan una respuesta que consiste en poner al individuo en un estado de alerta para garantizar su seguridad y su bienestar (Levine, 1973).

Respuesta inflamatoria

Este mecanismo de defensa protege al individuo de las agresiones en un entorno hostil. Es un modo de curación. La respuesta utiliza la energía disponible para eliminar o mantener fuera los agentes irritantes o patógenos no deseados. Sólo puede utilizarse durante un período de tiempo limitado, ya que consume gran parte de las reservas de energía del individuo. El control del entorno es importante (Levine, 1973).

Respuesta al estrés

Selye (1956) describió el síndrome de respuesta al estrés según cambios del organismo predecibles, no específicamente inducidos. El desgaste de la vida se acumula en los tejidos y refleja las respuestas hormonales a largo plazo con respecto a las experiencias vitales que pueden provocar cambios estructurales. Se caracteriza por su carácter irreversible y por su influencia en el modo en que los pacientes responden al cuidado enfermero.

Conocimiento perceptivo

Esta respuesta se basa en el conocimiento perceptivo del individuo. Sólo tiene lugar cuando el individuo experimenta el mundo a su alrededor. Entonces utiliza esta respuesta para buscar la seguridad y mantenerla. Se trata de buscar información (Levine, 1967a, 1969b).

Troficognosis

Levine (1966a) recomendó la troficognosis como una alternativa al diagnóstico enfermero. Es un método científico para llegar a un juicio en el cuidado enfermero.

CONSERVACIÓN

El término *conservación* deriva de la palabra latina *conservatio,* que significa «mantener unido» (Levine, 1973). «La conservación describe el modo en que los sistemas complejos son capaces de continuar funcionando en circunstancias difíciles» (Levine, 1990, p. 192). Mediante la conservación, los individuos son capaces de enfrentarse a los obstáculos, adaptarse y mantener su integridad. «El objetivo de la conservación es la salud y la fuerza para enfrentarse a las discapacidades» y «...las normas de conservación y de integridad intervienen» en todas las situaciones donde se precisa un cuidado enfermero (Levine, 1973, pp. 193-195). «El principal objetivo de la conservación es mantener íntegro al individuo en su globalidad». Aunque puede que las intervenciones enfermeras sólo deban tratar con un principio específico de conservación, es necesario que las enfermeras también conozcan la influencia de los otros principios de conservación (Levine, 1990).

El modelo (1973) de Levine hace especial hincapié en las interacciones e intervenciones enfermeras que pretenden mantener la globalidad y fomentar la adaptación. Aquellas interacciones se basan en los conocimientos científicos previos a los principios de conservación. La conservación pretende conseguir un equilibrio entre la demanda y el abastecimiento de energía con respecto a la realidad biológica única del individuo. El cuidado enfermero se basa en el conocimiento científico y en las habilidades enfermeras. Existen cuatro principios de conservación.

PRINCIPIOS DE CONSERVACIÓN

Para alcanzar los objetivos del modelo de conservación, hay que llevar a cabo intervenciones que se ajusten a los principios de conservación.

Conservación de la energía

El individuo necesita equilibrar su energía y renovarla constantemente para mantener sus actividades vitales. Los procesos como la curación y el envejecimiento ponen a prueba su energía. La segunda ley de la termodinámica es universal y también afecta a los seres humanos.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

La conservación de la energía se ha utilizado mucho en la práctica enfermera, incluso con los procedimientos más básicos. Las intervenciones enfermeras «según la capacidad del individuo dependen del cuidado que proporcionan y que hace disminuir la demanda adicional posible» (Levine, 1990, pp. 197-198).

Conservación de la integridad estructural

La curación es un proceso mediante el cual se restaura la integridad estructural y funcional para proteger la globalidad (Levine, 1991). Los discapacitados son guiados a un nuevo nivel de adaptación (Levine, 1996). Las enfermeras pueden limitar la cantidad de tejido implicada en la enfermedad si reconocen de antemano los cambios funcionales y mediante las intervenciones enfermeras.

Conservación de la integridad personal

La autovaloración y la identidad son importantes. Los más vulnerables se convierten en pacientes. Se empieza con la destrucción de la intimidad y la aparición de la ansiedad. Las enfermeras pueden mostrar respeto a sus pacientes llamándolos por su nombre, respetando sus deseos, valorando sus objetos personales, proporcionándoles intimidad durante los procedimientos, defendiendo sus creencias y enseñándoles. «El objetivo de la enfermera es impartir conocimiento y dar fuerza de modo que el individuo pueda retomar su vida privada: que ya no sea un paciente, ni dependa de nadie» (Levine, 1990, p. 199). Lo sagrado de la vida se manifiesta en todas las personas. «La conservación de la integridad personal implica el reconocimiento de la globalidad de cada persona» (Levine, 1996, p. 40).

Conservación de la integridad social

La vida cobra significado a través de las comunidades sociales y la salud está determinada socialmente. Las enfermeras cumplen una función profesional, ayudan a las familias, proporcionan asistencia en las necesidades religiosas y utilizan las relaciones interpersonales para conservar la integridad social (Levine, 1967b, 1969a).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Levine (1973) creía que las actividades enfermeras específicas podían deducirse a partir de los principios científicos. Investigó en profundidad las fuentes teóricas de la ciencia y basó la mayor parte de su teoría en principios aceptados por la ciencia.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Introduction to Clinical Nursing es un texto para estudiantes de enfermería principiantes que utiliza los principios de la conservación como marco organizativo (Levine, 1969a, Levine, 1973). Aunque no los expresó específicamente como supuestos, Levine (1973) valoró «una propuesta holística para cuidar a todas las personas, sanas o enfermas» (p. 151). Su respeto por la individualidad de cada persona se pone de manifiesto en las siguientes afirmaciones:

> Fundamentalmente, las decisiones para las intervenciones enfermeras deben basarse en la conducta única del paciente individual... El cuidado enfermero centrado en el paciente significa cuidado enfermero individualizado... y como tal requiere una constelación única de habilidades, técnicas e ideas diseñadas específicamente para él (1973, p. 6).

Schaefer (1996) identificó las siguientes afirmaciones como supuestos sobre el modelo:

- Sólo podemos entender a la persona en el contexto de su entorno (Levine, 1973).
- «Todo sistema de autoalimentación controla su propia conducta conservando el uso de los recursos necesarios para definir su identidad única» (Levine, 1991, p. 4).
- Todos los seres humanos responden de un modo diferente, aunque equilibrado (Levine, 1971a).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería

Levine (1973) afirmó lo siguiente con respecto a la enfermería:

> La enfermería es una interacción humana (p. 1).
>
> La enfermería profesional debe reservarse únicamente para las personas que hayan completado un programa de nivel de graduado que sea tan exigente como lo que se espera de los profesionales de cualquier otra disciplina... Entonces, habrá muy pocas enfermeras profesionales (Levine, 1965, p. 214).

La práctica enfermera se basa en el conocimiento único de la enfermería y en el conocimiento científico de otras disciplinas junto con el conocimiento enfermero (Levine, 1988b), como sigue:

> La enfermera debe incorporar un cuerpo de principios científicos en el que basar sus decisiones para utilizarlo en la situación adecuada con el paciente. La observación sensible y la selección de los datos relevantes son la base para decidir qué acciones enfermeras deben realizarse.
>
> La enfermera participa activamente en el entorno del paciente y gran parte de sus acciones favorecen los ajustes que el paciente realiza mientras lucha contra la enfermedad (Levine, 1966b, p. 2452).

La esencia de la teoría de Levine se centra en el siguiente aspecto:

> ... cuando la intervención enfermera tiene una influencia favorable en la adaptación o contribuye a renovar el bienestar social, entonces la enfermera actúa terapéuticamente; si la respuesta no es favorable, la enfermera proporciona un cuidado de apoyo (1966b, p. 2450).
>
> El objetivo de la enfermería es promover la adaptación y mantener la globalidad (1971b, p. 258).

Persona

Levine describió a la persona como un ser holístico: la globalidad es la integridad (Levine, 1991). La integridad significa que la persona tiene libertad de elección y de movimiento. La persona tiene un sentido de identidad y de autovaloración. Asimismo, Levine describió a la persona como «un sistema de sistemas cuya globalidad muestra la organización de todas sus partes» (pp. 8-9). Las personas experimentan la vida como un cambio a través de la adaptación con el objetivo de la conservación. Según Levine (1989), «el proceso vital es el proceso de cambio» (p. 326).

Salud

La salud está determinada socialmente por la capacidad de actuar de un modo razonablemente normal (Levine, 1969b). Los grupos sociales predeterminan la salud. La salud no es sólo la ausencia de patologías. La salud constituye el retorno a la identidad; los individuos son libres y capaces de perseguir sus intereses aprovechando sus recursos. Levine destacó que:

> Es importante recordar que la salud también depende de la cultura, que no es una entidad por sí sola, sino que depende más bien de las características étnicas y de las creencias de los grupos a los que pertenecen los individuos (M. Levine, comunicación personal, 21 de febrero, 1995).

Incluso para un individuo único, la definición de salud cambiará con el tiempo.

Entorno

El entorno es el contexto en el que los individuos vivimos nuestras vidas, pero no es un telón de fondo pasivo. «El individuo participa activamente en él» (Levine, 1973, p. 443). Levine comentó la importancia del entorno interno y externo para la determinación de las intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación. «Todas las adaptaciones representan la acomodación que es posible entre el entorno interno y el externo» (p. 12).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

A pesar de que se pueden extraer numerosas afirmaciones teóricas del trabajo de Levine, las cuatro más importantes son:

1. «La intervención enfermera se basa en la conservación de la energía individual del paciente» (Levine, 1967a, p. 49).
2. «La intervención enfermera se basa en la conservación de la integridad estructural del paciente como individuo» (Levine, 1967a, p. 56).

3. «La intervención enfermera se basa en la conservación de la integridad personal del paciente como individuo» (Levine, 1967a, p. 56).
4. «La intervención enfermera se basa en la conservación de la integridad social del paciente como individuo» (Levine, 1967b, p. 57).

Levine (1991) proporcionó ciertos pensamientos sobre dos teorías en sus primeras etapas de desarrollo. La teoría de la intención terapéutica pretende proporcionar la base de las intervenciones enfermeras que se centran en las realidades biológicas del paciente. Aunque no se planificó así, la teoría fluye naturalmente a partir de los principios de conversación. La teoría de la redundancia amplía la redundancia del dominio de la adaptación y proporciona explicaciones para opciones redundantes como las que se encuentran en el envejecimiento y en la adaptación fisiológica de una insuficiencia cardíaca.

FORMA LÓGICA

En principio, Levine utiliza la lógica deductiva. Para desarrollar su modelo, recurre a teorías y conceptos procedentes de las humanidades y de las ciencias de la enfermería, fisiología, psicología y sociología. Utiliza la información para analizar las situaciones de práctica enfermera y describir las habilidades y las actividades enfermeras. Con la ayuda de muchas de sus estudiantes y compañeras, y a través de sus propios descubrimientos de salud personal, Levine puso en práctica el modelo de conservación y sus principios.

APLICACIONES EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Levine ayudó a definir la enfermería identificando las actividades que se incluyen en ella y aportando los principios científicos en los que se basan. Los principios de conservación como marco no están limitados al cuidado enfermero en el hospital, sino que pueden generalizarse y utilizarse en cualquier entorno, hospital o comunidad (Levine, 1990, 1991). Los principios de conservación, los niveles de integración y los otros conceptos pueden utilizarse en múltiples contextos (Fawcett, 2000). Hirschfeld (1976) utilizó los principios de conservación en el cuidado de ancianos. Savage y Culbert (1989) utilizaron el modelo de conservación para establecer un plan de cuidado para bebés. Dever (1991) basó su cuidado de niños en este modelo. Roberts, Fleming y Yeates-Giese (1991) utilizaron el modelo para diseñar intervenciones en parturientas. Mefford (2000) demostró una teoría de promoción de la salud para neonatos pretérmino basándose en el modelo de conservación para la enfermería de Levine y descubrió una importante relación inversa entre la coherencia del cuidador y la edad en que el bebé conseguía estar sano, y una relación inversa entre el uso de recursos en los bebés prematuros durante su estancia inicial en el hospital y la coherencia de los cuidadores. Cooper (1990) desarrolló un modelo para el cuidado de heridas centrándose en la integridad estructural en su conjunto. Leach (2007) publicó un libro blanco sobre el uso del modelo de conservación para guiar las prácticas en la curación de heridas. Webb (1993) utilizó el modelo de conservación para cuidar a pacientes en tratamiento contra el cáncer. Roberts, Brittin y deClifford (1995), y Roberts, Brittin, Cook y deClifford (1994) utilizaron el modelo de conservación para estudiar el efecto de la técnica de la almohada *boomerang* en la capacidad respiratoria. Taylor (1974) también lo utilizó para medir los resultados del cuidado enfermero, y de nuevo en su libro de texto *Neurological Dysfunction and Nursing Interventions* (Taylor y Ballenger, 1980). Jost (2000) lo empleó para desarrollar una valoración de las necesidades de personal durante una experiencia de cambio.

Los principios de conservación se han utilizado como modelo en múltiples ámbitos de la práctica, como la cardiología, la obstetricia, la gerontología, el cuidado de agudos (neurología), la pediatría, el cuidado a largo plazo, el cuidado en urgencias, la atención primaria, la neonatología, los cuidados intensivos y de indigentes (Savage y Culbert, 1989; Schaefer y Pond, 1991).

Formación

Levine (1973) escribió *Introduction to Clinical Nursing*, un manual para estudiantes principiantes que presentaba nuevas asignaturas en el plan de estudios. En él trató por primera vez la muerte y el hecho de morir, y expresó que las mujeres deberían ser advertidas después de una biopsia de mama, y que se les debería consultar el siguiente paso.

Introduction to Clinical Nursing proporciona una estructura organizativa para enseñar la enfermería médico-quirúrgica a estudiantes principiantes (Levine, 1969a, 1973). Tanto en la edición de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1969 como en la de 1973, Levine presenta un modelo al final de cada uno de los primeros nueve capítulos. Todos los modelos contienen objetivos, conceptos científicos básicos y el proceso enfermero para que las enfermeras tengan una base cuando realicen sus actividades. Estos modelos no pertenecen al modelo de conservación. Se habla del modelo de conservación en la introducción y en el capítulo 10 del texto introductorio. El manual del profesor que se adjunta al texto continúa siendo una fuente de principios educativos útil tanto para profesores principiantes como para profesores experimentados, que podrán beneficiarse de un análisis crítico de los fundamentos educativos (Levine, 1971c).

Las críticas coinciden en que, aunque el texto está considerado como introductorio, un estudiante principiante necesitaría amplios conocimientos en ciencias físicas y sociales para utilizarlo (*Canadian Nurse*, 1970). Una crítica de la segunda edición señala que el énfasis que el libro pone en los principios científicos es muy positivo, pero que le faltan ejemplos adecuados de perfiles patológicos cuando se explican los trastornos (*Canadian Nurse*, 1974). Por este motivo, esta revisora recomienda que se utilice el texto como una fuente complementaria, no como un texto principal.

Hall (1979) ha indicado que el modelo de Levine se utilizaba como un modelo para los planes de estudios. Recientemente, el modelo se ha integrado satisfactoriamente en los planes de estudio de pregrado y posgrado (Grindley y Paradowski, 1991; Schaefer, 1991a).

Investigación

Fitzpatrick y Whall (1983) afirmaron que: «En conjunto, el modelo de Levine sirvió de excelente inicio. Su contribución ha sido muy importante para el desarrollo general del conocimiento enfermero» (p. 115). Sin embargo, Fawcett (1995) afirma que para conseguir una mayor credibilidad, «se necesitan más valoraciones sistemáticas del uso del modelo en diferentes situaciones clínicas, como los estudios que demuestran las estructuras empíricas, teóricas y conceptuales que derivan directamente o están relacionadas con los principios de conservación» (p. 208). A partir del modelo de Levine, pueden plantearse numerosas preguntas (Radwin y Fawcett, 2002; Schaefer, 1991b). Estudiantes de enfermería e investigadoras clínicas enfermeras han utilizado los principios de conservación como base de sus investigaciones (Ballard, Robley, Barrett et al., 2006; Cox, 1988; Gagner-Tjellesen, Yurkovich y Gragert, 2001; Mefford, 2000; Moch, St. Ours, Hall et al., 2007; Nagley, 1984). Ballard et al. utilizaron el modelo para enmarcar su estudio fenomenológico de cómo reconstruían sus vidas los participantes con paraplejía. Hallaron que la integridad estructural, junto con las demás integridades, se utilizó como base para definir sus nuevas vidas.

Una de las preguntas más importantes que puede plantearse sobre el modelo es: ¿Qué experiencias humanas no son explicadas por el modelo? Esta pregunta puede proporcionar una guía para la comprobación continuada de la aplicación del modelo en la práctica enfermera. Por ejemplo, a medida que los profesionales de la asistencia sanitaria utilicen información derivada del proyecto del genoma humano, los investigadores enfermeros querrán comprobar la capacidad del modelo para explicar el cuidado enfermero global del paciente sometido a asesoría genética. Basándose en el resultado de la comprobación, podrán desarrollarse hipótesis y comprobarse para apoyar la base prescriptiva de las teorías desarrolladas a partir del modelo.

DESARROLLOS POSTERIORES

Levine y otras autoras trabajaron para utilizar los principios de conservación como base de una taxonomía del diagnóstico enfermero (Stafford, 1996; Taylor, 1989). Asimismo, se han realizado otros trabajos sobre el uso del modelo de Levine en la administración y con ancianos delicados. El modelo se utilizó para desarrollar una teoría de promoción de la salud en neonatos pretérmino (Mefford, 2000) y posee un gran potencial para estudiar los trastornos del sueño y en el desarrollo de las prácticas de cuidado en colaboración y propias (Fawcett, 2000). Las implicaciones filosóficas, éticas y espirituales del modelo son retos a los que la investigación todavía está intentando responder (Stafford, 1996).

CRÍTICA

Claridad

El modelo de Levine es claro. Fawcett (2000) afirma: «El modelo de conservación de Levine da a la enfermería una visión lógicamente congruente y

holística de la persona» (p. 189). George (2002) afirma que «esta teoría dirige las acciones enfermeras que dan lugar a resultados favorables» (p. 237). El modelo incluye muchos términos, pero Levine consigue definirlos con claridad.

Simplicidad

Aunque los cuatro principios de conservación inicialmente parecen sencillos, contienen subconceptos y múltiples variables. A pesar de ello, éste es uno de los modelos más simples que existen.

Generalidad

Los cuatro principios de conservación pueden utilizarse en todos los contextos de la enfermería.

Precisión empírica

Levine utilizó la lógica deductiva para desarrollar su modelo, que puede utilizarse para realizar nuevas investigaciones. Mientras experimentaba el modelo de conservación, verificó el uso del razonamiento inductivo para ampliarlo y darle forma (M. Levine, comunicación personal, 17 de mayo, 1989).

Consecuencias deducibles

Aunque algunas autoras cuestionan la contribución del modelo de Levine, hay que reconocer que los cuatro principios de conservación constituyen uno de los primeros modelos de la enfermería. Además, continúa siendo útil para la práctica y la investigación enfermera y está recibiendo un gran reconocimiento en el siglo XXI.

RESUMEN

Levine adoptó su modelo de conservación para proporcionar un marco dentro del cual enseñar a las estudiantes de enfermería principiantes. En el primer capítulo de su libro introdujo sus suposiciones sobre el holismo y que los principios de conservación apoyan una propuesta holística para el cuidado del paciente (Levine, 1969a, 1973). El modelo es lógicamente congruente, interna y externamente consistente, tiene amplitud y profundidad y es comprensible (con pocas excepciones) por los profesionales y los usuarios de la atención sanitaria. Las enfermeras que utilizan el modelo de conservación pueden prever, explicar, predecir y llevar a cabo el cuidado del paciente. Sin embargo, en el futuro debe comprobarse su habilidad para predecir los resultados. Levine (1990) afirmó que en cualquier campo de la enfermería es esencial la regla de la conservación y el apoyo de la integridad (p. 195).

Caso clínico*

Yolanda es una afroamericana de 55 años, casada y madre de dos hijos adultos, con una historia de cáncer de mama. Fue diagnosticada de fibromialgia hace 2 años, después de años de dolores musculares inexplicables que ella pensaba que eran artritis. El diagnóstico le significó un alivio; pudo leer sobre él y aprender a atenderse. Durante los últimos 2 meses Yolanda ha dejado de tomar todas sus medicinas porque estaba viendo a un nuevo médico y quería empezar sus cuidados desde cero. Además de sus responsabilidades familiares, estaba finalizando su titulación como licenciada en letras. En el momento de la cita comentó a la enfermera que tenía el peor dolor posible.

Utilizando el modelo de conservación de Levine, la enfermera realizó una valoración global con el fin de prepararse para desarrollar un plan de cuidados junto al médico. Los cuidados enfermeros se organizaron según los principios de conservación, considerando cómo se adapta el individuo a los entornos externo e interno. El diagnóstico de fibromialgia de Yolanda se realizó por exclusión de otras enfermedades, con un conjunto de síntomas que incluían dolor, fatiga e insomnio (p. ej., lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple). Los resultados de las pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas estaban dentro de los límites normales.

El entorno externo incluye factores perceptivos, operacionales y conceptuales. Los factores perceptivos son los que se perciben a través de los sentidos. Yolanda explicó una historia de fatiga y dolor inexplicables durante años. Recientemente, abandonó la medicación para «limpiarse el cuerpo». Sin embargo, explicó que el dolor se volvió inaguantable

*Este caso clínico se basa en datos fuente de un estudio en curso titulado «Fibromyalgia in African American Women: A Phenomenological Investigation», de Philadelphia. *Yolanda* es un nombre ficticio utilizado para proteger la intimidad y el anonimato de la participante.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y le impedía dormir. Observó que cuando dormía como mínimo 6 horas por la noche, su dolor era menos intenso. Con el insomnio actual, su dolor es muy intenso.

Los factores operacionales son amenazas del entorno que el paciente no puede percibir a través de los sentidos. Yolanda dijo sentir dolor intenso en respuesta al frío y a los cambios de presión.

El entorno conceptual incluye valores culturales y personales sobre asistencia sanitaria, el significado de salud y enfermedad, el conocimiento sobre la asistencia sanitaria, la educación, el uso del lenguaje y las creencias espirituales. En respuesta al cáncer de mama, Yolanda desarrolló su espiritualidad a través de la oración y leyendo la Biblia. Cree que así supera los momentos dolorosos de su enfermedad actual.

La conservación de la energía se centra en el equilibrio entre la entrada y la salida de energía, para impedir la fatiga excesiva. Yolanda se queja de una fatiga que «se me viene encima». Tiene dificultades para desempeñar las tareas domésticas. Un día de trabajo generalmente significa un día en cama a causa de la fatiga extrema. Su niveles de hemoglobina y hematocrito son normales; sus resultados de gases en sangre arterial siempre han estado dentro de los límites normales. En los pacientes con fibromialgia, la mayoría de los valores diagnósticos están dentro de los límites normales, lo cual dificulta el tratamiento.

La conservación de la integridad estructural implica mantener la estructura del organismo para fomentar la curación. Dado que no existe causa conocida de la fibromialgia, el tratamiento se centra en la reducción de los síntomas. Los síntomas de Yolanda podrían no seguir ninguna alteración física o estructural, incluso en caso de dolor intenso y fatiga. La enfermera sabe que es importante reconocer la realidad de los síntomas y trabajar con el paciente para determinar si las actividades de la vida diaria provocan cambios en el patrón de la enfermedad. Además, Yolanda piensa que está entrando en la menopausia, y tiene problemas para determinar si sus síntomas están causados por la menopausia o por la fibromialgia.

Con un interrogatorio continuado, la enfermera descubre que hace unos años Yolanda fue diagnosticada de síndrome de colon irritable. No está preocupada por el estreñimiento, pero sí por la diarrea súbita. Tiene miedo de ir a la escuela; teme el bochorno a causa de un posible «accidente». Yolanda toma varias medicaciones para su malestar. Una de ellas la hace sentir tan «colgada» que dejó de tomarla después de 2 semanas. Tomaba amitriptilina para dormir. Era el único medicamento que le ayudaba a dormir durante 6 horas seguidas.

La integridad personal implica el mantenimiento del sentido del valor de uno mismo y de la autoestima. Yolanda contó que cuando se le diagnosticó cáncer de mama perdió el control. Una amiga la convenció de ir a la iglesia y la animó a utilizar la oración. Cuando se compadece de sí misma, se va a su habitación y lee la Biblia, llora y reza. Cree que la oración y leer la Biblia la ayudan a curarse. Sigue rezando y leyendo la Biblia para obtener la fuerza que necesita para vivir con su enfermedad actual. También cree que necesita ser capaz de reírse de sí misma; el humor la ayuda a sentirse mejor. Busca activamente información sobre la salud, siguiendo su búsqueda para aprender sobre su nuevo diagnóstico de fibromialgia. Su mayor preocupación es no ser capaz de andar como acostumbraba a hacer. Uno de sus pasatiempos favoritos era comprar zapatos, algo que actualmente le resulta difícil.

La integridad social reconoce que el paciente es un ser social. Yolanda es una madre casada y con tres hijos. Oculta un montón de sentimientos respecto a sus hijos, pero los comparte con su marido. Él es su mayor apoyo. Él va a comprar la comida y se asegura de que llegue a sus citas a tiempo. Durante la visita nos contó que quiere hacer un picnic por su cumpleaños, pero la única manera de hacerlo es pedir a su nieto que ayude a su marido a limpiar el patio.

Yolanda es una mujer de mediana edad, con una historia de dolor grave, insomnio y fatiga. Los estudios diagnósticos no han sido reveladores, a excepción de múltiples puntos sensibles. La historia del dolor y de los puntos sensibles positivos apoyan el diagnóstico de fibromialgia. Ha dejado de tomar toda la medicación y explica que puede que esté entrando en la menopausia. Explica que el dolor grave y la fatiga le dificultan dormir y realizar las tareas domésticas. Su marido y su nieto están dispuestos a ayudarla con las tareas de la casa, y ella busca apoyo rezando y leyendo la Biblia para aliviar su malestar. También considera que el humor la ayuda a sentirse mejor.

El plan de cuidados inicial incluye: *a)* validar la experiencia de la enfermedad; *b)* fomentar el uso continuado de la oración, la lectura de la Biblia y el humor para ayudarla a sentirse mejor; *c)* comentar la terapia farmacológica que podría ayudarla a conseguir dormir sosegadamente; *d)* derivarla para valorar los niveles hormonales en sangre, y *e)* ayudarla a determinar el significado de sus síntomas (p. ej., menopausia o fibromialgia). Yolanda indicó que cuando podía dormir 6 horas ininterrumpidas su dolor era menos intenso y se sentía mejor. Buscar medicación inductora y propuestas no farmacológicas para mejorar el sueño es una prioridad importante.

La enfermera valorará el resultado del cuidado de Yolanda basándose en las respuestas del organismo. Las siguientes respuestas sugieren adaptación:

- Informa de comodidad como resultado de la oración, de la lectura de la Biblia y del humor.
- Distingue los síntomas de la menopausia de los síntomas de la fibromialgia.
- Dice sentirse descansada después de 6 horas de sueño ininterrumpido.
- Informa de una reducción del dolor y de la fatiga.
- Colabora con los proveedores de asistencia sanitaria para controlar los síntomas de la menopausia.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Escriba un diario sobre una experiencia de salud o enfermedad propia o de alguna persona próxima a usted. Reflexione sobre su concordancia con el modelo de conservación —cómo modificarlo, ampliarlo o delimitarlo para proporcionar un contexto para la explicación.
2. Levine afirmó: «La salud está determinada culturalmente; no es una entidad por sí misma, sino una definición impartida por los rasgos distintivos y las creencias de los grupos a los que pertenecen los individuos» (M. Levine, comunicación personal, 21 de febrero, 1995).

   Visite un museo cercano y valore cómo la expresión artística expresa las creencias de los diferentes grupos étnicos y estudie cómo esas creencias dan forma a las definiciones de salud y enfermedad. Según la definición de salud elaborada a partir de una etnia determinada, proporcione las intervenciones adecuadas para utilizar los principios de conservación de Levine.
3. Vea una de las siguientes películas: *La ciudad de la alegría, Líos de familia* o *El jardín secreto.* Utilice ejemplos de la película para apoyar o refutar las afirmaciones propuestas por Levine.
4. Aplique el modelo de conservación a una patografía, como *Love and Other Infectious Diseases* de Molly Haskell y determine cómo el modelo explica la vida con enfermedad. Identifique lo que no se explica y proponga cómo podría desarrollarse el modelo para que abarque mejor la experiencia.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Capítulo de Karen Schaefe, «Levine's Conservation Nursing Model in Nursing Practice» (#10) en texto complementario de Elsevier, Alligood (2010). Nursing theory: Utilization & application, 4.ª edición.
- Cardinal Stitch University Library; Nursing Theorist: Myra Levine. Último acceso, 17 de septiembre de 2007 en: http://library.stritch.edu/research/subjects/health/nursingTheorists/levine.html
- Hahn School of Nursing and Health Science, Universidad de San Diego. Último acceso el 20 de diciembre de 2004 en: http://www.sandiego.edu/academics/nursing/theory/
- Nursing for Nurses—Levine Conservation Model (Blog). Último acceso 16 de septiembre de 2007 en: http://allnurses.com/research-nursing/levine-conservation-model-48040.html
- Clínica Mayo. Teóricas de la enfermería. Myra Levine. Último acceso 17 de septiembre de 2007 en: http://www.mayo.edu/education/nursing-research/levine.html
- The nursing theorist: Portraits of excellence. Myra Levine (vídeo, CD-ROM o acceso electrónico), de Oakland: Studio III, Oakland, CA. Disponible en Fitne, Inc., 5 Depot Street, Athens, Ohio 45701.
- Leach, M. J. Using Levine's conservation model to guide practice (libro blanco). Último acceso, 17 de septiembre de 2007 en: http://www.o-m.com/article/6024

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Ballard, N., Robley, L., Barrett, D., Fraser, D., & Mendoza, I. (2006). Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 15*(1), 86-94.

Bates, M. (1967). A naturalist at large. *Natural History*, *76*(6), 8-16.

Beland, I. (1971). *Clinical nursing: Pathophysiological and psychosocial implications* (2nd ed.). New York: Macmillan.

Cooper, D. H. (1990). Optimizing wound healing: A practice within nursing domains. *Nursing Clinics of North America*, *25*(1), 165-180.

Cox, B. (1988). Pregnancy, anxiety, and time perception (Doctoral dissertation University of Illinois at Chicago, Health Science Center, 1988). *Dissertation Abstracts International, 48*, 2260B.(University Microfilms No. AA18724993).

Dever, M. (1991). Care of children. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *The Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 71-82). Philadelphia: F. A. Davis.

Dubos, R. (1961). *Mirage of health.* Garden City, NY: Doubleday.

Dubos, R. (1965). *Man adapting.* New Haven, CT: Yale University Press.

Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility.* New York: W. W. Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: W. W. Norton.

Fawcett, J. (1995). Levine's Conservation Model. In J. Fawcett (Ed.). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (pp. 165-215). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2000). Levine's Conservation Model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (pp. 151-193). Philadelphia: F. A. Davis.

Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1983). *Conceptual models of nursing: Analysis and application.* Bowie, MD: Robert J. Brady.

Gagner-Tjellesen, D., Yurkovich, E. E., & Gragert, M. (2001). Use of music therapy and other ITNIs in acute care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *39*(10), 26-37.

George, J. B. (2002). The Conservation Principles: A model for health. In J. George (Ed.) *Nursing theories: The base for professional nursing practice (225-240).* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gibson, J. E. (1966). *The senses considered as perceptual systems.* Boston: Houghton Mifflin.

Goldstein, K. (1963). *The organism.* Boston: Beacon Press.

Grindley, J., & Paradowski, M. B. (1991). Developing an undergraduate program using Levine's model. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 199-208). Philadelphia: F. A. Davis.

Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension.* Garden City, NY: Doubleday.

Hall, K. V. (1979). Current trends in the use of conceptual frameworks in nursing education. *Journal of Nursing Education*, *18*(4), 26-29.

Hirschfeld, M. J. (1976). The cognitively impaired older adult. *American Journal of Nursing*, *76*, 1981-1984.

Jost, S. G. (2000). An assessment and intervention strategy for managing. *Journal of Nursing Administration*, *30*(1), 34-40.

Leach, M. J. Using Levine's Conservation Model to Guide Practice (white paper). Accessed September 17, 2007. http://www.o-m.com/article/6024.

Levine, M. E. (1965, June). The professional nurse and graduate education. *Nursing Science*, *3*, 206.

Levine, M. E. (1966a). Trophicognosis: An alternative to nursing diagnosis. *American Nurses Association Regional Clinical Conferences*, *2*, 55-70.

Levine, M. E. (1966b). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing*, *66*, 2450-2454.

Levine, M. E. (1967a). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*, *6*, 45-59.

Levine, M. E. (1967b, Dec). For lack of love alone. *Minnesota Nursing Accent*, *39*, 179.

Levine, M. E. (1969a). *Introduction to clinical nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Levine, M. E. (1969b). The pursuit of wholeness. *American Journal of Nursing*, *69*, 93.

Levine, M. E. (1971a). *Renewal for nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Levine, M. E. (1971b). Holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*, *6*, 253-263.

Levine, M. E. (1971). Instructor's guide to introduction to clinical nursing. Philadelphia: F. A. Davis.

Levine, M. E. (1973). *Introduction to clinical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Levine, M. E. (1984, April). *A conceptual model for nursing: The four conservation principles.* Proceedings from Allentown College of St. Francis Conference: Philadelphia.

Levine, M. E. (1988a). Myra Levine. In T. M. Schoor & A. Zimmerman (Eds.), *Making choices, taking chances: Nurse leaders tell their stories* (pp. 215-228). St. Louis: C. V. Mosby.

Levine, M. E. (1988b). Antecedents from adjunctive disciplines: Creation of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *1*(1), 16-21.

Levine, M. E. (1989). The four conservation principles: Twenty years later. In J. Riehl (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 325-337). New York: Appleton-Century-Crofts.

Levine, M. E. (1990). Conservation and integrity. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 189-201). New York: National League for Nursing.

Levine, M. E. (1991). The conservation principles: A model for health. In K. Schaefer & J. Pond (Eds.), *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 1-11). Philadelphia: F. A. Davis.

Levine, M. E. (1992). Nightingale redux. In B. S. Barnum (Ed.), *Nightingale's notes on nursing* (pp. 39-43). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Levine, M. E. (1996). The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 38-41.
Mefford, L. C. (2000). *The relationships of nursing care to health outcomes of preterm infants: Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's Conservation Model.* Unpublished doctoral dissertation: University of Tennessee Knoxville.
Mid-Year Convocation: Loyola University, Chicago. (1992). The Conferring of Honorary Degrees by R. C. Baumhart, Candidate for the degree of Doctor and Humane Letters, p. 6.
Moch, V., Ours, C., St., Hall, S., Bositis, A., Tillery, M., Belcher, A., Krumm, S., & McCorkle, R. (2007). Using a conceptual model in nursing research-mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(5), 503-512.
Nagley, S. J. (1984). Prevention of confusion in hospitalized elderly persons (Doctoral dissertation). In *Dissertation Abstracts International*, *48* (pp. 1732B. . (University Microfilms No. AA18420848) Case Western Reserve University.
Pond, J. B. (1996). Myra Levine, nurse educator and scholar dies. *Nursing Spectrum*, *5*(8), 8.
Radwin, L., & Fawcett, J. (2002). A conceptual model based programme of nursing research: Retrospective and prospective applications. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(3), 355-360.
[Review of the book *Introduction to clinical nursing*]. (1970, Jan.). *Canadian Nurse, 66*, 42.
[Review of the book *Introduction to clinical nursing* (2nd ed.)]. (1974, May). *Canadian Nurse, 70*, 39.
Roberts, J. E., Fleming, N., & Yeates-Giese, D. (1991). Perineal integrity. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *The Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 61-70). Philadelphia: F. A. Davis.
Roberts, K. L., Brittin, M., Cook, M., & deClifford, J. (1994). Boomerang pillows and respiratory capacity. *Clinical Nursing Research*, *3*(2), 157-165.
Roberts, K. L., Brittin, M., & deClifford, J. (1995). Boomerang pillows and respiratory capacity in frail elderly women. *Clinical Nursing Research, 4*(4), 465-471.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Savage, T. A., & Culbert, C. (1989). Early intervention: The unique role of nursing. *Journal of Pediatric Nursing, 4*(5), 339-345.
Schaefer, K. M. (1991a). Developing a graduate program in nursing: Integrating Levine's philosophy. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 209-218). Philadelphia: F. A. Davis.
Schaefer, K. M. (1991b). Levine's conservation principles and research. In K. M. Schaefer & J. B. Pond (Eds.), *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice 45-60.* Philadelphia: F. A. Davis.
Schaefer, K. M. (1996). Levine's Conservation Model: Caring for women with chronic illness. In P. H. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration.* New York: National League for Nursing.
Schaefer, K. M. & Pond, J. B. (Eds.). (1991). *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice.* Philadelphia: F. A. Davis.
Selye, H. (1956). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill.
Sherrington, A. (1906). *Integrative function of the nervous system.* New York: Charles Scribner's Sons.
Stafford, M. J. (1996). In tribute: Myra Estrin Levine, Professor Emerita, MSN, RN. *FAAN. Chart*, *93*(3), 5-6.
Taylor, J. W. (1974). Measuring the outcomes of nursing care. *Nursing Clinics of North America*, *9*, 337-348.
Taylor, J. W. (1989). Levine's conservation principles: Using the model for nursing diagnosis in a neurological setting. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 349-358). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Taylor, J. W., & Ballenger, S. (1980). *Neurological dysfunction and nursing interventions.* New York: McGraw-Hill.
Webb, H. (1993). Holistic care following a palliative Hartmann's procedure. *British Journal of Nursing*, *2*(2), 128-132.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Levine, M. E. (1969). *Introduction to clinical nursing.* Philadelphia: F.A. Davis.
Levine, M. E. (1971). *Renewal for nursing.* Philadelphia: F. A. Davis. [Translated into Hebrew, Am Oved, Jerusalem, 1978.].
Levine, M. E. (1973). *Introduction to clinical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Capítulos de libros

Levine, M. E. (1964). Nursing service. In M. Leeds & H. Shore (Eds.), *Geriatric institutional management.* New York: G. P. Putnam's Sons.
Levine, M. E. (1973). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. In M. E. Hardy (Ed.), *Theoretical foundations for nursing.* New York: Irvington.
Levine, M. E. (1988). Myra Levine. In T. M. Schorr & A. Zimmerman (Eds.), *Making choices, taking chances: Nursing leaders tell their stories.* St. Louis: Mosby.
Levine, M. E. (1989). The four conservation principles: Twenty years later. In J. Riehl (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Levine, M. E. (1990). Conservation and integrity. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 189-201). New York: National League for Nursing.
Levine, M. E. (1991). The conservation principles: A model for health. In K. Schaefer & J. Pond (Eds.), *Levine's Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 1-11). Philadelphia: F. A. Davis.
Levine, M. E. (1992). Nightingale redux. In B. S. Barnum (Ed.), *Nightingale's notes on nursing: Commemorative edition with commentaries by nursing theorists.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
Levine, M. E. (1994). Some further thoughts on nursing rhetoric. In J. F. Kikuchi & H. Simmons (Eds.), *Developing a philosophy of nursing* (pp. 104-109). Thousand Oaks: CA: Sage.

Artículos de revistas

Levine, M. E. (1963). Florence Nightingale: The legend that lives. *Nursing Forum*, *2*(4), 24-35.
Levine, M. E. (1964, Feb.). Not to startle, though the way were steep. *Nursing Science*, *2*, 58-67.
Levine, M. E. (1964, Dec.). There need be no anonymity. *First*, *18*(9), 4.
Levine, M. E. (1965). The professional nurse and graduate education. *Nursing Science*, *3*, 206-214.
Levine, M. E. (1965). Trophicognosis: An alternative to nursing diagnosis. *ANA Regional Clinical Conferences*, *2*, 55-70.
Levine, M. E. (1966). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing*, *66*(11), 2450-2453.
Levine, M. E. (1967, Dec.). For lack of love alone. *Minnesota Nursing Accent*, *39*(7), 179-202.
Levine, M. E. (1967). Medicine-nursing dialogue belongs at patient's bedside. *Chart*, *64*(5), 136-137.
Levine, M. E. (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*, *6*, 45-59.
Levine, M. E. (1967). This I believe: About patient-centered care. *Nursing Outlook*, *15*, 53-55.
Levine, M. E. (1968, Feb.). Knock before entering personal space bubbles (part 1). *Chart*, *65*(2), 58-62.
Levine, M. E. (1968, March). Knock before entering personal space bubbles (part 2). *Chart*, *65*(3), 82-84.
Levine, M. E. (1968). The pharmacist in the clinical setting: A nurse's viewpoint. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *25*(4), 168-171. Also translated into Japanese and published in Kyushu National Hospital Magazine for Western Japan.
Levine, M. E. (1969, Feb.). Constructive student power. *Chart*, *66*(2), 42FF.
Levine, M. E. (1969, Oct.). Small hospital—Big nursing. *Chart*, *66*, 265-269.
Levine, M. E. (1969, Nov.). Small hospital—Big nursing. *Chart*, *66*, 310-315.
Levine, M. E. (1969). The pursuit of wholeness. *American Journal of Nursing*, *69*, 93-98.
Levine, M. E. (1970). Dilemma. *ANA Clinical Conferences*, 338-342.
Levine, M. E. (1970). Breaking through the medications mystique. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *27*(4), 294-299. *American Journal of Nursing*, *70*(4), 799-803.
Levine, M. E. (1970, July/Dec). Symposium on a drug compendium: View of a nursing educator. *Drug Information Bulletin*, 133-135.
Levine, M. E. (1970). The intransigent patient. *American Journal of Nursing*, *70*, 2106-2111.
Levine, M. E. (1971). Consider implications for nursing in the use of physician's assistant. *Hospital Topics*, *49*, 60-63.
Levine, M. E. (1971). Holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*, *6*, 253-264.
Levine, M. E. (1971). The time has come to speak of health care. *AORN Journal*, *13*, 37-43.
Levine, M. E. (1972). *Benoni. American Journal of Nursing*, *72*(3), 466-468.
Levine, M. E. (1972). Nursing educators—An alienating elite? *Chart*, *69*(2), 56-61.
Levine, M. E. (1973). On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *3*(3), 15-19.
Levine, M. E. (1974). The pharmacist's clinical role in interdisciplinary care: A nurse's viewpoint. *Hospital Formulary Management*, *9*, 47.
Levine, M. E. (1975). On creativity in nursing. *Nursing Digest*, *3*, 38-40.
Levine, M. E. (1977). Nursing ethics and the ethical nurse. *American Journal of Nursing*, *77*, 845-849.
Levine, M. E. (1978). Cancer chemotherapy: A nursing model. *Nursing Clinics of North America*, *13*(2), 271-280.
Levine, M. E. (1978). Does continuing education improve nursing practice? *Hospitals*, *52*(21), 138-140.
Levine, M. E. (1978). Kapklavoo and nursing, too (Editorial). *Research in Nursing and Health*, *1*(2), 51.
Levine, M. E. (1979). Knowledge base required by generalized and specialized nursing practice. *ANA Publications*, *G-127*, 57-69.
Levine, M. E. (1980). The ethics of computer technology in health care. *Nursing Forum*, *19*(2), 193-198.
Levine, M. E. (1982). Bioethics of cancer nursing. *Rehabilitation Nursing*, *7*, 27-31, 41.
Levine, M. E. (1982). The bioethics of cancer nursing. *Journal of Enterostomal Therapy*, *9*, 11-13.
Levine, M. E. (1988). Antecedents from adjunctive disciplines: Creation of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *1*(1), 16-21.
Levine, M. E. (1988, June). What does the future hold for nursing? 25th Anniversary Address 18th District. *Illinois Nurses Association Newsletter*, *XXIV*(6), 1-4.
Levine, M. E. (1989). Beyond dilemma. *Seminars in Oncology Nursing*, *5*, 124-128.
Levine, M. E. (1989). Ration or rescue: The elderly in critical care. *Critical Care Nursing*, *12*(1), 82-89.

Levine, M. E. (1989). The ethics of nursing rhetoric. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *21*(1), 4-5.
Levine, M. E. (1995). The rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *27*(1), 11-14.
Levine, M. E. (1996). On the humanities in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, *27*(2), 19-23.
Levine, M. E. (1996). The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 38-41.
Levine, M. E. (1997). On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *29*(3), 216-217.
Levine, M. E., Hallberg, C., Kathrein, M., & Cox, R. (1972). Nursing grand rounds: Congestive failure. *Nursing '72*, *2*(10), 18-23.
Levine, M. E., Line, L., Boyle, A., & Kopacewski, E. (1972). Nursing grand rounds: Insulin reactions in a brittle diabetic. *Nursing '72*, *2*(5), 6-11.
Levine, M. E., Moschel, P., Taylor, J., & Ferguson, G. (1972). Nursing grand rounds: Complicated case of CVA. *Nursing '72*, *2*(3), 3-34.
Levine, M. E., Scanlon, M., Gregor, P., King, R., & Martin, N. (1972). Issues in rehabilitation: The quadriplegic adolescent. *Nursing '72*, *2*, 6.
Levine, M. E., Zoellner, J., Ozmon, B., & Simunek, E. (1972). Nursing grand rounds: Severe trauma. *Nursing '72*, *2*(9), 33-38.

Fuentes secundarias

Resúmenes de libros

[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1969, Sept/Oct.). Bedside Nurse, 2, 4.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1970, Feb.). Nursing Outlook, 18, 20.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1970, Jan.). American Journal of Nursing, 70, 99.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1970, Jan.). Canadian Nurse, 66, 42.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1970, Oct.). American Journal of Nursing, 70, 2220.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing], (1971, April). Nursing Mirror, 132, 43.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing], (1971, Dec.). Canadian Nurse, 76, 47.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing], (1971, Dec.). Nursing Mirror, 133, 16.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing], (1974, Feb.). American Journal of Nursing, 74, 347.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1974, May). Canadian Nurse, 70, 39.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1974, May). Nursing Outlook, 22, 301.
[Reseña del libro Introduction to clinical nursing]. (1971, Nov.). Bedside Nurse, 4, 2.
[Reseña del libro Renewal for nursing]. (1971, Aug.). Supervisor Nurse, 2, 68.
[Reseña del libro Renewal for nursing]. (1971, Dec.). AANA Journal, 49, 495.
[Reseña del libro Renewal for nursing]. (1971, Dec.). Canadian Nurse, 67, 47.
[Reseña del libro Renewal for nursing]. (1971, Dec.). Nursing Mirror, 133, 16.

Capítulos de libros

Leonard, M. K. (1990). Myra Estrin Levine. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (pp. 181-192). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
MacLean, S. L. (1989). Activity intolerance: Cues for diagnosis. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification proceedings of the eighth annual conference of North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 320-327). Philadelphia: J. B. Lippincott.
McLane, A. (1987). Taxonomy and nursing diagnosis, a critical view. In A. McLane (Ed.), *Classification proceedings of the seventh annual conference of Nursing of North America.* St. Louis: Mosby.
Meleis, A. I. (1985). Myra Levine. In A. I. Meleis (Ed.), *Theoretical nursing: Development and progress* (pp. 275-283). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Peiper, B. A. (1983). Levine's nursing model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (pp. 101-115). Bowie, MD: Robert J. Brady.
Pond, J. B. (1990). Application of Levine's Conservation Model to nursing the homeless community. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 203-215). New York: National League for Nursing.
Schaefer, K. M. (1990). A description of fatigue associated with congestive heart failure: Use of Levine's Conservation Model. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 217-237). New York: National League for Nursing.
Schaefer, K. M. (1996). Levine's Conservation Model: Caring for women with chronic illness. In P. H. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 187-228). New York: National League for Nursing Press.
Schaefer, K. M. (2001). Levine's Conservation Model: A model for the future of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 103-124). Philadelphia: F. A. Davis.
Schaefer, K. M. (2001). Levine's Conservation Model: Use of the model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 89-108). St. Louis: Mosby. Taiwanese ed.
Schaefer, K. M. (2002). Levine's Conservation Model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed., pp. 197-217). St. Louis: Mosby.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Taylor, J. W. (1989). Levine's conservation principles: Using the model for nursing diagnosis in a neurological setting. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 349-358). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Libros

Barnum, B. J. S. (1994). *Nursing theory: Analysis application evaluation* (4th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: A systematic approach* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Clark, M. J. (1992). *Nursing in the community*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Griffith-Kenney, J. W., & Christensen, P. (1986). In *Nursing process: Application of theories, frameworks and models* (pp. *6*, 24-25). St. Louis: Mosby.

Rogers, M. E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

Ballard, N., Robley, L., Barrett, D., Fraser, D., & Mendoza, I. (2006). Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *15*(1), 86-94.

Brunner, M. (1985). A conceptual approach to critical care nursing using Levine's model. *Focus on Critical Care*, *12*(2), 39-40.

Bunting, S. M. (1988, Nov). The concept of perception in selected nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, *1*(4), 168-174.

Cooper, D. M. (1990, March). Optimizing wound healing: A practice within nursing's domain. *Nursing Clinics of North America*, *25*(1), 165-180.

Crawford-Gamble, P. E. (1986). An application of Levine's conceptual model. *Perioperative Nursing Quarterly*, *2*(1), 64-70.

Fawcett, J., Brophy, S. F., Rather, M. L., & Roos, J. (1997). Commentary about Levine's on creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *29*(3), 218-219.

Fawcett, J., Tulman, L., & Samarel, N. (1995). Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advance Practice Nursing Quarterly*, *1*, 50-57.

Flaskerud, J. H., & Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *ANS Advances in Nursing Science*, *3*(1), 1-7.

Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *6*, 99-104.

Foreman, M. D. (1989 Feb). Confusion in the hospitalized elderly: Incidence, onset, and associated factors. *Research in Nursing and Health*, *12*(1), 21-29.

Gagner-Tjellesen, D., Yurkovich, E. E., & Gragert, M. (2001). Use of music therapy and other ITNIs in acute care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *39*(10), 26-37.

Hall, K. V. (1979). Current trends in the use of conceptual frameworks in nursing education. *Journal of Nursing Education*, *18*(4), 26-29.

Happ, M. B., Williams, C. C., Strumpf, N. E., & Burger, S. G. (1996). Individualized care for frail elderly: Theory and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, *22*(3), 6-14.

Hirschfeld, M. J. (1976). The cognitively impaired older adult. *American Journal of Nursing*, *76*, 1981-1984.

Jost, S. G. (2000). An assessment and intervention strategy for managing staff needs during change. *Journal of Nursing Administration*, *30*(1), 34-40.

Langer, V. S. (1990). Minimal handling protocol for the intensive care nursery. *Neonatal Network-Journal of Neonatal Nursing*, *9*(3), 23-27.

Lynn-McHale, D. J., & Smith, A. (1991). Comprehensive assessment of families of the critically ill. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, *2*(2), 195-209.

Moch, V., St. Ours, C., Hall, S., Bositis, A., Tillery, M., Belcher, A., Krumm, S., & McCorkle, R. (2007). Using a conceptual model in nursing research-mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(5), 503-512.

Molchany, C. B. (1992). Ventricular septal and free wall rupture complicating acute MI. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *6*(4), 38-45.

Newport, M. A. (1984). Conserving thermal energy and social integrity in the newborn. *Western Journal of Nursing Research*, *6*(2), 175-197.

O'Laughlin, K. M. (1986). Change in bladder function in the woman undergoing radical hysterectomy for cervical cancer. *Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing*, *15*(5), 380-385.

Piccoli, M., & Galvao, C. M. (2001). Perioperative nursing: Identification of the nursing diagnosis infection risk based on Levine's conceptual model (English abstract). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *9*(4), 37-43.

Roberts, K. L., Brittin, M., Cook, M., & deClifford, J. (1994). Boomerang pillows and respiratory capacity. *Clinical Nursing Research*, *3*(2), 157-165.

Roberts, K. L., Brittin, M., & deClifford, J. (1995). Boomerang pillows and respiratory capacity in frail elderly women. *Clinical Nursing Research*, *4*(4), 465-471.

Savage, T. V., & Culbert, C. (1989). Early intervention: The unique role of nursing. *Journal of Pediatric Nursing*, *4*(5), 339-345.

Schaefer, K. M. (1997). Levine's Conservation Model in nursing practice. In M. R. Alligood, A. Marriner &

Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 89-107). St. Louis: Mosby.
Schaefer, K. M., & Pond, J. (1994). Levine's Conservation Model as a guide to nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *7*(2), 53-54.
Schaefer, K. M., & Shober-Potylycki, M. J. (1993). Fatigue in congestive heart failure: Use of Levine's Conservation Model. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 260-268.
Schaefer, K. M., Swavely, D., Rothenberger, C., Hess, S., & Willistin, D. (1996). Sleep disturbances post coronary artery bypass surgery. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *11*(1), 5-14.
Stafford, M. J. (1996). In tribute: Myra Estrin Levine, Professor Emerita, MSN, RN, FAAN. *Chart*, *93*(3), 5-6.
Taylor, J. W. (1974). Measuring the outcomes of nursing care. *Nursing Clinics of North America*, *9*, 337-348.
Tompkins, E. S. (1980). Effect of restricted mobility and dominance on perceived duration. *Nursing Research*, *29*(6), 333-338.
Tribotti, S. (1990). Admission to the neonatal intensive care unit: Reducing the risks. *Neonatal Network*, *8*(4), 17-22.
Webb, H. (1993). Holistic care following a palliative Hartmann's procedure. *British Journal of Nursing*, *2*(2), 128-132.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Crédito de la fotografía: Kathleen Lininger, Austin, TX.

CAPÍTULO 13

Martha E. Rogers

1914-1994

Seres humanos unitarios

Mary E. Gunther

«La práctica profesional en enfermería busca promover la interacción sinfónica entre hombre y entorno, para reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, además de dirigir y redirigir el patrón de los campos humano y del entorno para lograr el máximo potencial de salud» (Rogers, 1970, p. 122).

BIOGRAFÍA

Martha Elizabeth Rogers, la mayor de los cuatro hijos de Bruce Taylor Rogers y Lucy Mulholland Keener Rogers, nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas (Texas). Poco después de su nacimiento, la familia volvió a Knoxville (Tennessee). Comenzó su formación universitaria en la Universidad de Tennessee, donde estudió ciencias (1931-1933). Se diplomó en enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing (1936) y un año después obtuvo una licenciatura en el George Peabody College en Nashville (Tennessee). Su formación comprende un título en supervisión de enfermería de la salud pública en el Teachers College de la Universidad de Columbia (Nueva York) obtenido en 1945, un máster en salud pública (1952) y un ScD (1954) en la Johns Hopkins University (Baltimore).

Los comienzos de Rogers en la práctica de la enfermería fueron en el ámbito de la salud pública, en núcleos rurales de Michigan. En Connecticut empezó con la supervisión de las enfermeras domiciliarias, la formación y la práctica. A continuación, Rogers creó el Visiting Nurse Service de Phoenix, en Arizona. Durante 21 años (1954-1975) fue profesora y jefa de la Division of Nursing de la Universidad de Nueva York. Después de 1975 continuó con sus obligaciones como profesora, hasta que recibió el nombramiento de profesora emérita en 1979. Tuvo este título hasta su muerte, el 13 de marzo de 1994, a la edad de 79 años.

Entre las publicaciones de Rogers se cuentan tres libros y más de 200 artículos. Impartió conferencias en más de 46 estados, en el Distrito de Columbia, además de en Puerto Rico, México, Holanda, China, Terranova, Columbia, Brasil y otros países (M. Rogers, comunicación personal, marzo de 1988). Fue nombrada doctora *honoris causa* en instituciones tan prestigiosas como la Duquesne University, la Universidad de San Diego, el Iona College, la Fairfield University, la Emory

Autoras anteriores: Kaye Bultemeier, Mary Gunther, Joann Sebastian Daily, Judy Sporleder Maupin, Cathy A. Murray, Martha Carole Satterly, Denise L. Schnell y Therese L. Wallace. La Dra. Lois Meier y la Dra. Martha Rogers revisaron las anteriores ediciones de este capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

University, la Adelphi University, el Mercy College y la Washburn University of Topeka. Los numerosos premios que se le otorgaron por su contribución y liderazgo en el campo de la enfermería incluyen menciones como: «Ha sido fuente de inspiración para el liderazgo en el ámbito de las relaciones entre los diferentes grupos», de la Hermandad Chi Eta Phi; «En reconocimiento a su destacada contribución a la enfermería», de la Universidad de Nueva York, y «Por un magnífico servicio a la enfermería», del Teachers College. Asimismo, la Universidad de Nueva York alberga el Martha E. Rogers Center for the Study of Nursing Science. En 1996, el nombre de Rogers se añadió a título póstumo en el salón de la fama de la American Nurses Association Hall of Fame.

En 1988, colaboradores y estudiantes se unieron a ella para formar la Society of Rogerian Scholars (SRS), e inmediatamente comenzaron a publicar la *Rogerian Nursing Science News,* una publicación con noticias de actualidad para los miembros, cuyo fin era difundir los avances teóricos y los últimos estudios de investigación (Malinski y Barrett, 1994). En 1993, la SRS empezó a publicar una revista referenciada, Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science. La sociedad incluye una fundación que mantiene y administra la Martha E. Rogers Fund. Para seguir a la Society of Rogerian Scholars, véase www.societyofrogerianscholars.org/biography_mer.html. En 1995, la Universidad de Nueva York creó el Martha E. Rogers Center para proporcionar una estructura de seguimiento de la investigación y la práctica rogerianas.

Si hubiese que realizar una descripción de Rogers, se usarían los siguientes términos calificativos: *estimuladora, desafiante, controvertida, idealista, visionaria, profética, filosófica, académica, directa, divertida, sincera* y *ética.* Rogers permanece en la mente de todos como una especialista ampliamente reconocida, honrada por su contribución y capacidad de liderazgo en el ámbito de la enfermería. Butcher (1999) apuntó que «Rogers, como Nightingale, era una persona sumamente independiente, decidida y perfeccionista, que confiaba en su visión de futuro a pesar de su escepticismo» (p. 114). Sus colaboradores la consideran una de las cabezas pensantes más innovadoras de la enfermería, puesto que sintetizó una y otra vez el conocimiento en «un sistema de pensamiento completamente nuevo» (Butcher, 1999, p. 111). Actualmente se considera que «se adelantó a su época, dentro y fuera de este mundo» (Ireland, 2000, p. 59).

FUENTES TEÓRICAS

La base que Rogers tenía en ciencias y humanidades se aprecia tanto en el origen como en el desarrollo de su modelo conceptual, publicado en 1970 bajo el título de *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing* (Rogers, 1970). Consciente de la relación entre los conocimientos, Rogers debe la influencia que recibió en el desarrollo de su ciencia del ser humano unitario a científicos de múltiples disciplinas. La ciencia de Rogers se fundamentó en la antropología, la psicología, la sociología, la astronomía, la religión, la filosofía, la historia, la biología, la física, las matemáticas y la literatura, para así crear un modelo de seres humanos unitarios y su entorno como campos de energía esenciales para el proceso vital. En el ámbito de la enfermería, los orígenes de la ciencia de Rogers se encuentran en las propuestas y en los datos estadísticos de Nightingale, quien ubica al ser humano dentro del marco del mundo natural. Este «fundamento creado con el objetivo de obtener una enfermería moderna» provocó que se comenzase a investigar en este campo la relación entre el ser humano y su entorno (Rogers, 1970, p. 30). Newman (1997) describe la ciencia del ser humano unitario como «el estudio de la experiencia sensitiva e intuitiva de las enfermeras durante el proceso mutuo entre ellas y las personas que atienden» (p. 9).

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

En 1970, el modelo conceptual de enfermería de Rogers descansaba sobre un conjunto de supuestos básicos que describían el proceso vital de los seres humanos. Los conceptos del ser como un todo, de los sistemas abiertos, de la unidireccionalidad, de un patrón y de una organización, de la sensibilidad y del pensamiento caracterizaban el proceso vital (Rogers, 1970).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

Rogers defiende que los seres humanos son campos de energía dinámicos que se integran en los campos de su entorno. Tanto los campos del ser humano como los del entorno se identifican por un modelo y se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos. En el paradigma que Rogers expuso en 1983, planteó las cuatro piedras angulares de su modelo: el campo de energía, un universo de sistemas abiertos, el patrón y las cuatro dimensionalidades.

Rogers actualizaba sistemáticamente el modelo revisando los principios de la homeodinámica. Los cambios que efectuaba correspondían al avance paralelo que se producía en la tecnología y en la ciencia. En 1983, Rogers cambió la denominación de hombre unitario por ser humano unitario para evitar así el concepto de sexo. Las demás aclaraciones que se hicieron acerca del ser humano unitario, como un término diferente y aparte del holístico, recalcaron la especial contribución que la enfermería aportó al sistema de salud. En 1992, las cuatro dimensiones se convirtieron en una única pandimensionalidad. Los postulados fundamentales de Rogers siguen siendo coherentes desde su presentación; todo lo que Rogers escribió posteriormente sirvió para profundizar en sus ideas iniciales.

EL CAMPO DE ENERGÍA

El campo de energía constituye la unidad fundamental para la materia viva y para la materia muerta. *Campo* es un concepto de unidad y *energía* viene a ser la naturaleza dinámica del campo. Los campos de energía son infinitos y pandimensionales. Se identifican dos tipos de campos: el campo humano y el campo del entorno. «En concreto, los seres humanos y su entorno son campos de energía» (Rogers, 1986b, p. 2). El ser humano unitario (campo humano) se describe como un campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se identifica con un modelo y con unas características evidentes que son específicas de todo el conjunto y que no se pueden predecir por medio del conocimiento de las partes. El campo del entorno se describe como un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica con un modelo y se integra con el campo humano. Cada campo del entorno es específico para un campo humano determinado. Ambos campos cambian de modo continuo, creativo e integral (Rogers, 1994a).

EL UNIVERSO DE SISTEMAS ABIERTOS

El concepto del universo de sistemas abiertos sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí (Rogers, 1983). Los campos del ser humano y de su entorno se hallan en continuo proceso y son sistemas abiertos.

EL PATRÓN

El patrón identifica los campos de energía. Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora, y estos cambios dan identidad al campo de energía. Cada patrón de campo humano es único y se integra con el campo del entorno (Rogers, 1983). Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo entre el ser humano y su entorno. El patrón es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones. «Las manifestaciones del modelo se han descrito como únicas y se refieren al comportamiento, cualidades y características de cada campo» (Clarke, 1986, p. 30). La sensación de identidad de uno mismo es una manifestación del campo, cuya naturaleza pertenece sólo a un individuo. Algunas variaciones de las manifestaciones del patrón se han definido como: «ritmos más largos frente a más cortos», «pragmático frente a imaginativo» y percepción del tiempo como «rápido» o «lento». El patrón cambia continuamente y puede manifestar enfermedad, malestar o bienestar. El cambio que sufre el patrón es continuo, innovador y relativo.

PANDIMENSIONALIDAD

Rogers define la *pandimensionalidad* como un dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales. El término *pandimensional* aporta un dominio infinito, sin límites, y expresa, de la mejor manera posible, la idea de un todo unitario.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Al tratarse de un sistema conceptual abstracto, la ciencia del ser humano unitario no permite identificar de manera directa indicadores empíricos comprobables. Al contrario, determina un punto de vista del mundo y una filosofía que se utilizan para identificar los fenómenos de interés para la disciplina enfermera. Como ya se ha mencionado anteriormente, el modelo de Rogers surgió de múltiples fuentes del saber; las que se adivinan más fácilmente son la dinámica no lineal de la física cuántica y el sistema teórico general.

En su modelo, queda patente la influencia que ejerció la teoría de la relatividad de Einstein (1961) con respecto al tiempo y al espacio, y la teoría electrodinámica de Burr y de Northrop (1935) en relación con los campos eléctricos. En los tiempos en que von Bertalanffy (1960) presentó la teoría general de sistemas, las teorías concernientes a un universo con sistemas abiertos empezaban a influir en el desarrollo del conocimiento de todas las disciplinas. Con la teoría general de sistemas, el término negentropía empezó a usarse con el fin de significar orden creciente, complejidad y heterogeneidad, en contraposición a la anterior creencia de que el universo se iba reduciendo paulatinamente. Sin embargo, Rogers pulió la teoría general de sistemas negando sus subsistemas jerárquicos, el concepto de una única causalidad y la previsibilidad de un sistema de conducta por medio de la investigación de sus partes.

La introducción de las teorías de la relatividad, de la mecánica cuántica y de la probabilidad desafió los fundamentos del absolutismo imperante. Mientras el nuevo saber tomaba posiciones, los significados tradicionales de *homeostasis, estado continuo, adaptación* y *equilibrio* fueron muy cuestionados. El sistema cerrado, modelo entrópico del universo, dejaba de ser idóneo para los fenómenos y pruebas que se acumulaban en favor de un universo de sistemas abiertos (Rogers, 1994b). En la actualidad, el modelo de Rogers se confirma con los continuos avances de otras disciplinas de dinámicas no causales ni lineales de la vida. El factor más notable de este avance es la teoría del caos, una contribución de la física cuántica a la ciencia de la complejidad (o de la totalidad), que significa la difuminación de los límites existentes entre una disciplina y otra, lo que permite que se explore y se profundice en el entendimiento de toda la experiencia humana.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

La enfermería es una profesión aprendida y es tanto una ciencia como un arte. Es una ciencia empírica que, como otras ciencias, se basa en el fenómeno en el que ésta se centra. El tipo de enfermería que describió Rogers se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven, papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven. La integración de las personas y su entorno, que funciona como un universo pandimensional compuesto por sistemas abiertos, apunta hacia un nuevo paradigma y lleva al comienzo de la identificación de la enfermería como una ciencia. El fin de la enfermería es fomentar la salud y el bienestar en todos los individuos. El arte de la enfermería viene a ser el uso creativo de la ciencia de la enfermería que serviría para provocar una mejora en las personas (Rogers, 1994b). «La práctica profesional enfermera intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano, y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y de su entorno, para así conseguir el máximo potencial de salud» (Rogers, 1970, p. 122). La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales.

Persona

Rogers define el concepto de *persona* como un sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (integración). Describe al *ser humano unitario* como un «campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto» (Rogers, 1992, p. 29). Los seres humanos «no son entidades incorpóreas ni conglomerados mecánicos. [...] El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en un todo distinto de la suma de las partes que lo componen» (Rogers, 1970, pp. 46-47). Según el modelo conceptual específico relacionado con la enfermería, las personas y su entorno se interpretan como campos irreducibles de energía que, durante su evolución, se integran entre sí y usan continuamente la creatividad.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Salud

En gran parte de lo que escribió Rogers en sus comienzos aparece el término salud, aunque no muy bien definido. Utiliza el término *salud pasiva* para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves (Rogers, 1970). Su modo de fomentar una buena salud connota una tendencia a ayudar a los demás con las oportunidades que brinda tener una coherencia rítmica (Rogers, 1970). Posteriormente escribió que un buen estado de salud «es un término mucho mejor... dado que el término *salud* es muy ambiguo» (Rogers, 1994b, p. 34).

Rogers usa *salud* como un valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del modelo y se consideran «indicadores de los comportamientos que son de alto o bajo valor» (Rogers, 1980). Los acontecimientos que suceden a lo largo del proceso vital indican la magnitud del índice de salud que adquiere el hombre de acuerdo con ciertos sistemas de valores. En la ciencia planteada por Rogers, el fenómeno en el que se basa el sistema conceptual de enfermería es el proceso vital humano. El proceso vital tiene su propia unidad dinámica y creativa, va unido al entorno y se caracteriza por ser un todo (Rogers, 1970).

En su obra *Dimensions of Health: A View from Space*, Rogers (1986b) confirma las afirmaciones teóricas iniciales y, además, añade nuevas cuestiones filosóficas al concepto imperante de salud. Al hacer hincapié en un punto de vista del mundo que se centra en las personas y su entorno, enumera la iatrogenia, las infecciones nosocomiales y la hipocondría como los problemas de salud más graves que existen en Estados Unidos. Rogers (1986b) escribe: «Un nuevo punto de vista del mundo, compatible con el saber más avanzado, es la base introductoria que se necesita para estudiar la salud humana y para determinar las distintas modalidades que se deben usar para fomentarla, ya sea en este planeta o en otros lugares del espacio» (p. 2).

Entorno

Rogers (1994b) define el entorno como «un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo» (p. 2). Los campos del entorno son infinitos y su modificación siempre es innovadora e impredecible y se caracteriza por una diversidad en aumento. Los campos del entorno y del ser humano se identifican por modelos que muestran un cambio mutuo y continuado.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Los principios de la homeodinámica postulan un modo de percibir a los seres humanos unitarios. La evolución de estos principios desde 1970 hasta 1994 se muestra en la tabla 13-1. Rogers (1970) afirma que «el proceso vital es homeodinámico. Estos principios proponen cómo sería el proceso vital y predicen la naturaleza de su evolución» (p. 96). Rogers identifica los principios de helicidad, resonancia e integración. El principio de helicidad describe un desarrollo en forma de espiral bajo un modelo continuado, irrepetible e innovador. La articulación por parte de Rogers de este principio de helicidad, donde describe la naturaleza del cambio, evoluciona desde la probabilidad hasta lo impredecible, mientras que el principio se mantiene continuado e innovador. Según el principio de resonancia, el modelo cambia con un desarrollo que va desde la baja a la alta frecuencia; tiene grados variables de intensidad. La resonancia viene a expresar los cambios de frecuencia y la evolución del modelo de campo de energía. La integración, que es el tercer principio de la homeodinámica, pone de relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno. Los principios de la homeodinámica desembocan en una precisa y concisa descripción de la naturaleza del cambio dentro de los campos de energía del ser humano y de su entorno (Hills y Hanchett, 2001).

En 1970 Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

1. «El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen» (campo de energía) (p. 47).
2. «El hombre y su entorno están intercambiando continuamente situaciones y energía» (sistemas abiertos) (p. 54).
3. «El proceso vital evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuo espacio-tiempo» (helicidad) (p. 59).

Tabla **13-1** *Evolución de los principios de la homeodinámica: 1970, 1980, 1983, 1986 y 1992*

Introducción a las bases teóricas de la enfermería, 1970	Enfermería: ciencia del hombre unitario, 1980	Ciencia de los seres humanos unitarios: un paradigma para la enfermería, 1983	Dimensiones de salud: una visión desde el espacio, 1986	La ciencia enfermera y la era espacial, 1992
RESONANCIA				
Propagación continuada de series de ondas entre el hombre y su entorno	El cambio continuo entre sí de ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno
HELICIDAD				
Cambio continuo e innovador que se desarrolla por la interacción mutua del hombre y su entorno a lo largo de un eje longitudinal y en forma de espiral, delimitado en el espacio y en el tiempo	La naturaleza del cambio entre los campos humano y del entorno es siempre innovadora y probable, y cada vez más diversa, ya que no se manifiesta ninguna repetición en el ritmo	La diversidad creciente, continua, innovadora y probable de los modelos de los campos humano y del entorno, caracterizada por ritmos que no se repiten	La diversidad creciente, continua, innovadora y probable de los modelos de los campos humano y del entorno, caracterizada por ritmos que no se repiten	La diversidad creciente, continua, innovadora y probable de los modelos de los campos humano y del entorno
RECIPROCIDAD				
Interacción mutua y continua entre el campo humano y el entorno	—	—	—	—
SINCRONÍA				
Cambio en el campo humano y estado simultáneo del campo del entorno en cualquier momento del cociente espacio-tiempo	La interacción continuada, mutua y simultánea entre los campos humano y del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno

Conceptualizado por Joann Daily a partir de:

Riehl, J. P., & Roy, C. (Eds.). (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2.ª ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Rogers, M. E. (1983). Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons.

Tabla revisada por Denise Schnell y Therese Wallace en 1988 para incluir la fuente siguiente:

Rogers, M. E. (1986b). *Dimensions of health: A view from space* (obtenida de la correspondencia personal con Martha Rogers, marzo 1988).

Tabla actualizada por Cathy Murray a partir de:

Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly, 5*(1), 27-34.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

4. «El patrón y la organización identifican al hombre y lo reflejan en toda su totalidad innovadora» (patrón y organización) (p. 65).
5. «El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción» (ser sensible y pensante) (p. 73).

FORMA LÓGICA

Rogers utiliza un método dialéctico en contraposición a un método logístico, problemático u operacional; es decir, aporta una explicación de la enfermería refiriéndose a los principios más amplios que definen a los seres humanos. Define a los seres humanos por medio de principios que caracterizan al universo, basado en la perspectiva de un todo que organiza las partes.

El modelo de los seres humanos unitarios de Rogers es deductivo y lógico. La teoría de la relatividad, la teoría general de sistemas, la teoría electrodinámica de la vida y muchas otras teorías contribuyeron a las ideas que Rogers usó para su modelo. Los seres humanos unitarios y su entorno, componentes esenciales de este modelo, se integran entre sí. Los cimientos de su modelo son el campo de energía, los sistemas abiertos, el modelo que hay que seguir y la pandimensionalidad, que aporta un nuevo punto de vista del mundo. Estos conceptos forman la base del sistema conceptual abstracto que define la enfermería y la salud. Rogers obtuvo los principios de la homeodinámica de este sistema conceptual abstracto, los cuales defienden la naturaleza y la dirección de la evolución del ser humano. Si bien Rogers inventó las palabras *homeodinámica* (estado similar de cambio y crecimiento), *helicidad* (evolución), *resonancia* (intensidad del cambio) e *integración* (totalidad), todas las definiciones son etimológicamente coherentes y lógicas.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

El modelo planteado por Rogers es un sistema abstracto de ideas con las que aproximarse a la práctica enfermera. El modelo de Rogers, en el que se hace hincapié en la experiencia y la existencia, es relevante en el sistema sanitario actual, en el que importa más un buen servicio de atención continuado que una enfermedad u hospitalización episódicas. Este modelo aporta el marco filosófico abstracto en el que situar el fenómeno del campo del ser humano y de su entorno. En este marco, la enfermería se basa en un conocimiento teórico que guía la práctica enfermera. La práctica profesional de la enfermería es creativa e imaginativa y su finalidad es atender a las personas. Sus fundamentos son el juicio u opinión razonados, el conocimiento abstracto y la compasión.

En el pasado, la enfermería ha tildado la práctica como algo útil, y la teoría, como todo lo contrario. En cambio, para hablar de forma apropiada, se diría que la teoría y la práctica son dos componentes relacionados en una misma práctica enfermera. Alligood (1994) explica cómo la teoría y la práctica se dirigen y se guían la una a la otra, mientras provocan la expansión y el crecimiento del saber unitario de la enfermería. El saber de la enfermería aporta el marco para la aplicación artística del cuidado enfermero (Rogers, 1970).

En el modelo de Rogers, el proceso de pensamiento crítico que dirige la práctica se puede dividir en tres componentes: valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación. Cowling (2000) constata que la valoración del modelo evita, si no trasciende, las categorías reduccionistas de los marcos valorativos físicos, mentales, espirituales, emocionales, culturales y sociales. Por medio de la observación, la enfermera se concentra en expresiones humanas como son la reflexión, la experiencia y la percepción, para formarse así un perfil del paciente. La exploración mutua que se realiza en los modelos de reciente aparición permite identificar los conceptos que predominan en el proceso pandimensional del campo del ser humano y de su entorno. El entendimiento mutuo implica tener presente la participación, pero eso no conlleva que la enfermera prescriba un cambio o prediga resultados. Como explica Cowling (2000): «Un rasgo importante del proceso de valoración del modelo unitario, y también de la recuperación por medio de la valoración integral, es la buena intención por parte del científico/profesional de no tener en cuenta lo que se espera que cambie» (p. 31). La evaluación se centra en las sensaciones que surgen durante la consecución del modelo mutuo.

Los tipos de modelos no invasivos que se usan en la práctica planteada por Rogers, y que no sólo están limitados a ésta, son la acupuntura, la aromaterapia, el tacto terapéutico, el masaje, la visualización, la meditación, la autorreflexión, las reminiscencias controladas, escribir un diario, el humor, la hipnosis, el ritmo horario del sueño, la higiene, el control de la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

dieta, la música y el ejercicio físico (Alligood, 1991a; Bultemeier, 1997; Kim, Park y Kim, 2008; Larkin, 2007; Levin, 2006; Lewandowski et al., 2005; MacNeil, 2006; Siedliecki y Good, 2006; Smith, Kemp, Hemphill y Vojir, 2002; Smith y Kyle, 2008; Walling, 2006). Barrett (1998) apunta que, junto con estas modalidades, se hallan «el diálogo elocuente, concentrarse en algo concreto y la autenticidad pandimensional (sinceridad, honradez, aprobación y generosidad)» (p. 138). El personal de enfermería es partícipe de la experiencia vivida con respecto a la salud, ejerciendo en multitud de facetas, lo que incluye «cuidadores, educadores, abogados, asesores, planificadores, coordinadores y colaboradores», y debe aceptar la diversidad, reconocer los modelos, dar por positivos los cambios y asumir la conexión que hay entre todas las cosas de la vida (Malinski, 1986, p. 27). Estas facetas pueden hacer que la enfermera a menudo tenga que «desentenderse del concepto tradicional que existe del tiempo y del espacio, y de los resultados que se esperan» (Malinski, 1997, p. 115).

El modelo de Rogers aporta un marco distinto e innovador en el que planificar y aplicar la práctica enfermera, que Barrett (1998) define como «el proceso continuo (de un modelo mutuo voluntario) en el que las enfermeras atienden a los clientes para que éstos escojan libremente y de modo consecuente la mejor forma para participar en el beneficio de su propio bienestar» (p. 136).

Formación

Rogers dio unas directrices claras para guiar la formación del personal de enfermería dentro del marco de la ciencia del ser humano unitario. Rogers insiste en la estructura de los programas educativos para que se enseñe la enfermería como una ciencia y como una profesión para la que uno se debe formar. Barrett (1990b) comenta de Rogers que se trata de «una voz importante que se queja de la antieducación y de la dependencia» (p. 306). El modelo de Rogers expone claramente valores y creencias acerca del ser humano, la salud, la enfermería y el proceso educativo. Por este motivo, este modelo se ha usado para servir de guía en el perfeccionamiento de la formación en todos los niveles de la educación enfermera (Barrett, 1990b; DeSimone, 2006; Hellwig y Ferrante, 1993; Mathwig, Young y Pepper, 1990). Rogers (1990) declaró que las enfermeras deben recibir una formación de por vida e indicó que «la naturaleza de la práctica de enfermería es el uso del conocimiento para participar en la mejora de la humanidad» (p. 111).

Rogers abogó por dar un reconocimiento distinto a las enfermeras diplomadas y a los licenciados en enfermería, al comprobar que existen divergencias entre las personas que han recibido una orientación técnica y las enfermeras profesionales. Según Rogers, la enfermera profesional debe estar bien formada y educada en humanidades, ciencias y enfermería. En un programa de este tipo se incluirían nociones básicas de lengua, matemáticas, lógica, filosofía, psicología, sociología, música, arte, biología, microbiología, física y química; también podría haber clases optativas de economía, ética, ciencias políticas, antropología e informática (Barrett, 1990b). Con respecto al componente de investigación de la formación, Rogers (1994b) declaró que:

> Los estudiantes universitarios tienen que ser capaces de detectar problemas, de tener las herramientas adecuadas para investigar y de seguir estudios que les permitan usar el conocimiento adquirido para obtener una mejora en la práctica; también deberían saber leer la bibliografía recomendada de un modo inteligente. Una persona que haya estudiado un máster tiene que saber llevar a cabo una investigación aplicada... La investigación teórica, que es la investigación base, se efectuará en programas de doctorado de alto nivel que se centren en la enfermería como campo de aprendizaje que es y que sólo se consigue con esfuerzo (p. 34).

Barrett (1990b) indica que, debido al uso creciente de la tecnología y a la creciente gravedad de las enfermedades que sufren los pacientes hospitalizados, los estudiantes pueden verse limitados a meras experiencias de observación en las instituciones. Por tanto, la adquisición de práctica en la utilización de tecnología se debe obtener en situación de laboratorio y en lugares alternativos, como en clínicas o en actividades de salud domiciliaria. Otros lugares y modos para adquirir formación serían los programas para fomentar la salud, los programas de gestión de atención sanitaria, los centros de acogida de personas sin hogar y los centros geriátricos.

Investigación

El modelo conceptual de Rogers estimula y dirige el desarrollo de la investigación y la teoría en la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ciencia de la enfermería. Fawcett (2000), quien insiste en que el nivel de abstracción afecta a la aplicabilidad directa, adopta la designación de clasificar a la ciencia del ser humano unitario como un modelo conceptual, y no como una gran teoría. Afirma de manera contundente que la finalidad del trabajo determina la categoría que éste ocupa. Los modelos conceptuales «identifican el objetivo y el alcance de la enfermería y proporcionan marcos para tener registros objetivos de los efectos» (Fawcett, 2005, p. 18).

Del modelo de Rogers surgen teorías que explican los fenómenos humanos y dirigen la práctica enfermera. El modelo de Rogers, con sus supuestos implícitos, aporta principios amplios que dirigen el desarrollo de la teoría de un modo conceptual. El modelo conceptual estimula y dirige la actividad científica. Las relaciones existentes entre los fenómenos identificados generan tanto grandes teorías (mayor desarrollo de un aspecto del modelo), como teorías intermedias (descripción, explicación o predicción de aspectos concretos) (Fawcett, 1995).

Dos grandes teorías relevantes en la enfermería radican en el modelo de Rogers y son las de «la salud como aumento de la concienciación», de Newman, y «la evolución humana», de Parse (Fawcett, 2005). Un gran número de teorías intermedias surgieron a raíz de los tres principios homeodinámicos de Rogers: *a*) helicidad; *b*) resonancia, y *c*) integración (fig. 13-1). Los ejemplos de las teorías intermedias que derivan de los principios homeodinámicos incluyen «el poder como participación voluntaria cambiable» (helicidad) (Barrett, 1990a), «la teoría de la disonancia percibida» (resonancia) (Bultemeier, 1997), y «la teoría de los ritmos interactivos» (integración) (Floyd, 1983). En su visión global de las teorías rogerianas basadas en la ciencia, Malinski (2006) identifica el trabajo en conceptos específicos: *a*) autotrascendencia (Reed, 1991, 2003), iluminación (Hills y Hanchett, 2001) y espiritualidad (Malinski, 1994; Smith, 1994); *b*) turbulencia (Butcher, 1993) y disonancia (Bultemeier, 1997); *c*) envejecimiento (Alligood y McGuire, 2000; Butcher, 2003); *d*) intencionalidad (Zahourek, 2005), *y e*) cuidado (Smith, 1999). Otras teorías intermedias abarcan los fenómenos del movimiento del campo humano (Ference, 1986), además de la creatividad, la realización y la empatía (Alligood, 1991b).

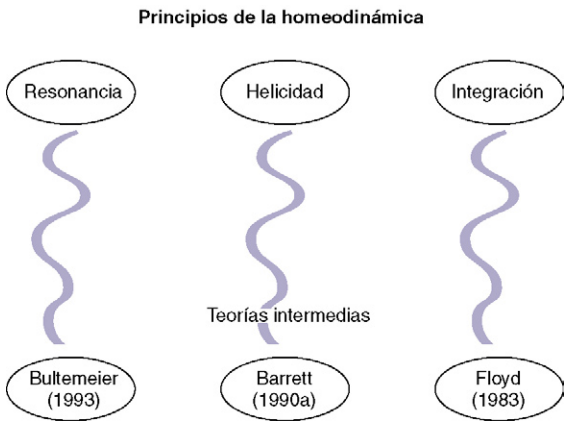


Figura 13-1 Desarrollo de la teoría dentro de la ciencia del ser humano unitario.

Rogers (1986a) mantiene que la investigación en el ámbito de la enfermería debe contemplar al ser humano unitario como un elemento integrado en su entorno. Así, el propósito de la investigación en enfermería es examinar y comprender cualquier fenómeno y, por medio de su comprensión, diseñar actividades para fomentar la mejora. Con el fin de obtener una mayor comprensión de las experiencias vividas, es esencial que la persona perciba y sea consciente de modo sensorial lo que está sucediendo. La variedad de acontecimientos que se asocian al fenómeno humano aporta la información que hace referencia a la experiencia, y sirve para investigar, actividad que se realiza para aprehender las experiencias de la vida de los seres humanos, que son dinámicas y cambiantes. El desafío para todo investigador que sigue el modelo de Rogers es seleccionar el método adecuado para estudiar a la persona y su entorno como fenómenos relacionados con la salud. Para la investigación dentro de la ciencia del ser humano unitario se ha usado tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, aunque no todos los investigadores estén de acuerdo en que ambas sean las apropiadas. En cambio, en lo que sí coinciden los investigadores es en que se debe considerar la congruencia ontológica y epistemológica entre modelo y enfoque, y debe verse reflejada en la cuestión que hay que investigar (Barrett, Cowling, Carboni y Butcher, 1997). Los proyectos cuantitativos experimentales y los cuasiexperimentales no son los adecuados, puesto que su objetivo es descubrir relaciones causales. Los diseños descriptivos, explicativos y de correlación son más apropiados, ya que reconocen «la naturaleza unitaria del fenómeno de interés» y

pueden «proponer pruebas de un modelo de cambio mutuo entre las variables» (Sherman, 1997, p. 132).

Los métodos de investigación específicos, que surgieron de las teorías intermedias basadas en el modelo de Rogers, toman para sí los fenómenos ser humano y entorno. Como medio para aprehender el ser humano unitario, Cowling (1998) describe el proceso de la valoración del modelo usando el método del estudio de casos en combinación con la práctica. Este estudio de casos concierne a toda la persona (irreducibilidad), tiene como objetivo comprender la esencia (modelo) y respeta las conexiones inherentes entre los fenómenos. El perfil de un modelo se compone de la sinopsis y de la síntesis de los datos (Barrett et al., 1997). Otros métodos innovadores para registrar y acceder al fenómeno del campo del ser humano y del de su entorno serían el revelado de fotos (Bultemeier, 1997), la interpretación hermenéutica de textos (Alligood, 2002; Alligood y Fawcett, 1999) y la medición del efecto del diálogo combinado con modalidades no invasivas (Leddy y Fawcett, 1997).

El instrumento de desarrollo que usa Rogers es extensivo y está en continua evolución. Ha surgido un gran abanico de instrumentos útiles para medir el fenómeno del campo del ser humano y su entorno (tabla 13-2). Al salir a la luz continuamente teorías intermedias, enfoques de investigación e instrumentos, queda patente lo importante que llega a ser la ciencia de Rogers para la enfermería.

DESARROLLOS POSTERIORES

Rogers (1986a) pensaba que en su modelo, el desarrollo del saber era un «proceso interminable» que usaba «una multiplicidad de saberes que vienen de distintas fuentes... para así crear un calidoscopio de posibilidades» (p. 4). Con los recientes estudios realizados por especialistas seguidores de Rogers de las filosofías budista, hindú y aborigen, se ha ejemplificado la creencia de Rogers en una unidad esencial (Madrid, 1997).

Fawcett (2005) identificó tres teorías simples que elaboró Rogers con la ciencia del ser humano unitario:

1. Teoría de la evolución acelerada.
2. Teoría de los correlatos rítmicos de cambio.
3. Teoría de los fenómenos paranormales.

Una explicación más exhaustiva y un análisis de estas teorías y de los principios homeodinámicos contribuirán a aumentar el saber de la ciencia enfermera.

CRÍTICA

Simplicidad

Los estudios y trabajos en curso que se realizan bajo el modelo de Rogers han servido para simplificar y aclarar ciertos aspectos y relaciones. Sin embargo, cuando se examina el modelo por completo, algunos aún lo clasifican como un tanto complejo. Con su uso constante en la práctica enfermera, las enfermeras se darán cuenta de que el modelo ofrece una clara simplicidad. Como apunta Whall (1987): «Con sólo tres principios, unos cuantos conceptos relevantes y cinco supuestos, Rogers ha explicado la naturaleza del hombre y el proceso vital» (p. 154).

Generalidad

El modelo conceptual de Rogers es abstracto y, por tanto, generalizable y poderoso. Su objetivo es amplio y ofrece un marco para el desarrollo del saber de la enfermería al crear teorías grandes e intermedias.

Precisión empírica

Las críticas que recibió el modelo al principio de su planteamiento consideraban como sus mayores limitaciones la dificultad de comprensión de los principios expuestos, la falta de definiciones funcionales y el uso de herramientas inadecuadas para la medición (Butterfield, 1983). Al inspirarse en el saber de múltiples campos de la ciencia, el modelo conceptual de Rogers es deductivo en relación lógica con la falta de una base empírica inmediata (Barrett, 1990b). Como bien dice Fawcett (1995), el error de no categorizar correctamente el trabajo como un modelo conceptual, sino como una teoría, lleva a «malentendidos considerables y a expectativas inapropiadas» (p. 29), por lo que puede conducir a tachar el trabajo de inadecuado.

Como ya se ha señalado anteriormente, el desarrollo del modelo que han efectuado los especialistas seguidores de Rogers se ha obtenido en la etapa en que conviven teorías comprobables y herramientas de medición.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 13-2 *Instrumentos de investigación y herramientas de práctica según la ciencia de los seres humanos unitarios*

Prueba del movimiento del campo humano (HFMT) (Ference, 1980, 1986; Young et al., 2001)	Mide el movimiento del campo humano por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de los conceptos *mi motor está funcionando* y *la expansión de mi campo*
Escala del movimiento percibido de campos (PFM) (Yarcheski y Mahon, 1991; Young et al., 2001)	Mide la experiencia percibida del movimiento por medio de puntuaciones diferenciales semánticas del concepto *mi movimiento de campo*
Ritmos del campo humano (HFR) (Yarcheski y Mahon, 1991; Young et al., 2001)	Mide la frecuencia de ritmos en el proceso mutuo del campo de energía humano-entorno por medio de una escala visual analógica de un ítem
Índice del campo de energía (IFE) (Gueldner, citado en Watson et al., 1997; Young et al., 2001)	Mide la dinámica del campo humano por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de 18 pares de dibujos lineales simples en blanco y negro
Escala del cuadro del bienestar (Gueldner et al., 2005)	Revisión del índice del campo de energía. Escala gráfica (sin lenguaje) de 10 ítems que mide el bienestar general
Instrumento del poder como conocimiento-participación en el cambio (PKPCT) (Barrett, 1984, 1986, 1990a; Watson et al., 1997; Young et al., 2001)	Mide la capacidad de la persona de participar con conocimiento en el cambio por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de los conceptos de consciencia, elecciones, libertad para actuar intencionadamente y participación en la creación de los cambios
Escala de diversidad de modelos del campo humano (DHFPS) (Hastings-Tolsma, 1993; Watson et al., 1997; Young et al., 2001)	Mide la diversidad del patrón del campo humano o el grado de cambio en la evolución del potencial humano durante el proceso vital, por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 16 ítems
Escala metafórica de imágenes del campo humano (HFIMS) (Johnston, 1993a, 1993b, 1994; Young et al., 2001)	Mide la conciencia individual de la integridad infinita del campo humano por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 14 metáforas que representan el potencial percibido y 11 metáforas que representan la integridad del campo percibido
Escala de experiencia temporal (TES) (Paletta, 1988, 1990; Young et al., 2001)	Mide la experiencia subjetiva del conocimiento temporal por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 24 metáforas que representan los factores de arrastre del tiempo, carrera del tiempo e intemporalidad
Valoración de la experiencia de los sueños (ADE) (Watson, 1994, 1999; Watson et al., 1997; Young et al., 2001)	Mide los sueños más allá de la experiencia del despertar por medio de puntuaciones en una escala de Likert, con 20 ítems que describen cómo pueden haber sido los sueños de la persona en las últimas 2 semanas
Escala de participación persona-entorno (PEPS) (Leddy, 1995, 1999; Young et al., 2001)	Mide la experiencia de la persona del proceso continuo humano-entorno por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de 15 adjetivos bipolares que representan áreas de contenido de comodidad, influencia, continuidad, facilidad y energía
Escala de cordialidad de Leddy (LHS) (Leddy, 1996; Young et al., 2001)	Mide el fin percibido por la persona y el poder para lograr objetivos por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 26 ítems que representan significado, fines, elección, reto, confianza, control, capacidad de función y conexiones
Instrumento de preparación para morir de McCanse (MRDI) (McCanse, 1988; 1995)	Mide los aspectos fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del patrón del campo sano; la muerte se aborda evolutivamente por medio de un cuestionario de 26 ítems en una entrevista estructurada

Tabla 13-2 *Instrumentos de investigación y herramientas de práctica según la ciencia de los seres humanos unitarios (Cont.)*

Exploración mutua de la relación de curación del campo humano-entorno (Carboni, 1992; Young et al., 2001)	Mide las experiencias de enfermeras y clientes y las expresiones de cambiar configuraciones de patrones del campo de energía de la relación de curación de campo humano-entorno utilizando ítems semiestructurados y abiertos. Existen formularios para una enfermera y un cliente y para una enfermera y dos o más clientes
Herramienta de práctica y cita	**Descripción**
Formato del proceso de enfermería (Falco y Lobo, 1995)	Guía el empleo de un proceso enfermero de Rogers, incluidas la valoración enfermera, el diagnóstico enfermero, la planificación enfermera para la implementación y la evaluación enfermera, según los principios homeodinámicos de integración, resonancia y helicidad
Herramienta de valoración (Smith et al., 1991)	Guía el empleo de un proceso enfermero de Rogers, incluida la valoración, el diagnóstico, la implementación y la evaluación, según los procesos homeodinámicos de complementariedad (es decir, integración), resonancia y helicidad, para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos y sus familiares, utilizando preguntas abiertas
Herramienta de pensamiento crítico para valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación (Bultemeier, 2002)	Ofrece una guía para la aplicación por la enfermera de la valoración del patrón, del modelo mutuo y de la evaluación, además de áreas para la autorreflexión, la modelación de actividades y la valoración personal del cliente
Valoración enfermera de patrones indicativos de salud (Madrid y Winstead-Fry, 1986)	Guía la valoración de patrones, como el presente relativo, la comunicación, el sentido del ritmo, la conexión con el entorno, el mito personal y la integridad del sistema
Herramienta de valoración para madres en el posparto (Tettero et al., 1993)	Guía la valoración de madres que se enfrentan a los retos de su primer hijo durante el período posparto
Criterios de valoración para la evaluación enfermera del adulto de edad avanzada (Decker, 1989)	Guía la valoración del estado funcional de adultos de edad avanzada que viven en sus propios hogares, como los datos demográficos, la priorización de problemas del cliente, el patrón secuencial (p. ej., cultura de la familia de origen, enfermedades previas), el patrón rítmico (p. ej., uso de la asistencia sanitaria, uso de medicación, contactos sociales, enfermedades agudas) y el patrón transversal (p. ej., planes de la vida actual y problemas de salud, estado cognitivo y emocional)
Valoración holística del cliente con dolor crónico (Garon, 1991)	Guía la valoración holística de clientes que viven en sus propios hogares y sufren dolor crónico, como el campo del entorno, la comunidad y todos los sistemas en contacto con el cliente; el entorno del hogar, las necesidades y expectativas del cliente, los puntos fuertes de cliente y familia; la experiencia de dolor del cliente —lugar, intensidad, causa, significado, efectos en las actividades, la vida y las relaciones, medidas de alivio, y objetivos; y sentimientos de cliente y familia sobre la enfermedad y el dolor

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **13-2** ***Instrumentos de investigación y herramientas de práctica según la ciencia de los seres humanos unitarios (Cont.)***

Formulario de valoración del campo de energía humano (Wright, 1989, 1991)	Utilizado para registrar los hallazgos relacionados con la valoración del campo de energía como se realiza en el tacto terapéutico, como la localización de la alteración del campo en un diagrama corporal y la fuerza del campo global y la intensidad de la alteración del campo en escalas visuales analógicas
Herramienta de valoración de la familia (Whall, 1981)	Guía la valoración de las familias en cuanto a consideraciones individuales de los subsistemas, patrones de interacción, características únicas de todo el sistema familiar y sincronía de la interfase del entorno
Guía de valoración para el trabajo con familias (Johnston, 1986)	Guía la valoración de la unidad familiar, en cuanto a la definición de familia, organización de la familia, sistema de creencias, necesidades de desarrollo de la familia, factores económicos, complementariedad entre el campo de la familia y el campo del entorno, patrones de comunicación y datos suplementarios, como la valoración de la salud de familias individuales, factores de desarrollo, interacciones entre los miembros y relaciones
Formato del proceso enfermero para familias (Reed, 1986)	Guía el empleo de un proceso enfermero orientado en el desarrollo para familias
Equipo instrumental conceptual para valoración de la salud de la comunidad (Hanchett, 1979)	Herramientas utilizadas para guiar la valoración de la energía, la individualidad y el patrón y la organización de una comunidad
Valoración de la salud en la comunidad (Hanchett, 1988)	Guía la valoración de una comunidad en las áreas de diversidad, ritmos, como frecuencias de colores, ritmos de luz y patrones de sonido; movimiento; experiencia del tiempo; puntos de vista pragmáticos-imaginativos-visionarios, y vigilia-sueño más allá de los ritmos del despertar

De Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 337-339). Philadelphia: F. A. Davis. Reproducido con autorización.

Consecuencias deducibles

El propósito fundamental de la ciencia de Rogers es llegar a comprender la evolución humana y las posibilidades que ello ofrece. Este propósito «coordina un universo de sistemas abiertos con el fin de identificar el centro de un nuevo paradigma e iniciar la identidad de la enfermería como ciencia» (Rogers, 1989, p. 182).

Si bien todos los conceptos metaparadigmáticos están sujetos a análisis, se hace especial hincapié en la integración del fenómeno del campo del ser humano y su entorno. Rogers sugirió gran cantidad de ideas para que se planteasen en estudios futuros; a partir de esto y de la investigación de otros expertos, se puede confirmar que el modelo es útil. Su utilidad se ha demostrado tanto en la práctica como en la formación y en la investigación.

RESUMEN

El modelo de Rogers se creó sobre una base histórica muy amplia y se ha situado en la vanguardia del conocimiento científico. Para entender la ciencia del ser humano unitario se requiere tener una base compuesta por una formación general, una disposición para apartarse de lo tradicional y cierta cualidad para percibir el mundo de un modo innovador y creativo. Al cimentarse en una base educativa férrea, este modelo ofrece un marco que impulsa a proporcionar servicios de enfermería. Las ideas abstractas que expuso Rogers en su modelo y la relación lógica entre

éstas y el saber científico moderno alientan la aparición de teorías nuevas y desafiantes que profundicen en la comprensión del ser humano unitario. Los especialistas y los profesionales de enfermería llevarán las ideas expuestas por Rogers al nuevo siglo.

Caso clínico

Charlie Dee es un hombre de 56 años que durante 30 ha fumado 2 paquetes de cigarrillos al día. Está visitando a la enfermera Sandra Gee por primera vez desde que le diagnosticaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La valoración del patrón empieza obteniendo la descripción por parte del cliente de su experiencia con esta enfermedad, la percepción que tiene de su salud y cómo se ha expresado la enfermedad (síntomas). El Sr. Dee afirma que tiene tos productiva que empeora por la mañana, le falta el aliento siempre que está físicamente activo y siempre se siente cansado. A través de preguntas concretas, la enfermera descubre que el Sr. Dee ha sufrido un cambio en sus patrones de sueño y en la ingesta nutricional. Duerme durante períodos más cortos y come menos. También averigua que su esposa fuma y que tienen perros y gatos en casa. No cree que su esposa esté dispuesta a cambiar sus hábitos o que se deshaga de los gatos. Durante esta valoración, la enfermera intenta descubrir qué es importante para el Sr. Dee y cómo define él «sano».

Los patrones mutuos implican compartir conocimientos y proporcionar una serie de posibilidades. Después de finalizar la valoración, la enfermera resume lo que han estado hablando y cómo lo ha entendido ella. De esta manera, la enfermera y el cliente pueden alcanzar el consenso sobre las actividades que serían aceptables para el Sr. Dee. La Sra. Gee da información sobre la enfermedad y sugerencias que mejorarán su comodidad. Las intervenciones no invasivas incluyen el reentrenamiento de la respiración, recomendaciones de una dieta hipercalórica rica en proteínas, comer poco y con más frecuencia, dormir con la cabeza elevada y utilizar ejercicios de relajación progresiva antes de ir a dormir. La enfermera recomienda que compren un filtro HEPA y un humidificador para ayudar a eliminar los contaminantes ambientales y mantener el grado de humedad adecuado en el domicilio.

Dado que el Sr. Dee ha expresado su deseo de dejar de fumar, la enfermera le aconseja que utilice la visualización y la meditación para complementar los parches de nicotina prescritos por su médico. También le proporciona material escrito sobre la enfermedad que puede compartir con su esposa. Al final de la visita, el Sr. Dee afirma que se siente mejor sabiendo que tiene la posibilidad de cambiar algunas cosas de su vida.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Revise dos artículos de investigación que utilicen la ciencia rogeriana como marco para guiar el proceso de investigación.
2. Identifique la teoría intermedia que desarrolló o guió el proceso de investigación.
3. ¿Qué principios filosóficos de Nightingale contribuyeron a establecer la base para el desarrollo del modelo de Rogers?
4. Encuentre tres publicaciones y explique por qué los autores utilizaron la ciencia de Rogers en formación de enfermería.
5. Analice su experiencia clínica e identifique las áreas en las que la práctica basada en la ciencia de Rogers podría mejorar la asistencia enfermera. Enumere los cambios y los resultados positivos previstos.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- La Society of Rogerian Scholars (SRS) ayuda el desarrollo del Unitary Health Care y la Science of Unitary Human Beings. New York University College of Nursing, 246 Greene Street, New York, NY 10003-6677, disponible en: http://www.societyofrogerianscholars.org.

Publicaciones

- *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science.*
- *Rogerian Nursing Science News SRS Newsletter.*

Páginas web

- Rogerian Nursing Science Wiki en: http://rogeriannursingscience.wikispaces.com/ (Creado por

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

H. K. Butcher, RN, PhD, University of Iowa College of Nursing. El propósito del sitio web es doble: [1] reunir una comunidad que participe en un lugar colaborativo para crear una explicación conjunta y exhaustiva de la SUHB; [2] crear un recurso en línea accesible a cualquier persona interesada en conocer cómo la ciencia enfermera Rogeriana sirve como fundamento para la investigación, la práctica, la educación y la administración en enfermería)

- Universidad de Nueva York, Martha E. Rogers Center en: http://www.nyu.edu/nursing/bulletin/centers
- Página de la American Nurses Association Hall of Fame Inductee en: http://www.nursingworld.org/MarthaElizabethRogers
- Sepultura de Martha E. Rogers en: http://www.aahn.org/gravesites/rogers.html

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (1991a). Guided reminiscence: A Rogerian based intervention. *Rogerian Nursing Science News, 3*(3), 1-3.

Alligood, M. R. (1991b). Testing Rogers' theory of accelerating change: The relationship among creativity, actualization, and empathy in persons 18 to 92 years of age. *Western Journal of Nursing Research, 13*, 84-96.

Alligood, M. R. (1994). Toward a unitary view of nursing practice. In M. Madrid & E. A. M. Barrett (Eds.), *Rogers' scientific art of nursing practice* (pp. 223-240). New York: National League for Nursing.

Alligood, M. R. (2002). A theory of the art of nursing discovered in Rogers' Science of Unitary Human Beings. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 55-60.

Alligood, M. R., & Fawcett, J. (1999). Acceptance of an invitation to dialogue: Examination of an interpretive approach for the science of unitary human beings. *Visions: Journal of Rogerian Nursing Science, 7*(1), 5-13.

Alligood, M. R., & McGuire, S. L. (2000). Perception of time, sleep patterns and activity in senior citizens: A test of the Rogerian theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 8*, 6-14.

Barrett, E. A. M. (1984). An empirical investigation of Martha E. Rogers' principle of helicy: The relationship of human field motion and power. Dissertation Abstracts International, *45*, 615A.

Barrett, E. A. M. (1986). Investigation of the principle of helicy: The relationship of human field motion and power. In V. M. Malinski (Ed.), *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 173-188). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Barrett, E. A. M. (1990a). An instrument to measure power-as-knowing-participation-in-change. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.). *The measurement of nursing outcomes: Measuring clients self-care and coping skills* (Vol. pp. 159-180). New York: Springer.

Barrett, E. A. M. (1990). *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing.

Barrett, E. A. M. (1998). A Rogerian practice methodology for health patterning. *Nursing Science Quarterly, 11*(4), 136-138.

Barrett, E. A. M., Cowling, W. R., Carboni, J. T., & Butcher, H. K. (1997). Unitary perspectives on methodological practices. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 47-62). New York: National League for Nursing.

Bultemeier, K. (1997). Photo-disclosure: A research methodology for investigating the unitary human being. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing Press.

Bultemeier, K. (2002). Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization and application* (2nd ed., pp. 267-288). St. Louis: Mosby.

Burr, H. S., & Northrup, F. S. C. (1935). The electrodynamic theory of life. *Quarterly Review of Biology, 10*, 322-323.

Butcher, H. K. (1993). Kaleidoscoping in life's turbulence: From Seurat's art to Rogers' nursing science. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 183-198). New York: National League for Nursing.

Butcher, H. K. (1999). Rogerian ethics: An ethical inquiry into Rogers' life and science. *Nursing Science Quarterly, 5*, 111-118.

Butcher, H. K. (2003). Aging as emerging brilliance: Advancing Rogers' unitary theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 11*, 55-66.

Butterfield, S. E. (1983). In search of commonalties: Analysis of two theoretical frameworks. *International Journal of Nursing Studies, 20*(1), 15-22.

Carboni, J. T. (1992). Instrument development and the measurement of unitary constructs. *Nursing Science Quarterly, 5*, 134-142.

Clarke, P. N. (1986). Theoretical and measurement issues in the study of field phenomena. *ANS Advances in Nursing Science, 9*(1), 29-39.

Cowling, W. R. (1998). Unitary case inquiry. *Nursing Science Quarterly, 11*(4), 139-141.

Cowling, W. R. (2000). Healing as appreciating wholeness. *ANS Advances in Nursing Science, 22*(3), 16-32.

Decker, K. (1989). Theory in action: The geriatric assessment team. *Journal of Gerontological Nursing, 15*(10), 25-28.

DeSimone, B. B. (2006). Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students. *Nurse Educator, 31*(5), 213-217.

Einstein, A. (1961). *Relativity*. New York: Crown.

Falco, S. M., & Lobo, M. L. (1995). Martha E. Rogers. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories. The base for professional nursing practice* (4th ed., pp. 229-248). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Ference, H. M. (1980). *The relationship of time experience, creativity traits, differentiation and human field motion. An empirical investigation of Rogers' correlates of synergistic human development*, . Dissertation Abstracts International 40, 5206B.

Ference, H. M. (1986). The relationship of time experience, creativity traits, differentiation, and human field motion. In V. M. Malinski (Ed.), *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 95-106). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Floyd, J. A. (1983). Research using Rogers' conceptual system: Development of a testable theorem. *ANS Advances in Nursing Science*, *5*(2), 37-48.

Garon, M. (1991). Assessment and management of pain in the home care setting: Application of Rogers' science of unitary human beings. *Holistic Nursing Practice*, *6*(1), 47-57.

Gueldner, S. H., Michel, Y., Bramlett, M. H., Liu, C., Johnston, L. W., Endo, E., Minegishi, H., & Carlyle, M. S. (2005). The Well-Being Picture Scale: A revision of the Index of Field Energy. *Nursing Science Quarterly*, *18*(1), 42-50.

Hanchett, E. S. (1979). *Community health assessment: A conceptual tool kit.* New York: Wiley.

Hanchett, E. S. (1988). *Nursing frameworks and community as client: Bridging the gap.* Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Hastings-Tolsma, M. T. (1993). The relationship of diversity of human field pattern to risk-taking and time experience: An investigation of Rogers' principles of homeodynamics (Doctoral dissertation, New York University, 1992). *Dissertation Abstracts International*, *53*, 4029B.

Hellwig, S. D., & Ferrante, S. (1993). Martha Rogers' model in associate degree education. *Nurse Educator*, *18*(5), 25-27.

Hills, R. G. S., & Hanchett, E. (2001). Human change and individuation in pivotal life situations: Development and testing the theory of enlightenment. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *9*(1), 6-19.

Ireland, M. (2000). Martha Rogers' odyssey. *American Journal of Nursing*, *100*(10), 59.

Johnston, L. W. (1993a). *The development of the human field image metaphor scale.* Dissertation Abstracts International, *54*, 1890B.

Johnston, L. W. (1993b). The development of the human field image metaphor scale. *Visions: Journal of Rogerian Nursing Science*, *1*, 55-56.

Johnston, L. W. (1994). Psychometric analysis of Johnston's human field image metaphor scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *2*(1), 7-11.

Johnston, R. L. (1986). Approaching family intervention through Rogers' conceptual model. In A. L. Whall (Ed.), *Family therapy theory for nursing. Four approaches* (pp. 11-32). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Kim, T. S., Park, J. S., & Kim, M. A. (2008). The relation of meditation to power and well-being. *Nursing Science Quarterly*, *21*(1), 49-58.

Larkin, D. M. (2007). Ericksonian hypnosis in chronic care support groups: A Rogerian exploration of power and self-defined health-promoting goals. *Nursing Science Quarterly*, *20*(4), 357-369.

Leddy, S. K. (1995). Measuring mutual process: Development and psychometric testing of the person-environment participation scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *3*(1), 20-31.

Leddy, S. K. (1996). Development and psychometric testing of the Leddy healthiness scale. *Research in Nursing and Health*, *19*(5), 431-440.

Leddy, S. K. (1999). Further exploration of the psychometric properties of the Person-Environment Participation Scale: Differentiating instrument reliability and construct validity. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *7*, 55-57.

Leddy, S. K., & Fawcett, J. (1997). Testing the theory of healthiness: Conceptual and methodological issues. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 75-86). New York: National League for Nursing.

Levin, J. D. (2006). Unitary transformative practice: Using metaphor and imagery for self-reflection and theory informed practice. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *14*(1), 27-35.

Lewandowski, W., Good, M., & Drauker, C. B. (2005). Changes in the meaning of pain with the use of guided imagery. *Pain Management Nursing*, *6*(2), 58-67.

MacNeil, M. S. (2006). Therapeutic touch, pain, and caring: Implications for nursing practice. *International Journal for Human Caring*, *10*(1), 40-48.

Madrid, M. (Ed.). (1997). *Patterns of Rogerian knowing.* New York: National League for Nursing.

Madrid, M., & Winstead-Fry, P. (1986). Rogers' conceptual model. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory* (pp. 73-102). New York: National League for Nursing.

Malinski, V. M. (Ed.). (1986). *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Malinski, V. M. (1994). Spirituality: A pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *2*, 12-18.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Malinski, V. M. (1997). Rogerian health patterning: Evolving into the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 115-116.

Malinski, V. M. (2006). Rogerian science-based nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, *19*(1), 7-12.

Malinski, V. M., & Barrett, E. A. M. (1994). *Martha E. Rogers: Her life and her work*. Philadelphia: F. A. Davis.

Mathwig, G. M., Young, A. A., & Pepper, J. M. (1990). Using Rogerian science in undergraduate and graduate nursing education. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 319-334). New York: National League for Nursing.

McCanse, R. L. (1988). *Healthy death readiness: Development of a measurement instrument*. Dissertation Abstracts International, *48*, 2606B.

McCanse, R. L. (1995). The McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI): A reliable and valid measure for hospice care. *Hospice Journal: Physical, Psychosocial, and Pastoral Care of the Dying, 10*(1), 15-26.

Newman, M. A. (1997). A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 3-10). New York: National League for Nursing.

Paletta, J. L. (1988). *The relationship of temporal experience to human time*. Dissertations Abstracts International, 49, 1621B-1622B.

Paletta, J. L. (1990). The relationship of temporal experience to human time. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 239-254). New York: National League for Nursing.

Reed, P. G. (1986). The developmental conceptual framework: Nursing reformulations and applications for family therapy. In A. L. Whall (Ed.), *Family therapy for nursing. Four approaches* (pp. 69-91). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *ANS Advances in Nursing Science*, *13*(4), 64-77.

Reed, P. G. (2003). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 145-166). New York: Springer.

Riehl, J. P. & Roy, C. (Eds.). (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.

Rogers, M. E. (1980). *The science of unitary man. Tape V: Health and illness* (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1983). Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (pp. 219-227). New York: John Wiley & Sons.

Rogers, M. E. (1986a). Science of unitary human beings. In V. M. Malinski (Ed.), *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 3-8). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Rogers, M. E. (1986b). *Dimensions of health: A view from space*. Paper presented at the conference on "Law and Life in Space," September 12, 1986. Center for Aerospace Sciences, University of North Dakota.

Rogers, M. E. (1989). Nursing: A science of unitary human beings. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 181-188). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Rogers, M. E. (1990). Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 105-114). New York: National League for Nursing.

Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 27-34.

Rogers, M. E. (1994a). Nursing science evolves. In M. Madrid & E. A. M. Barrett (Eds.), *Rogers' scientific art of nursing practice* (pp. 3-9). New York: National League for Nursing.

Rogers, M. E. (1994b). The science of unitary human beings: Current perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *7*(1), 33-35.

Sherman, D. W. (1997). Rogerian science: Opening new frontiers of nursing knowledge through its application in quantitative research. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 131-135.

Siedliecki, S. L., & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, *54*(5), 553-562.

Smith, D. W. (1994). Toward developing a theory of spirituality. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *2*, 35-43.

Smith, K., Kupferschmid, B. J., Dawson, C., & Briones, T. L. (1991). A family-centered critical care unit. *AACN Clinical Issues*, *2*, 258-268.

Smith, M. C. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, *21*(4), 14-28.

Smith, M. C., Kemp, J., Hemphill, L., & Vojir, C. P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*, *34*(3), 257-262.

Smith, M. C., & Kyle, L. (2008). Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holistic Nursing Practice*, *22*(1), 3-11.

Tettero, I., Jackson, S., & Wilson, S. (1993). Theory to practice: Developing a Rogerian-based assessment tool. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 776-782.

von Bertalanffy, L. (1960). *General system theory: Foundations, developments, application*. New York: George Braziller.

Walling, A. (2006). Therapeutic modulation of the psychoneuroimmune system by medical

acupuncture creates enhanced feelings of well-being. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18*(4), 135-143.
Watson, J. (1994). Relationship of sleep-wake rhythm, dream experience, human field motion, and time experience in older women. (Doctoral dissertation, New York: University, 1993. *Dissertation Abstracts International, 54*(12), 6137B.
Watson, J. (1999). Measuring dreaming as a beyond waking experience in Rogers' conceptual model. *Nursing Science Quarterly, 12*, 245-250.
Watson, J., Barrett, E. A. M., Hastings-Tolsma, M., Johnston, L., & Gueldner, S. (1997). Measurement in Rogerian science: A review of selected instruments. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 87-99). New York: National League for Nursing.
Whall, A. L. (1981). Nursing theory and the assessment of families. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services, 19*(1), 30-36.
Whall, A. L. (1987). A critique of Rogers' framework. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 147-158). Philadelphia: W. B. Saunders.
Wright, S. M. (1989). *Development and construct validity of the energy field assessment form.* Dissertation Abstracts International, 49, 3113B.
Wright, S. M. (1991). Validity of the human energy field assessment form. *Western Journal of Nursing Research, 13*, 635-647.
Yarcheski, A., & Mahon, N. E. (1991). An empirical test of Rogers' original and revised theory of correlates in adolescents. *Research in Nursing and Health, 14*, 447-455.
Young, A., Taylor, S. G., & McLaughlin-Renpenning, K. (2001). *Connections: Nursing research, theory, and practice.* St. Louis: Mosby.
Zahourek, R. P. (2005). Intentionality: Evolutionary development in healing: A grounded theory study for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing, 23*, 89-109.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Rogers, M. E. (1961). *Educational revolution in nursing.* New York: Macmillan.
Rogers, M. E. (1964). *Reveille in nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Capítulos de libros

Rogers, M. E. (1977). Nursing: To be or not to be. In B. Bullough & V. Bullough (Eds.), *Expanding horizons for nursing.* New York: Springer.
Rogers, M. E. (1978). Emerging patterns in nursing education. In *Current perspectives in nursing education* (Vol II pp. 1-8) . St. Louis: Mosby.
Rogers, M. E. (1980). Nursing: A science of unitary man. In J. P. Riehl & C. Roy, *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 329-337). New York: Appleton-Century-Crofts.
Rogers, M. E. (1981). Science of unitary man: A paradigm for nursing. In G. E. Laskar. *Applied systems and cybernetics* (Vol IV, pp. 1719-1722). New York: Pergamon.
Rogers, M. E. (1983). Beyond the horizon. In N. L. Chaska, *The nursing profession: A time to speak.* New York: McGraw-Hill.
Rogers, M. E. (1983). The family coping with a surgical crisis: Analysis and application of Rogers' theory to nursing care. (Rogers' response). In I. W. Clements & F. B. Roberts, *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons.
Rogers, M. E. (1985). High touch in a high-tech future. In National League for Nursing. *Perspectives in nursing—1985-1987* (pp. 25-31). New York: National League for Nursing.
Rogers, M. E. (1985). Nursing education: Preparing for the future. In National League for Nursing. *Patterns of education: The unfolding of nursing* (pp. 11-14). New York: National League for Nursing.
Rogers, M. E. (1985). Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In R. Wood & J. Kekhababh, *Examining the cultural implications of Martha E. Rogers' science of unitary human beings* (pp. 13-23). Lecompton, KS: Wood-Kekhababh Associates.
Rogers, M. E. (1986). Science of unitary human beings. In V. M. Malinski, *Explorations on Martha Rogers: Science of unitary human beings* (pp. 3-8). Norwalk, CT: Apple-ton-Century-Crofts.
Rogers, M. E. (1987). Nursing research in the future. In J. Roode, *Changing patterns in nursing education* (pp. 121-123). New York: National League for Nursing.
Rogers, M. E. (1987). Rogers' science of unitary human beings. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 139-146). Philadelphia: W. B. Saunders.
Rogers, M. E. (1989). Nursing: A science of unitary human beings. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd. ed., pp. 181-188). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In E. A. M. Barrett, *Visions of Rogers' science-based nursing.* New York: National League for Nursing.
Rogers, M. E. (1992). Nightingale's notes on nursing: Prelude to the 21st century. In F. Nightingale, *Notes on nursing; What it is and what it is not* (Commemorative edition, pp. 58-62). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Rogers, M. E., Doyle, M. B., Racolin, A., & Walsh, P. C. (1990). A conversation with Martha Rogers on nursing in space. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of*

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Rogers' science-based nursing (pp. 375-386). New York: National League for Nursing.

Artículos de revistas

Rogers, M. E. (1963). Building a strong educational foundation. *American Journal of Nursing*, *63*, 94-95.

Rogers, M. E. (1963). Some comments on the theoretical basis of nursing practice. *Nursing Science*, (1) 11–13, 60-61.

Rogers, M. E. (1963). The clarion call. *Nursing Science*, 1, 134-135.

Rogers, M. E. (1964). Professional standards: Whose responsibility? *Nursing Science*, *2*, 71-73.

Rogers, M. E. (1965). Collegiate education in nursing (Editorial). *Nursing Science*, *3*(5), 362-365.

Rogers, M. E. (1965). Higher education in nursing (Editorial). *Nursing Science*, *3*(6), 443-445.

Rogers, M. E. (1965). Legislative and licensing problems in health care. *Nursing Administration Quarterly*, *2*, 71-78.

Rogers, M. E. (1965). What the public demands of nursing today. *RN*, *28*, 80.

Rogers, M. E. (1966). Doctoral education in nursing. *Nursing Forum*, *5*(2), 75-82.

Rogers, M. E. (1968). Nursing science: Research and researchers. *Teachers College Record*, *69*, 469.

Rogers, M. E. (1969). Nursing education for professional practice. *Catholic Nurse*, *18*(1), 63-64, 28–37.

Rogers, M. E. (1969). Preparation of the baccalaureate degree graduate. *New Jersey State Nurses Association Newsletter*, *25*(5), 32-37.

Rogers, M. E. (1970). Yesterday a nurse, tomorrow a manager: What now? *Journal of New York State Nurses Association*, *1*(1), 15-21.

Rogers, M. E. (1972). Nursing's expanded role . . . and other euphemisms. *Journal of New YorkState Nurses Association*, *3*(4), 5-10.

Rogers, M. E. (1972). Nursing: To be or not to be? *Nursing Outlook*, *20*(1), 42-46.

Rogers, M. E. (1975). Euphemisms and nursing's future. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *7*(2), 3-9.

Rogers, M. E. (1975). Forum: Professional commitment in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *2*, 12-13.

Rogers, M. E. (1975). Nursing is coming of age. *American Journal of Nursing*, *75*(10), 1834-1843 1859.

Rogers, M. E. (1975). Reactions to the two foregoing presentations. *Nursing Outlook*, *20*, 436.

Rogers, M. E. (1975). Research is a growing word. *Nursing Science*, *31*, 283-294.

Rogers, M. E. (1975). Yesterday a nurse, today a manager: What now? *Image; The Journal of Nursing Scholarship*, *2*, 12-13.

Rogers, M. E. (1977). Legislative and licensing problems in health care. *Nursing Administration Quarterly*, *2*(3), 71-78.

Rogers, M. E. (1978). A 1985 dissent (Peer review). *Health/PAC Bulletin*, *80*, 32-35.

Rogers, M. E. (1979). Contemporary American leaders in nursing: An oral history. An interview with Martha E. Rogers. *Kango Tenbo*, *4*(12), 1126-1138.

Rogers, M. E. (1985). The nature and characteristics of professional education for nursing. *Journal of Professional Nursing*, *1*(6), 381-383.

Rogers, M. E. (1985). The need for legislation for licensure to practice professional nursing. *Journal of Professional Nursing*, *1*(6), 384.

Rogers, M. E. (1988). Nursing science and art A prospective. *Nursing Science Quarterly*, *1*(3), 99-102.

Rogers, M. E. (1989). Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *20*(3), 112-116.

Rogers, M. E. (1990). AIDS: Reason for optimism. *Philippine Journal of Nursing*, *60*(2), 2-3.

Rogers, M. E. (1994). The science of unitary human beings: Current perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *7*(1), 33-35.

Rogers, M. E., & Malinski, V. (1989). Vital signs in the science of unitary human beings. *Rogerian Nursing Science News*, *1*(3), 6.

Grabaciones de audio

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape I: Unitary man and his world: A paradigm for nursing (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape II: Developing an organized abstract system (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape III: Principles and theories (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape IV: Theories of accelerating change, paranormal phenomenon and other events (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape V: Health and illness (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1980). The science of unitary man. Tape VI: Interventive modalities: Translating theories into practice (Audiotape). New York: Media for Nursing.

Rogers, M. E. (1984). Paper presented at Nurses Theorist Conference, Edmonton, Alberta, Canada (Audiotape). Available through Kennedy Recordings, R. R. 5, Edmonton, Alberta, Canada TSP 4B7.(Tel: 403-470-0013).

Rogers, M. E. (1987). Rogers' framework (Audiotape). Nurse Theorist Conference held in Pittsburgh, PA. Available through Meetings International, 1200 Delor Avenue, Louisville, KY 40217.

Vídeos

Distinguished leaders in nursing—Martha Rogers (Videotape). (1982). Capitol Heights, MD: The National Audiovisual Center. Available through

National Institutes of Health, National Library of Medicine, Bethesda, MD 20894, and from Sigma Theta Tau International, 550 West North Street, Indianapolis, IN 46202.

The nurse theorist: Portraits of excellence—Martha Rogers (Video/DVD). (1988). Produced by Fuld Video Project, Oakland, CA: Studio III, available from Fitne, Inc., Athens, Ohio.

Tesis

Rogers, M. E. (1954). The association of maternal and fetal factors with the development of behavior problems among elementary school children. Doctoral dissertation, Baltimore: Johns Hopkins University, 1954.

Fuentes secundarias

Libros

Barrett, E. A. M. (1990). *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing.

Barrett, E. A. M., & Malinski, V. M. (1994). *Martha E. Rogers: 80 years of excellence*. New York: Society of Rogerian Scholars.

Madrid, M. (1997). *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing.

Madrid, M., & Barrett, E. A. M. (1994). *Rogers' scientific art of nursing practice*. New York: National League for Nursing.

Malinski, V. M. (Ed.). (1986). *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Sarter, B. (1988). *The stream of becoming: A study of Martha Rogers' theory*. New York: National League for Nursing.

Capítulos de libros

Garon, M. (2002). Science of Unitary Human Beings: Martha E. Rogers. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional practice* (5th ed., pp. 269-294). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gunther, M. (2006). Martha E. Rogers: Unitary Human Beings. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 244-266). St. Louis: Mosby Elsevier.

Gunther, M. (2006). Rogers' Science of Unitary Human Beings in nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization and application* (3rd ed., pp. 283-305). St. Louis: Mosby Elsevier.

Hemphill, J. C., & Quillen, S. I. (2005). Martha Rogers' model: Science of unitary beings. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Lutjens, L. R. (1995). Martha Rogers: The Science of Unitary Human Beings. In C. M. McQuiston & A. A. Webb (Eds.), *Foundations of nursing theory: Contributions of 12 key theorist* (pp. 3-28). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wills, E. (2007). Grand nursing theories based on unitary process. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.), *Theoretical basis for nursing* (2nd ed., pp. 201-223). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sitzman, K., & Eichenberger, L. W. (2004). Martha Rogers' Unitary Human Beings. In K. Sitzman & L. W. Eichenberger, *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning* (pp. 143-148). Boston: Jones & Bartlett.

Artículos de revistas

Alligood, M. R. (2002). A theory of the art of nursing discovered in Rogers' science of unitary human beings. *International Journal of Human Caring*, *6*(2), 55-60.

Alligood, M. R., & Fawcett, J. (2004). An interpretive study of Martha Rogers' conception of pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *12*(1), 8-13.

Barnes, S. J., & Adair, B. (2002). The cognitive-sensitive approach to dementia parallels with the science of unitary human beings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *40*(11), 44-45, 30–37.

Barrett, E. A. M. (2000). Speculations on the unpredictable future of the science of unitary human beings. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *8*(1), 15-25.

Barrett, E. A. M. (2006). The theoretical matrix for a Rogerian nursing practice. *Theoria Journal of Nursing Theory*, *15*(4), 11-15.

Biley, F. C. (2000). Nursing for the new millennium: Martha Rogers and the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, *9*(3), 19-22.

Biley, A., & Biley, F. C. (2006). Nursing models and theories: More than just passing fads. *Theoria Journal of Nursing Theory*, *15*(4), 16-22.

Butcher, H. K. (2000). Critical theory and Rogerian science: Incommensurable or reconcilable. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *8*(1), 50-57.

Butcher, H. K. (2000). Rogerian-praxis: A synthesis of Rogerian practice models and theories. *Rogerian Nursing Science News*, *12*(1), 2.

Butcher, H. K. (2002). Living in the heart of helicy: An inquiry into the meaning of compassion and unpredictability within Rogers' nursing science. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *10*(1), 6-22.

Butcher, H. K. (2004). Written expression and the potential to enhance knowing participation in change. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *12*(1), 37-50.

Butcher, H. K. (2005). The unitary field pattern portrait research method: facets, processes, and findings. *Nursing Science Quarterly*, *18*(4), 293-297.

Butcher, H. K. (2006). Unitary pattern-based praxis: A nexus of Rogerian cosmology, philosophy, and science. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(2), 8-33.

Cowling, W. R. (2001). Unitary appreciative inquiry. *ANS Advances in Nursing Science*, *23*(4), 32-48.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cowling, W. R. (2004). Despair: A unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*, *27*(4), 287-300.
Cowling, W. R. (2004). Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*, *27*(3), 202-214.
Cowling, W. R. (2005). Despairing women and healing outcomes: A unitary appreciative nursing perspective. *Advances in Nursing Science*, *28*(2), 94-106.
Cowling, W. R. (2006). A unitary healing praxis model for women in despair. *Nursing Science Quarterly*, *19*(2), 123-132.
Cowling, W. R. (2007). A unitary participatory vision of nursing knowledge. *Advances in Nursing Science*, *30*(1), 61-70.
Cowling, W. R., & Taliaferro, D. (2004). Emergence of a healing-caring perspective: Contemporary conceptual and theoretical directions. *Journal of Theory Construction & Testing*, *8*(2), 54-59.
Cox, T. (2003). Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, *9*, 30-34.
Davis, L. A. (2006). The experience of time and nursing practice. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(1), 36-44.
DiJoseph, J., & Cavendish, R. (2005). Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. *Holistic Nursing Practice*, *19*(4), 147-155.
Eschiti, V. S. (2006). Journey into chaos: Quantifying the human energy field. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(1), 50-57.
Fawcett, J. (2003). The nurse theorists: 21st century updates—Martha E. Rogers. *Nursing Science Quarterly*, *16*(1), 44-51.
Fawcett, J. (2003). The science of unitary human beings: Analysis of qualitative research approaches. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *11*(1), 7-20.
Fawcett, J., & Alligood, M. R. (2001). SUHB instruments: An overview of research instruments and clinical tools derived from the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, *10*(3), 5-12.
France, N., Fields, A., & Garth, K. (2004). You're just shoved to the corner: The lived experience of Black nursing students being isolated and discounted: A pilot study. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *12*(1), 28-36.
Frimel, T. J. (2001). Holistic modalities. Florence Nightingale, Martha Rogers and the art of feng shui. *Beginnings*, *21*(1), 10.
Green, A. (2006). A person-centered approach to palliative care nursing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *8*(5), 294-301.
Hanley, M. A., & Fenton, M. V. (2007). Exploring improvisation in nursing. *Journal of Holistic Nursing*, *25*(2), 126-133.
Hardin, S. R. (2003). Spirituality as integrality among chronic heart failure patients: A pilot study. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *11*(1), 43-53.
Hastings-Tolsma, M. (2006). Toward a theory of diversity of human field pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(2), 34-47.
Hikosaka, A., Hiramatsu, N., Oikawa, M., Shibata, M., & Hanchett, E. (2001). Martha Rogers and the polar bears: A cross-cultural study, session on the principles of homeodynamics. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *9*(1), 58-60.
Hurley, M. (2005). A Rogerian exploration of nurse managers' experience of job satisfaction, stress, and power. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *13*(1), 12-26.
Johnston, L. W. (2001). An exploration of individual preferences for audio enhancement of the dying environment. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *9*(1), 20-26.
Kao, H. S., Hsu, M., & Cheng, S. (2006). A Chinese view of the Western nursing metaparadigm. *Journal of Holistic Nursing*, *24*(2), 92-101.
Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: Perceptions of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *31*(3), 625-631.
Kim, T. S. (2001). Relation of magnetic field therapy to pain and power over time in persons with chronic primary headache: A pilot study. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *9*(1), 27-42.
Kim, T. S. (2004). The concept of magnetism from a Rogerian perspective. *Theoria Journal of Nursing Theory*, *13*(4), 4-9.
Leddy, S. K. (2003). A unitary-based nursing practice theory: Theory and application. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *11*(1), 21-28.
Leddy, S. K. (2004). Human energy: A conceptual model of unitary nursing practice. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *12*(1), 14-27.
Lucero, R. J., & Sousa, K. H. (2006). Participation and change in the nurse work environment. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(2), 48-59.
Mahoney, J. (2006). Do you feel like you belong? An on-line versus face-to-face pilot study. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *14*(1), 16-26.
Malinski, V. M. (2002). Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nursing Science Quarterly*, *15*(4), 281-287.
Malinski, V. M. (2006). Rogerian science-based nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, *19*(1), 7-12.
O'Mathuna, D. P., Pryjmachuk, S., Spencer, W., & Matthiesen, S. (2002). A critical evaluation of the theory and practice of therapeutic touch. *Nursing Philosophy*, *3*(2), 163-176.
Parse, R. R. (2000). Enjoy your flight: Health in the new millennium. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *8*(1), 26-31.
Perkins, J. B. (2003). Healing through spirit: The experience of the eternal in the everyday. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *11*(1), 29-42.

Phillips, J. R. (2000). Rogerian nursing science and research: A healing process for nursing. *Nursing Science Quarterly*, *13*(3), 196-201.

Salerno, E. M. (2002). Hope, power, and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: A Rogerian perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *10*(1), 23-36.

Schaefer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., & Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, *15*(6), 373-377.

Shearer, N. B. C., Cisar, N., & Greenburg, E. A. (2007). A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung*, *36*(3), 159-169.

Siedliecki, S. L. (2006). Predictors of self-rated health in patients with chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, *7*(3), 109-116.

Smith, D. W., & Broida, J. P. (2007). Pandimensional field pattern changes in healers and healees: Experiencing therapeutic touch. *Journal of Holistic Nursing*, *25*(4), 217-225.

Smith, L. H., & Guthrie, B. J. (2005). Testing a model: A developmental perspective of adolescent male sexuality. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *10*(3), 124-138.

Smith, M. C., Reeder, F., Daniel, L., Baramee, J., & Hagman, J. (2003). Outcomes of touch therapies during bone marrow transplant. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, *9*(1), 40-49.

Talley, B., Rushing, A., & Gee, R. M. (2005). Community assessment using Cowling's unitary appreciative inquiry: A beginning exploration. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *13*(1), 27-40.

Todaro-Franceschi, V. (2001). Energy: A bridging concept for nursing science. *Nursing Science Quarterly*, *14*(2), 132-140.

Todaro-Franceschi, V. (2001). Pandimensional awareness, purposeful change and the kaleidoscopic cosmos. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, *9*(1), 52-57.

Ugarizza, D. N. (2002). Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holistic Nursing Practice*, *16*(4), 41-50.

Vitale, A. (2006). The use of selected energy touch modalities as supportive nursing interventions: Are we there yet? *Holistic Nursing Practice*, *20*(4), 191-196.

Vitale, A. T., & O'Connor, P. C. (2006). The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: A quasi-experimental pilot study. *Holistic Nursing Practice*, *20*(6), 263-274.

Wall, L. M. (2000). Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise. *Nursing Science Quarterly*, *13*(3), 234-242.

Watson, J. (2002). Changing paradigms in epidemiology: Catching up with Martha Rogers. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *10*(1), 37-50.

Watson, J., Sloyan, C. M., & Robalino, J. E. (2000). The time metaphor test re-visited: Implications for Rogerian research. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *8*(1), 32-45.

Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(5), 452-461.

West, M. M. (2002). Early risk indicators of substance abuse among nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *34*(2), 187-193.

Winstead-Fry, P. (2000). Rogers' conceptual system and family nursing. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 278-280.

Wright, B. W. (2004). Trust and power in adults: An investigation using Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly*, *17*(2), 139-146.

Wright, B. W. (2007). The evolution of Rogers' science of unitary human beings: 21st century reflections. *Nursing Science Quarterly*, *20*(1), 64-67.

Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (2002). Humor and health in early adolescents: Perceived field motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*, *15*(2), 150-155.

Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (2004). Health and well-being in early adolescents using Rogers' science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*, *17*(1), 72-77.

Tesis doctorales

Alligood, R. R. (2007). *The life pattern of people with spinal cord injury.* Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.

Brady, N. R. (2004). *A portrait of families with a member labeled schizophrenic.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.

Cox, T. (2004). *Risk induced professional caregiver despair: A unitary appreciative inquiry.* Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.

Dye, M. K. (2000). *"Getting back into the swing of things:" A Rogerian portrait of living with traumatic brain injury.* Unpublished doctoral dissertation, University of South Carolina, Columbia, SC.

Grantham, C. A. (2005). *Individual and maternal factors influential with male adolescent physical sexual intimacy.* Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Hegeman, G. B. (2004). *What is the experience of illness as a change agent: A phenomenological and hermeneutical study.* Unpublished doctoral dissertation, Union Institute and University, Cincinnati, OH.

Hurley, M. (2002). *The relations of stress, power, and job satisfaction in female nurse managers within Rogers'*

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Science of Unitary Human Beings (M. E. Rogers, E. A. M. Barrett). Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Jones, R. (2002). *The relations of dyadic trust, sensation-seeking, and sexual imposition with sexual risk behaviors in young, urban women with primary and non-primary male partners.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Kemp, J. E. (2004). *Women deployed: Pattern profiles of women who served during the Persian Gulf War.* Unpublished doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO.

Kim, T. S. (2000). *Magnetic field therapy: An exploration of its relation to pain and power in adults with chronic primary headache from a Rogerian perspective.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Larkin, D. M. (2001). *Ericksonian hypnotherapeutic approaches in chronic care support groups: A Rogerian exploration of power and self-defined health promoting goals.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Lewandowski, W. A. (2002). *Patterning of pain and power with guided imagery: An experimental study of persons experiencing chronic pain.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.

Liu, C. F. (2004). *A profile of field energy following a sudden episode of physical disablement: A Rogerian perspective.* Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, University Park, PA.

Massari-Novak, F. (2004). *The relationship between power as knowing participation and transformational leadership in baccalaureate nursing students.* Unpublished doctoral dissertation, Widener University, Chester, PA.

McGee, E. M. (2004). *I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses.* Unpublished doctoral dissertation, Boston College, Boston, MA.

Musker, K. M. (2005). *Life patterns of women transitioning through menopause.* Unpublished doctoral dissertation, Loyola University, Chicago, IL.

Noyes, L. E. (2001). *Stories of the oldest-old as they come to face death.* Unpublished doctoral dissertation, George Mason University, Fairfax, VA.

Pisarek, S. C. (2001). *Cross-cultural comparison of medical ethical decision making.* Unpublished doctoral dissertation, Walden University, Minneapolis, MN.

Quinn-Griffin, M. T. (2001). *Quality of life of patients with mucosal ulcerative colitis following ileal pouch anal anastomosis surgery.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.

Ring, M. E. (2006). *Reiki and changes in pattern manifestations: A Unitary Field Pattern Portrait research study.* Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, D.C.

Rushing, A. M. (2005). *The unitary life pattern of a group of people experiencing serenity in recovery from addiction to alcohol/drugs in 12-step programs.* Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.

Salerno, E. M. (2000). *Hope, power, and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: A Rogerian science perspective (Martha Rogers).* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Shearer, N. B. C. (2000). *Facilitators of health empowerment in women.* Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, AZ.

Siedlecki, S. L. (2005). *The effect of music on power, pain, depression, and disability: A clinical trial.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.

Stiles, K. A. (2007). *Complex holism: New worldview for nursing as lived in nursing practice.* Unpublished doctoral dissertation, California Institute of Integral Studies, San Francisco, CA.

Varela, T. (2001). *The mirror behind the mask: Experiences of five people living with HIV/AIDS (immune deficiency) who practice Santeria.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York

Walker, M. J. (2004*). The effects of nurses practicing the HeartTouch technique on hardiness, spiritual well-being, and perceived stress.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

West, M. M. (2000). *An investigation of pattern manifestations in substance abuse-impaired nurses.* Unpublished doctoral dissertation, Widener University School of Nursing, Chester, PA.

Créditos de la fotografía: Gerd Bekel Archives, Cloppenburg, Alemania.

CAPÍTULO 14

Dorothea E. Orem

1914-2007

Teoría del déficit de autocuidado

Violeta A. Berbiglia y Barbara Banfield

«La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica a la que se dedican personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica enfermera» (Orem, 2001, p. 161).

BIOGRAFÍA

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, pasó 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Orem, 1956).

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese pro-

Autoras anteriores: Susan G. Taylor, Angela Compton, Jeanne Donohue Eben, Sarah Emerson, Nergess N. Gashti, Ann Marriner Tomey, Margaret J. Nation y Sherry B. Nordmeyer. Un reconocimiento a Sang-arun Isaramalai por la búsqueda y ayuda editorial en una edición anterior.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

yecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (Orem, 1959). Más tarde, ese mismo año, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. Además, trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces de forma conjunta con otros conceptos. El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que se convirtió más tarde en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración.

En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*, Orem fue editora de la NDCG (NDCG, 1973, 1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Las siguientes ediciones de *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of Science en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing, en 1992. Fue nombrada doctora *Honoris causa* de la Universidad de Missouri en 1998.

Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia). Tenía 92 años y había pasado un tiempo postrada en cama. La sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields, de Savannah, y su primo Martin Conover, de Minneapolis (Minnesota). Los colaboradores más cercanos de Dorothea le rindieron homenaje en la revista oficial de la IOS, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing* (SCDCN).

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera. Algunos de estos artículos están actualmente disponibles en las escuelas de enfermería en una compilación editada por Renpenning y Taylor (2003). Otros artículos de Orem y de estudiantes que trabajaron con ella en el desarrollo de la teoría se hallan en la Johns Hopkins University.

FUENTES TEÓRICAS

Orem (2001) estableció: «La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria» (p. 3). Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

Antes, Orem reconoció que si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de enfermería, hasta poco antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este cuerpo de conocimientos.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guió el

pensamiento de Orem (2001) fue: «¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?» (p. 20). El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal» (Orem, 2001, p. 20). Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. Los esfuerzos de Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, «una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas» (Orem, 2001, p. 22).

Además de sus experiencias en situaciones de la práctica enfermera, Orem estaba muy versada en la bibliografía y el pensamiento de la enfermería. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas. La autora consideraba su trabajo con estudiantes licenciados y su colaboración con otras compañeras como valiosos empeños. Orem citó el trabajo de muchas otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, como Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras.

La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Plattel (1965) y Wallace (1979, 1996). La familiaridad con estas fuentes ayuda a conocer más y mejor la obra de Orem.

Para la TEDA de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1997) realizó una investigación filosófica para explicar las bases del trabajo de Orem. Esta investigación mostró la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos y la naturaleza de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TEDA.

Según la postura realista moderada, existe un mundo independiente de los pensamientos del conocedor. Aunque la naturaleza del mundo no está determinada por los pensamientos del conocedor, es posible obtener conocimientos sobre el mundo.

Orem no estudió específicamente la naturaleza de la realidad; sin embargo, las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada. La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas (Orem, 2001, p. 141). Estas cuatro categorías son: *a)* personas en localizaciones de espacio-tiempo, *b)* atributos o propiedades de estas personas, *c)* movimiento o cambio y *d)* productos llevados a cabo.

Respecto a la naturaleza de los seres humanos, «la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales» es el fundamento de la TEDA (Banfield, 1997, p. 204). Esta postura, que refleja la filosofía del realismo moderado, puede verse en la obra de Orem.

Orem (1997) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros» (p. 28). Son la visión de: *a)* persona, *b)* agente, *c)* usuario de símbolos, *d)* organismo y *e)* objeto. La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios (Orem, 1997, p. 31).

La idea de persona como agente es básica en la TEDA. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. «Acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento» (Orem, 2001, pp. 62-63). Cuando se embarca en una acción deliberada, la persona actúa como un agente. La visión de persona como agente se refleja en otros elementos conceptuales de la TEDA. En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada, Orem citó a varios expertos, como Arnold, Parsons y Wallace. La autora identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada (Orem, 2001, p. 65). Estas suposiciones explícitas, si bien se centran en la acción deliberada, se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad.

La TEDA representa la obra de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica. El trabajo de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados a la tradición realista moderada, se cita en relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia enfermera. En ciencias prácticas, el conocimiento se desarrolla en interés del trabajo que se va a realizar. En el caso de la enfermería, el conocimiento se desarrolla en interés de la práctica enfermera. Las ciencias prácticas constan de dos componentes: el especulativo y el práctico. El componente especulativamente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente prácticamente práctico indica la acción. La TEDA representa un conocimiento especulativamente práctico. La ciencia enfermera prácticamente práctica consta de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías.

Orem (2001) identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye: *a)* la ciencia de la enfermería completamente compensatoria, *b)* la ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria y *c)* la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son: *a)* la ciencia del autocuidado, *b)* la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y *c)* la ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud. En relación con esta estructura propuesta de las ciencias de la enfermería, Orem afirmó: «La separación, denominación y descripción de los dos conjuntos de ciencias se basan en mi conocimiento de la naturaleza de las ciencias prácticas, en mi conocimiento de la organización del tema en otros campos de la práctica y en mi comprensión de los componentes de los currículos educativos para las profesiones» (pp. 174-175).

Además de los dos componentes o tipos de ciencias prácticas, el conocimiento científico necesario para ejercer la enfermería incluye conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no enfermeras. En el desarrollo de las ciencias aplicadas, se utilizan teorías de otros campos en el campo de la práctica. Estas ciencias enfermeras aplicadas aún no se han identificado ni desarrollado. En el cuadro 14-1 se representa la estructura de las ciencias enfermeras.

Cuadro 14-1 *Ciencia enfermera especulativamente práctica*

CIENCIAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

Enfermería completamente compensatoria
Enfermería parcialmente compensatoria
Enfermería de apoyo-desarrollo

CIENCIAS ENFERMERAS QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO

La ciencia del autocuidado
La ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada
La ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud

CIENCIAS ENFERMERAS APLICADAS

CIENCIAS BÁSICAS NO ENFERMERAS

Biológicas
Médicas
Humanas
Ambientales

De Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6.ª ed.). St. Louis: Mosby.

La expresión de Orem de la forma de la ciencia enfermera proporcionó el marco para desarrollar un cuerpo de conocimientos para la formación de las enfermeras y para ofrecer asistencia enfermera en situaciones concretas de la práctica enfermera. La TEDA, con sus elementos conceptuales y tres teorías, identifica la sustancia o el contenido de la ciencia enfermera.

Conceptos principales y definiciones

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de las teorías de Orem se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2001), *Nursing: Concepts of Practice* (v. fig. 14-1).

AUTOCUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, p. 522).

CUIDADO DEPENDIENTE

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

> Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado (Orem, 2001, p. 522).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas (Orem, 2001, p. 225).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Orem, 1980, p. 231).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem, 2001, p. 523).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: *a)* describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y *b)* tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (Orem, 2001, p. 522).

ACTIVIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Orem, 2001, p. 522).

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Orem, 2001, p. 518).

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería (Orem, 2001, p. 519).

SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Orem, 2001, p. 519).

MÉTODOS DE AYUDA

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar (Orem, 2001, pp. 55-56).

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Como ciencia práctica, el conocimiento enfermero se desarrolla para informar a la práctica enfermera. Orem (2001) afirmó: «La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería (p. 161). La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Desde la perspectiva de la TEDA, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las tres teorías específicas de la TEDA son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TEDA se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo relacionado con la TEDA, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento analógico. En homenaje a Orem, Allison (2008) habla del Nursing Development Conference Group y dice que «estas enfermeras se juntaron porque tenían interés y deseos de comprometerse a examinar situaciones de la enfermería para formalizar vías de pensamientos sobre enfermería que creían eran descriptivas de la enfermería y contribuirían al conocimiento enfermero» (p. 50). Desde la primera publicación de la TEDA, numerosas pruebas empíricas han contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte del cual se ha incorporado a la mejora continuada de la teoría; sin embargo, los puntos básicos de la teoría permanecen intactos.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás (p. 140).

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías:

1. Teoría de sistemas enfermeros.
2. Teoría de déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA.

La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. La figura 14-1 muestra los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El *déficit de autocuidado* es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías

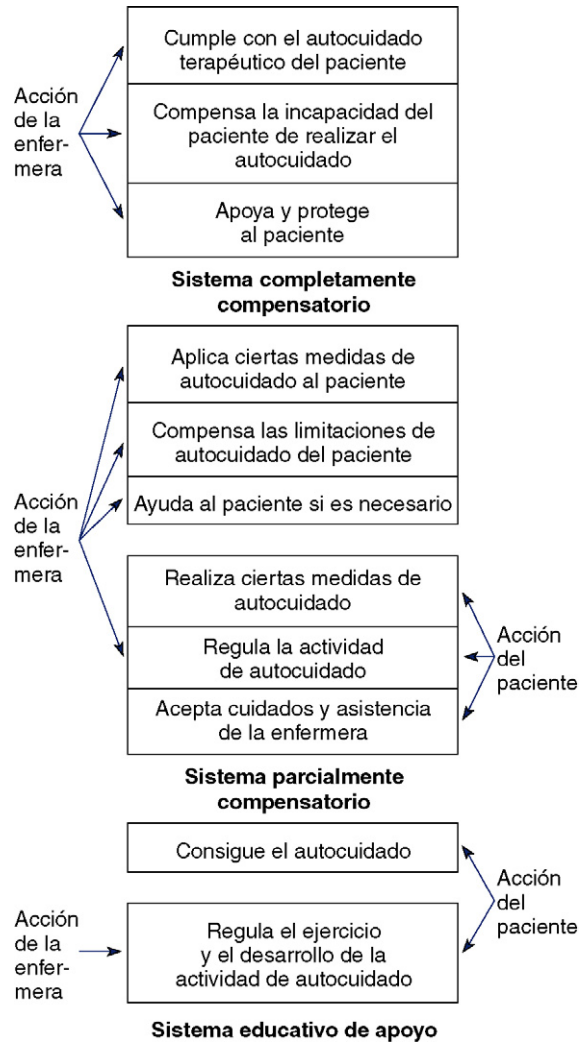


Figura 14-1 Sistemas enfermeros básicos. (De Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6.ª ed., p. 351]. St. Louis: Mosby.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman y Hart, 2001).

FORMA LÓGICA

El consejo de Orem llevó a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería. Más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería. La forma de la teoría se muestra en los muchos modelos que Orem y otros han desarrollado, como los que se especifican en las figuras 14-1 y 14-2. Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Estos modelos «se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por las enfermeras» (Orem, 1997, p. 31). La teoría global es, por tanto, coherente.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

La TEDA de Orem ha alcanzado un nivel de aceptación importante por parte de la comunidad enfermera internacional, y prueba de ello es todo el material publicado. En investigación, utilizando la TEDA o sus componentes, se encontraron más de 800 referencias (Taylor, 2000). Biggs (2008) actualizó la investigación de Taylor y encontró cada vez más bibliografía sobre la TEDA. Berbiglia identificó ámbitos de la práctica seleccionados y focos conceptuales de la TEDA a partir de una revisión de tres décadas del empleo de la TEDA en la práctica y en la investigación (1997, 2002, 2006). Divulgó modelos de práctica de TEDA internacionales seleccionados para el siglo XXI (2006). Allison y McLaughlin-Renpenning (1999) desarrollaron un enfoque de teoría de autocuidado para la administración enfermera. La TEDA se presentó como la estructura básica en gestión enfermera en la implementación del GRD (grupo relacionado con el diagnóstico) hospitalario alemán. El movimiento hacia la gestión enfermera basada en la TEDA en Alemania se debe a Bekel (2002). Aunque es difícil evaluar plenamente la aplicación internacional de la TEDA, está claro que, con el tiempo, Alemania y Tailandia (Harnucharunkul, 2004) han sido ejemplos de referencia de la implementación satisfactoria de la TEDA.

En el 2008, las siguientes escuelas de Estados Unidos (consúltense las referencias para ver las páginas web de las escuelas) incluían la TEDA en sus currículos:

- Illinois Wesleyan University School of Nursing (2008).
- University of Tennessee in Chattanooga.
- College of Saint Benedict (2008).
- Anderson College.
- University of Toledo College of Nursing (2008).
- Alcorn State University Cora S. Balmat School of Nursing (2008).
- Southern University Baton Rouge School of Nursing (2007).

El X Congreso Mundial de Autocuidado y Enfermería puso de relieve los currículos basados en la TEDA en la Illinois Wesleyan University y la University of Tennessee Chattanooga (2008). La influencia de la TEDA de Orem per-

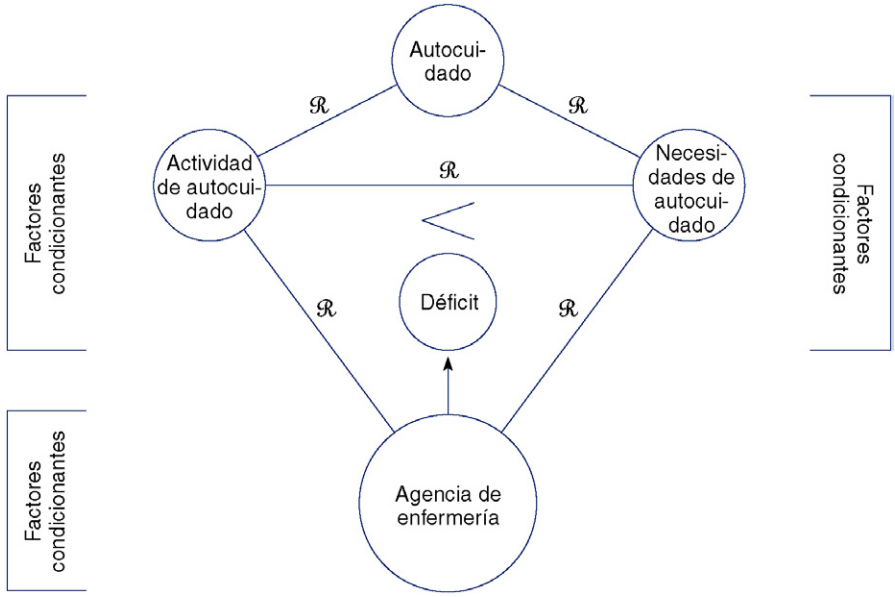


Figura 14-2 Un marco conceptual para la enfermería. *R*, Relación; <, déficit de relación, actual o prevista. (De Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6.ª ed., p. 491]. St. Louis: Mosby.)

siste internacionalmente con la traducción de *Nursing Concepts of Practice* a numerosos idiomas y con la proliferación de práctica, formación e investigación basada en la TEDA en todo el mundo.

DESARROLLOS POSTERIORES

Desde el momento de publicación de la primera edición de *Nursing: Concepts of Practice* en 1971, Orem estuvo implicada en el desarrollo continuo de sus conceptualizaciones. Desarrolló este trabajo tanto sola como con compañeros. La sexta y última edición se completó y se publicó en 2001. Su trabajo con un grupo de expertos conocidos como el Orem Study Group continuó desarrollando las diversas conceptualizaciones y estructuró el conocimiento enfermero utilizando elementos de la teoría. Este trabajo le llevó a la elaboración de una teoría de cuidado dependiente (Taylor et al., 2001) y a la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes, Orem y Bekel, 2001). Otros expertos han desarrollado modelos que explican aspectos de la TEDA. También existen otras consideraciones filosóficas y éticas relacionadas con la TEDA (Banfield, 1997, 2008; Bekel, 1999; Taylor, 1998; Taylor et al., 2000; Taylor y Godfrey, 1999).

Nursing: Concepts of Practice (Orem, 2001) se organiza en dos puntos: la enfermería como único campo de conocimiento y la enfermería como ciencia práctica. El texto incluye una ampliación, a partir de ediciones anteriores, de contenido en la ciencia enfermera y la teoría de sistemas enfermeros. Existe un nuevo trabajo basado en la naturaleza de la persona y en las características interpersonales de la enfermería. Orem identificó numerosas áreas de mayor desarrollo en sus descripciones de las etapas de desarrollo de la teoría. También identificó el desarrollo de la ciencia del autocuidado, que podría incluir conceptos como la elaboración de funciones operativas de la actividad de autocuidado con los elementos de la sensación y la percepción, apreciación y motivación, y determinar la importancia de las capacidades fundacionales y las disposiciones de normas menores. Hay que centrarse en la *persona-en-la-situación* y en las capacidades para la *acción* y la *autogestión*. Este contenido se ha ampliado en la descripción de la ciencia enfermera de autocuidados (Denyes et al., 2001).

En 1993 se fundó la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). El objetivo de la IOS era avanzar en la ciencia enfermera y en la erudición mediante el empleo de las conceptualizaciones de enfermería de Dorothea E.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Orem en la formación, la práctica y la investigación enfermera. La IOS publica *Self-Care, Dependent-Care and Nursing*, una revista en línea de acceso abierto en la página web de la IOS (http://www.scdnt.com). Desde su inicio, la IOS ha patrocinado conferencias internacionales. Gerd Bekel mantiene un registro del contenido de estas conferencias (gerd.bekel@gbconcept.de).

CRÍTICA

Claridad

Los términos que utilizó Orem están definidos de manera muy precisa. El lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en el siglo XXI en la teoría de la acción y en la filosofía. La terminología de la teoría es toda ella coherente. El término *autocuidado* tiene múltiples significados según la disciplina. Orem definió el término y ha elaborado la estructura sustancial del concepto de una manera única, pero también coherente con otras interpretaciones. Se ha hecho referencia a la complejidad del lenguaje de Orem. La limitación suele estar en la falta de familiaridad del lector con la ciencia práctica y con el campo de acción de la ciencia. Una vez conseguida la familiarización básica con la terminología de la TEDA, seguir leyendo y estudiando la obra de Orem lleva a un conocimiento exhaustivo de su visión de la enfermería como un campo de conocimiento y como un campo de práctica.

Simplicidad

La teoría de Orem se expresa en un número limitado de términos. Estos términos se definen y se utilizan de manera coherente en la expresión de la teoría. La teoría general de Orem, la TEDA, consta de tres teorías: *a)* autocuidado, *b)* déficit de autocuidado y *c)* sistemas de enfermería. La teoría enfermera de déficit de autocuidado es una síntesis del conocimiento sobre ocho entidades, que incluyen autocuidado (y cuidado dependiente), actividad de autocuidado (y actividad dependiente de cuidado), exigencia de autocuidado terapéutico, de déficit de autocuidado, y la actividad enfermera y el sistema enfermero. El desarrollo de la teoría mediante la utilización de estas entidades es lento. La relación entre estas entidades se puede representar en un simple diagrama. La estructura sustancial de la teoría se ve en el desarrollo de estas entidades. Lo que confiere a la teoría la complejidad necesaria para una disciplina práctica es la profundidad del desarrollo de los conceptos.

Generalidad

Orem (1995) realizó el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría:

> La teoría enfermera de déficit de autocuidado no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es la expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes, ya que desarrolla y valida el conocimiento enfermero, y enseña y aprende enfermería (pp. 166-167).

Una revisión de la investigación y de las publicaciones permitirá determinar la generalidad de la teoría.

Precisión empírica

Como teoría general, la TEDA ofrece una explicación descriptiva de por qué las personas necesitan la enfermería y qué procesos se necesitan para obtener la atención enfermera requerida. Los conceptos de la teoría son abstracciones de las entidades que representan el objeto real de las enfermeras en situaciones concretas de la práctica enfermera. Autocuidado, cuidado dependiente y cuidado enfermero son formas de acción deliberada para alcanzar un objetivo concreto. Los conceptos de demanda de autocuidado terapéutico, actividad de autocuidado, actividad de cuidado dependiente y actividad enfermera se refieren a las propiedades de las personas. El déficit de autocuidado y el déficit de cuidado dependiente se refieren a las relaciones entre propiedades de las personas. Sistema de autocuidado, sistema de cuidado dependiente y sistema enfermero son sistemas de cuidados diseñados e implementados para obtener los resultados deseados. Factores condicionantes básicos se refieren a factores que condicionan o influyen en las variables de las personas. Estos factores pueden ser internos a la persona, como el nivel de desarrollo, o externos, como los recursos disponibles. En situaciones de la práctica enfermera, los datos

recogidos por las enfermeras pueden clasificarse fácilmente según los conceptos de la TEDA.

De cara a la investigación, los métodos de investigación cuantitativos y cualitativos son adecuados para desarrollar conocimientos relacionados con la TEDA. Los métodos específicos de investigación que se utilizarán en cualquier investigación se seleccionan según las cuestiones planteadas. Pueden encontrarse varios enfoques en el resumen que acompaña a esta publicación de investigaciones recientes sobre la TEDA (Berbiglia, 2006). Aunque los conceptos de la TEDA se refieren a entidades reales, son de naturaleza compleja. La puesta en práctica de estos conceptos requiere un conocimiento exhaustivo de la obra de Orem. Se han desarrollado instrumentos para medir algunos de estos conceptos.

En varios estudios realizados para probar la teoría, se han utilizado instrumentos diseñados para medir conceptos de la TEDA. Según Orem, los factores condicionantes básicos condicionan o influyen en la demanda de autocuidado terapéutico y en la actividad de autocuidado de las personas en momentos concretos. Se han utilizado medidas generales de la actividad de autocuidado, como la escala de la American Society of Anesthesiologists (ASA) (Evers, Isenberg, Philipsen, Senten y Brouns, 1993), para estudiar las relaciones entre varios factores condicionantes básicos y la actividad de autocuidado. Estos estudios suelen utilizar diseños de correlación y técnicas estadísticas y han arrojado resultados contradictorios. Moore y Pichler (2000) revisaron la investigación sobre factores condicionantes básicos y concluyeron que no se ha obtenido ningún consenso sobre la puesta en práctica de estos factores. Proponen estrategias para abordar esta falta de consenso. La explicación de la ausencia de resultados previstos podría encontrarse en cuestiones relacionadas con la medición y muestras de los estudios. Sin embargo, podría ser que las relaciones entre algunos de los factores condicionantes básicos y las variables de demanda de autocuidado terapéutico y actividad de autocuidado no se capten fácilmente utilizando diseños de correlación y estadísticas para grupos de personas.

El énfasis actual en la TEDA se centra en crear un cuerpo de conocimientos basado en la práctica enfermera, más que en embarcarse en validar la teoría. El desarrollo de instrumentos tiene un cometido importante en la construcción del conocimiento enfermero, además de otros tipos de trabajo erudito. Se necesita un gran volumen de trabajo respecto a la estructuración del conocimiento existente en torno a las ciencias de la práctica y las ciencias enfermeras que sirven de fundamento identificadas por Orem. Por tanto, se necesitan estudios descriptivos completos de varias poblaciones en cuanto a sus requisitos y prácticas de autocuidado. La estructuración de los conocimientos existentes y los resultados de los estudios descriptivos proporcionarán una base sólida para el desarrollo de instrumentos para medir los conceptos de la TEDA.

Consecuencias deducibles

La TEDA diferencia el centro de interés de la enfermería del de las demás disciplinas. Aunque otras disciplinas consideran que la teoría de autocuidado es de gran ayuda y contribuyen a su desarrollo, la teoría de sistemas enfermeros supone la única esencia de la enfermería. La importancia de la obra de Orem se extiende más allá del desarrollo de la TEDA. En sus obras ofreció la expresión de la forma práctica de la ciencia enfermera junto con una estructura para el desarrollo venidero del conocimiento enfermero en las etapas del desarrollo de la teoría. Orem presentó un enfoque visionario de la práctica enfermera, la formación y el desarrollo del conocimiento contemporáneo expresado en la teoría general.

RESUMEN

La cuestión crítica (¿cuál es el estado que indica que una persona necesita cuidados enfermeros?) fue el punto de inicio para el desarrollo de la TEDA. Orem observó que algunas personas eran incapaces de mantener sus propios cuidados o los cuidados dependientes sobre una base continuada. A partir de esta observación inició el proceso de formalización del conocimiento sobre lo que las personas necesitaban hacer por sí mismas para mantener la salud y el bienestar. Cuando una persona necesita ayuda, ¿qué acciones de ayuda enfermera son las adecuadas? La teoría del autocuidado describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requi-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sitos. La teoría del déficit de autocuidados describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesarios para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas de situaciones que implican a familias y a comunidades.

La obra de Orem relacionada con la enfermería como una ciencia práctica y la identificación de tres ciencias prácticas y tres ciencias enfermeras que sirven de fundamento es una guía para el desarrollo de la ciencia enfermera. Este trabajo ofrece una estructura para organizar el conocimiento enfermero existente, además de crear conocimientos nuevos.

En una entrevista con Jacqueline Fawcett (2001), Orem identificó factores esenciales para el desarrollo de la ciencia enfermera, entre los que se incluían: *a)* un modelo de ciencia práctica, *b)* una teoría general de enfermería válida y fiable, *c)* modelos de las operaciones de la práctica enfermera, *d)* desarrollo de la estructura conceptual de la teoría general y *e)* integración de los elementos conceptuales de la teoría con las operaciones de la práctica (p. 36). La obra de Orem relacionada con la TEDA y la forma de la ciencia enfermera como una ciencia práctica aporta la base para desarrollar un cuerpo de conocimientos. Los esfuerzos de enfermeras expertas e investigadoras por construir esta base dan lugar a un cuerpo de conocimientos que sirve a las enfermeras para asistir a las personas que necesitan atención enfermera.

Caso clínico

Este caso clínico documenta una interacción inicial entre una enfermera y los clientes, un matrimonio, en una situación de atención primaria. Las unidades integrantes del diseño para la producción de enfermería (Orem, 2001, p. 296) proporcionan el hilo del texto.

Contrato para la enfermería

Betty es la esposa y la cuidadora de George, aquejado de la enfermedad de Parkinson desde hace 15 años. Ella solicita información sobre la posibilidad de ayuda con cuidados a largo plazo.

Una valoración inicial concluye que ninguna prueba sugiere la necesidad de una acción reguladora inmediata. Éste siempre es el primer paso y se basa en la información sobre requisitos universales de autocuidado centrados en el mantenimiento de la ingesta adecuada de oxígeno, seguridad o estados de salud crítica.

El marido indica que se está manejando bien, pero que se siente frustrado a causa de su incapacidad para hacer cosas que antes era capaz de hacer (p. ej., salir cuando y donde quiera, utilizar las manos para actividades de motricidad fina como la fotografía). George es un hombre de 71 años de origen alemán que antes era ingeniero. Su esposa expresa estrés con conducta de alto riesgo por parte de su esposo, además de frustración por su incapacidad para ayudarle a reconocer y a aceptar el peligro de sus acciones (además de las limitaciones causadas por la enfermedad) y de su tratamiento.

Legitimidad de la unidad funcional de los proveedores de cuidados

Hasta los últimos años, George era un autocuidador competente. Regularmente, buscó ayuda médica y siguió las instrucciones del médico. Betty ha sido un apoyo instrumental para ayudarle a controlar su enfermedad. Tienen contacto frecuente con el neurólogo y con la enfermera. George ha sido hospitalizado varias veces a causa de traumatismos relacionados con caídas. Son una pareja bien vestida, que habla bien, agradable, cooperadora, comunicativa, simpática, sensible a las preguntas y capaz de responderlas.

George tiene la enfermedad de Parkinson en fase 3, con inestabilidad postural (dificultad para sentarse, para ponerse de pie una vez sentado y para andar) y linfedema, especialmente en la pierna derecha. Tiene limitada la sensación y el control de los dedos. Es un hombre alto, lo que dificulta que su mujer pueda ayudarle.

Betty explica que varias veces su marido no ha vuelto hasta primeras horas de la mañana. No sabía cómo localizarle. Él no llevaba consigo las medicaciones necesarias y precisó la ayuda de extraños para volver a casa; conductas de alto

riesgo similares se han repetido con regularidad. Betty expone dificultades para enfrentarse con estas situaciones.

Cuando está fuera de casa, George se comporta como si el entorno fuese seguro y sus limitaciones físicas no le pusieran en riesgo. Su enfermedad le forzó a jubilarse antes de tiempo, lo que provocó una reducción drástica de sus recursos económicos. Tiene limitaciones cognitivas asociadas con la enfermedad y con el tratamiento, entre ellas incapacidad para procesar información nueva, y no anticipa las posibles consecuencias de sus conductas. La pareja vive en un apartamento adaptado para discapacitados.

Componentes del sistema de cuidados

La pareja tiene establecido un sistema de cuidados en colaboración (Geden y Taylor, 1999). George considera su sistema de autocuidado bueno; lo que no puede hacer él, lo hace su esposa y, si su esposa está fuera, ella dispone que alguien le ayude. Esta percepción es congruente con muchas situaciones de cuidado colaborador. Sin embargo, Betty expresa la necesidad de cambios en su sistema de cuidados. La frustración con la situación actual es evidente. El sistema de autocuidados actual está generado por el agente dependiente de cuidados; George participa en algunas acciones y emite juicios dentro del sistema. No hay sistema enfermero. George dice que él se apaña bien con la ayuda de su esposa, los médicos y otras personas que le ayudan.

Demandas de autocuidado terapéutico

Componentes de requisitos de autocuidados universales

I. Mantener una buena nutrición general.
   A. A causa de las medicaciones, es necesario aumentar los líquidos y disminuir las proteínas.
   B. A causa de las dificultades para tragar, es necesario prestar atención para evitar comidas susceptibles de producir ahogos.
   C. A causa de la pérdida de control de la motricidad fina, es necesario adaptar la vajilla.

II. Mantener el aporte de aire utilizando medidas de cuidados normales.

III. Mantener la eliminación.
   A. Mecanismos adaptados y de asistencia personal para ir al baño y arreglarse con la ropa, según sea necesario a causa de la patología y de las limitaciones de movilidad.
   B. El estreñimiento está asociado con las limitaciones de movilidad del parkinsonismo y a los efectos secundarios de la medicación, de manera que pueden ser necesarias medidas como el aumento de la ingesta de líquidos y el uso de laxantes.

IV. Mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
   A. No son adecuadas la soledad ni la interacción social excesivas.

V. Mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad.
   A. No son adecuadas la actividad excesiva ni el reposo excesivo.
   B. Puede ser necesaria una silla elevadora.
   C. Pueden necesitar una cama de hospital en el domicilio.
   D. A menudo el sueño está alterado.

VI. Mantener la protección ante los peligros.
   A. Es necesaria una evaluación cuidadosa de los posibles peligros y de la manera de afrontarlos.

VII. Fomentar la normalidad.
   A. Crear un entorno que permita que George funcione de la manera más normal posible (p. ej., utilizando mecanismos adaptados, silla elevadora).

Los requisitos de Betty son los que pueden esperarse de una mujer de 65 años. Además, necesita hacer adaptaciones en su propio autocuidado para acomodarse a las demandas de su marido.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

A causa de la enfermedad crónica progresiva y de aspectos no resueltos, George es incapaz de progresar a nivel de desarrollo; las acciones para hacerlo avanzar en sus tareas de desarrollo son infructuosas hasta la fecha. La naturaleza

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

progresiva de la enfermedad ha provocado cambios en el sistema de cuidados de colaboración y la relación se está convirtiendo en un sistema de cuidados dependiente. Esto crea dificultades tanto a Betty como a George. Aunque él acepta que tiene la enfermedad de Parkinson, no es realista en cuanto al efecto que ésta tiene sobre él.

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Necesitan continuar buscando atención médica con regularidad. La dependencia del control farmacológico de la patología y la exclusión de otras propuestas de tratamiento provocan efectos secundarios de la medicación que ocasionan más problemas.

George se acepta como persona con enfermedad de Parkinson que necesita atención sanitaria, pero está frustrado por la progresión de la enfermedad y por sus efectos sobre su habilidad para participar en las actividades. Tanto George como Betty se esfuerzan por vivir con los efectos de la patología que no le permitirán la progresión del desarrollo. No se identificaron más necesidades.

Capacidades de autocuidado y cuidados dependientes

George tiene gravemente limitadas las capacidades para tomar decisiones y autocuidarse. Es incapaz de realizar numerosas actividades de la vida cotidiana, tanto actividades físicas como de toma de decisiones, y las que puede llevar a cabo requieren cada vez períodos más largos. Esto empeorará progresivamente. Betty expresa la necesidad de ayuda para vivir con su marido en su estado de salud actual y con las necesidades de cuidado asociadas. Betty está bien informada sobre el proceso de la enfermedad, las modalidades terapéuticas y los requisitos globales de autocuidado asociados con la enfermedad, y es una cuidadora experta. Seguirá supervisando y controlando el sistema de cuidados, pero cada vez encontrará más difícil realizar el trabajo físico de hacerse cargo de George.

Características del sistema enfermero

El sistema enfermero es periódico para George y Betty. Se articula con un sistema de cuidados dependientes, además de los sistemas de autocuidado de ambas personas. A medida que la enfermedad progrese, habrá más necesidad de asistencia para acceder a recursos para los cuidados y, en algunos casos, para proporcionar cuidados a George y apoyo a Betty. Como se mencionó anteriormente, Betty desea mantener la supervisión y el control del sistema de cuidados. Busca un papel colaborador con la enfermera y otros asistentes. Como primer paso, la enfermera ayudará a la pareja a disponer del equipo adaptado adecuado, como una cama de hospital y una silla de ruedas eléctrica. Con el tiempo, cuando se identifique una necesidad, se iniciará la asistencia domiciliaria. La enfermera y los demás ayudarán a Betty y a George a determinar los niveles necesarios de asistencia. Cuando no sea razonable que Betty continúe atendiendo a George en casa, el médico, la enfermera y otros asistentes la ayudarán a ingresar a George en un centro residencial.

La naturaleza progresiva de la enfermedad de Parkinson requiere una propuesta a largo plazo para los cuidados. Requiere la implicación de muchas personas diferentes a medida que los problemas cambien y surjan nuevas demandas. Deberá prestarse atención al sistema de autocuidado de Betty a medida que aumente su papel como cuidadora dependiente.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Seleccione una situación enfermera en la que haya intervenido. Compare la información de esa situación enfermera con el proceso de la TEDA. Clasifique los datos según los elementos conceptuales de la TEDA. ¿Proporciona la TEDA una base para interpretar los datos y diseñar un sistema enfermero para satisfacer las necesidades de cuidados enfermeros?
2. Revise el caso clínico incluido en este capítulo. Sobre la base de su revisión, diseñe un sistema enfermero que analice el sistema de autocuidados de Betty mientras aumenta su papel como cuidadora dependiente.
3. Seleccione un artículo de investigación que hable del uso de la TEDA como

marco conceptual. ¿Está clara la relación con la teoría? Identifique los conceptos de la TEDA utilizados en el estudio.

4. Revise varias definiciones de enfermería propuestas por teóricas distintas a Orem. Compare la descripción de Orem del objeto real de la enfermería. ¿Cómo se relacionan?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Página web oficial de la IOS disponible en: http://scdnt.com/
- Los artículos y resúmenes seleccionados del X Congreso Mundial de Autocuidado y Enfermería pueden encontrarse en la revista de la IOS, Self-Care, Dependent-Care & Nursing, en la página web: http://westcoasttafelibrary.pbworks.com/f/Vol16_No02_Oct08_Part1%5B1%5DFINAL.pdf
- Johns Hopkins Orem Archives en: http://www.medicalarchives.jhmi.edu
- Berbiglia, V. A. (2006). Orem's self-care deficit nursing theory in practice. En M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). Nursing theory: Utilization & application (3.ª ed., pp. 255-281). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Fawcett, J. (1988). The nurse theorists. Portraits of excellence: Dorothea Orem (Vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Fawcett, J. (1992). Excellence in Action: Dorothea Orem (Vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.

REFERENCIAS

Alcorn State University Cora S. Balmat School of Nursing Academics. Retrieved May 28, 2008 from Alcorn State University Website: http://www.alcorn.edu/Academic/SON/INDEX.HTM

Allison, S. E. (2008). Some early efforts to conceptualize nursing: A tribute to Dorothea E. Orem (Electronic version). *Self-care, Dependent-Care & Nursing, 16*(1), 49-50.

Allison, S. E., & McLaughlin-Renpenning, K. (1999). *Nursing administration in the 21st century*. Thousand Oaks: CA: Sage.

Allport, G. W. (1955). *Becoming*. New Haven: Yale University Press.

Anderson College Academics. Retrieved May 28, 2008 from http://www.anderson.edu/academics/nurs/handbook.pdf

Arnold, M. B. (1960a). *Emotion and personality*, (Vol.1). New York: Columbia University Press.

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality* (Vol.2). New York: Columbia University Press.

Banfield, B. E. (1997). A philosophical inquiry of Orem's self-care deficit nursing theory. *Dissertation Abstracts International, 58*, 5885B.

Banfield, B. E. (2008). Philosophic position on nature of human beings foundational to Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-Care, Dependent-Care, & Nursing*, 16(1), 33-40.

Barnard, C. I. (1962). *The functions of the executive*. Cambridge: Harvard University Press.

Bekel, G. (1999). Statements on the object of science: A discussion paper. *International Orem Society Newsletter*, 7(1), 1-3.

Bekel, G. (2002). Development of therapeutic self-care demand for nursing practice situations (Abstract). 7th International Self-Care Deficit Nursing Theory Conference (Abstract 18). MU Sinclair School of Nursing.

Berbiglia, V. A. (1997). Orem's self-care deficit theory in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 129-152). St. Louis: Mosby.

Berbiglia, V. A. (2002). Orem's self-care deficit theory in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed. pp. 239-266). St. Louis: Mosby.

Berbiglia, V. A. (2006). Orem's self-care deficit theory in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed. pp. 255-282). St. Louis: Mosby.

Biggs, A. (2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing theory: Update on the state of the art and science. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 200-206.

College of Saint Benedict. Retrieved May 28, 2008 from College of Saint Benedict catalog Website: http://www.csbsju.edu/catalog/1998-2000/programsofstudy/nursing.htm

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 48-54.

Evers, G. C. M., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Senten, M., & Brouns, G. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A. S. A. scale. *International Journal of Nursing Studies, 30*(4), 331-342.

Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates—Dorothea E. Orem 2001. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 34-38.

Fromm, E. (1962). *The art of loving*. New York: Harper Colophon Books.

Geden, E., & Taylor, S. G. (1999). Theoretical and empirical description of adult couples' collaborative care systems. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 329-334.

Harnucharunkul, Somchit. (2004). Experience of integrating SCDNT in teaching, research and practice in Thailand (Abstract). 8th World Congress SCDNT (p. 23). MU Sinclair.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Harre, R. (1970). *The principles of scientific thinking.* Chicago: University of Chicago Press. Illinois Wesleyan University School of Nursing Curriculum. Retrieved May 28, 2008. From Illinois Wesleyan University School of Nursing site: http://www2.iwu.edu/nursing/curriculum/index.shtml.
Macmurray, J. (1957). *The self as agent.* London: Faber and Faber.
Macmurray, J. (1961). *Persons in relation.* New York: Harper and Brothers.
Maratian, J. (1959). *The degrees of knowledge.* New York: Charles Scribner's Sons.
Moore, J. B., & Pichler, V. H. (2000). Measurement of Orem's basic conditioning factors: A review of published research. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 137-142.
Nursing Development Conference Group (NDCG), Orem, D. E. (Ed,). (1973). *Concept formalization in nursing: Process and product.* Boston: Little, Brown & Co.
Nursing Development Conference Group (NDCG), Orem, D. E. (Ed.). (1979). *Concept formalization in nursing: Process and product* (2nd ed.). Boston: Little, Brown & Co.
Orem, D. E. (1956). *Hospital nursing service: An analysis.* Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health. Indianapolis: Division of Hospital and Institutional Services.
Orem, D. E. (1959). *Guides for developing curriculum for the education of practical nurses.* Washington DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of practice.* New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1980). *Nursing: Concepts of practice* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). St. Louis: Mosby.
Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby.
Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 26-31.
Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.
Parsons, T. (1949). *Essays in sociological theory.* New York: Free Press.
Parsons, T. (1951). *The social system.* New York: Free Press.
Plattel, M. G. (1965). *Social philosophy. Pittsburgh: Duquesne University Press*, *13*(3), 158-163.
Renpenning, K. & Taylor, S. G. (Eds.). (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem.* New York: Springer.
Southern University Baton Rouge School of Nursing (2007, Spring) *Nursing Student Handbook.*(Southern University Baton Rouge School of Nursing Southern University System, Baton Rouge, LA.)
Taylor, S. G. (1998). The development of self-care deficit nursing theory: An historical analysis. *International Orem Society Newsletter*, *6*(2), 7-10.
Taylor, S. G., Geden, E., Isaramalai, S., & Wongvatunyu, S. (2000). Orem's self-care deficit nursing theory: Its philosophical foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 104-109.
Taylor, S. G., & Godfrey, N. S. (1999). Ethical issues. The ethics of Or)em's theory—third in a series of articles. *Nursing Science Quarterly*, *12*(3), 202-207.
Taylor, S. G., Renpenning, K., Geden, E., Neuman, B., & Hart, M. (2001). A theory of dependent care. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 39-47.
University of Tennessee in Chattanooga Academic , Retrieved May 28, 2008 from University of Tennessee in Chattanooga Website: http://www.utc.edu/Academic/Nursing/philosophy.php
University of Toledo College of Nursing, Retrieved May 28, 2008 from University of Toledo College of Nursing website: http://www.bgsu.edu/colleges/hhs/advising/page30505.html
Wallace, W. A. (1979). *From a realist point of view.* Washington, DC: University Press of America.
Wallace, W. A. (1996). *The modeling of nature, philosophy of science and philosophy of nature in synthesis.* Washington, DC: Catholic University of America Press.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Nursing Development Conference Group (NDCG) & Orem, D. E. (Eds.). (1972). *Concept formalization in nursing: Process and product.* Boston: Little, Brown & Co..
Nursing Development Conference Group (NDCG) & Orem, D. E. (Eds.). (1979). *Concept formalization in nursing: Process and product* (2nd ed). Boston: Little, Brown & Co.
Orem, D. E. (Ed.). (1959). *Guides for developing curriculum for the education of practical nurses.* Vocational Division #274. Trade and Industrial Education #68. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of practice.* New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1980). *Nursing: Concepts of practice* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). St. Louis: Mosby.
Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby.
Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. & Parker, K. S. (Eds.). (1963). *Nurse practice education workshop proceedings.* Washington, DC: The Catholic University of America.

Orem, D. E. & Parker, K. S. (Eds.). (1964). *Nursing content in preservice nursing curriculum.* Washington, DC: The Catholic University of America Press.

Renpenning, K. & Taylor, S. G. (Eds.). (2003). *Self care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem.* New York: Springer Publishing.

Capítulos de libros

Orem, D. E. (1966). Discussion of paper—Another view of nursing care and quality. In K. M. Straub & K. S. Parker (Eds.), *Continuity of patient care: The role of nursing.* Washington, DC: The Catholic University of America Press.

Orem, D. E. (1969). Inservice education and nursing practice forces effecting nursing practice. In D. K. Petrowski & K. M. Staub (Eds.), *School of nursing education.* Washington DC: The Catholic University of America Press.

Orem, D. E. (1981). Nursing: A triad of action systems. In G. E. Lasker (Ed.). *Applied systems and cybernetics. Systems research in health care, biocybernetics, and ecology, Vol.IV.* New York: Pergamon Press.

Orem, D. E. (1982). Nursing: A dilemma for higher education. In A. Power, Sr. (Ed.), *Words commemorated: Essays celebrating the centennial of Incarnate Word College.* San Antonio: TX: Incarnate Word College.

Orem, D. E. (1983). The self-care deficit theory of nursing: A general theory. In I. Clements & F. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: Wiley Medical Publications.

Orem, D. E. (1984). Orem's conceptual model and community health nursing. In M. K. Asay & C. C. Ossler (Eds.), *Proceedings of the Eighth Annual Community Health Nursing Conference: Conceptual models of nursing applications in community health nursing.* Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Department of Public Health Nursing, School of Public Health.

Orem, D. E. (1988). Nursing administration: A theoretical approach. In B. Henry, C. Arndt, M. DiVincenti & A. M. Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration.* Boston: Blackwell Scientific.

Orem, D. E. (1990). A nursing practice theory in three parts, 1956-1989. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice.* New York: National League for Nursing.

Orem, D. E., & Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory* (pp. 37-71; Pub. No. 15-2152). New York: National League for Nursing.

Artículos de revistas

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 48-54.

Orem, D. E. (1962, Jan). The hope of nursing. *Journal of Nursing Education*, *1*, 5.

Orem, D. E. (1979, March). Levels of nursing education and practice. *Alumnae Magazine*, *68*, 2-6.

Orem, D. E. (1985, May/June). Concepts of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing*, *10*(3), 33-36.

Orem, D. E. (1988, May). The form of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, *1*(2), 75-79.

Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 26-31.

Orem, D. E., & O'Malley, M. (1952, Aug.). Diagnosis of hospital nursing problems. *Hospitals*, *26*, 63.

Orem, D. E., & Vardiman, E. (1995, Winter). Orem's nursing theory and positive mental health: Practical considerations. *Nursing Science Quarterly*, *8*(4), 165-173.

Fuentes secundarias

Tesis

Ahrens, S. L. G. (2001). The development and testing of the Heart Failure Self-Care Inventory: An instrument for measuring heart failure self-care. *Dissertation Abstracts International*, *62*. 5636B.

Anderson, J. A. M. (1996). Basic conditioning factors, self-care agency, self-care, and well-being in homeless adults. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 2473B.

Asdornwised, U. P. (2000). Self-care and dependent-care experiences of Thai patients recovering from coronary artery bypass graft surgery: An ethnographic study. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 1318B.

Baiardi, J. M. (1997). The influence of health status, burden, and degree of cognitive impairment on the self-care agency and dependent-care agency of caregivers of elders. *Dissertation Abstracts International*, *58*. 5885B.

Banfield, B. E. (1997). A philosophical inquiry of Orem's self-care deficit nursing theory. *Dissertation Abstracts International*, *58*. 5885B.

Bess, C. J. (1995). Abilities and limitation of adult type II diabetic patients with integrating of self-care practices into their daily lives. *Dissertation Abstracts International*, *56*. 3688B.

Brown, K. L. G. (1996). Grief as a basic conditioning factor affecting the self-care agency and self-care of family caregivers of persons with neurotrauma. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 7447B.

Callaghan, D. M. (2000). The relationships among health-promoting self-care behaviors, self-care, self-efficacy, and self-care agency. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 3504B.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Canty, J. L. (1993). An investigation of life change events, hope, and self-care agency in inner city adolescents. *Dissertation Abstracts International*, *54*. 2992B.

Chen, Y. M. (1996). Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care, and subjective well-being in the elderly with hypertension. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 3652B.

Cooksey-James, T. J. (1999). Utilization of prenatal care by women of St. Thomas, United States Virgin Islands: A descriptive study. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 2470B.

Cull, V. V. (1995). Exposure to violence and self-care practices of adolescents. *Dissertation Abstracts International*, *56*. 3690B.

Cutler, C. G. (1998). The relationship of self-care agency, self-efficacy, and social support to post-hospitalization adjustment of patients with a mood disorder. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 0600B.

Dato, C. (2002). A. The relationship of perceived social support, positive symptoms, negative symptoms, and self-care actions in adults with schizophrenia living in the community. *Dissertation Abstracts International*, *63*. 1266B.

Demasters, J. J. (1999). Women and the hormone replacement therapy decision: A study of concerns, values, and behaviors using a multiattribute utility model. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 5784B.

Dennis, C. (1998). Self-care agency, learned helplessness, and health status in elderly adults. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 1582B.

Dreher, H. M. (2000). The effect of caffeine reduction on sleep and well-being in persons with HIV (immune deficiency). *Dissertation Abstracts International*, *61*. 4649B.

Gallegos, E. C. (1997). The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult Mexican women. *Dissertation Abstracts International*, *58*. 5889B.

Good, M. P. L. (1992). Comparison of the effects of relaxation and music on post-operative pain. *Dissertation Abstracts International*, *53*. 1783B.

Haas, D. L. (1991). The relationship between coping dispositions and power components of dependent-care agency in parents of children with special health care needs. *Dissertation Abstracts International*, *52*. 1351B.

Hoffart, M. B. (1995). Weaving the fabric of life: A phenomenological inquiry of solitude experienced by school age children (emotional control). *Dissertation Abstracts International*, *56*. 5417B.

Isaramalai, S. (2002). Developing a cross-cultural measure of the Self-As-Carer Inventory questionnaire for the Thai population. *Dissertation Abstracts International*, *63*. 2307B.

Keatley, V. M. (1998). Critical incident stress in generic baccalaureate students. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 2124B.

Kleinbeck, S. V. M. (1996). Postdischarge surgical recovery of adult laparoscope outpatients. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 989B.

Koster, M. K. (1995). A comparison of the relationship among self-care agency, self-determinism, and absenteeism in two groups of school-age children. *Dissertation Abstracts International*, *56*. 541B.

Lee, M. B. (1996). Power, self-care, and health in women living in urban squatter settlements in Karachi, Pakistan: A test of Orem's theory. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 7451B.

Macmurray, J. (1957). *The self as agent*. New York: Harper & Brothers.

Macmurray, J. (1961). *Persons in relation*. New York: Harper & Brothers.

Magnan, M. A. (2001). Self-care and health in persons with cancer-related fatigue: Refinement and evaluation of Orem's self-care framework. *Dissertation Abstracts International*, *62*. 5644B.

Malathum, P. (2001). A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. *Dissertation Abstracts International*, *62*. 5034B.

Maritain, J. (1959). *The degrees of knowledge*. New York: Charles Scribner's Sons.

McKinney, M. L. (2000). Hardiness, threat appraisal, self-care capability, and caregiving characteristics as predictors of emotions and perceived health in family caregivers of cancer patients. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 2992B.

Metcalfe, S. A. (1997). Self-care actions as a function of the therapeutic self-care demand and self-care agency in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 7453B.

Meyer, G. L. (2000). The art of watching out: Vigilance in women who have migraine headaches. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 0781B.

Morgan, M. J. (1998). Self-care agency in people with end-stage renal disease. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 1048B.

Neuman, B. (1996). Relationship between children's descriptions of pain, self-care, and dependent-care and basic conditioning factors of development, gender, and ethnicity: "Bears in my throat. " *Dissertation Abstracts International*, *57*. 2482B.

Nicholson, L. L. (2002). Self-care activities and quality of life in ovarian cancer survivors. *Dissertation Abstracts International*, *63*. 1272B.

O'Connor, N. A. (1995). Maieutic dimensions of self-care agency: Instrument development. *Dissertation Abstracts International*, *56*. 2563B.

Parsons, T. (1949). *The structure of social action*. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.

Pettine, A. (1995). Development of self-care: A problem for elementary-age children? *Dissertation Abstracts International*, *56*, 3479B.

Plattel, M. G. (1965). *Social philosophy*. Pittsburgh: Duquesne: University Press.
Raithel, J. A. (2000). Maintaining normalcy when managing the chronic physical illness of asthma. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 0782B.
Renker, P. R. (1998). Physical abuse, social support, self-care agency, self-care practices, and late adolescent pregnancy outcomes. *Dissertation Abstracts International*, *58*. 5891B.
Rieg, L. C. (2000). Information retrieval of self-care and dependent-care agents using NetWellnessRTM, a consumer health information network. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 5801B.
Robinson, M. K. (1996). Determinants of functional status in chronically ill adults. *Dissertation Abstracts International*, *56*. 5424B.
Schmidt, C. A. (1997). Mothers' views concerning the development of self-care agency in school-age children with diabetes. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 0162B.
Sonninen, A. L. (1997). Testing reliability and validity of the Finnish version of the Appraisal of Self-care Agency (ASA) scale with elderly Finns. *Dissertation Abstracts International*, *60*. 0604C.
Surit, P. (2002). Health beliefs, social support, and self-care behaviors of older Thai persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM). *Dissertation Abstracts International*, *63*. 1276B.
Taggert, H. M. (2000). Tai Chi, balance, functional mobility, fear of falling, and health perception among older women. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 2994B.
Tiansawad, S. (1995). Self-care abilities and practices for prevention of HIV infection among rural Thai women who attended mobile family planning clinic. *Dissertation Abstracts International*, *55*. 3241B.
Vogt, C. A. (1995). A comparison of educational models in determining patients' knowledge and behaviors concerning advance directives. *Dissertation Abstracts International*, *55*. 3843B.
Wang, H. H. (1998). A model of self-care and well-being of rural elderly women in Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, *59*. 2689B.
Weber, N. A. (2000). Explication of the structure of the secondary concept of women's self-care developed within Orem's self-care deficit theory: Instrumentation, psy-chometric evaluation and theory-testing. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 1331B.
White, M. M. (2000). Predictors of self-care agency among community-dwelling older adults. *Dissertation Abstracts International*, *61*. 1332B.
Zehnder, N. R. (1996). The influence of basic conditioning factors on menopausal self-care agency and menopausal self-care in midlife women. *Dissertation Abstracts International*, *57*. 7460B.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fotografía cortesía de Patricia Messmer, PhD, RN-BC, FAAN.

CAPÍTULO 15

Imogene M. King, EdD, RN, FAAN

1923-2007

Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos

Christina L. Sieloff y Patricia R. Messmer

«Teoría es una abstracción que implica una predicción basada en la investigación. Una teoría sin investigación y una investigación sin cierta base teórica no construirán el conocimiento científico de una disciplina» (King, 1977, p. 23).

BIOGRAFÍA

Homenaje de Nightingale a Imogene King

Imogene M. King nació el 30 de enero de 1923 en West Point (Iowa); murió el 24 de diciembre de 2007 en St. Petersburg, Florida, y está enterrada en Fort Madison (Iowa). Imogene King obtuvo el diploma de enfermería en el St. John's Hospital School of Nursing en St. Louis (Missouri) en 1945. Mientras ocupaba distintos cargos como enfermera, Imogene empezó a estudiar un curso de Bachelor of Science in Nursing Education; se tituló en 1948 en la St. Louis University; recibió un Master of Science in Nursing de la St. Louis University en 1957. De 1947 a 1958, King trabajó como instructora en enfermería médico-quirúrgica y fue ayudante de dirección en la St. John's Hospital School of Nursing. King continuó estudiando con Mildred Montag como directora de su tesis en el Teachers College, en la Universidad de Columbia (Nueva York) y recibió el doctorado en educación (EdD) en 1961.

De 1968 a 1972, King fue la directora de la School of Nursing de la Ohio State University de Columbus. Cuando estaba en el estado de Ohio, publicó su libro *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* (1971). En este primer trabajo, King concluyó que «últimamente se requiere una representación sistemática de la enfermería para desarrollar una ciencia que acompañe un siglo o más de arte en el mundo cotidiano de la enfermería» (1971, p. 129). Más tarde, premiaron su libro con el *American Journal of Nursing* Book of the Year Award en 1973 (King, 1995a).

Autoras anteriores: C.L. Sieloff, M.L. Ackermann, S.A. Brink, J.A. Clanton, C.G. Jones, A. Marriner Tomey, S.L. Moody, G.L. Perlich, D.L. Price y B.B. Prusinski.
Las autoras animan a todos los lectores a leer los materiales originales de la Dra. King junto con este capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

De 1961 a 1966, King fue profesora asociada y adjunta de enfermería en la Loyola University de Chicago, donde preparó una maestría en enfermería basada en el marco conceptual enfermero. Su primer artículo teórico apareció en 1964 en la revista *Nursing Science* con la enfermera teórica Dra. Martha Rogers, de la New York University, como editora.

Entre 1966 y 1968 trabajó como Assistant Chief of Research Grants Branch en la Division of Nursing del U.S. Department of Health, Education and Welfare. Mientras estaba en Washington D.C. se publicó su artículo «A Conceptual Frame of Reference for Nursing» en *Nursing Research* (1968).

De 1968 a 1972, Imogene fue directora del Departamento de Enfermería de la Ohio State University. En 1980 recibió un doctorado honorífico por la Southern Illinois University (Messmer, 2000).

King regresó a Chicago en 1972 como profesora del programa de licenciatura de la Universidad de Loyola. También trabajó como coordinadora de investigación en enfermería clínica en el Departamento de Enfermería del Loyola Medical Center, de 1978 a 1980. En mayo de 1998 recibió un doctorado honorífico por la Universidad de Loyola, donde se encuentra su «Nursing Collection».

De 1972 a 1975 King fue miembro del Defense Advisory Committee on Women in the Services para el U.S. Department of Defense. En 1975 también fue elegida regidora en Ward 2, Wood Dale, Illinois por un período de 4 años (1975-1979).

En 1980 King fue nombrada profesora del College of Nursing, de la University of South Florida, en Tampa (Florida) (Houser y Player, 2007). El manuscrito de su segundo libro, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process* fue publicado en 1981. Además de sus dos primeros libros, escribió numerosos capítulos de libros, artículos en revistas especializadas y un tercer libro, *Curriculum and Instruction in Nursing: Concepts and Process*, que fue publicado en 1986. King se jubiló en 1990, fue nombrada profesora emérita en la University of South Florida y ejerció como profesora invitada.

King siguió ofreciendo servicios a la comunidad y ayuda para planificar cuidados por medio de su sistema conceptual y de su teoría en varias organizaciones sanitarias, como el Tampa General Hospital (Messmer, 1995). En realidad King nunca se jubiló; siempre estaba disponible para los estudiantes, el profesorado y las compañeras que utilizaban su teoría, y continuó aplicando su teoría en el Tampa General Hospital «las 24 horas del día». King también trabajó en el comité asesor de enfermería y fue profesora invitada en la Universidad de Tampa.

En 1948, King se afilió a la American Nurses Association (ANA) como miembro de la Missouri Nurses Association y también participó en Illinois y Ohio. Después de su traslado a Tampa (Florida), fue miembro muy activo de la Florida Nurses' Association (FNA) y la FNA District 4, en Tampa. King ocupó puestos en distintas organizaciones, como presidenta de la Florida Nurses Foundation, participó en los comités de la FNA y la FNA District IV y, con frecuencia, fue delegada de la FNA en la House of Delegates de la ANA. En 1997, King recibió una medalla de oro del gobernador Chiles por sus avances en la profesión enfermera en el estado de Florida. King ingresó en el Hall of Fame de la FNA y en el Hall of Fame de la ANA en 2004. En 1994, King también ingresó en la American Academy of Nursing (AAN), trabajó en el Theory Expert Panel de la AAN y, en 2005, ingresó como Living Legend de la AAN. En 1996, King recibió el Jessie M. Scott Award en la ANA Convention. King se mostró muy complacida con la presencia de Jessie Scott en la presentación, y estuvo en el hemiciclo de la House of Delegates de la ANA para escuchar las felicitaciones del presidente Clinton con motivo del centenario de la ANA y su admiración por su madre como enfermera anestesista.

King pronunció el discurso de apertura en la 37 Annual Isabel Maitland Stewart Conference in Research in Nursing en el Teachers College (Columbia University) en 2000 (Messmer y Fawcett, 2008; Messmer, 2008) y le complació en gran medida que Mildred Montag acudiera a su presentación. King ingresó en el Teachers College, Columbia University of Hall of Fame, en 1999. El King International Nursing Group (KING) se fundó para facilitar la difusión y utilización del sistema conceptual de King, la teoría de la consecución de objetivos y teorías relacionadas. Aun después de que la organización estuviera inactiva, King consultó con miembros de la organización a título individual respecto a su teoría.

King fue uno de los miembros de Sigma Theta Tau International (STTI) Virginia Henderson original y recibió el Elizabeth Russell Belford Founders Award del STTI por excelencia en educación en 1989 (Messmer, 2007). También pronunció el discurso de apertura en dos conferencias sobre teoría del STTI en 1992 e hizo presentaciones

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sobre la aplicación de su teoría en múltiples conferencias regionales, nacionales e internacionales del STTI.

King se comunicaba periódicamente con estudiantes pregraduados, licenciados y de doctorado que aprendían teorías en su sistema conceptual. King fue asesora del desarrollo de Sieloff (1996), un instrumento para medir el poder de un grupo enfermero en una organización, del instrumento de Killeen (1996) para medir la satisfacción del paciente con el cuidado de la enfermería profesional y del trabajo fundamental de Frey (1995) en pacientes adolescentes diagnosticados de diabetes tipo 1.

La autora también fue reconocida como una de las primeras teóricas enfermeras a partir de sus publicaciones, *Toward a Theory for Nursing* (1971) y *A Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process* (1981), traducidas al japonés, al español y al alemán. Además, Imogene escribió numerosos artículos sobre su teoría y participó en el consejo editorial de *Nursing Science Quarterly*. King fue autora de varios capítulos de diferentes libros, como *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing* de Frey y Sieloff (1995) y *Middle Range Theories for Nursing Practice Using King's Conceptual System* de Sieloff y Frey (2007).

King (1971) describe el objetivo de su primer libro como:

> ... proponer un marco conceptual de referencia para la enfermería… diseñado para ser utilizado específicamente por estudiantes y profesores, y también por investigadores y asistentes para identificar y analizar hechos en situaciones específicas de enfermería. El sistema conceptual afirma que las características esenciales de la enfermería son las propiedades que han persistido a pesar de los cambios en el entorno (p. ix). Es una forma de pensar sobre el mundo real de la enfermería; …un abordaje para seleccionar conceptos considerados fundamentales para la práctica de la enfermería profesional; [y] muestra un proceso para desarrollar conceptos que simbolizan experiencias en el entorno físico, psicológico y social de la enfermería (p. 125).

Los conceptos de King (1981) se presentan en el cuadro Conceptos principales y definiciones.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

«Los conceptos dan significado a nuestras percepciones sensoriales y permiten generalizaciones sobre las personas, los objetos y las cosas» (King, 1995a, p. 16).
A continuación, se detalla una lista de un número limitado de definiciones basadas en el marco de sistemas. Las definiciones originales de King se encuentran en su libro publicado en 1981.

SALUD

«La salud se define como las experiencias vitales dinámicas de un ser humano, lo que implica un ajuste continuo a los elementos de estrés en el entorno interior y exterior mediante un uso óptimo de los recursos de uno mismo para lograr la capacidad máxima para el día a día» (King, 1981, p. 5).

ENFERMERÍA

«La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el que la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería» (King, 1981, p. 2).

YO

«El yo es una composición de pensamientos y sensaciones que constituyen la conciencia de una persona, de su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que puede considerar suyo. El yo incluye, entre otras cosas, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es el entorno total subjetivo de una persona. Es el centro distintivo de experiencia y significado. El yo

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

constituye el mundo interior de una persona como forma diferenciada del mundo exterior, que consta de otra gente y otras cosas. El yo es el individuo tal como lo conoce el individuo. Es a lo que nos referimos cuando decimos "yo"» (Jersild, 1952, p. 10).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

King (1971) habló de los conceptos como «ideas abstractas que dan significado a nuestras percepciones sensoriales, permiten generalizaciones y suelen ser almacenadas en nuestra memoria para el recuerdo y uso, al cabo de un tiempo, en situaciones nuevas y diferentes» (pp. 11-12). King (1984) definió *teoría* como «un conjunto de conceptos que, al ser definidos, están interrelacionados y son perceptibles en el mundo de la práctica enfermera» (p. 11). La teoría sirve para construir «un conocimiento científico para la enfermería» (King, 1995b, p. 24). King (1971) aportó los criterios para evaluar una teoría centrándose en «¿qué resultados de investigación se han descrito para verificar los conceptos o probar la base teórica presentada y es útil añadir nuestro conocimiento del mundo y de la disciplina enfermera?» (p. 18).

King (1975a) identificó por lo menos dos métodos para el desarrollo de la teoría: *a)* una teoría se puede desarrollar y demostrar con estudios y *b)* la investigación puede ofrecer datos desde los cuales se puede desarrollar una teoría. La opinión de King (1978) era que «en el mundo actual, de creación de conocimiento en profesiones complejas como la enfermería, deben tenerse en cuenta estas dos estrategias».

King citó numerosos estudios de investigación en su libro publicado en 1981, especialmente en lo referente al desarrollo de sus conceptos. Dentro del sistema personal, King examinó estudios relacionados con la percepción de Allport (1955), Kelley y Hammond (1964), Ittleson y Cantril (1954) y otros. Al exponer su definición de espacio, King utilizó estudios de Sommer (1969) y Ardrey (1966) y se remitió a la investigación de Minckley's (1968). Para el concepto de tiempo, reconoce el trabajo de Orme (1969).

Dentro del sistema interpersonal, King presentó teorías y modelos de comunicación, y cita los estudios de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), y Krieger (1975). King examinó los estudios de Whiting (1955), Orlando (1961) y Diers y Schmidt (1977) para buscar información sobre interacción. King también mencionó la teoría del conocimiento de Dewey y Bentley's (1949), que trata de la autoacción, la interacción y la transacción en *Knowing and the Known,* y el trabajo de Kuhn (1975) sobre transacciones.

Comentando la investigación existente en ese momento, especialmente las operaciones de investigación en cuanto al cuidado de pacientes, King (1975b) afirmó que «la mayoría de los estudios se han centrado en aspectos técnicos del cuidado de pacientes y de los sistemas de cuidados de salud, más que directamente en los aspectos de los pacientes [...]. Se han mencionado algunos problemas que empiezan con lo que exigen las condiciones del paciente o lo que quiere el paciente» (p. 9).

En su libro publicado en 1981, King afirmó además que «se han descrito varias formulaciones teóricas sobre relaciones interpersonales y el proceso enfermero en situaciones de enfermería» (pp. 151-152), citando estudios de Peplau (1952), Orlando (1961), Paterson y Zderad (1976) y Yura y Walsh (1978) para confirmar sus ideas sobre el proceso transaccional en su teoría de la consecución de objetivos.

Desarrollo del marco de sistemas de interacción

Durante la preparación de su libro publicado en 1971, King formuló diversas preguntas:

- ¿Cuál es la meta de la enfermería?
- ¿Cuáles son las funciones de las enfermeras?
- ¿Cómo pueden las enfermeras continuar ampliando sus conocimientos para ofrecer un cuidado de calidad? (pp. 30, 39).

Como resultado de 20 años de observación de publicaciones en enfermería (antes de 1971), King

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

identificó múltiples conceptos que utilizaban las enfermeras para describir la enfermería. La figura 15-1 muestra el marco de sistemas de interacción que ofrece «un enfoque a los sistemas de estudio como un todo entero, más que en partes aisladas de un sistema» (King, 1995a, p. 18) y «fue diseñado para explicar los todos organizados en los que se supone que las enfermeras deben actuar» (1995b, p. 23).

King (1981) utilizaba un enfoque de sistemas en el desarrollo de su marco de sistemas de interacciones y la teoría intermedia de la consecución de objetivos. King observó: «algunos científicos que han estudiado sistemas han descubierto que la única manera de estudiar a los seres humanos que interaccionan en un mismo entorno es diseñar un marco conceptual de variables interdependientes y conceptos interrelacionados» (King, 1981, p. 10). King (1995a) creía que su «marco discrepa de otros esquemas conceptuales en el hecho de que no tiene que ver con la fragmentación de los seres humanos y el entorno, sino con las transacciones humanas en distintos tipos de entorno» (p. 21).

«La conciencia de las complejas dinámicas de la conducta humana en las situaciones de enfermería sugirió la formulación [de King] de un marco conceptual que representa sistemas personales, interpersonales y sociales como dominio de la enfermería» (King, 1981, p. 130). Cada uno de estos tres sistemas identifica a los seres humanos como el elemento básico del sistema, por tanto, «la unidad de análisis en [el] marco era la conducta humana en una gran variedad de entornos sociales» (King, 1995a, p. 18). Las personas existen dentro de los sistemas personales y King puso el ejemplo de un sistema total que es una enfermera o un paciente. King consideraba necesario entender los conceptos de imagen corporal, crecimiento y desarrollo, percepción, personalidad propia, espacio y tiempo para interpretar a los seres humanos como personas.

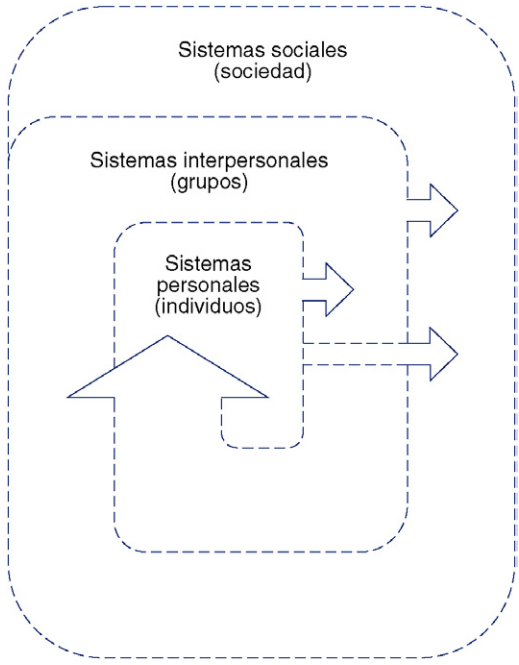


Figura 15-1 Sistemas conceptuales dinámicos. (De King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 11]. New York: Delmar. Utilizado con autorización de I. King.)

Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más personas interactúan, formando díadas (dos personas) o tríadas (tres personas). La díada de una enfermera y un paciente es un tipo de sistema interpersonal. Cuando las familias actúan como pequeños grupos también pueden considerarse sistemas interpersonales. La comprensión del sistema interpersonal requiere una comprensión de los conceptos de comunicación, interacción, misión, estrés y transacción.

Un sistema de interacción coherente consta de grupos que constituyen la sociedad y se refiere a éste como *sistema social*. Los sistemas religiosos, educativos y de cuidado de salud son ejemplos de sistemas sociales. La conducta influyente de una familia que profundiza en el crecimiento y el desarrollo de una persona en la sociedad es otro ejemplo de la influencia de un sistema social. En un sistema social, los conceptos de autoridad, toma de decisiones, organización, poder y estatus son esenciales para comprender el sistema.

«Los conceptos de un marco son las dimensiones organizativas y representan un conocimiento esencial para comprender las interacciones entre los tres sistemas» (King, 1995a, p. 18). Se situaron conceptos en el sistema personal porque estaban relacionados en primer lugar con las personas, mientras que otros conceptos se situaron en el sistema interpersonal porque «enfatizaban las interacciones entre dos o más personas» (King, 1995a, p. 18). Otros conceptos se colocaron en el sistema social porque «ofrecían conocimiento para que las enfermeras trabajaran en sistemas más extensos» (King, 1995a, p. 18). De todos modos, King (1995a) destacó claramente que «los conceptos de este marco no están limitados a sólo uno de los sistemas interactivos dinámicos, sino que abarcan los tres sistemas» (p. 19).

Teoría intermedia de la consecución de objetivos de King

En 1981, King desarrolló la teoría de la consecución de objetivos de su sistema conceptual. La cuestión que motivó [a King] a desarrollar la teoría fue: «¿Cuál es la naturaleza de la enfermería?» (King, 1995b, p. 25). La respuesta fue que «la manera en que las enfermeras, desde su posición, hacen con y para las personas es lo que diferencia la enfermería de otras profesiones sanitarias» (King, 1995b, p. 26). Esta cuestión y la respuesta la guiaron en el desarrollo de su teoría de la consecución de objetivos.

King (1995b) utilizó los siguientes criterios para desarrollar la teoría:

- «¿Cuáles son los supuestos filosóficos?».
- «¿Están los conceptos claramente identificados y definidos?».
- «¿Están los conceptos relacionados con afirmaciones o modelos propositivos?».
- «¿Genera la teoría preguntas que hay que responder o hipótesis que hay que demostrar en la investigación para desarrollar un conocimiento y afirmar la teoría?».

«El proceso humano de interacciones construyó la base para diseñar un modelo de transacciones que describe el conocimiento teórico utilizado por las enfermeras para ayudar a que las personas y los grupos cumplan sus objetivos» (1995a, p. 27) (fig. 15-2).

King (1995b) afirmó lo siguiente:

> «El objetivo mutuo [entre enfermera y cliente] se basa en: *a)* la valoración de las preocupaciones, los problemas y los trastornos de la salud de su cliente por parte de la enfermera; *b)* las percepciones que tienen enfermeras y clientes de la interferencia, y *c)* el intercambio de información entre ambos en casos en los que las funciones en cuestión puedan ayudar al paciente a alcanzar los objetivos propuestos. Además, las enfermeras colaboran con los miembros de la familia cuando sus clientes no pueden participar de forma verbal en la lucha por el objetivo» (p. 28).

Para demostrar su teoría, King (1981) llevó a cabo una investigación y descubrió que su estudio variaba respecto a estudios previos en los que «se describía el proceso de interacción enfermera-paciente que lleva a la consecución del objetivo» (p. 153). La investigación de King describió un proceso que llevó a la consecución del objetivo y estudió las interacciones enfermera-paciente para determinar si las enfermeras desempeñaban transacciones. King utilizaba un método de observación no participativa para recoger información sobre las interacciones enfermera-paciente en la unidad de cuidado de un paciente en un centro hospitalario. Los pacientes y las enfermeras se ofrecieron voluntarios para participar en este estudio. King entrenó a estudiantes de enfermería en la técnica de observación no participativa antes de recoger datos. Examinó múltiples interacciones y anotó conductas verbales y no verbales como datos sin procesar. King también desarrolló un registro de enfermería orientado al logro de objetivos que las enfermeras podrían utilizar para determinar si estaban haciendo transacciones que pudieran llevarlas a la consecución de un objetivo (King, 1981, pp. 163-177).

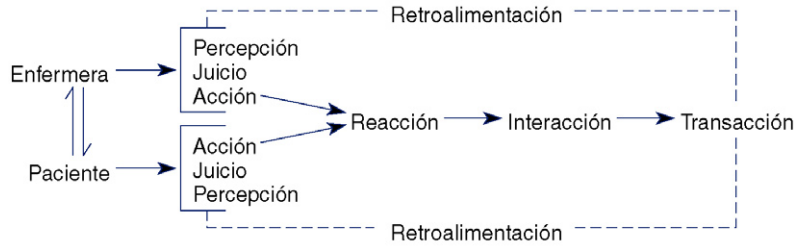


Figura 15-2 Un proceso de interacciones humanas que lleva a transacciones: un modelo de transacción. (De King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 61]. New York: Delmar. Utilizado con autorización de I. King.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PRINCIPALES SUPUESTOS

La filosofía personal de King sobre los seres humanos y la vida influyó en sus suposiciones, incluidas las relacionadas con el entorno, la salud, la enfermería, las personas y las interacciones enfermera-paciente. El marco de sistemas de interacción y la teoría de la consecución de objetivos de King están «basados en una suposición global de que el centro de la enfermería son los seres humanos que interactúan con su entorno y llevan a un estado de salud a las personas, lo que constituye una habilidad para funcionar en roles sociales» (King, 1981, p. 143).

Enfermería

«La enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud en la sociedad» (King, 1971, p. 125). La meta de la enfermería «es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles» (King, 1981, pp. 3-4). La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal. Las percepciones de una enfermera y de un paciente también influyen en el proceso interpersonal.

Persona

En *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process* (King, 1981) se detalla una serie de supuestos específicos relacionados con las personas o individuos. Los siguientes supuestos se detallaron en las obras posteriores de King:

- Los individuos son seres espirituales (I. King, comunicación personal, 11 de julio, 1996).
- Los individuos tienen la capacidad de pensar, saber, tomar decisiones y seleccionar cursos de acción alternativos (King, 1981).
- Los individuos tienen la capacidad, mediante el lenguaje y otros símbolos, de contar su historia y conservar su cultura (King, 1986).
- Los individuos son sistemas abiertos en transacción con el entorno. La transacción comporta que no existe separación entre los seres humanos y el entorno (King, 1981).
- Los individuos son únicos y holísticos, tienen un valor intrínseco y tienen capacidad de pensamiento racional y toma de decisiones en la mayoría de situaciones (King, 1995b).
- Cada individuo tiene necesidades, deseos y metas distintas (King, 1995b).

Salud

La salud es un estado dinámico en el ciclo vital; la enfermedad interfiere en ese proceso. La salud «implica una adaptación permanente al estrés en el entorno interno y externo, mediante el uso óptimo de los recursos de cada uno para conseguir el máximo rendimiento para la vida diaria» (King, 1981, p. 5).

Entorno

King (1981) considera que «para las enfermeras, es esencial la comprensión de la manera en la que los seres humanos interactúan con el entorno para mantener su salud» (p. 2). Los sistemas abiertos implican que las interacciones se producen entre el sistema y el entorno del sistema, infiriendo que el entorno cambia constantemente. «Los ajustes en la vida y la salud están influidos por la interacción de un individuo con el entorno... Todos los seres humanos perciben el mundo como una persona en su totalidad cuando hacen transacciones con los individuos y con las cosas en el entorno» (King, 1981, p. 141).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría de la consecución de objetivos (1981) de King se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre las personas, específicamente en la relación enfermera-paciente. En el proceso de enfermería, cada miembro de la díada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones. Conjuntamente, estas actividades culminan en la reacción. Se llega a una interacción y, en caso de que exista una coherencia perceptiva y de que se subsanen los trastornos, se producen las transacciones. El sistema está abierto a recibir una retroalimentación porque cada una de las fases de la actividad puede influir en la percepción.

King (1981) desarrolló ocho propuestas en su teoría de la consecución de objetivos. Estas propuestas están detalladas en el cuadro 15-1 y describen las relaciones entre los conceptos. Después de cada exposición, se encuentran los diagramas correspondientes. Al analizar las propuestas, hubo 23 relaciones no especificadas; 22 positivas y no hubo ninguna relación negativa (Austin y Champion, 1983) (fig. 15-3). Por otra parte, King (1981) extrajo siete hipótesis de la teoría de la consecución

Cuadro 15-1 *Proposiciones de la teoría de la consecución de objetivos de King*

1. Si existe precisión perceptiva (PP) en las interacciones enfermera-cliente (I), habrá transacciones (T).
   PP(I) $\xrightarrow{+}$ T
2. Si existen transacciones (T) entre la enfermera y el cliente, se conseguirán los objetivos (OC).
   T $\xrightarrow{+}$ OC
3. Si se consiguen los objetivos (OC), habrá satisfacción (S).
   OC $\xrightarrow{+}$ S
4. Si se consiguen los objetivos (OC), se dará una asistencia enfermera eficaz (AE_e).
   OC $\xrightarrow{+}$ AE_e
5. Si hay transacciones (T) en las interacciones enfermera-cliente (I), se promueven el crecimiento y el desarrollo (CD).
   (I)T $\xrightarrow{+}$ CD
6. Si la enfermera y el cliente perciben las expectativas acerca de la coherencia de los roles (CNR) de desempeño y actividad, habrá transacciones (T).
   CNR $\xrightarrow{+}$ T
7. Si la enfermera, el cliente o ambos tienen un conflicto de roles (CR), se producirá estrés (E) en las interacciones enfermera-cliente (I).
   CR(I) $\xrightarrow{+}$ E
8. Si las enfermeras con un conocimiento y capacidad específicos transmiten (CM) la información adecuada a sus clientes, se dará una propuesta de objetivos mutuos (T) y de consecución de objetivos (OC). (La propuesta de objetivos comunes es un paso en la transacción y, por tanto, se ha considerado una transacción.)
   OM $\xrightarrow{+}$ T $\xrightarrow{+}$ OC

De Austin, J. K. y Champion, V. L. (1983). King's theory of nursing: Explication and evaluation. En P. L. Chinn (ed.), *Advances in nursing theory development* (p. 55). Rockville, MD: Aspen.

	CP	T	OC	S	AE	C	CNR	CR	E	CM
CP		+	+	+	+	+	?	?	?	?
T			+	+	+	+	+	?	?	?
OC				+	+	+	+	?	?	+
S					?	?	+	?	?	+
AE						?	+	?	?	+
C							+	?	?	+
CNR								?	?	?
CR									+	?
E										?
CM										

Figura 15-3 Tabla de relaciones. AE_e: atención de enfermería eficaz; CD: crecimiento y desarrollo; CM: comunicación; CNR: coherencia de roles; CP: coherencia perceptiva; CR: conflicto de roles; E: estrés; OC: objetivos conseguidos; S: satisfacciones; T: transacciones. (De Austin, J. K., & Champion, V. L. [1983]. King's theory for nursing: Explication and evaluation. En P. L. Chinn [Ed.], *Advances in theory development* [p. 58]. Rockville, MD: Aspen.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de objetivos, que se encuentran en *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process.*

FORMA LÓGICA

En el marco inicial propuesto en su artículo (publicado en 1968), King identificó cuatro conceptos comprensibles que se centran en los seres humanos:

1. Salud.
2. Relaciones interpersonales.
3. Percepciones.
4. Sistemas sociales.

King consideraba que las personas son sistemas abiertos y que el intercambio de energía tiene lugar tanto dentro como fuera de los seres humanos. Aunque el marco original de King era abstracto y trataba de «sólo unos pocos elementos en situaciones concretas» (King, 1981, p. 128), King creía que sus cuatro «ideas universales: sistemas sociales, salud, percepción y relaciones interpersonales eran importantes en todas las situaciones enfermeras» (King, 1981, p. 128).

Más tarde, King (1975a) identificó que su «enfoque personal para sintetizar el conocimiento de la enfermería era utilizar datos e información disponibles desde: *a)* la investigación en enfermería y los campos relacionados y *b)* desde 25 años de práctica activa, enseñanza e investigación. Desde todo el conocimiento disponible, se formuló un marco teórico relevante para la enfermería» (p. 36). En 1978, King indicó que el desarrollo de la teoría está compuesto por razonamientos inductivos y deductivos, y que el objetivo principal de la teoría es la generación de conocimientos por medio de la investigación.

King (1981) emprendió entonces un desarrollo más profundo de su marco de sistemas de interacción y propuso la teoría de la consecución de objetivos de nivel medio para describir «la naturaleza de las interacciones enfermera-cliente que llevan a la consecución de objetivos» (p. 142), como sigue:

> Las enfermeras interactúan a propósito con los clientes para establecer metas conjuntamente y para explorar y acordar los medios para lograr esas metas. El establecimiento de metas comunes se basa en la valoración por parte de las enfermeras de las preocupaciones, problemas y molestias de su cliente en materia de salud, su percepción de los problemas y el hecho de poner información en común para ir en la dirección de la consecución del objetivo (pp. 142-143).

En su publicación de 1981, King habló de menos dicotomías entre salud y enfermedad, refiriéndose a la enfermedad como un obstáculo en el ciclo vital. Mediante la reformulación, King ofreció una relación de sistemas más abierta entre la persona y su entorno. King revisó también su terminología: utilizó *ajuste* en lugar de *adaptación,* y *persona, ser humano* e *individuo* en lugar de *hombre.*

Hubo una progresión lógica de desarrollo en el marco de 1971 a 1981 en la teoría de King derivada de su teoría de la consecución de objetivos de su marco de sistemas de interacción. Su teoría «organiza elementos en el proceso de las interacciones enfermera-cliente que llegaron a ser resultados, es decir, objetivos cumplidos» (King, 1981, p. 143).

Inicialmente, King (1971) afirmó:

> «... si las enfermeras deben asumir los roles y las responsabilidades que se les atribuyen, [...] el descubrimiento del conocimiento debe difundirse de modo que sean capaces de utilizarlo en su práctica. [...] Los datos descriptivos recogidos de manera sistemática sirven para generar hipótesis para la investigación de la conducta humana en situaciones enfermeras» (p. 128).

Durante una conferencia teórica enfermera en 1978, King indicó que, si a las enfermeras se les enseñara este proceso, podrían empezar a predecir los resultados en enfermería. Más tarde, en 1981, añadió: «Esta teoría tiene que servir de estándar de la práctica relacionada con las interacciones enfermera-paciente y, en este sentido, es una teoría normativa» (p. 145). Clements y Roberts (1983) desarrollaron estas ideas en 1983 para demostrar el proceso de la teoría en relación con varias situaciones de enfermería, incluida la salud de las familias.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica

La publicación temprana de King (1971) llevó al desarrollo del plan de estudios y a la aplicación práctica en la Ohio State y en otras universidades. En su libro de 1981, King constata que «la teoría, al ser abstracta, no puede aplicarse directamente a la práctica de enfermería ni a los programas concretos

de formación enfermera. Cuando se identifican, definen y describen los referentes empíricos, [...] la teoría resulta útil y se puede aplicar a situaciones concretas» (p. 157). Sin embargo, «el conocimiento de los conceptos puede aplicarse en situaciones concretas» (p. 41).

Los profesionales de las principales especialidades enfermeras han utilizado los conceptos de la teoría de la consecución de objetivos de King (1981) en la práctica enfermera. Su relación con la práctica es obvia porque la profesión de la enfermería funciona básicamente mediante interacciones con individuos y grupos con el entorno. Incluso antes de que se publicara el marco de sistemas interactivos de King, Brown y Lee (1980) afirmaron que «este modelo de intrasistemas propuesto ofrece un enfoque para estimular el estudio continuo, para establecer bases innovadoras para la práctica enfermera y para generar estudios mediante la investigación» (p. 469). King (1984) considera que «las enfermeras que conocen los conceptos de esta teoría de la consecución de objetivos pueden percibir lo que les ocurre a los pacientes y a los miembros de la familia, y pueden sugerir estrategias para superar las situaciones» (p. 12).

King también desarrolló un sistema de registros, el registro de enfermería orientado al logro de objetivos (GONR), para acompañar a la teoría de la consecución de objetivos de nivel medio y para contar los logros y los resultados. El GONR es un método de recogida de datos, identificación de problemas y aplicación y evaluación del cuidado, que se ha utilizado de manera eficaz en algunas situaciones con pacientes. Tanto la teoría como el GONR son útiles para la práctica, porque las enfermeras tienen la capacidad de suministrar planes individualizados de cuidado a la vez que promueven una participación activa de los pacientes en la fase de toma de decisiones (King, 1984). Las enfermeras también pueden utilizar el enfoque del GONR para documentar la eficacia del cuidado enfermero. «Los principales elementos en este sistema son: *a)* la base de datos; *b)* los diagnósticos enfermeros; *c)* la lista de objetivos; *d)* las órdenes enfermeras; *e)* las hojas de curso; *f)* las notas de progreso, y *g)* el resumen de alta» (King, 1995b, pp. 30-31).

Los profesionales sanitarios han aplicado el marco de sistemas de interacción y la teoría de la consecución de objetivos de nivel medio de King (1981) en diversos centros de práctica nacionales e internacionales (King, 2006, 2007). A continuación, se describen brevemente algunos de estos centros, y en las referencias se detallan centros adicionales. Jolly y Winker (1995) describieron la aplicación de la teoría de la consecución de objetivos dentro del contexto de la administración enfermera. Alligood (1995) aplicó la teoría de consecución de objetivos en los pacientes adultos en las unidades de ortopedia. Laben, Sneed y Seidel (1995) utilizaron la consecución de objetivos en grupos sometidos a psicoterapia a corto plazo. Coker et al. (1995) utilizaron el marco para aplicar los diagnósticos enfermeros en un hospital comunitario canadiense y Fawcett, Vaillancourt y Watson (1995) utilizaron este sistema conceptual en un hospital canadiense de grado III. Viera y Rossi (2000) utilizaron el marco de sistemas de interacción de King para estudiar diagnósticos enfermeros con mujeres puerperales. Williams (2001) aplicó el trabajo de King a la enfermería de emergencia y rural. La teoría de la consecución de objetivos proporcionó el marco para el estudio descriptivo de Daniel (2002) de las percepciones de los adultos jóvenes con enfermedad intestinal inflamatoria crónicas.

Además de aplicar la teoría de la consecución de objetivos en individuos o grupos de pacientes o clientes, el sistema conceptual de King se ha aplicado en la práctica de la enfermería. En 1989, Elberson describió cómo podía aplicarse el sistema conceptual de King en la práctica administrativa de la enfermería. Sieloff (1995b) definió la salud de un sistema social. Sieloff empezó a desarrollar una teoría intermedia del poder del grupo en organizaciones en 1989. La teoría de King se mejoró y se revisó posteriormente (1995a, 2007). Olsson y Forsdahl (1996) examinaron el papel de la nueva enfermera en un hospital noruego. Posteriormente King (2007) aclaró la aplicación de su sistema conceptual en una organización sanitaria.

Obviamente, publicaciones previas han confirmado la aceptación de la obra de King en la comunidad enfermera. Frey, Sieloff y Norris (2002) ofrecieron una visión global del impacto de la obra de King ayer, hoy y mañana. La aceptación de la obra de King en el futuro se confirmó en otras publicaciones. King (2007) describió su teoría de la consecución de objetivos y el proceso de transacción como si fuera en el siglo XXI. Lane-Tillerson (2007) destacó que «la idea de un avance continuado es esencial en el marco conceptual de Imogene King (1981)» (p. 141) e imaginó la práctica enfermera en 2050, utilizando el sistema conceptual

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de King, confirmando que la obra de King será aceptada por la comunidad enfermera los próximos años. Khowaja (2006) describió el uso del sistema conceptual de King y la teoría de la consecución de objetivos (1981) en el desarrollo de una vía clínica. Killeen y King (2007) aportaron pruebas adicionales y estudiaron el uso del sistema conceptual de King en informática enfermera y en sistemas de clasificación de enfermería para comunicaciones globales.

Formación

Profesores de enfermería de diversas universidades, como King y Daubenmire (1973) en la Ohio State University; Gold, Haas y King (2000) en la Loyola University de Chicago, y Gulitz y King (1988) en la University of South Florida utilizaron los conceptos de King para diseñar el plan de estudios de enfermería. En 1980, Brown y Lee explicaron que los conceptos de King resultaban útiles para desarrollar un marco para «el uso en la formación enfermera y la práctica enfermera, y para generar hipótesis para la investigación... [Éstos] ofrecen un medio sistemático de interpretar la profesión de enfermería, de organizar un cuerpo de conocimientos para la enfermería y de clasificar la enfermería como una disciplina» (p. 468). El marco y la teoría de King también tienen aplicación para la formación enfermera en el ámbito internacional, como lo describe Rooke (1995b) en el caso de un centro educativo sueco, y Bello (2000) para estudiantes portugueses.

La bibliografía también incluye la aplicación del trabajo de King en la educación de pacientes. Palmer (2006) identificó las implicaciones de la educación de pacientes en enfermeras que trabajan con adultos de edad avanzada.

Investigación

Numerosos investigadores han utilizado el trabajo de King como base teórica. Aquí se mencionan diversos estudios como ejemplo y en la bibliografía se recogen otros.

Son muchos los investigadores que han utilizado conceptos del marco de sistemas de interacción de King. Winker (1995) desarrolló una visión sistemática de la salud. Rooke (1995a) identificó las implicaciones del espacio para la enfermería. Sieloff (1995a) definió la salud de un sistema social.

Otros investigadores han utilizado el marco de sistemas de King (1981) como base teórica. Este grupo incluye los siguientes estudios:

- McKinney y Dean (2000) aplicaron el sistema conceptual interactivo al «estudio del abuso infantil y al desarrollo del consumo/dependencia del alcohol en mujeres adultas» (p. 73).
- Gerstle (2001) exploró las relaciones entre los juicios morales de las enfermeras, sus percepciones y los juicios del dolor y factores enfermeros seleccionados, utilizando el marco de sistemas.
- Lane-Tillerson, Davis, Killion y Baker (2005) evaluaron resultados de enfermería cuando trabajaban con adolescentes afroamericanas en relación con pérdida de peso y un programa para controlar el peso.
- Khowaja (2006) utilizó el marco de sistemas de King y la teoría de la consecución de objetivos para desarrollar una vía clínica.
- Frey, Ellis y Naar-King (2007) examinaron la coherencia entre el marco de sistemas de King y la terapia multisistémica.

Los investigadores también han desarrollado teorías intermedias utilizando el marco de sistemas de interacción de King (King, 1978). Algunas de estas teorías incluyen: la teoría de familias, niños y enfermedad crónica de Frey (Frey, 1995), la teoría de satisfacción del paciente con el cuidado enfermero profesional de Killeen (1996, 2007), la teoría de poder de grupo en organizaciones de Sieloff (Sieloff, 1995b, 2003, 2007), la teoría de la salud familiar de Wicks (Wicks, 1995; Wicks, Rice y Talley, 2007), la teoría de Doornbos relacionada con la salud familiar (2000, 2007) y el modelo de toma de decisiones directivas avanzadas de Goodwin, Kiehl y Peterson (2002). Fairfax (2007) derivó una teoría de calidad de vida en supervivientes de un ictus. Además, se han identificado otras teorías intermedias (Sieloff y Frey, 2007).

También se han realizado investigaciones empleando los conceptos de la teoría de la consecución de objetivos (King, 1981). Hanucharurnkui y Vinya-nguag (1991) utilizaron la consecución de objetivos para estudiar los resultados del autocuidado en la recuperación y satisfacción de pacientes en situación de postoperatorio. Froman (1995) estudió la coherencia perceptiva entre las enfermeras y los pacientes que experimentan enfermedades médico-quirúrgicas. El uso de Hanna (1995) de la

teoría de la consecución de objetivos promovió la conducta sanitaria de los adolescentes y Kameoka (1995) analizó las interacciones enfermera-paciente. Anderson (2000) estudió las percepciones parentales del cuidado centrado en la familia proporcionado a niños con labio leporino/paladar hendido, y Mahon (2001) estudió la congruencia de las expectativas y las percepciones del paciente y de la enfermera en unidades posquirúrgicas.

DESARROLLOS POSTERIORES

Con los años, King ha manifestado su creencia en la necesidad de demostrar la teoría de la consecución de objetivos ya desde 1971. «Cualquier profesión que tiene como principal misión el suministro de servicios sociales requiere una investigación continua para descubrir el nuevo conocimiento que se puede aplicar para mejorar la práctica» (King, 1971, p. 112). «Dado que el sistema conceptual [interactivo] se ha sintetizado desde elementos básicos de la enfermería, persistirá en el siglo XXI a pesar de los cambios profesionales y sociales» (King, 1995a, p. 15).

En 1995, Fawcett y Whall identificaron cinco áreas principales en las que sería útil profundizar en el desarrollo de la labor de King:

1. El concepto de entorno alcanzará una mayor definición y clarificación.
2. La interpretación de King de enfermedad, salud y bienestar se clarificará y se continuará debatiendo.
3. Las teorías intermedias que son implícitas, más que explícitas, como las de Rooke (1995b), mejorarán gracias al desarrollo de teorías formales. Sieloff y Frey (2007) examinaron el estado del desarrollo de teorías intermedias a partir del sistema conceptual de King. En 2007, Fawcett examinó el desarrollo de una teoría intermedia a partir del sistema conceptual de King, e hizo las siguientes recomendaciones:
   a) La credibilidad del sistema conceptual de King podría verse respaldada además por «un metaanálisis u otra revisión integradora de los resultados obtenidos de pruebas empíricas de… las propuestas de la teoría intermedia» (Fawcett, 2007, p. 301).
   b) «Se necesita una investigación metateórica adicional para especificar las relaciones entre los conceptos en los sistemas social, interpersonal y personal» (Fawcett, 2007, p. 301).
   c) También es necesario realizar pruebas empíricas continuas de todas las teorías intermedias.
   d) Deben desarrollarse otros instrumentos de investigación para medir conceptos de las teorías intermedias. Luego debe evaluarse la utilidad de estos instrumentos en la práctica (Fawcett, 2007).
4. Deberían seguirse estableciendo relaciones futuras entre el marco de sistemas interactivos de King (1981) y otras teorías intermedias existentes, de manera que se asegurara la coherencia entre el sistema conceptual y la teoría intermedia específica.
5. Deberían seguir realizándose pruebas empíricas para la teoría de la consecución de objetivos (King, 1981) y otras teorías intermedias desarrolladas en el sistema conceptual de King (Fawcett y Whall, 1995).

CRÍTICA

Simplicidad

Las definiciones de King son claras y conceptualmente derivadas de la bibliografía de investigación existente en el momento en que se publicaron las definiciones. La teoría de la consecución de objetivos de King (1978) presenta 10 conceptos principales, lo que la convierte en una teoría compleja. De todos modos, estos conceptos se entienden fácilmente y, a excepción del concepto de uno mismo, derivan del material de investigación.

Generalidad

La teoría de la consecución de objetivos de King (1981) se ha criticado por no poder aplicarse en áreas de enfermería en las que los pacientes son incapaces de interactuar debidamente con la enfermera. King ha respondido que el 70% de la comunicación es no verbal y describe lo siguiente:

> Intente observar cómo una buena enfermera interactúa con un bebé o con un niño que aún no ha aprendido a hablar. Si usted registra de manera sistemática sus observaciones, será capaz de analizar las conductas y encontrar numerosas transacciones en un nivel no verbal. Tengo un ejemplo precioso de ello cuando trabajaba mano a mano con un estudiante en una unidad neurológica con una paciente

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

> en coma. Yo le hablaba a la paciente, le explicaba todo lo que sucedía y le mostraba al estudiante lo que creía que era importante del cuidado enfermero. Cuando la paciente recuperó la conciencia unos días después, le pidió a la enfermera de la unidad que buscara a aquella enfermera maravillosa que era la única que le explicaba lo que le estaba sucediendo. Quería agradecérselo. Yo había realizado transacciones. Había podido observar el movimiento de sus músculos. Ella intentaba ayudarnos cuando el residente le estaba introduciendo una cánula en la garganta.

Una comadrona cuenta las transacciones que observa entre las madres y los recién nacidos. Las enfermeras de psiquiatría han confesado lo importante que les ha resultado mi teoría en su práctica. Así que la necesidad en la enfermería es ampliar el conocimiento de comunicación de la enfermera, y eso es en lo que se basa mi teoría» (I. King, comunicación personal, 1985).

Los profesionales sanitarios han aportado ejemplos adicionales de la aplicación de la teoría de la consecución de objetivos con pacientes psiquiátricos (Kemppainen, 1990; Laben et al., 1995; Ng y Tsang, 2002), pacientes con problemas ortopédicos agudos y crónicos (Alligood, 1995) y pacientes con problemas de desarrollo (Messmer, 1995). Kameoka, Funashima y Sugimori (2007) probaron una propuesta de la teoría y examinaron «las características de las enfermeras cuyo grado de consecución de objetivos y satisfacciones en las interacciones con los pacientes fueron altas» (p. 261). King consideraba que los críticos entienden que es imposible encontrar una teoría que se dirija a cada persona, suceso y situación. Les recordó a los críticos que incluso la teoría de la relatividad de Einstein no se pudo demostrar completamente hasta que se realizaron los primeros viajes al espacio (I. King, comunicación personal, 1985).

Precisión empírica

King recogió datos empíricos en el proceso de interacción enfermera-paciente que llevan a la consecución de objetivos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo para identificar las características de la transacción y si las enfermeras realizaban transacciones con los pacientes. En una muestra de 17 pacientes, se consiguieron los objetivos en 12 casos (70% de la muestra). King (1981) consideraba que, si a los estudiantes de enfermería se les enseñaba el proceso transactual en la teoría de la consecución de objetivos y se utiliza en la práctica enfermera, se puede medir la consecución de objetivos y se puede demostrar la eficacia del cuidado enfermero.

King continuó trabajando como consultora de investigadores que probaban las hipótesis derivadas de su teoría. Desde la publicación de su teoría en 1981, numerosas investigaciones han ofrecido datos adicionales y continuos de la precisión empírica de la teoría de la consecución de objetivos.

Froman (1995) probó la coherencia perceptiva entre las enfermeras y los pacientes que estaban experimentando enfermedades médico-quirúrgicas. Hanna (1995) probó la teoría de la consecución de objetivos para promover conductas sanitarias en los adolescentes. Utilizando la teoría de la consecución de objetivos, Kameoka (1995) analizó las interacciones entre las enfermeras y los pacientes. Actualmente, se están llevando a cabo más proyectos de investigación; en la bibliografía se recogen algunas investigaciones.

Consecuencias deducibles

La teoría intermedia de la consecución de objetivos de King (1981) se centra en todos los aspectos del proceso enfermero: valoración, planificación, ejecución y evaluación. King sostenía que las enfermeras deben ayudar a establecer metas conjuntamente, planificar y suministrar medios alternativos para alcanzar los objetivos, y evaluar y determinar si se ha conseguido el objetivo. King, renombrada teórica de enfermería, «elaboró una teoría que trata de la elección, las alternativas, la participación de todos los individuos en la toma de decisiones y trata específicamente de los resultados del cuidado enfermero» (I. King, comunicación personal, 1985).

Los profesionales sanitarios han utilizado y continúan utilizando el marco de sistemas de interacción y la teoría de la consecución de objetivos intermedios de King para aplicar la práctica basada en la teoría en varios centros de práctica de enfermería en Asia (Chugh, 2005), Australia (Khowaja, 2006), Canadá, China (Cheng, 2006), Japón (Kameoka, Funashima y Sugimori, 2007), Portugal (Chaves y de Araujo, 2006), Suecia (Rooke, 1995a, 1995b) y Estados Unidos (Frey, Rooke, Sieloff, Messmer y Kameoka, 1995). Con el tiempo, se ha demostrado que la labor de King constituye un marco estructurado para el desarrollo de planes

de estudios en diversos niveles de la educación. King y otros científicos enfermeros e investigadores han utilizado su sistema conceptual para probar la teoría y desarrollarla en teorías grandes e intermedias.

RESUMEN

Imogene King contribuyó al avance del conocimiento enfermero a través del desarrollo de su marco de sistemas de interacción y de la teoría intermedia de consecución de objetivos. Centrándose en la consecución de objetivos y resultados, mediante las relaciones paciente-enfermera, King proporcionó un sistema conceptual y una teoría intermedia que han demostrado su utilidad para las enfermeras, tanto en el presente como en el futuro. Las enfermeras de muy diferentes entornos, trabajando con diferentes poblaciones de pacientes de todo el mundo, continúan utilizando el trabajo de King para mejorar la calidad de los cuidados al paciente.

Caso clínico

Después de recibir una tarea al principio del turno, Colin Jennings, R.N., hace la ronda inicial de pacientes. Según le han contado las enfermeras del turno anterior, un paciente, Amed Kyzeel, ha dificultado su trabajo porque ha pedido la atención del personal durante todo el turno.

El Sr. Jennings visita al Sr. Kyzeel al final de la ronda para tener tiempo adicional para realizar una valoración. Al entrar en la habitación del Sr. Kyzeel, el Sr. Jennings le pregunta cómo se siente. El Sr. Kyzeel se queja de varios problemas menores. Aceptando que las percepciones del Sr. Kyzeel son únicas y válidas para él, el Sr. Jennings pasa unos minutos escuchándole.

Dado que sabe que el Sr. Kyzeel será dado de alta hoy, le pregunta al paciente qué opina de su alta y cuáles son sus objetivos para el día. El Sr. Kyzeel admite que está preocupado respecto a abandonar el hospital, porque no sabe qué puede esperar de las primeras 24 horas en su casa. El Sr. Jennings habla con el paciente sobre sus problemas, preguntándole qué objetivos querría conseguir mientras esté en el hospital y al volver a casa. El Sr. Kyzeel identifica dos de los tres objetivos que le gustaría conseguir mientras esté en el hospital y dice que le gustaría que alguien estuviese con él en casa la primera noche.

De los objetivos identificados, el Sr. Jennings y el Sr. Kyzeel identifican cuáles son los más importantes y el orden en el que al Sr. Kyzeel le gustaría conseguirlos. Una vez realizado, el Sr. Jennings y el Sr. Kyzeel identifican las actividades que pueden hacer el paciente y el personal para conseguir estos objetivos. Antes de dejar la habitación, el Sr. Jennings y el Sr. Kyzeel acuerdan los objetivos, su prioridad y las actividades específicas que han de realizarse.

Una vez establecidos los momentos en los que el Sr. Jennings y el Sr. Kyzeel hablarán brevemente para evaluar la consecución de los objetivos, el Sr. Jennings abandona la habitación y el Sr. Kyzeel empieza a trabajar sobre las actividades que debe realizar.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Desarrolle su definición personal de entorno, salud, enfermería y persona y compare sus definiciones con las de King. Identifique las similitudes y las diferencias. Elabore un plan para utilizar el sistema conceptual y la teoría de la consecución de objetivos de King en su práctica.
2. Analice una interacción que haya vivido con un paciente. ¿Fue capaz de conseguir una transacción como la descrita por King? Si es así, piense por qué le salió bien; si no, reflexione para identificar el porqué.
3. La filosofía de la actividad sanitaria, ¿fomenta la participación de los pacientes en su cuidado? Si es así, ¿se da la situación de proposición de objetivos comunes? Si no, ¿qué cambios podría proponer para que los pacientes participaran más activamente en su propio cuidado?
4. Analice el proceso de planificación de objetivos que se realiza entre el personal de cuidado directo y administración de enfermería en una actividad sanitaria. ¿Existe la planificación de objetivos comunes? Discuta posibles cambios en la cultura organizativa para facilitar la planificación de objetivos comunes.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

5. Desarrolle un plan de mejora de calidad para observar los resultados del paciente basados en la aplicación de la planificación de objetivos mutuos. Fomente la documentación de la mejora de la efectividad y eficacia del cuidado suministrado, basado en el uso de la teoría de la consecución de objetivos de King.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

Publicaciones

- King, I. M. (2006). A system approach in nursing administration: Structure, process, and outcome. JONA 30(2), 100-104.
- King, I. M. (2007). King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. Nursing Science Quarterly 20(2), 109-116.
- King, I. (2007). King's structure, process, and outcomes in the 21st century. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), Middle range theory development using King's conceptual system (pp. 3-11). New York: Springer Publishing Company.
- Sieloff, C. L., & Frey, M. A. (Eds.). (2007). Middle range theory development using King's conceptual system. New York: Springer Publishing Company.

Páginas web

- Clínica Mayo. Último acceso, 1 de febrero de 2008: http://www.mayo.edu/education/nursing-research/king.html
- Nurses.info. Último acceso, 1 de febrero de 2008: http://www.nurses.info/nursing_theory_person_king_imogene.htm
- Nursing Inquiry. Último acceso, 1 de febrero de 2008: http://www.geocities.com/nursinginquiry2002/anabelle/imogeneking3.html
- NurseScribe. Último acceso, 1 de febrero de 2008: http://www.enursescribe.com/imogene_king.htm
- Nursingtheory.net. Último acceso, 1 de febrero de 2008: http://www.nursingtheory.net/models_generalsystems.html

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (1995). Theory of goal attainment: Application to adult orthopedic nursing. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 209-222). Thousand Oaks, CA: Sage.

Allport, F. H. (1955). *Theories of perception and the concept of structure*. New York: John Wiley & Sons.

Anderson, K. G. (2000). Perceptions of family centered care of parents of children with cleft lip and/or palate. *Masters Abstracts International, 38-06*, 1580.

Ardrey, R. (1966). *The territorial imperative*. New York: Atheneum.

Austin, J. K., & Champion, V. L. (1983). King's theory for nursing: Explication and evaluation. In P. Chinn (Ed.), *Advances in nursing theory development* (pp. 49-61). Rockville, MD: Aspen.

Bello, I. T. R. (2000). Imogene King's theory as the foundation for the set of a teaching-learning process with undergraduation [sic] students [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*, *9*(2 Part 2), 646-657.

Brown, S. T., & Lee, B. T. (1980). Imogene King's conceptual framework: A proposed model for continuing nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, *5*(5), 467-473.

Chaves, E. S., & de Araujo, T. L. (2006). Nursing care for an adolescent with cardiovascular risk [Portuguese]. *Ciencia, Cuidado e Saude*, *5*(1), 82-87.

Cheng, M. (2006). Using King's goal attainment theory to facilitate drug compliance in a psychiatric patient [Chinese]. *Journal of Nursing*, *53*(3), 90-97.

Chugh, D. (2005). Care analysis using goal attainment model. *Asian Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(2), 2-6.

Clements, I. W., & Roberts, F. B. (1983). *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: John Wiley & Sons.

Coker, E., Fridley, T., Harris, J., Tomarchio, D., Chan, V., & Caron, C. (1995). Implementing nursing diagnoses within the context of King's conceptual framework. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 161-175). Thousand Oaks, CA: Sage.

Daniel, J. M. (2002). Young adults' perceptions of living with chronic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing, 25*(3), 83-94.

Dewey, J., & Bentley, A. (1949). *Knowing and the known*. Boston: Beacon Press.

Diers, D., & Schmidt, R. (1977). Interaction analysis in nursing research. In P. Verhonick (Ed.), *Nursing research II* (pp. 77-132). Boston: Little, Brown.

Doornbos, M. M. (2000). King's systems framework and family health: The derivation and testing of a theory. *Journal of Theory Construction & Testing, 4*(1), 20-26.

Doornbos, M. M. (2007). King's conceptual system and family health theory in the families of adults with persistent mental illness—An evolving conceptualization. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 31-49). New York: Springer Publishing Company.

Elberson, K. (1989). Applying King's model to nursing administration. In B. Henry, M. DiVicenti, C. Arndt & A. Marriner (Eds.), *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education and practice* (pp. 47-53). Boston: Blackwell Scientific Publications.

Fairfax, J. (2007). Development of a middle range theory of quality of life of stroke survivors derived from King's conceptual system. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 124-137). New York: Springer Publishing Company.

Fawcett, J. (2007). Development of middle range theories based on King's conceptual system: A commentary on progress and future directions. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 297-307). New York: Springer Publishing Company.

Fawcett, J. M., Vaillancourt, V. M., & Watson, C. A. (1995). Integration of King's framework into nursing practice. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 176-191). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fawcett, J. M., & Whall, A. L. (1995). State of the science and future directions. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 327-334). Thousand Oaks, CA: Sage.

Frey, M. A. (1995). Toward a theory of families, children, and chronic illness. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 109-125). Thousand Oaks, CA: Sage.

Frey, M. A., Ellis, D. A., & Naar-King, S. (2007). Testing nursing theory with intervention research: The congruency between King's conceptual system and multisystemic therapy. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 273-286). New York: Springer Publishing Company.

Frey, M., Rooke, L., Sieloff, C., Messmer, P., & Kameoka, T. (1995). Implementing King's conceptual framework and theory of goal attainment in Japan, Sweden and United States. *Image*, *27*(2), 127-130.

Frey, M. A. & Sieloff, C. L. (Eds.). (1995). *Advancing King's framework and theory for nursing.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Frey, M. A., Sieloff, C. L., & Norris, D. M. (2002). King's conceptual system and theory of goal attainment: Past, present, and future. *Nursing Science Quarterly*, 15.

Froman, D. (1995). Perceptual congruency between clients and nurses: Testing King's theory of goal attainment. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 223-238). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gerstle, D. S. (2001). Relationships among registered nurses' moral judgment and their perception and judgment of pain, and selected nurse factors (Imogene King). *Dissertation Abstracts International*, *62-04B*, 1803.

Gold, C., Haas, S., & King, I. (2000). Conceptual frameworks: Putting the nursing focus into core curricula. *Nurse Educator*, *25*(2), 95-98.

Goodwin, Z., Kiehl, E. M., & Peterson, J. Z. (2002). King's theory as foundation for an advance directive decision-making model. *Nursing Science Quarterly*, *15*(3), 237-241.

Gulitz, E., & King, I. (1988). King's general system model: Application to curriculum development. *Nursing Science Quarterly*, *3*(2), 128-132.

Hanna, K. M. (1995). Use of King's theory of goal attainment to promote adolescents' health behavior. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 239-250). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hanucharurnkui, S., & Vinya-nguag, P. (1991). Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care. *Nursing Science Quarterly*, *4*(1), 14-20.

Houser, B. P., & Player, K. N. (2007). Imogene King. In *Pivotal Moments in Nursing* (Vol. 2). Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. Indianapolis, IN, 106-131.

Ittleson, W., & Cantril, H. (1954). *Perception: A transactional approach.* Garden City, NY: Doubleday.

Jersild, A. T. (1952). *In search of self.* New York: Teachers College Press.

Jolly, M. L., & Winker, C. K. (1995). Theory of goal attainment in the context of organizational structure. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 305-316). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kameoka, T. (1995). Analyzing nurse-patient interactions in Japan. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 251-260). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kameoka, T., Funashima, N., & Sugimori, M. (2007). If goals are attained, satisfaction will occur in nurse-patient interaction: An empirical test. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 261-272). New York: Springer Publishing Company.

Kelley, K. J., & Hammond, K. R. (1964). An approach to the study of clinical inference. *Nursing Research*, *13*(4), 314-322.

Kemppainen, J. K. (1990). Imogene King's theory: A nursing case study of a psychotic client with human immunodeficiency virus infection. *Archives of Psychiatric Nursing*, *4*(6), 384-388.

Khowaja, D. (2006). Utilization of King's interacting systems framework and theory of goal attainment with new multidisciplinary model: Clinical pathway. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *24*(2), 44-50.

Killeen, M. B. (1996). *Patient-consumer perceptions and responses to professional nursing care: Instrument development.* Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Killeen, M. B. (2007). Development and initial testing of a theory of patient satisfaction with nursing care. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 138-163). New York: Springer Publishing Company.

Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, *18*(2), 51-57.

King, I. M. (1964). Nursing theory: Problems and prospects. *Nursing Science*, *1*(3), 394-403.

King, I. M. (1968). A conceptual frame of reference for nursing. *Nursing Research*, *17*(1), 27-31.

King, I. M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior.* New York: John Wiley & Sons.

King, I. M. (1975). A process for developing concepts for nursing through research. In P. Verhonick (Ed.), *Nursing research.* Boston: Little, Brown.

King, I. M. (1975). Patient aspects. In L. J. Schumann, R. D. Spears, Jr. & J. P. Young (Eds.), *Operations research in health care: A critical analysis.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

King, I. M. (1977). Knowledge development in nursing: A process. In I. M. King & J. Fawcett (Eds.), *The language of nursing theory and metatheory* (pp. 19-25). Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.

King, I. M. (Speaker). (1978). *Speech presented at 2nd Annual Nurse Educators' Conference.* Chicago: Teach 'Em.

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process.* New York: John Wiley & Sons.

King, I. M. (1984). Effectiveness of nursing care: Use of a goal oriented nursing record in end stage renal disease. *American Association of Nephrology Nurses and Technicians Journal*, *11*(2), 11-17, 60.

King, I. M. (1986). *Curriculum and instruction in nursing: Concepts and process.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

King, I. M. (1995). A systems framework for nursing. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 14-22). Thousand Oaks, CA: Sage.

King, I. M. (1995). The theory of goal attainment. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 23-32). Thousand Oaks, CA: Sage.

King, I. M. (2006). A system approach in nursing administration: structure, process and outcome. *JONA*, *30*(2), 100-104.

King, I. M. (2007). King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 109-116.

King, I., & Daubenmire, J. (1973). Nursing process models: A systems approach. *Nursing Outlook*, *13*(19), 50-51.

Krieger, D. (1975). Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing*, *75*(5), 784-787.

Kuhh, A. (1975). *Unified social science.* Homewood, IL: Dorsey.

Laben, J. K., Sneed, L. D., & Seidel, S. L. (1995). Goal attainment in short-term group psychotherapy settings: Clinical implications for practice. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 261-277). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lane-Tillerson, C. (2007). Imaging practice in 2050. King's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 140-143.

Lane-Tillerson, C., Davis, B. L., Killion, C. M., & Baker, S. (2005). Evaluating nursing outcomes: A mixed-methods approach. *Journal of National Black Nurses Association*, *16*(2), 20-26.

Mahon, P. Y. (2001). Bridging the gap in patient satisfaction: Congruency of patient-nurse expectation and perception. *Dissertation Abstracts International*, *61-10B*, 5237.

McKinney, N. L., & Dean, P. R. (2000). Application of King's theory of dynamic interacting systems to the study of child abuse and the development of alcohol use/dependence in adult females. *Journal of Addictions Nursing*, *12*(2), 73-82.

Messmer, P. R. (1995). Implementation of theory-based nursing practice. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 294-304). Thousand Oaks, CA: Sage.

Messmer, P. R. (2000). Imogene M. King. In V. L. Bullough & L. Sentz (Eds.). *American nursing: A biographical dictionary* (pp. 164-166)., *3*. New York: Springer Publishing Company.

Messmer, P. R. (2007). Tribute to the Theorists: Imogene M. King Over the Years. *Nursing Science Quarterly*, *20*(3), 198.

Messmer, P. R., & Fawcett, J. (2008). In memoriam: Imogene M. King 1923-2007. *Nursing Science Quarterly*, *21*(2).

Messmer, P. (2008). Worldview 2008. A Global nursing perspective In honor of Imogene M. King. *Reflections* 1st quarter.

Minckley, B. B. (1968). Space and place in patient care. *American Journal of Nursing*, *68*(3), 510-516.

Ng, B. F. L., & Tsang, H. W. H. (2002). A program to assist people with severe mental illness in formulating realistic life goals. *Journal of Rehabilitation*, *68*(4), 59-66.

Olsson, H., & Forsdahl, T. (1996). Expectations and opportunities of newly employed nurses at the University Hospital, Tromso, Norway. *Social Sciences in Health: International Journal of Research and Practice*, *2*(1), 14-22.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Functions, process, principles.* New York: G. P. Putnam's Sons.

Orme, J. E. (1969). *Time, experience and behavior*. New York: American Elsevier.
Palmer, J. A. (2006). Nursing implications for older adult patient education. *Plastic Surgical Nursing, 26*(4), 189-194.
Paterson, J., & Zderad, L. (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons.
Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
Rooke, L. (1995). The concept of space in King's systems framework: Its implications for nursing. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 79-96). Thousand Oaks, CA: Sage.
Rooke, L. (1995). Focusing on King's theory and systems framework in education by using an experiential learning model: A challenge to improve the quality of nursing care. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 278-293). Thousand Oaks, CA: Sage.
Sieloff, C. L. (1995). Defining the health of a social system within Imogene King's framework. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 137-146). Thousand Oaks, CA: Sage.
Sieloff, C. L. (1995). Development of a theory of departmental power. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 46-65). Thousand Oaks, CA: Sage.
Sieloff, C. L. (1996). *Development of an instrument to estimate the actualized power of a nursing department*. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
Sieloff, C. L. (2003). Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship, 35*(2), 183-187.
Sieloff, C. L. (2007). The theory of group power within organizations—Evolving conceptualization within King's conceptual system. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 196-214). New York: Springer Publishing Company.
Sieloff, C. L., & Frey, M. (2007). *Middle range theories for nursing practice using King's interacting systems framework*. New York: Springer.
Sommer, R. (1969). *Personal space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Viera, C. S., & Rossi, L. (2000). Nursing diagnoses from NANDA's taxonomy in women with a hospitalized preterm child and King's Conceptual System [Portuguese]. *Revista Latin-Americana de Enfermagem, 8*(6), 110-116.
Watzlawick, P., Beavin, J. W., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
Whiting, J. F. (1955). Q-sort technique for evaluating perceptions of interpersonal relationship. *Nursing Research, 4*, 71-73.
Wicks, M. N. (1995). Family health as derived from King's framework. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 97-108). Thousand Oaks, CA: Sage.
Wicks, M. N., Rice, M. C., & Talley, C. H. (2007). Further exploration of family health within the context of chronic obstructive pulmonary disease. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 215-236). New York: Springer Publishing Company.
Williams, L. A. (2001). Imogene King's interacting systems theory—Application in emergency and rural nursing. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2(1). Retrieved January 8, 2004, from CINAHL.
Winker, C. K. (1995). A systems view of health. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 35-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
Yura, H., & Walsh, M. (1978). *The nursing process*. New York: Appleton-Century-Crofts.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales adicionales

Libros

Fawcett, J. & King, I. (Eds.). (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Press.
King, I. M. (1976). *Toward a theory of nursing: General concepts of human behavior* (Sugimori, M., Trans.). Tokyo: Igaku-Shoin.
King, I. M. (1985). *A theory for nursing: Systems, concepts, process* (Sugimori, M., Trans.). Tokyo: Igaku-Shoin.
King, I. M., & Fawcett, J. (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Capítulos de libros adicionales

King, I. M. (2007). King's structure, process and outcomes in the 21st century. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 12-28). New York: Springer Publishing Company.

Artículos de revistas

Daubenmire, M. J., & King, I. M. (1973). Nursing process models: A systems approach. *Nursing Outlook, 21*(8), 512-517.
King, I. M. (1964). Nursing theory—Problems and prospect. *Nursing Science, 2*(5), 394-403.
King, I. M. (1970). A conceptual frame of reference for nursing. *Japanese Journal of Nursing Research, 3*, 199-204.
King, I. M. (1987). Translating nursing research into practice. *Journal of Neuroscience Nursing, 19*(1), 44-48.
King, I. M. (1990, Fall). Health as the goal for nursing. *Nursing Science Quarterly, 3*(3), 123-128.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

King, I. M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 19-26.
King, I. M. (1994). Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, *7*(1), 29-32.
King, I. M. (1996). The theory of goal attainment in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 61-66.
King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nursing Science Quarterly*, *70*(4), 180-185.
King, I. M. (1997). Reflections on the past and a vision for the future. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 15-17.
King, I. M. (1998). Nursing informatics: A universal nursing language. *Florida Nurse*, *46*(1), 1-3. 5, 9.
King, I. M. (1998). The Bioethics Focus Group Report. *Florida Nurse*, *46*(8), 24.
King, I. M. (1999). A theory of goal attainment: Philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 292-296.
King, I. M. (2000). Evidence-based nursing practice. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, *9*(2), 4-9.
Quigley, P., Janzen, S. K., King, I. M., & Goucher, E. (1999). Nurse staffing patient outcomes from one acute care setting within the Department of Veteran's Affairs. *Florida Nurse*, *47*(2), 34.

Cartas al editor

King, I. M., & Whelton, B. J. B. (2001). Reaction to "A nursing theory of person system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's Interacting Systems" by M. R. Alligood & B. A. May (Letter to the Editor). *Nursing Science Quarterly, 14*(1), 80-82.

Fuentes secundarias

Libros

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: A systematic approach* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1995). *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. Bowie, MD: Robert J. Brady.
George, J. B. (1995). *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Capítulos de libros

Alligood, M. R. (2007). Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 287-296). New York: Springer Publishing Company.
Alligood, M. R., Evans, G. W., & Wilt, D. L. (1995). King's interacting system and empathy. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 66-78). Thousand Oaks, CA: Sage.
Benedict, M., & Frey, M. A. (1995). Theory-based practice in the emergency department. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's sytems framework and theory of nursing* (pp. 317-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
Doornbos, M. M. (1995). Using King's systems framework to explore family health in the families of the young chronically mentally ill. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 192-205). Thousand Oaks, CA: Sage.
duMont, P. (2007). A theory of asynchronous development: A midlevel theory derived from a synthesis of King and Peplau. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 50-74). New York: Springer Publishing Company.
Ehrenberger, H. E., Alligood, M. R., Thomas, S. P., Wallace, D. C., & Licavoli, C. M. (2007). Testing a theory of decision making derived from King's systems framework in women eligible for a cancer clinical trial. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 75-91). New York: Springer Publishing Company.
Fawcett, J. (1995). King's open systems model. In *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed., 109-163). Philadelphia: F. A. Davis.
Frey, M. A. (1995). From conceptual framework to nursing knowledge. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's framework and theory for nursing* (pp. 3-13). Thousand Oaks, CA: Sage.
Frey, M. A., & Norris, D. (1997). King's systems framework and theory in nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 71-88). St. Louis: Mosby.
Hernandez, C. A. (2007). The theory of integration: Congruency with King's conceptual system. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 105-124). New York: Springer Publishing Company.
Hobdell, E. F. (1995). Using King's interacting systems framework for research on parents of children with neural tube defects. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 126-136). Thousand Oaks, CA: Sage.
May, B. A. (2007). Relationships among basic empathy, self-awareness, and learning styles of baccalaureate prenursing students within King's personal system. Killeen, M. B. (2007). Development and initial testing of a theory of patient satisfaction with nursing care. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 164-177). New York: Springer Publishing Company.

Reed, J. E. F. (2007). Social support and health of older adults. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds). *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 92-104). New York: Springer Publishing Company.

Sharts-Hopko, N. C. (1995). Using health, personal, and interpersonal system concepts within the King's systems framework to explore perceived health status during the menopause transition. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 147-160). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sharts-Hopko, N. C. (2007). A theory of health perception: Understanding the menopause transition. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 178-195). New York: Springer Publishing Company.

Sieloff, C. L. (1995). Imogene King: A conceptual framework for nursing. In C. Metzger McQuiston & A. Webb (Eds.), *Foundations of nursing theory: Contributions of 12 key theorists* (pp. 37-87). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Sieloff, C. L. (1998). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed., pp. 300-319). St. Louis: Mosby-Yearbook, Inc.

Sieloff, C. L. (2002). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed., pp. 336-360). St. Louis: Mosby-Yearbook, Inc.

Sieloff, C. L. (2006). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 336-360). St. Louis: Mosby-Yearbook, Inc.

Sieloff, C. L., Frey, M., & Killeen, M. (2001). Application of King's interacting systems framework. In M. Parker (Ed.), *Nursing theorists and their application in practice.* Philadelphia: F. A. Davis.

Sieloff, C. L., Frey, M., & Killeen, M. (2006). Application of King's Interacting Systems Framework. In M. Parker (Ed.), *Nursing theorists and their application in practice* (2nd ed., pp. 244-267). Philadelphia: F. A. Davis.

Whelton, B. J. B. (2007). The nursing act is an excellent human act: A philosophical analysis derived from classical philosophy and the conceptual system and theory of Imogene King. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.). *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 12-28). New York: Springer Publishing Company.

Zurakowski, T. L. (2007). Theory of social and interpersonal influences on health. In C. L. Sieloff & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 237-257). New York: Springer Publishing Company.

Artículos de revistas

Alligood, M. R., & May, B. A. (2000). A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly*, *13*(3), 243-247.

Baumann, S. L. (2000). Research issues: Family nursing: Theory-anemic, nursing theory-deprived. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 285-290.

Brooks, E. M., & Thomas, S. (1997). The perception and judgment of senior baccalaureate student nurses in clinical decision making. *ANS Advances in Nursing Science*, *19*(3), 50-69.

Calladine, M. L. (1996). Nursing process for health promotion using King's theory. *Journal of Community Health Nursing*, *13*(1), 51-57.

Campbell-Begg, T. (2000). A case study using animal-assisted therapy to promote abstinence in a group of individuals who are recovering from chemical addictions. *Journal of Addictions Nursing*, *12*(1), 31-35.

Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., van der Heijden, P. G. M., & Bensing, J. M. (1998). Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: An explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, *35*(1/2), 95-108.

Carter, K. F., & Dufour, L. T. (1994). King's theory: A critique of the critiques. *Nursing Science Quarterly*, *7*(3), 128-133.

Crossan, F., & Robb, A. (1998). Role of the nurse: Introducing theories and concepts. *British Journal of Nursing*, *7*(10), 608-612.

David, G. L. B. (2000). Ethics in the relationship between nursing and AIDS-afflicted families [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*, *9*(2), 590-599.

Doornbos, M. M. (2002). Predicting family health in families with young adults with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*, *8*(3), 241-263.

Fawcett, J. (2001). Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*, *14*(4), 311-315.

Frey, M. A. (1996). Behavioral correlates of health and illness in youths with chronic illness. *Advanced Nursing Research*, *9*(4), 167-176.

Frey, M. A. (1997). Health promotion in youth with chronic illness: Are we on the right track? *Quality Nursing*, *3*(5), 13-18.

Gill, J., Hopwood-Jones, L., Tyndall, J., Gregoroff, S., LeBlanc, P., Lovett, C., et al. (1995). Incorporating nursing diagnosis and King's theory in the O. R. documentation. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, *13*(1), 10-14.

Husting, P. M. (1997). A transcultural critique of Imogene King's theory of goal attainment. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, *3*(3), 15-20.

Jones, S., Clark, V. B., Merker, A., & Palau, D. (1995). Changing behaviors: Nurse educators and clinical

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nurse specialists design a discharge planning program. *Journal of Nursing Staff Development*, *11*(6), 291-295.
Kemppainen, J. K. (1990). Imogene King's theory: A nursing case study of a psychotic client with human immunodeficiency virus infection. *Archives of Psychiatric Nursing*, *4*(6), 384-388.
Kline, K. S., Scott, L. D., & Britton, A. S. (2007). The use of supportive-educative and mutual goal setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare News*, *25*(8), 502-510.
Kobayashi, F. T. (1970). A conceptual frame of reference for nursing. *Japanese Journal of Nursing Research*, *3*(3), 199-204.
Kusaka, T. (1991). Application to the King's goal attainment theory in Japanese clinical setting. *Journal of the Japanese Academy of Nursing Education*, *1*(1), 30-31.
Laramee, A. (1999). The building blocks of successful relationships. *Journal of Care Management*, *5*(4). 40, 42, 44-45.
Lawler, J., Dowswell, G., Hearn, J., Forster, A., & Young, J. (1999). Recovering from stroke: A qualitative investi-gation of the role of goal setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(2), 401-409.
Lewinson, S. B. (2000). Professionally speaking: Interview with Imogene King. *Nursing Leadership Forum*, *4*(3), 91-95.
Lockhart, J. S. (2000). Nurses' perceptions of head and neck oncology patients after surgery: Severity of facial disfigurement and patient gender. *Plastic Surgical Nursing*, *20*(2), 68-80.
Long, J. M., Kee, C. C., Graham, M. V., Saethan, T. B., & Dames, F. D. (1998). Medication compliance and the older hemodialysis patient. *American Nephrology Nurses Association Journal*, *25*(1), 43-49.
Mayer, B. W. (2000). Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 340-346.
McKinney, N., & Frank, D. I. (1998). Nursing assessment of adult females who are alcohol dependent and victims of sexual abuse. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, *2*(3), 152-158.
Messmer, P. R. (2006). Professional model of care: Using King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, *19*(3), 227-228.
Milne, J. (2000). The impact of information on health behaviors of older adults with urinary incontinence. *Clinical Nursing Research*, *9*(2), 161-176.
Moreira, T. M. M., & Arajo, T. L. (2002). The conceptual model of interactive open systems and the theory of goal attainment by Imogene King [Portuguese]. *Revista Latino-Americana deEnfermagem*, *10*(1), 97-103.
Murray, R. L. E., & Baier, M. (1996). King's conceptual framework applied to a transitional living program. *Perspectives in Psychiatric Care*, *32*(1), 15-19.
Nagano, M., & Funashima, N. (1995). Analysis of nursing situations in Japan: Using King's goal attainment theory. *Quality Nursing*, *1*(1), 74-78.
Norgan, G. H., Ettipio, A. M., & Lasome, C. E. M. (1995). A program plan addressing carpal tunnel syndrome: The utility of King's goal attainment theory. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, *43*(8), 407-411.
Petrich, B. (2000). Medical and nursing students' perceptions of obesity. *Journal of Addictions Nursing*, *12*(10), 3-16.
Richard-Hughes, S. (1997). Attitudes and beliefs of Afro-Americans related to organ and tissue donation. *International Journal of Trauma Nursing*, *3*(4), 119-123.
Riggs, C. J. (2001). A model of staff support to improve retention in long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(2), 43-54.
Scott, L. D. (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, *3*(1), 4-12.
Secrest, J., Iorio, D. H., & Martz, W. (2005). The meaning of work for nursing assistants who stay in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, *14*(8b), 90-97.
Sredl, D. (2006). The triangle technique: A new evidence-based educational tool for pediatric medication calculations. *Nursing Education Perspectives*, *27*(2), 84-88.
Suslick, D., Secrest, J., Holweger, J., & Myhan, G. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *22*(1), 10-20.
Tripp-Reimer, T., Woodworth, G., McCloskey, J. C., & Bulechek, G. (1996). The dimensional structure of nursing interventions. *Nursing Research*, *45*(1), 10-17.
Tritsch, J. M. (1996). Application of King's theory of goal attainment and the Carondelet St. Mary's case management model. *Nursing Science Quarterly*, *11*(2), 69-73.
Ugarriza, D. N. (2002). Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holistic Nursing Practice*, *16*(4), 41-50.
Wadensten, B., & Carlsson, M. (2003). Nursing theory views on how to support the process of aging. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(2), 118-124.
Walker, K. M., & Alligood, M. R. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, *15*(3), 140-147.
Wilkinson, C. R., & Williams, M. (2002). Strengthening patient-provider relationships. *Lippincott's Case Management*, *7*(3), 86-102.
Zurakowski, T. L. (2000). The social environment of nursing homes and the health of older residents. *Holistic Nursing Practice*, *14*(4), 12-23.

Tesis de másteres

Allan, N. J. (1995). Goal attainment and life satisfaction among frail elderly. *Masters Abstracts International*, *35-05*, 1486.

Aramburu-Drury, C. M. (1996). Exploring the association between body weight and health care avoidance. *Masters Abstracts International*, *35-03*, 0725.

Arbeiter, N. A. (1998). The effect of a formal class on advance directives on nurses' perceptions. *Masters Abstracts International*, *36-04*, 1059.

Bailey, A. A. (2005). Public health nurses' perceptions of role change. *Masters Abstracts International*, *43-04*, 1698.

Bowman, A. M. (2004). Parents' perceptions of quality family-centered nursing care in pediatrics. *Masters Abstracts International*, *42-05*, 1679.

Brennan, K. M. (2000). Parents' perceptions of their roles during the treatment of their child's thermal injury. *Masters Abstracts International*, *38-06*, 1581.

Dawson, B. W. (1996). The relationship between functional social support, social network and the adequacy of prenatal care. *Masters Abstracts International*, *35-01*, 0361.

Federowicz, M. L. (2002). An investigation of clients' perceptions of what constitutes quality nursing care: A phenomenological approach. *Masters Abstracts International*, *40-06*, 1501.

Genzel, M. C. (1998). Job satisfaction of the nursing staff development educator. *Masters Abstracts International*, *36-04*, 1063.

Johnson, T. (2005). Job satisfaction recruitment and retention of public health nurses. *Masters Abstracts International*, *43-05*, 1701.

Kahn, R. (1997). The number and types of interventions developed and employed for a population of ADHD students by an advanced nurse practitioner in a middle-sized urban school district in Michigan Title I Health Program during the 1995-1996 school year. *Masters Abstracts International*, *36-01*, 0158.

Kaminski, L. A. (1999). Perceptions of home care nurses as facilitators of discussions and advance directives. *Masters Abstracts International*, *37-04*, 1179.

King-Jones, M. J. (2004). Horizontal violence experienced by nursing students. *Masters Abstracts International*, *43-05*, 1702.

Leonard, B. M. (1996). Team building using group and peer initiating processes within Imogene King's systems to facilitate CQI (Continuous Quality Improvement). *Masters Abstracts International*, *34-06*, 2346.

Luke, J. (2005). Registered nurses' perceptions towards individuals experiencing pain during sickle cell crisis. *Masters Abstracts International*, *43-06*, 2196.

McCartan, D. P. (2000). Measurement of the quality of life perceptions of in-home hospice patients: A descriptive/exploratory study. *Masters Abstracts International*, *38-06*, 1586.

McGonigle, S. M. (1998). Evaluating outcomes: Client satisfaction with primary nursing in tertiary care. *Masters Abstracts International*, *36-04*, 1066.

Mang, A. M. (2001). Parish nursing. *Masters Abstracts International*, *40-03*, 674.

Peladeau, N. M. (2006). An empirical study of the stress-coping responses of nurses during the several acute respiratory syndrome (SARS) outbreak. *Masters Abstract International*, *44-05*, 2278.

Phillips, E. L. (1995). Diploma nursing students' attitudes toward poverty. *Masters Abstracts International*, *33-06*, 1846.

Pinnock-Philp, B. E. (1998). Attitudes toward restricting food in labor: Differences between caregivers in a tertiary care perinatal center and a birthing center. *Masters Abstracts International*, *36-06*, 1600.

Prince, S. G. (2005). Comparing two different teaching strategies within a practical nursing diploma program. *Masters Abstracts International*, *43-06*, 2199.

Ranta, M. (2000). The effect of mutual goal setting on the self-efficacy to manage heart failure in adults. *Masters Abstracts International*, *39-01*, 196.

Rexford, D. S. (2001). Quality of life in a heart failure population. *Masters Abstracts International*, *40-01*, 152.

Russo-Meck, P. A. (2004). Career preferences of undergra-duate nursing students. *Masters Abstracts International*, *43-05*, 1703.

Six, D. M. (1998). Patient satisfaction with prenatal care services in a rural setting: Time. *Masters Abstracts International*, *36-06*, 1591.

Skariah, R. A. (1999). Analysis of first nation children's drawings of their perceptions of health. *Masters Abstracts International*, *37-04*, 1184.

Sperry, E. J. (1999). Physician perceptions of behaviors associated with the nurse practitioner role. *Masters Abstracts International*, *37-06*, 1821.

Stanley, J. M. (2000). Nurses' perceptions of hypnosis. *Masters Abstracts International*, *38-03*, 685.

Stover, D. C. (1999). A change in patient satisfaction in the endoscopy laboratory. *Masters Abstracts International*, *38-02*, 416.

Tinglin, S. A. (2006). The perceptions of stress in mature female nurses returning to school for graduate studies. *Masters Abstracts International*, *44-06*, 2765.

Villanueva-Noble, N. S. (1998). Cross-cultural analysis of perceptions of health in children's drawings: A replicate study (Philippines, Canada). *Masters Abstracts International*, *36-04*, 1070.

Tesis doctorales

Bigony, M. D. (2007). Perceptions of the nurse-caregiver relationship ands its influence on the utilization of respite care services by spousal caregivers of patients diagnosed with dementia. *Dissertation Abstracts International*, *68-04B*, 2243.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Brooks, E. (1995). Exploring the perception and judgment of senior baccalaureate student nurses in clinical decision-making from a nursing theoretical perspective. *Dissertation Abstracts International*, *56-12B*, 6667.

duMont, P. (1998). The effects of early menarche on health risk behaviors. *Dissertation Abstracts International*, *60-07B*, 3200.

Ehrenberger, H. E. (1998). Testing a theory of decision making derived from King's systems framework in women eligible for a cancer clinical trial. *Dissertation Abstracts International*, *60-07B*, 3201.

Gerstle, D. S. (2001). Relationships among registered nurses' moral judgment and their perception and judgment of pain, and selected nurse factors (Imogene King). *Dissertation Abstracts International*, *62-04B*, 1803.

Gunther, M. E. (2001). The meaning of high quality nursing care derived from King's interacting systems (Imogene King). *Dissertation Abstracts International*, *62-04B*, 1804.

Killeen, M. (1996). Patient-consumer perceptions and responses to professional nursing care: Instrument development. *Dissertation Abstracts International*, *57-04B*, 2479.

Maloni, H. W. (2007). An intervention to effect hypertension, glycemic control, diabetes self-management, self-efficacy, and satisfaction with care in type 2 diabetic VA health care users with inadequate functional health literacy skills. *Dissertation Abstracts International*, *68-04B*, 2253.

May, B. A. (2000). Relationships among basic empathy, self-awareness, and learning styles of baccalaureate prenursing students within King's personal system. *Dissertation Abstracts International*, *61-06b*, 2991.

McKay, T. (1999). An examination of case management nurses' role strain, participative decision making, and their relationships to patient satisfaction: Utilization of King's theory of goal attainment in a managed care environment. *Dissertation Abstracts International*, *60-09B*, 4522.

Sieloff, C. L. (1996). Development of an instrument to estimate the actualized power of a nursing department. *Dissertation Abstracts International*, *57-04B*, 2484.

Sink, K. K. (2001). Perceptions, informational needs, and feelings of competency of new parents. *Dissertation Abstracts International*, *62-01B*, 166.

Whelton, B. T. B. (1996). A philosophy of nursing practice: An application of the Thomistic-Aristotelian concept of nature to the science of nursing. *Dissertation Abstracts International*, *57-03A*, 1176.

Winker, C. (1996). A descriptive study of the relationship of interaction disturbance to the organizational health of a metropolitan general hospital. *Dissertation Abstracts International*, *57-07B*, 4306.

CAPÍTULO 16

Betty Neuman

1924-presente

Modelo de sistemas

Barbara T. Freese y Theresa G. Lawson

«El modelo de sistemas de Neuman está bien situado como directiva para una perspectiva realmente integral de la enfermería. Sus conceptos y procesos son importantes para el siglo XXI y en adelante. Su naturaleza universal y eterna ha demostrado su valor al ser utilizado eficazmente por profesionales de la salud de cualquier ámbito cultural» (B. Neuman, comunicación personal, 28 de diciembre, 2007).

BIOGRAFÍA

Betty Neuman nació en 1924 y creció en una granja de Ohio. Su pasado rural la ayudó a desarrollar un sentimiento de compasión por las personas necesitadas. Neuman finalizó sus estudios básicos de enfermería con honores en la escuela de enfermería del Peoples Hospital (el actual General Hospital) en Akron (Ohio) en 1947. Como joven enfermera se trasladó a California y trabajó en diversos sitios como enfermera hospitalaria, directora de enfermería, enfermera en una escuela, enfermera de empresa e instructora clínica en el Medical Center de la University of Southern California. Se licenció con honores en salud pública y psicología (1957), y completó un máster en salud mental y salud pública (1966) en la UCLA. Asimismo, se doctoró en psicología clínica en la Pacific Western University en 1985 (B. Neuman, comunicación personal, 3 de junio, 1984).

Neuman fue una de las primeras personas que llevó la enfermería al campo de la salud mental. Neuman y Donna Aquilina fueron las dos primeras enfermeras que desarrollaron el rol de enfermera consejera en centros de urgencias comunitarios de Los Ángeles (B. Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). En la UCLA creó un programa de salud mental comunitaria para enfermeras con nivel de posgrado que luego enseñó y mejoró. Desarrolló y publicó su primer modelo explícito de enseñanza y práctica para la consulta de salud mental a finales de la década de 1960, antes de crear su modelo de sistemas (Neuman, Deloughery y Gebbie, 1971). Neuman diseñó un modelo conceptual para estudiantes de la UCLA en 1970 para ampliar la comprensión de las variables del cliente más allá del modelo médico (Neuman y Young, 1972). Neuman publicó su modelo

Autoras anteriores: Barbara T. Freese, Sarah J. Beckman, Sanna Boxley-Harges, Cheryl Bruick-Sorge, Susan Matthews Harris, Mary E. Hermiz, Mary Meininger y Sandra E. Steinkeler.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

por primera vez a principios de la década de 1970 (Neuman y Young, 1972; Neuman, 1974). La primera edición de *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice* se publicó en 1982; en las siguientes ediciones del libro desarrolló y revisó el modelo (Neuman, 1989, 1995, 2002b).

Desde que desarrolló el modelo de sistemas, Neuman ha participado en numerosas publicaciones, presentaciones, consultas y conferencias sobre la aplicación y el uso del modelo. Es miembro de la American Association of Marriage and Family Therapy y de la American Academy of Nursing. Ha impartido clases de formación continuada para enfermeras en la UCLA y en organizaciones de la comunidad durante 14 años y trabajó en la práctica privada como terapeuta matrimonial y familiar licenciada, con especial atención al asesoramiento cristiano. Aunque jubilada, ocasionalmente sigue ofreciendo asesoramiento cristiano y nutricional (B. Neuman, comunicación personal, 9 de diciembre, 2007). Neuman vive en Ohio y dirige la Neuman Systems Model Trustees Group. Trabaja también como consejera internacional para escuelas de enfermería y para organizaciones de práctica enfermera, en las que lleva a la práctica su modelo teórico (B. Neuman, comunicación personal, 18 de julio, 2000; 9 de febrero, 2004; 9 de diciembre, 2007).

FUENTES TEÓRICAS

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos (von Bertalanffy, 1968) en interacción entre ellos y con el entorno (Neuman, 1982). Dentro de este modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental.

El modelo aprovecha elementos de la teoría Gestalt (Perls, 1973), que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio y, en consecuencia, la salud, cuando las condiciones varían. Neuman describe el ajuste como el proceso que permite al organismo satisfacer sus necesidades. Dado que existen muchas necesidades y cada una de ellas puede provocar la pérdida del equilibrio o de la estabilidad en el paciente, el proceso de ajuste es dinámico y continuo. La vida se caracteriza por un cambio continuo del equilibrio al desequilibrio del organismo. Cuando el proceso estabilizador falla hasta cierto punto o cuando el organismo permanece en un estado no armónico durante demasiado tiempo puede producirse la enfermedad. Si el organismo no puede compensar la enfermedad, puede morir (Neuman y Young, 1972).

El modelo también se basa en las opiniones filosóficas de Chardin y Marx (Neuman, 1982). La filosofía de Marx señala que las propiedades de las partes dependen, en cierta medida, de los conjuntos más grandes en los sistemas dinámicamente organizados. Con esta idea, Neuman (1982) confirmó que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de la parte, lo que se corresponde con la filosofía de la totalidad de la vida de Chardin.

Neuman utilizó la definición de *estrés* de Selye, que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El estrés aumenta la necesidad de reajuste. Esta demanda no es específica; requiere la adaptación al problema, independientemente de la naturaleza del mismo. Por tanto, la esencia del estrés es la demanda no específica de la actividad (Selye, 1974). Los elementos estresantes, que pueden ser positivos o negativos, son los estímulos consecuencia del estrés que producen tensión.

Neuman adapta a la enfermería el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan (1964) y relaciona estos niveles de prevención con la enfermería. La prevención primaria actúa protegiendo al organismo antes de que entre en contacto con un elemento estresante peligroso. Esta prevención implica la reducción de la posibilidad de encontrarse con este elemento estresante o se fortalece la reacción del organismo para disminuir la reacción del elemento estresante. Las prevenciones secundaria y terciaria son posteriores a la aparición del elemento estresante. La prevención secundaria intenta reducir el efecto o el posible efecto de los elementos estresantes a través del diagnóstico precoz y de un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. Neuman lo describe como el fortalecimiento de las líneas internas de resistencia. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del elemento estresante y devolver al cliente el bienestar después del tratamiento (Capers, 1996; Neuman, 2002b).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES

Betty Neuman (2001) describe el modelo de sistemas de Neuman afirmando lo siguiente:

> El modelo de sistemas de Neuman refleja el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud. Se subrayan las percepciones de los clientes y de las enfermeras respecto a los elementos estresantes y a los recursos, y los clientes actúan conjuntamente con las enfermeras para establecer objetivos e identificar intervenciones de prevención relevantes. El individuo, la familia u otro grupo, la comunidad o un problema social son sistemas cliente considerados compuestos de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que interactúan (p. 322).

Los conceptos principales identificados en el modelo (v. fig. 16-1) son: visión integral, sistema abierto (incluyendo función, entrada y salida, retroalimentación, negentropía y estabilidad), entorno (incluido el entorno creado), sistema cliente (incluyendo las cinco variables, estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de defensa), salud (de bienestar a enfermedad), elementos estresantes, grado de reacción, prevención como intervención (tres niveles) y reconstitución (Neuman, 2002b, pp. 12-30; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

VISIÓN HOLÍSTICA O INTEGRAL

El modelo de sistemas de Neuman es un planteamiento de sistemas dinámico y abierto para el cuidado del cliente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir el problema de la enfermería y entender al cliente cuando interacciona con el entorno. El cliente como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad u objeto de estudio (Neuman, 2002b, p. 15).

Los clientes son considerados como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. El modelo considera simultáneamente todas las variables que afectan al sistema del cliente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Neuman incluyó la variable en la segunda edición (1989). En la segunda edición cambió la ortografía del término *holistic* por *wholistic* para aumentar la comprensión del término refiriéndose a la persona como un todo (B. Neuman, comunicación personal, 20 de junio, 1988).

SISTEMA ABIERTO

Un sistema es abierto cuando los elementos se intercambian la energía de la información en una organización compleja. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Función o proceso

El cliente es un sistema que intercambia energía, información y materia con el entorno mientras utiliza recursos energéticos disponibles para moverse hacia la estabilidad y la integración (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Entrada y salida

Para el cliente como sistema, la entrada y la salida son la materia, la energía y la información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno (Neuman, 2002c, p. 323).

Retroalimentación

La salida del sistema en forma de materia, energía e información sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema (Neuman, 2002c, p. 323).

Negentropía

Neuman la define como «... un proceso de utilización de la energía que favorece la progresión del sistema hacia la estabilidad y el bienestar» (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

Estabilidad

La estabilidad es un estado dinámico y deseado de equilibrio en el que el sistema soporta con éxito los elementos estresantes, es decir, puede mantener un nivel adecuado de salud (Neuman, 2002c, p. 324; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

ENTORNO

Las fuerzas internas y externas que afectan y se ven afectadas por el cliente en cualquier momento conforman el entorno (Neuman, 2002c, p. 322; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Entorno creado

El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el cliente para expresar simbólicamente la integridad del sistema. Su propósito es proporcionar un sitio seguro para el funcionamiento del sistema cliente y para aislar al cliente de los elementos estresantes (Neuman, 2002b, pp. 19-20; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

SISTEMA CLIENTE

El sistema cliente consta de cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual) en interacción con el entorno. La variable fisiológica hace referencia a la estructura y a la función del organismo. La variable psicológica hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno. La variable sociocultural hace referencia a los efectos y a las influencias de condiciones sociales y culturales. La variable de desarrollo hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad. La variable espiritual hace referencia a creencias e influencias espirituales (Neuman, 2002c, p. 322; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Estructura básica del cliente

El cliente es un sistema compuesto de una estructura central rodeada de anillos concéntricos. El círculo interno del diagrama (v. fig. 16-1) representa los factores básicos de supervivencia o los recursos de energía del cliente. Esta estructura central «consta de factores de supervivencia básicos comunes a todos los miembros de las especies» como características innatas o genéticas (Neuman, 2002c, p. 322; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Líneas de resistencia

Las series de círculos de líneas intermitentes alrededor de la estructura central básica se denominan *líneas de resistencia*. Estos círculos representan los factores de recursos que ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante. Un ejemplo de ello es el sistema inmunitario del organismo (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Cuando las líneas de resistencia son eficaces, el sistema cliente puede reconstituirse; si son ineficaces, puede sobrevenir la muerte. La cantidad de resistencia a un factor estresante está determinada por la interrelación de las cinco variables del sistema cliente (Neuman, 2001, p. 322).

Línea normal de defensa

La línea normal de defensa es el círculo del sistema que se encuentra en el exterior y tiene una línea continua. Representa un estado de estabilidad para el individuo o el sistema. Se mantiene a lo largo del tiempo y sirve como un estándar para valorar las desviaciones del bienestar normal del cliente. Incluye las variables y las conductas del sistema, como los patrones habituales de control del individuo, su estilo de vida y el estadio de desarrollo (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995). La expansión de la línea normal de defensa refleja una mejora del estado de bienestar; una contracción refleja un estado reducido de bienestar (Neuman, 2001, p. 322).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

Línea flexible de defensa

El círculo exterior de línea discontinua del modelo se denomina la línea flexible de defensa. Este círculo es dinámico y puede verse alterado rápidamente en un breve período de tiempo. Se percibe como un amortiguador de protección que evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y entren en el estado normal de bienestar. La relación de las variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual) puede afectar el punto hasta el cual los individuos son capaces de utilizar la línea flexible de defensa contra posibles reacciones al elemento o elementos estresantes, como la pérdida de sueño (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Neuman describe la línea flexible de defensa como el primer mecanismo protector del sistema cliente. «Cuando la línea flexible de defensa se expande, proporciona una mayor protección a corto plazo contra la invasión de elementos estresantes; cuando se contrae, proporciona menos protección» (Neuman, 2001, p. 322).

SALUD

La salud incluye un movimiento continuo pleno del bienestar a la enfermedad. Es dinámica y cambia constantemente. El bienestar óptimo se alcanza cuando se satisfacen plenamente todas las necesidades del sistema (Neuman, 2002c, p. 323).

Bienestar

El bienestar existe cuando las partes del sistema del cliente interaccionan en armonía con el sistema completo. Y se satisfacen las necesidades del sistema (Neuman, 2002c, p. 324; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Enfermedad

La enfermedad se encuentra en el otro extremo del movimiento continuo del bienestar. Aparece cuando no se satisfacen las necesidades y causa un estado de inestabilidad y gasto de energía (Neuman, 2002c, p. 324; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

ELEMENTOS ESTRESANTES

Los elementos estresantes son estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del sistema del cliente y que dan lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo. Pueden ser consecuencia de lo siguiente:

- Fuerzas intrapersonales que tienen lugar en el interior del individuo, como las respuestas condicionadas.
- Fuerzas interpersonales que tienen lugar entre uno o más individuos, como las expectativas de rol.
- Fuerzas extrapersonales que se dan en el exterior del individuo, como las circunstancias económicas (Neuman, 2002c, p. 324; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

GRADO DE REACCIÓN

El grado de reacción representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa (Neuman, 2002c, p. 322; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

PREVENCIÓN COMO INTERVENCIÓN

Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantenga. Pueden producirse antes o después de que las líneas de defensa y resistencia sean superadas. Neuman está de acuerdo en iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o éste ya ha sido identificado. Las intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Neuman indica tres niveles de intervención: *a)* primario; *b)* secundario, y *c)* terciario (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

Prevención primaria

Hay que llevar a cabo una prevención primaria cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o ya se ha identificado su presencia. Aunque aún no ha tenido lugar una reacción, ya se conoce el grado de riesgo. El objetivo es reducir la posibilidad de un encuentro con el elemento estresante o reducir la posibilidad de una reacción (Neuman, 1982, p. 15; 2002c, p. 323).

Prevención secundaria

La prevención secundaria es el conjunto de intervenciones o de tratamientos iniciados después de que se manifiesten los síntomas de estrés. Los recursos internos y externos del cliente se utilizan para reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia (Neuman, 1982, p. 15; v. también Neuman, 2002c, p. 323).

Prevención terciaria

La prevención terciaria tiene lugar después del tratamiento activo o de la fase de prevención secundaria. Pretende conseguir que el paciente recupere la estabilidad óptima del sistema. El objetivo es mantener el bienestar óptimo por prevención de la recurrencia de la reacción o la regresión. La prevención terciaria retrocede en forma de círculos hacia la prevención primaria. Un ejemplo consiste en la evitación de los elementos estresantes que el cliente sabe que son peligrosos (Neuman, 2002c, p. 323; v. también Neuman, 1982, 2002b).

RECONSTITUCIÓN

La reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes. Representa el retorno del sistema a la estabilidad, que puede ser a un nivel superior o inferior de bienestar que antes de la invasión del elemento estresante (Neuman, 2002c, p. 324).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Neuman conceptualizó el modelo a partir de teorías consolidadas antes de que empezara la investigación enfermera del modelo. Inicialmente evaluó la utilidad del modelo presentando una herramienta a sus estudiantes universitarios de enfermería en la UCLA y publicó los datos obtenidos en *Nursing Research* (Neuman y Young, 1972). Investigaciones enfermeras posteriores han dado pruebas empíricas suficientes en apoyo del modelo de sistemas de Neuman (fig. 16-1).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Neuman (1982) cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una «profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés» (p. 14). La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra; por ello, Neuman (1995) afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse.

Persona como cliente o sistema cliente

Neuman presenta el concepto de persona como un sistema cliente abierto en interacción recíproca con el entorno. El cliente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual (Neuman, 2002c, p. 322).

Salud

Neuman considera que su trabajo es un modelo de bienestar. Para ella, la salud es un movimiento continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente. Neuman afirma: «Un bienestar o una estabilidad óptimas indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas» (2002c, p. 323).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

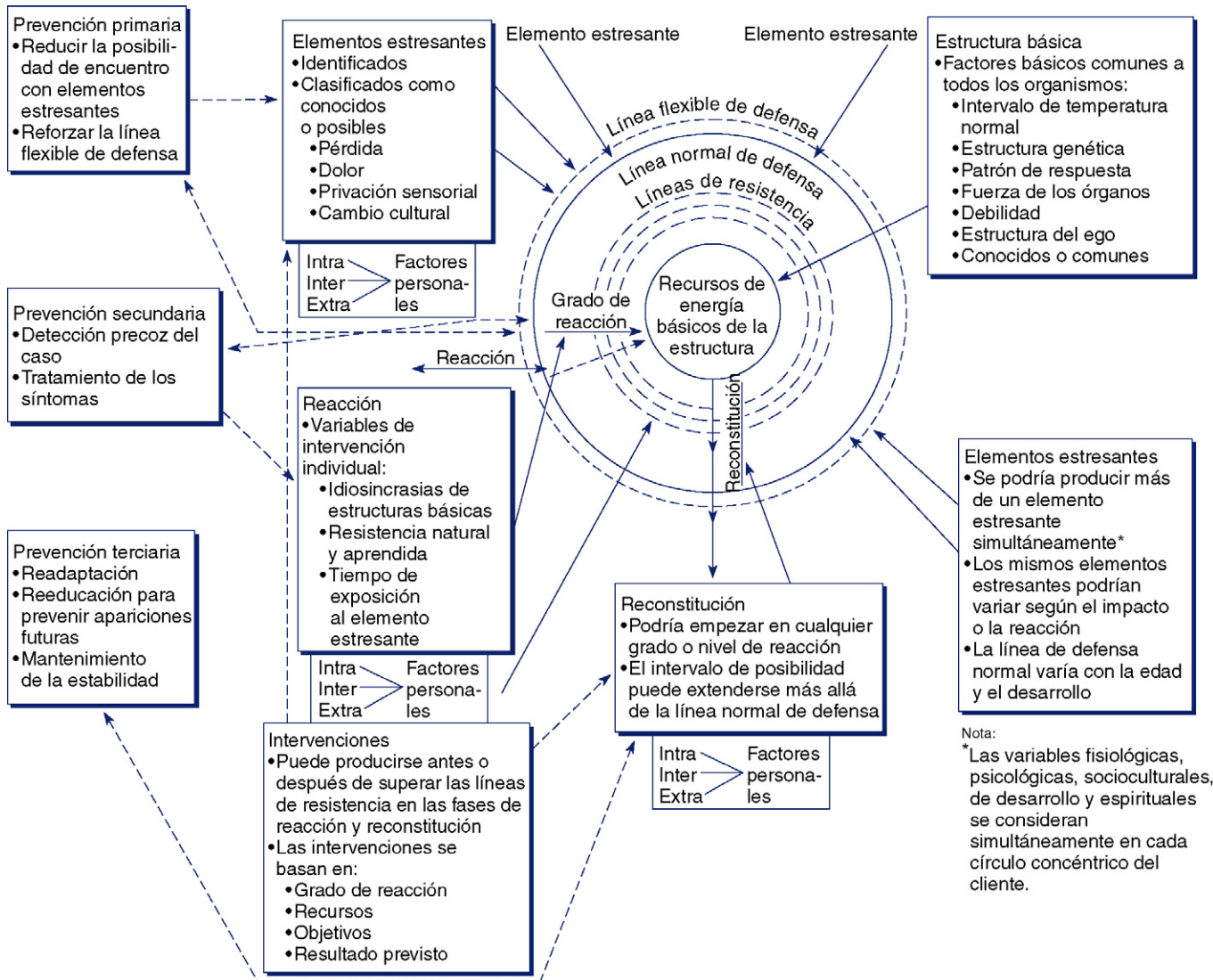


Figura 16-1 **El modelo de sistemas de Neuman.** (Copyright original 1970 por Betty Neuman. Utilizado con autorización.)

Entorno

Neuman define el *entorno* como todos los factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extrapersonal) son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla (2002c, pp. 322, 324).

Neuman (1995) identificó tres tipos de entornos: *a)* interno, *b)* externo y *c)* creado. El entorno interno es intrapersonal e incluye todas las interacciones interiores del cliente. El entorno externo es interpersonal o extrapersonal todos los factores surgen del exterior del cliente. El entorno creado se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza para mejorar la capacidad de control protectora. Este entorno es básicamente intrapersonal. El entorno creado es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para crear un efecto aislante que ayuda al paciente a controlar la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, cambiando la identidad o la situación. Algunos ejemplos del entorno creado son la negación (variable psicológica) y la continuación del ciclo vital de los patrones de supervivencia (variable de desarrollo). El entorno creado siempre influye y a su vez recibe las influencias de los cambios en el estado de bienestar que el cliente percibe (Neuman, 1995, 2002c).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Las afirmaciones teóricas son las relaciones que se establecen entre los conceptos esenciales del modelo (Torres, 1986). El modelo de Neuman describe a la enfermera como un participante activo junto al cliente y como «preocupada por todas las variables que intervienen en la respuesta del individuo a los elementos estresantes» (Neuman, 1982, p. 14). El cliente mantiene una relación recíproca con el entorno, ya que «interacciona ajustando el entorno o ajustándose a sí mismo al entorno» (Neuman, 1982, p. 14). Neuman une los cuatro conceptos básicos de persona, entorno, salud y enfermería en sus afirmaciones sobre prevención primaria, secundaria y terciaria. Las primeras obras que Neuman publicó propusieron unos supuestos básicos que estaban relacionados con los conceptos elementales del modelo. Estas afirmaciones se han aceptado como proposiciones y sirven para definir los conceptos del modelo, describirlos y unirlos. Se han propuesto, comprobado y publicado numerosas afirmaciones teóricas, como describen Neuman y Fawcett (2002).

FORMA LÓGICA

Neuman utilizó la lógica inductiva y deductiva para desarrollar su modelo. Como ya se ha comentado, el modelo de Neuman proviene de otras teorías y disciplinas. Asimismo, es un producto de la filosofía y de las observaciones de Neuman basadas en la enseñanza de la enfermería de salud mental y del asesoramiento clínico (Fawcett, Carpenito, et al., 1982).

APLICACIONES POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Alligood (2006) aclara que un modelo conceptual proporciona un marco de referencia, mientras que una gran teoría propone una dirección o acción que puede comprobarse. El modelo de sistemas de Neuman es un modelo y una gran teoría enfermera. Como modelo, proporciona un marco conceptual para la práctica, la investigación y la formación enfermeras (Freese, Neuman y Fawcett, 2002; Louis, Neuman y Fawcett, 2002; Newman, Neuman y Fawcett, 2002). Como gran teoría, propone maneras de considerar los fenómenos enfermeros y las acciones enfermeras en forma de suposiciones básicas que se asume que son ciertas, pero que pueden formar proposiciones para ser comprobadas (Neuman, 2002b).

El modelo sirve por igual a todos los niveles de formación enfermera y a una gran variedad de áreas de la práctica. Se adapta bien transculturalmente y se utiliza a menudo en enfermería de salud pública de otros países. El modelo se usa ampliamente en Estados Unidos, Canadá y Holanda. Se ha empleado en todo el mundo (Australia, Brasil, Corea, Costa Rica, Dinamarca, Egipto, España, Finlandia, Gales, Ghana, Holanda, Hong Kong, Inglaterra, Islandia, Japón, Kuwait, Nueva Zelanda, Portugal, Puerto Rico, República de China, Suecia, Taiwán y la ex Yugoslavia).

El International Biennial Neuman Systems Model Symposia proporciona un foro entre culturas para que profesionales, educadores, investigadores y estudiantes compartan información sobre su uso del modelo. El primer simposio se celebró en 1986

en el Neumann College de Aston, Pensilvania. Los siguientes simposios se han celebrado en 1988 en Kansas City (Missouri), en 1990 en Dayton (Ohio), en 1993 en Rochester (Nueva York), en 1995 en Orlando (Florida), en 1997 en Boston (Massachusetts), en 1999 en Vancouver (British Columbia), en 2001 en Salt Lake City (Utah), en 2003 en Willow Grove (Pensilvania), en 2005 en Akron (Ohio) y en 2007 en Ft. Lauderdale (Florida). En cada uno de estos simposios se ha podido observar un aumento de los países participantes y de otras disciplinas además de la enfermería.

Práctica profesional

El uso del modelo de sistemas de Neuman en la práctica enfermera facilita la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del cliente, aunque el modelo también resulta apropiado para un uso multidisciplinario que evite la fragmentación del cuidado del cliente. El modelo delimita un sistema del cliente y una clasificación de los elementos estresantes que todos los miembros del equipo sanitario pueden entender y utilizar (Mirenda, 1986). Se han publicado guías para el uso del modelo en la práctica clínica (Freese et al., 2002) y para la administración de servicios de asistencia sanitaria (Shambaugh, Neuman y Fawcett, 2002).

Se han publicado varios instrumentos para facilitar el uso del modelo. Entre ellos se encuentra una herramienta de valoración y de intervención para ayudar a las enfermeras a recopilar y sintetizar los datos del cliente, un formato para la prevención como intervención y un formato para la aplicación del proceso enfermero en el marco del modelo de sistemas de Neuman (Neuman, 2002a; Russell, 2002).

El formato del proceso enfermero de Neuman está integrado por tres pasos: *a)* diagnósticos enfermeros; *b)* objetivos enfermeros, y *c)* resultados enfermeros. (Cuando se usa en otras disciplinas, el término *enfermero* se cambia en consonancia.) El diagnóstico consiste en obtener una amplia base de datos a partir de la cual pueden determinarse variaciones del bienestar. Se establecen los objetivos mediante negociación entre el cliente y el cuidador de los cambios de prescripción deseados para corregir las variaciones del bienestar. Los resultados se establecen en relación con el objetivo de uno o más de los tres modos de prevención como intervención. A continuación, la evaluación se utiliza para confirmar que se han conseguido los resultados deseados o para reformular los objetivos o los resultados.

Neuman (2002a) esboza su formato del proceso enfermero aclarando los pasos del proceso para utilizar su modelo en el apéndice C (Neuman y Fawcett, 2002, pp. 348-349). Russell (2002) proporciona una revisión de herramientas clínicas utilizando el modelo para guiar la práctica enfermera con individuos, familias, comunidades y organizaciones.

La amplitud del modelo de Neuman facilita que pueda aplicarse y adaptarse en una gran variedad de entornos de la práctica enfermera, ya sean hospitales, residencias de ancianos, centros de rehabilitación, hospitales para enfermos terminales, unidades de salud mental, maternidades y servicios basados en la comunidad como prácticas enfermeras en congregaciones. Se citan numerosos ejemplos en los libros de Neuman (1982, 1989, 1995, 2002b). El enfoque del modelo holístico lo hace especialmente aplicable a clientes que presentan complejos factores estresantes que afectan a múltiples variantes del cliente, como una enfermedad renal en fase terminal (Graham, 2006).

El modelo se utiliza para guiar la práctica enfermera en países de todo el mundo. Por ejemplo, en Holanda guía Emergis, un programa global de salud mental que proporciona atención psiquiátrica a niños, adolescentes, adultos y ancianos, tratamiento de la adicción y servicios sociales (Munck y Merks, 2002). Este modelo se ha modificado para la práctica enfermera en Malasia para reforzar el papel de la familia en el cuidado de los pacientes (Shamsudin, 2002).

El modelo de Neuman proporciona una perspectiva de los sistemas para utilizarlo en personas y familias, en la práctica basada en la comunidad con grupos y en enfermería de salud pública, porque sus principios integrales pueden ayudar a las enfermeras a conseguir un cuidado de gran calidad por medio de prácticas basadas en la evidencia (Ume-Nwagbo, Dewan y Lowry, 2006). Anderson, McFarland y Helton (1986) utilizaron el modelo para valorar las necesidades sanitarias de una comunidad, en la que identificaron la violencia hacia las mujeres como una de las principales preocupaciones de la salud comunitaria. Este modelo se ha utilizado para promover la salud en ciudadanos de edad avanzada en un centro de enfermería comunitaria de Pensilvania (Newman, 2005), para dirigir una práctica clínica de una escuela pública de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfermeras (Vito, 2005) y como marco para una práctica enfermera de distrito (Kathleen Vito, comunicación personal, 21 de abril, 2005).

Asimismo, el modelo es funcional en casos agudos. Por ejemplo, el Children's Hospital of Michigan de Detroit adoptó el modelo de sistemas de Neuman como modelo conceptual enfermero que implementar en su centro. Como parte del proceso de implementación, se revisaron o crearon varios documentos para reflejar el cuidado enfermero utilizando conceptos del modelo, como la Pediatric Admission Database y el Neuman Process Summary (Torakis y Smigielski, 2000). Se utiliza para guiar la práctica enfermera en el Foote Health System de Michigan (Johnson-Crisanti et al., 2005).

El modelo de sistemas de Neuman se utiliza eficazmente para mejorar la enfermería práctica avanzada (Fawcett, Newman y McAllister, 2004; Geib, 2006; Gigliotti, 2002). Por ejemplo, enfermeras clínicas especialistas han utilizado el modelo para identificar problemas de salud importantes en adultos de edad avanzada que viven en la comunidad (Imamura, 2002). El modelo también se ha utilizado para guiar el desarrollo de pautas para un programa de Sexual Assault Nurse Examiner basado en la comunidad (Melton, Secrest, Chien y Andersen, 2001).

El modelo funciona bien a nivel multidisciplinar. Como ejemplo, se utiliza para guiar un abordaje en equipo del cuidado holístico en ancianos después de una fractura de fémur (Kain, 2000). También ha resultado útil en la gestión de casos hospitalarios en varios hospitales de Kansas; en el desarrollo de los equipos de gestión de casos intervienen trabajadores sociales y personal de enfermería (Wetta-Hall, Berry, Ablah, Gillispie y Stepp-Cornelius, 2004). Sigue investigándose para validar su aplicación en campos distintos de la enfermería.

Formación

El modelo es bien aceptado en los círculos académicos y se utiliza con frecuencia como guía para los planes de estudios. Se ha utilizado en Estados Unidos y en países como Australia, Canadá, Corea, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Japón, Kuwait, Portugal y Taiwán (Beckman et al., 1994; Lowry, 2002). En una revisión integradora del uso del modelo en programas educativos a todos los niveles, Lowry (2002) explica que «aunque en la formación enfermera la tendencia actual es hacia el eclecticismo, el modelo de sistemas de Neuman ha sido útil para numerosos programas...» y se selecciona con frecuencia en otros países para facilitar el aprendizaje de los estudiantes (p. 231). Se han publicado guías para el uso del modelo en la formación para las profesiones de la salud (Newman et al., 2002).

La perspectiva integral del modelo proporciona un marco eficaz para la enseñanza general de la enfermería. Lowry y Newsome (1995) observaron en un estudio de 12 programas de preparación para la diplomatura que se utilizaba el modelo como un marco conceptual para la elaboración de planes de estudios. Los resultados indican que las estudiantes utilizaban el modelo más a menudo en los roles de profesor y cuidador, y que tendían a continuar la práctica basándose en el modelo de sistemas de Neuman cuando se graduaban. Se ha seleccionado el modelo de Neuman para programas de diplomatura por su base teórica y sus amplias perspectivas para un plan de estudios integral y por su potencial de uso con el individuo, la familia, los pequeños grupos y la comunidad. La Neumann College Division of Nursing fue la primera escuela que utilizó el modelo de sistemas de Neuman como base conceptual para el plan de estudios y el planteamiento de cuidado del cliente en 1976.

El modelo se ha utilizado en la Lander University en Greenwood, Carolina del Sur, como marco para la enseñanza de enfermería en la licenciatura desde 1987 (Freese y Lander University Nursing Faculty, 1995). Este modelo proporciona el marco para programas de formación en enfermería en la Palm Beach Atlantic University (Alligood, 2004), la East Tennessee State University (Lois Lowry, comunicación personal, 22 de abril de 2005), la Purdue University en Fort Wayne (Boxley-Harges, Beckman y Bruick-Sorge, 2007) y el Newberry College (Betsy McDowell, comunicación personal, 3 de enero, 2007).

El modelo funciona igual de bien para guiar el aprendizaje clínico. Por ejemplo, se usa en estudiantes de enfermería en un centro de enfermería comunitario (Newman, 2005) y para enseñar a los estudiantes de enfermería a mejorar la salud de las comunidades (Falk-Rafael et al., 2004). Se usa como un marco extenso para organizar los datos recogidos por estudiantes de enfermería de pacientes de una maternidad en la University of South Florida (Lowry, 2002). Bruick-Sorge (2007)

describió la utilización del modelo en una simulación clínica para mejorar las aptitudes de pensamiento crítico utilizando los conceptos del modelo.

El modelo ha demostrado su eficacia como marco para la educación de pacientes. Salvador (2006) explicó su empleo por un grupo de enfermeras que elaboraron una guía de cuidado bucal para pacientes sometidos a un trasplante autólogo de células madre. La inclusión en el modelo de la percepción del cliente y de la enfermera lo hace especialmente importante para enseñar en diversas culturas. Neuman (2001) afirmó que varios expertos facilitan el uso del modelo en diversas culturas en diferentes países, incluyendo Guatemala, Kuwait, Tailandia y Taiwán, y que se utiliza como guía para los programas enfermeros en Jordania, Taiwán, Guam e Islandia.

El modelo de sistemas de Neuman se utiliza para guiar el aprendizaje en el aula y en el ámbito clínico, en múltiples niveles de currículos de enfermería y relacionados con la salud en todo el mundo. Se evidencia claramente la aceptación por la comunidad educativa enfermera. Con la mayor formación enfermera en línea, será imprescindible que el profesorado de enfermería busque nuevos métodos para presentar esta información a estudiantes de todos los niveles.

Investigación

En la última década se han realizado numerosas investigaciones sobre los componentes del modelo para crear una teoría enfermera y utilizar el modelo como un marco conceptual para desarrollar la enfermería como una disciplina científica. Las normas para realizar una investigación enfermera basada en el modelo de sistemas de Neuman, especificadas por Fawcett, administradora del modelo de Neuman, se basan en su contenido y en la bibliografía relacionada con éste (Fawcett y Gigliotti, 2001). Se han publicado guías para utilizar el modelo en investigación enfermera (Louis et al., 2002).

En la tercera edición de *The Neuman Systems Model* (Louis, 1995) se trataba su uso en la investigación enfermera y se identificaban cerca de 100 estudios, dirigidos entre 1989 y 1993 y para los que el modelo facilitaba el marco organizativo. La tercera edición también contiene una bibliografía de estudios seleccionados que se realizaron entre 1989 y 1993, con un apéndice de estudios publicados en revistas, disertaciones y tesis de másteres. En la cuarta edición de *The Neuman Systems Model*, Fawcett y Giangrande (2002) presentan una revisión integrada de 200 informes de investigación del uso del modelo que fueron publicados en 1997. Skalski, DiGerolamo y Gigliotti (2006) publicaron una revisión bibliográfica de 87 estudios basados en el modelo de sistemas de Neuman para identificar y clasificar elementos estresantes en el sistema cliente. El modelo de sistemas de Neuman es utilizado con frecuencia por enfermeras investigadoras como un marco conceptual, porque se presta a métodos cuantitativos y cualitativos. Ejemplos recientes de estudios cualitativos incluyen estudios de despertar la conciencia en enfermeras de cuidados intensivos (Moola, 2006), de la toma de decisiones en formación en línea asíncrona (Molinari, 2001), de los efectos de la artrosis crónica (Potter y Zauszniewski, 2000) y del significado de la espiritualidad entre adultos de edad avanzada (Lowry, 2005). Entre los ejemplos de estudios cuantitativos se incluyen investigaciones de problemas sufridos por lactantes expuestos al humo del tabaco en el entorno (Stepans y Knight, 2002; Stepans, Wilhelm y Dolence, 2006), de conductas de afrontamiento en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama (Lancaster, 2005), del estrés del papel maternal-estudiante (Gigliotti, 2004, 2007), de la actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud en los ancianos (Binhosen et al., 2003), del maltrato en ancianos (Kottwitz y Bowling, 2003) y de las necesidades de los supervivientes de cáncer (Narsavage y Romeo, 2003). Jones-Cannon y Davis (2005) pusieron en marcha un método mixto para examinar estrategias de afrontamiento entre mujeres afroamericanas encargadas de cuidar a sus padres ancianos.

Este modelo funciona bien para estudiar áreas de interés entre culturas. Recientemente se utilizó en Malasia para estudiar las necesidades espirituales de los pacientes y el papel de las enfermeras para satisfacerlas (Shamsudin, 2002), estudiar la actividad física y la salud entre personas ancianas en Tailandia (Binhosen et al., 2003), comparar los factores de riesgo en la salud de los niños en Corea y Estados Unidos (McDowell, Chang y Choi, 2003) y estudiar la eficacia de un programa comunitario de rehabilitación pulmonar en tailandeses con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Noonhill, Sindhu, Hanucharunkul y Suwonnaroop, 2007).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los estudiantes universitarios utilizan, a menudo, el modelo en tesis y disertaciones. Ejemplos recientes incluyen estudios de las relaciones entre estrés, rol y tensión laboral, y sueño en enfermeras de mediana edad que trabajan por turnos (Brown, 2004), de las experiencias infantiles de mujeres que sufren violencia de género (Reeves, 2005a, 2005b), del entorno creado como fuerza de afrontamiento para mujeres maltratadas y sin techo (Hemphill, 2006), de la relación entre comodidad, espiritualidad y calidad de vida entre residentes en un centro de cuidados crónicos en Taiwán (Lee, 2005) y de la relación entre consumo de alcohol y muerte involuntaria de adultos de edad avanzada (Rohr, 2006).

Los primeros estudios que utilizaron el modelo de sistemas de Neuman se enumeran en ediciones anteriores de este capítulo. En la bibliografía del final del capítulo hay más estudios que utilizan este modelo.

El Biennial Neuman Systems Model Symposium es un foro adecuado para presentar la investigación (finalizada y en curso). En el décimo (2005) y onceavo (2007) simposios, enfermeras de Estados Unidos, Canadá y Holanda presentaron los numerosos estudios que utilizaron el modelo. Se publicaron estudios sobre experiencias de mujeres relacionadas con la violencia de género (Reeves, 2005b), sobre cambios del estado de salud percibidos en adultos de edad avanzada victimizados criminalmente (Burnett, 2005), sobre la influencia de cada variable en la salud percibida en adultos de edad avanzada (Buck, 2005) y sobre creencias y prácticas en la crianza de niños asiático-americanos (McDowell, 2005). Las investigaciones presentadas en el decimoprimer simposio incluyeron estudios sobre la experiencia vivida por la enfermera químicamente dependiente (Dittman, 2007), el desarrollo en la facultad antes de facilitar los trabajos del curso en línea (Greer y Clay, 2007), las intervenciones para reducir el desgaste profesional de las enfermeras (Gunesen, 2007), las debilidades descubiertas de las mujeres maltratadas y sin techo (Hemphill y Quillen, 2007), la calidad del sueño en pacientes de cirugía cardiotorácica (Nelson, 2007) y comprender las limitaciones de vehículos infantiles por parte de padres chinos (Ren, Snowdon y Thrasher, 2007).

Los proyectos de investigación presentados en simposios previos (1993-2003) se han mencionado en ediciones previas de este capítulo.

El modelo de sistemas de Neuman se utiliza ampliamente para proporcionar el marco conceptual para proyectos de investigación en Estados Unidos y en otros países. Como puede verse, la aceptación de este modelo por parte de la comunidad enfermera es evidente.

DESARROLLOS POSTERIORES

Cuando se publicó por primera vez, se consideró que el modelo de sistemas de Neuman estaba en una fase muy inicial del desarrollo teórico (Walker y Avant, 1983). Aunque el diagrama en sí no ha cambiado, el modelo ha mejorado en cuanto a su empleo y se ha seguido desarrollando en publicaciones posteriores (Fawcett, 2001). Desde 2000, se han confirmado y continuado desarrollando al menos dos componentes. Los principales avances incluyen la espiritualidad (Beckman et al., 2007; DiJoseph y Cavendish, 2005; Lee, 2005; Lowry, 2005) y el concepto de entorno creado (Hemphill, 2006; Skillen, 2001).

Continúa el proceso para establecer la plena validez mediante la investigación, como sucede en la mayoría de modelos enfermeros. Se ha demostrado que el modelo de sistemas de Neuman funciona bien pragmáticamente. Las investigaciones adicionales sobre las líneas circulares que rodean el centro (líneas de resistencia, línea normal de defensa, línea flexible de defensa) contribuirán a su validez (B. Neuman, comunicación personal, 6 de enero, 2008).

Establecer la credibilidad completa del modelo depende de la realización de más estudios y de la demostración de la teoría de nivel intermedio en el modelo. Neuman y Koertvelyessy identificaron las dos teorías que se obtenían a partir del modelo: *a)* teoría de la estabilidad óptima del sistema cliente y *b)* teoría de la prevención como intervención (Fawcett, 1995b). Breckenridge (1995) describió el uso del modelo para desarrollar una teoría de nivel intermedio por medio de la investigación, basándose en la práctica con pacientes nefrológicos. Sin embargo, Gigliotti (2003) afirma que «... hasta el momento no se han desarrollado teorías de nivel intermedio derivadas del MSN explícitas» (p. 202). Debe seguir investigándose en el modelo de sistemas de Neuman para validar la relación entre los conceptos del modelo y los resultados de la investigación (Fawcett y Giangrande, 2002).

En 1988, se estableció el Neuman Systems Model Trustee Group para la preservación, protección y perpetuación de la integridad del modelo en el futuro de la enfermería (Neuman, 2002d). Los miembros de este grupo, profesionales dedicados, proceden de varios países y fueron elegidos personalmente por Neuman.

El instituto del modelo de sistemas de Neuman se ha organizado para elaborar y probar teorías de nivel intermedio derivadas del modelo. El trabajo preliminar realizado incluye fuentes, identificar conceptos y las relaciones entre ellos, y sintetizar las investigaciones existentes basadas en conceptos del modelo de sistemas de Neuman (Gigliotti, 2003).

CRÍTICA

Neuman elaboró un amplio modelo conceptual que utiliza los conceptos de sistemas pertinentes a la amplitud del fenómeno enfermero. La perspectiva integral del modelo permite utilizar una extensa creatividad. Sigue siendo importante para la enfermería y otras profesiones sanitarias en el futuro.

Claridad

Neuman presenta conceptos abstractos conocidos por las enfermeras. Los conceptos del modelo de cliente, entorno, salud y enfermería son coherentes con los valores tradicionales del metaparadigma de la enfermería. Los conceptos que Neuman define y los que utiliza de otras disciplinas son coherentes con todo el modelo. Sin embargo, en cuanto a la claridad del modelo se ha criticado que es necesario definir los conceptos de forma más completa (August-Brady, 2000; Heyman y Wolfe, 2000).

Simplicidad

Este modelo incluye conceptos organizados de manera compleja, aunque lógica. Entre los conceptos existen múltiples interrelaciones y las variables tienden a solaparse hasta cierto punto. Los conceptos se unen, pero si estuvieran totalmente separados se perdería el significado teórico. Neuman afirmó que los conceptos pueden separarse para su análisis, para establecer objetivos específicos y para las intervenciones (B. Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). Puede utilizarse este modelo para explicar el estado de equilibrio dinámico del cliente y la reacción o posible reacción a los elementos estresantes. Si se utiliza el concepto de prevención en el marco del trabajo, puede predecirse el origen de los elementos estresantes. Puesto que el modelo es complejo, no puede describirse como un marco sencillo; no obstante, las enfermeras que utilizan este modelo creen que es fácil de comprender y de utilizar en diferentes culturas y en ámbitos muy variados de la práctica.

Generalidad

El modelo de sistemas de Neuman se ha utilizado en una gran variedad de situaciones enfermeras, ya que es fácil de adaptar y es lo suficientemente amplio. Algunos conceptos son amplios y representan el fenómeno del «cliente», que puede ser una persona o un sistema más grande. Otros conceptos son más definidos e identifican modos específicos de acción, como la prevención primaria. El amplio alcance del modelo permite que sea útil a las enfermeras y a otros profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con individuos, familias, grupos o comunidades de todos los entornos de la asistencia sanitaria.

Los profesionales de la salud más allá de la enfermería pueden utilizar el modelo como marco para los cuidados, dado que su perspectiva global puede acomodarse a diversas perspectivas para la valoración y el cuidado del cliente. Su propuesta y su énfasis en implicar al cliente como participante activo se adaptan muy bien a los valores contemporáneos (como prevención y control interdisciplinar de los cuidados).

Precisión empírica

Aunque el modelo no se ha probado totalmente, se usa extensamente como guía para la investigación enfermera. Los primeros trabajos (Hoffman, 1982; Louis y Koertvelyessy, 1989) aportaron documentación inicial de confirmación empírica. Las pruebas y las mejoras continuadas mediante el trabajo del instituto de investigación y de investigadoras enfermeras independientes aumentarán la precisión empírica del modelo con la investigación continuada y el resumen de los resultados de múltiples estudios (Gigliotti, 1999, 2003; Skalski, DiGerolamo y Gigliotti, 2006).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Consecuencias deducibles

El modelo conceptual de Neuman proporciona a la enfermera profesional importantes directrices para valorar el sistema cliente, la utilización del proceso enfermero y la implantación de la intervención preventiva. El hincapié que hace en la prevención primaria y en las facilidades interdisciplinarias del cuidado es una idea futurista y mejora la calidad del cuidado. El proceso enfermero de Neuman cumple los requisitos actuales con respecto a la salud, ya que el cliente posee un papel activo en la negociación de los objetivos del cuidado enfermero (Neuman, 2002a).

Otra consecuencia del modelo es su potencial para generar teoría enfermera: por ejemplo, las teorías de la estabilidad óptima del cliente y de la prevención como intervención (Fawcett, 1995a). Los conceptos del modelo son importantes para la utilización por profesionales de la salud en el siglo XXI. Gracias al desarrollo continuado de la teoría y a la investigación con el modelo, la enfermería puede ampliar su conocimiento científico. Según Fawcett (1989, 1995b), el modelo cumple las consideraciones sociales de coherencia, importancia y utilidad. Es amplio y está basado en un sistema y, además, ofrece una amplia visión gracias a la cual las enfermeras respondan a las necesidades cambiantes del mundo.

Aplicación en la práctica

Dentro del formato del proceso enfermero de tres componentes de Neuman, los pasos de valoración, intervención y evaluación se suponen en vez de afirmarse explícitamente. Aclarar cómo adaptar mejor los componentes de diagnóstico, objetivos y resultados de Neuman en el enfoque tradicional de la planificación y prestación de la asistencia reduciría la ambigüedad para las enfermeras que ejercen desde la perspectiva tradicional.

RESUMEN

El modelo de sistemas de Neuman deriva de la teoría general de sistemas. El objetivo se encuentra en el cliente como sistema (que puede ser un individuo, una familia, un grupo o una comunidad) y en las respuestas del cliente a factores estresantes. El sistema del cliente incluye cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual), y se conceptualiza como núcleo interno (recursos energéticos básicos) rodeado de círculos concéntricos que incluyen líneas de resistencia, una línea normal de defensa y una línea flexible de defensa. Cada una de las cinco variables forma parte de cada uno de los círculos concéntricos. Los factores estresantes son estímulos que producen tensión y pueden ser de naturaleza intrapersonal, interpersonal o extrapersonal.

El modelo sugiere tres niveles de intervenciones enfermeras (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria), basados en los conceptos de Caplan de niveles de prevención (1964). El propósito de la prevención como intervención es conseguir el nivel máximo posible de estabilidad del sistema cliente. Neuman sugiere un formato para el proceso enfermero en el que el cliente, como receptor de los cuidados, participe activamente con la enfermera como cuidador para establecer los objetivos y seleccionar las intervenciones.

Este modelo ha sido bien aceptado por la comunidad enfermera y se utiliza en la administración, práctica, formación e investigación. El Neuman Systems Model Trustees Group está implicado activamente en la protección de la integridad del modelo y en avanzar en su desarrollo. Se ha creado el instituto de investigación del modelo de sistemas de Neuman y está trabajando para generar y comprobar teorías de nivel intermedio basadas en el modelo.

Caso clínico

Familia como cliente

María Castillo es una mujer hispanoamericana de 29 años, embarazada de 38 semanas aproximadamente y con diabetes gestacional dependiente de insulina. Lleva 5 años casada con su marido, Juan, y tienen dos hijos: Emilio, de 4 años, y Dalia, de 2. Juan ha perdido su trabajo en un fábrica hace 4 meses y no ha encontrado trabajo hasta hace una semana. María ha ingresado en la maternidad por diabetes no controlada y deshidratación. Los Castillo no tienen familia cerca y los hijos no pueden visitar la unidad maternal. Juan está preocupado por sus ausencias del nuevo trabajo.

Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco conceptual para responder a lo siguiente:

- **Describa la familia Castillo como sistema cliente utilizando cada una de las cinco variables.**
- **¿Qué elementos estresantes, reales y potenciales, amenazan actualmente a la familia? ¿Cuáles de estos elementos estresantes son positivos y cuáles negativos?**
- **¿Qué datos de valoración enfermera adicional son necesarios teniendo en cuenta los diagnósticos de María?**
- **¿Qué niveles de intervención(es) de prevención son adecuados para ayudar a la familia Castillo?**
- **Describa las intervenciones para cada elemento estresante.**

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

Comunidad como cliente

Seleccione una organización que conozca y que pueda considerarse una comunidad, en el sentido de que tenga interacciones cara a cara y que comparta un conjunto de intereses o valores. Podría ser una iglesia, una organización donde trabaje o un grupo cívico. Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco conceptual para analizar la organización como cliente-comunidad y para respaldar la planificación de ésta:

- ¿Cuál es la estructura básica (core)? ¿Qué factores en las líneas de resistencia respaldan el statu quo? ¿Qué factores en las líneas de defensa apoyan el buen funcionamiento de la organización?
- ¿Qué elementos estresantes, reales o potenciales, que impactan sobre la organización pueden alterarla como sistema y provocar un cambio?
- ¿Cuál es la percepción de los miembros de la organización respecto a los objetivos que serían adecuados para este cambio?
- ¿Cuál es la percepción de los líderes de la organización respecto a los objetivos que serían adecuados para este cambio?
- Si estas percepciones difieren, ¿cómo pueden resolverse las diferencias para establecer un objetivo común que beneficiaría a la organización?
- ¿Qué estrategias de prevención como intervención ayudarán a la organización para realizar los cambios con éxito?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). The Neuman systems model (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Neuman, B., & Reed, K. S. (2007). A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. Nursing Science Quarterly, 20(2), 111-113.
- Geib, K. (2006). Neuman System's Model in nursing practice. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey (Eds.), Nursing theory utilization and application (3rd ed., pp. 229-254). St. Louis: Mosby-Elsevier. Available at: www.neumansystemsmodel.org
- Lists of Neuman research publications available at: www.neumann.edu/academics/undergrad/nursing/model
- The Neuman Archives that preserve and protect works related to the model are housed in the Neumann College Library in Aston, Pennsylvania.

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (2004). *Welcome: Palm Beach Atlantic University School of Nursing*. West Palm Beach, FL: Palm Beach Atlantic University. Retrieved January 30, 2004, from *http://www.pba.edu/Academic/Nursing*.

Alligood, M. R. (2006). Introduction to nursing theory: History, terminology and analysis. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 3-15). St. Louis: Mosby.

Anderson, E., McFarland, J., & Helton, A. (1986). Community-as-client: A model for practice. *Nursing Outlook*, *34*(5), 220-224.

August-Brady, M. (2000). Prevention as intervention. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(6), 1304-1308.

Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., Harris, S. M., Hermiz, M. E., Meininger, M., et al. (1994). Betty Neuman systems model. In A. Marriner Tomey (Ed.), *Nursing theorists and their work* (3rd ed., pp. 269-304). St. Louis: Mosby.

Beckman, S., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., & Salmon, B. (2007). Five strategies that heighten nurses' awareness of spirituality to impact client care. *Holistic Nursing Practice*, *21*(3), 135-139.

Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.

Binhosen, V., Panuthai, S., Srisuphun, W., Chang, E., Sucamvang, K., & Cioffi, J. (2003). Physical activity and health related quality of life among the urban Thai elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, *7*(4), 231-243.

Boxley-Harges, S., Beckman, S., & Bruick-Sorge, C. (2007, February). *The NSM lessens the struggles in transitioning to a new curriculum*. Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Breckenridge, D. M. (1995). Nephrology practice and directions for nursing research. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 499-507). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Brown, P. S. (2004). Relationships among life event stress, role and job strain, and sleep in middle-aged female shift workers. *Dissertation Abstracts International*, *65*(4), 1774B. (UMI No. 3130329).

Bruick-Sorge, C. (2007, February). *Using simulations to improve students' critical thinking skills in a Neuman-based undergraduate program.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Buck, G. L. (2005). *Wellness: relative importance of variables.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

Burnett, H. (2005). *Criminally victimized older adults.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

Capers, C. F. (1996). The Neuman systems model: A culturally relevant perspective. *ABNF Journal*, *7*(5), 113-117.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books.

DiJoseph, J., & Cavendish, R. (2005). Expanding the dialog on prayer relevant to holistic care. *Holistic Nursing Practice*, *19*(4), 147-154.

Dittman, P. W. (2007, February). *"Mountains to climb": The lived experience of chemically dependent nurses pilot study using the Neuman Systems Model.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Falk-Rafael, A. R., Ward-Griffin, C., Laforet-Fliesser, Y., & Beynon, C. (2004). Teaching nursing students to promote the health of communities; a partnership approach. *Nurse Educator*, *29*(2), 63-67.

Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis, 172–177.

Fawcett, J. (1995a). Constructing conceptual-theoretical-empirical structures for research. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 459-471). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Fawcett, J. (1995b). *Neuman's systems model: Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis, 217–275.

Fawcett, J. (2001). Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Betty Neuman. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 211-214.

Fawcett, J., Carpenito, L. J., Efinger, J., Goldblum-Graff, D., Groesbeck, M., Lowry, L. W., et al. (1982). A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing with an analysis of the Neuman systems model. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice* (pp. 30-43). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Fawcett, J., & Giangrande, S. (2002). The Neuman systems model and research: An integrative review. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 120-149). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models to guide nursing research: The case of the Neuman systems' model. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 339-345.

Fawcett, J., Newman, D. M. L., & McAllister, M. (2004). Advanced practice nursing and conceptual models of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *17*(2), 135-138.

Freese, B. T., & Lander University Faculty (1995, Feb.). *Application of the Neuman systems model to education: Baccalaureate workshop.* Paper presented at the Fifth International Neuman Systems Model Symposium, Orlando, FL.

Freese, B. T., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based clinical practice. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 37-42). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Geib, K. (2006). Neuman System's Model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing Theory Utilization and Application* (3rd edition, pp. 229-254). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Gigliotti, E. (1999). Women's multiple role stress: Testing Neuman's flexible line of defense. *Nursing Science Quarterly*, *12*(1), 36-44.

Gigliotti, E. (2002). A theory-based clinical nurse specialist practice exemplar using Neuman's Systems Model and nursing taxonomies. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, *16*(1), 10-16.

Gigliotti, E. (2003). The Neuman systems model institute: Testing middle-range theories. *Nursing Science Quarterly*, *16*(3), 201-206.

Gigliotti, E. (2004). Etiology of maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*, *17*(2), 156-164.

Gigliotti, E. (2007). Improving external and internal validity of a model of midlife women's maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 161-170.

Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *Canadian Journal of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, *16*(4), 28-31.

Greer, A. G., & Clay, M. (2007, February). *Neuman Systems Model: A theoretical perspective for researching the meaning of faculty preparation for online education.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Gunesen, N. (2007, February). *An intervention study to reduce nurse burnout.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Hemphill, J. C. (2006). Discovering strengths of homeless abused women. *Dissertation Abstracts International*, *66*(7), 3635B. (UMI No. 3180908).

Hemphill, J. C. & Quillen, J. H. (2007). *Discovering the strengths of homeless and abused women.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Heyman, P. & Wolfe, S. (2000). Neuman systems model. University of Florida. Retrieved January 7, 2008 from http://www.patheyman.com/essays/neuman.

Hoffman, M. K. (1982). From model to theory construction: An analysis of the Neuman health-care system model. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice* (pp. 44-54). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Imamura, E. (2002). Amy's chat room: health promotion programmes for community dwelling elderly adults. *International Journal of Nursing Practice 2002*, *8*, 61-64.

Johnson-Crisanti, K. J., Burnett, H., Leibowitz, J., Sturtevant, J. R., & Rowley, B. (2005). *Nurses get the third degree—Implementing the Neuman Systems Model.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

Jones-Cannon, S., & Davis, B. L. (2005). Coping among African-American daughters caring for aging parents. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, *16*(6), 118-123.

Kain, H. B. (2000). Care of the older adult following hip fracture. *Holistic Nursing Practice*, *14*(4), 24-39.

Kottwitz, D., & Bowling, S. (2003). A pilot study of the Elder Abuse Questionnaire. *Kansas Nurse*, *78*(7), 4-6.

Lancaster, D. R. (2005). Coping with appraised breast cancer risk among women with family histories of breast cancer. *Research in Nursing and Health*, *28*(2), 144-158.

Lee, F-P. (2005). The relationship of comfort and spirituality to quality of life among long-term care facility residents in southern Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, *66*(2), 815B. (UMI No. 3163392).

Louis, M. (1995). The Neuman model in nursing research: An update. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 473-495). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Louis, M., & Koertvelyessy, A. (1989). Neuman model: Use in research. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (2nd ed., pp. 93-114). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Louis, M., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based nursing research. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 113-119). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Lowry, L.W. (2005, July). *Exploring the meaning of spirituality with aging adults in Appalachia.* Paper presented at the 16th International Nursing Research Congress of Sigma Theta Tau International Nursing Honor Society, Kona, HI.

Lowry, L. W. (2002). The Neuman systems model and education: An integrative review. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 216-237). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Lowry, L. W., & Newsome, G. G. (1995). Neuman-based associate degree programs: Past, present, and future. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 197-214). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

McDowell, B. (2005). *Asian-American views on childrearing: assessing the Neuman Systems Model.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

McDowell, B. M., Chang, N. J., & Choi, S. S. (2003). Children's health retention in South Korea and the United States: a cross-cultural comparison. *Journal of Pediatric Nursing*, *18*(6), 409-415.

Melton, L., Secrest, J., Chien, A., & Andersen, B. (2001). Resources for practice. A community needs assessment for a SANE program using Neuman's model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *13*(4), 178-186.

Mirenda, R. M. (1986). The Neuman systems model: Description and application. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory* (pp. 127-167). New York: National League for Nursing.

Molinari, D. (2001). Bridging time and distance: continuing education needs for rural health care providers. *Home Health Care Management & Practice*, *14*(1), 54-58.

Moola, S. (2006). Facilitating conscious awareness among critical care nurses. *Dissertation Abstracts International*, *66*(8.). (UMI No. 0808408).

Munck, C. K., & Merks, A. (2002). Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in Holland: The case of Emergis, institute for mental health care. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 300-316). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Narsavage, G., & Romeo, E. (2003). Education and support needs of young and older cancer survivors. *Applied Nursing Research*, *16*(2), 103-109.

Nelson, K. (2007, February). *Sleep quality in the cardiothoracic surgery patient.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Neuman, B. (1974). The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 119-134). NY: Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Neuman, B. (2001). The Neuman systems model: A futuristic care perspective. In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Tomorrow and beyond* (pp. 321-329). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Neuman, B. (2002a). Assessment and intervention based on the Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 347-359). Prentice-Hall: Upper Saddle River, NJ.

Neuman, B. (2002b). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 3-34). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Neuman, B. (2002c). The Neuman systems model definitions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 322-324). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Neuman, B. (2002). The Neuman systems model definitions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 360-363). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Neuman, B., Deloughery, G. W., & Gebbie, M. (1971). *Consultation and community organization in community mental health nursing.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Neuman, B., & Young, R. J. (1972, May/June). A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, *21*, 264-269.

Newman, D. M. L. (2005). A community nursing center for the health promotion of senior citizens based on the Neuman Systems Model. *Nursing Education Perspectives*, *26*(4), 221-223.

Newman, D. M. L., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based education for the health professions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 193-215). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Noonhill, N., Sindhu, S., Hanucharunkul, S., & Suwonnaroop, N. (2007). An integrated approach to coordination of community resources improves health outcomes and satisfaction in care of Thai patients with COPD. *Thai Journal of Nursing Research*, *11*(2), 118-131.

Perls, F. (1973). *The gestalt approach: Eye witness to therapy.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Potter, M. L., & Zauszniewski, J. A. (2000). Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *Journal of Holistic Nursing, 18*(4), 311-331.

Reeves, A. L. (2005). Childhood experiences of Appalachian women who have experienced intimate partner violence during adulthood. *Dissertation Abstracts International*, *65*(10), 5076B. (UMI No. 3152148).

Reeves, A. L. (2005b). *Childhood experiences of Appalachian women who have experienced intimate partner violence.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

Ren, J., Snowdon, A. W., & Thrasher, C. (2007, February). *Chinese parents' knowledge and understanding of vehicle restraint use for their children.* Paper presented at the Eleventh Biennial Neuman Systems Model Symposium, Ft. Lauderdale, FL.

Rohr, K. M. (2006). *Alcohol use and injury-related outcomes in older rural trauma patients.* Unpublished doctoral dissertation, University of North Dakota.

Russell, J. (2002). The Neuman systems model and clinical tools. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 61-73). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Salvador, P. T. (2006). Development of an oral care guide for patients undergoing autologous stem cell transplantation. *Canadian Oncology Nursing Journal*, *16*(1), 18-20.

Selye, H. (1974). *Stress without distress.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

Shambaugh, B. F., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based administration of health care services. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 265-270). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Shamsudin, N. (2002). Can the Neuman systems model by adapted to the Malaysian nursing context? *International Journal of Nursing Practice*, *8*(2), 99-105.

Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing, 56*(1), 69-78.

Skillen, D. L. (2001). The created environment for physical assessment by case managers. *Western Journal of Nursing Research*, *23*(1), 72-89.

Stepans, M. B. F., & Knight, J. R. (2002). Application of Neuman's framework: infant exposure to environmental tobacco smoke. *Nursing Science Quarterly*, *15*(4), 327-334.

Stepans, M. B. F., Wilhelm, S. L., & Dolence, K. (2006). Smoking hygiene: reducing infant exposure to tobacco. *Biological Research for Nursing, 8*(2), 104-114.

Torakis, M. L., & Smigielski, C. M. (2000). Documentation of model-based practice: One hospital's experience. *Pediatric Nursing*, *26*(4), 394-399, 428.

Torres, G. (1986). *Theoretical foundations of nursing.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Ume-Nwagbo, P. N., Dewan, S. A., & Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, *19*(1), 31-35.

Vito, K. (2005). *Application of the Neuman Systems Model in a School Nurse Practice.* Paper presented at the Tenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Akron, Ohio.

Walker, L. O., & Avant, K. (1983). *Strategies for theory construction in nursing.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Wetta-Hall, R., Berry, M., Ablah, E., Gillispie, J. M., & Stepp-Cornelius, L. K. (2004). Community case management: a strategy to improve access to medical care in uninsured populations. *Care Management Journals, 5*(2), 87-93.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Hinton Walker, P. & Neuman, B. (Eds.). (1996). *Blueprint for use of nursing models.* New York: National League for Nursing Press.

Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B., Deloughery, G. W., & Gebbie, M. (1971). *Consultation and community organization in community mental health nursing.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. M., & Walker, P. H. (1996). *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration.* New York: National League for Nursing Press.

Capítulos de libros

Freese, B. T., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based clinical practice. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 37-42). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Louis, M., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based nursing research. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 113-119). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (1974). The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 94-104). New York: Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B. (1980). The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 119-134). New York: Appleton-Century-Crofts.

Neuman, B. (1983). Analysis and application of Neuman's health care model. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons. pp. 239-254, 353-367.

Neuman, B. (1986). The Neuman systems model explanation: Its relevance to emerging trends toward wholism in nursing. In I. B. Engberg & K. Kuld (Eds.), *Omvårdnad 1986* [Nursing care book]. Mullsjö: Sweden: Omvårdnad's Forum HB.

Neuman, B. (1989). The Neuman nursing process format Adapted to a family case study. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 49-62). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1990). The Neuman systems model: A theory for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 24-26). New York: National League for Nursing.

Neuman, B. (1995). In conclusion—Toward new beginnings. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 671-703). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1995). The Neuman systems model. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 3-62). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (2001). The Neuman systems model: A futuristic care perspective. In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Tomorrow and beyond* (pp. 321-329). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Neuman, B. (2002). Assessment and intervention based on the Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 347-359). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (2002). Betty Neuman's autobiography and chronology of the development and utilization of the Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 325-346). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (2002). The future and the Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 319-321). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (2002). The Neuman systems model definitions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 322-324). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (2002). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 3-33). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B. (2002). The Neuman Systems Model Trustees Group. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 360-363). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Neuman, B., & Wyatt, M. (1980). The Neuman stress/adaptation systems approach to education for nurse administrators. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 142-150). New York: Appleton-Century-Crofts.

Newman, D. M. L., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based education for the health professions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 193-215). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Shambaugh, B. F., Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). Guidelines for Neuman systems model-based administration of health care services. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 265-270). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Artículos de revistas

Deloughery, G. W., Neuman, B. M., & Gebbie, K. M. (1971, Oct). Nurses in community mental health: An informative interpretation for employees of professional nurses. *Public Personnel Review*, *32*(4), 215-218.

Neuman, B. (1985, Sept). The Neuman systems model: Its importance for nursing. *Senior Nurse*, *3*, 3.

Neuman, B. (1990). Health: A continuum based on the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, *3*, 129-135.

Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 67-70.

Neuman, B. (1998). NDs should be future coordinators of health care (Letter to the Editor). *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*, 106.

Neuman, B. (2000). Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 60-63.

Neuman, B., Chadwick, P. L., Beynon, C. E., Craig, D. M., Fawcett, J., Chang, N. J., et al. (1997). The Neuman systems model: Reflections and projections. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 18-21.

Neuman, B., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1974, Jan). Teaching organizational concepts to nurses in community mental health. *Journal of Nursing Education*, *13*, 1.

Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1970). Changes in problem solving ability among nurses receiving mental health consultation: A pilot study. *Communicating Nursing Research*, *3*, 41-52.

Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1970, Jan./Feb.). Levels of utilization: Nursing specialists in community mental health. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, *8*(1), 37-39.

Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1972, Feb.). Mental health consultation as a means of improving problem solving ability in work groups: A pilot study. *Comparative Group Studies*, *3*(1), 81-97.

Neuman, B. M., & Martin, K. S. (1998). Neuman systems model and the Omaha system. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(1), 8.

Neuman, B. M., & Young, R. J. (1972, May/June). A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, *21*, 264-269.

Neuman, B., Newman, D. M. L., & Holder, P. (2000). Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st-century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 60-63.

Neuman, B., & Reed, K. S. (2007). A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 111-113.

Neuman, B., & Wyatt, M. A. (1981). Prospects for change: Some evaluative reflections by faculty members from one articulated baccalaureate program. *Journal of Nursing Education*, *20*, 40-46.

Fuentes secundarias

Libros

Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research* (3rd ed.). Philadelphia: Davis.

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: Davis.

Lowry., & Lois, W. (1998). *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International: Center Nursing Press.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Perls, F. (1973). *The gestalt approach: Eye witness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Reed, K. S. (1993). *Betty Neuman: The Neuman systems model*. Newbury Park, CA: Sage.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Torres, G. (1986). *Theoretical foundations of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Walker, L. O., & Avant, K. (1983). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Capítulos de libros

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Introduction to nursing theory: History, terminology and analysis. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their works* (5th ed., pp. 3-13). St. Louis: Mosby.

Amaya, M. A. (2002). The Neuman systems model and clinical practice: An integrative review 1974-2000. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 43-60). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., & Eichenaur, J. (1998). Critical thinking, the Neuman systems model, and associate degree education. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 53-58). Indianapolis: Center Nursing Press.

Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., & Eichenaur, J. (1998). Evaluation modalities for assessing student and program outcomes. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and*

nursing education: Teaching strategies and outcomes (pp. 149-160). Indianapolis: Center Nursing Press.

Breckenridge, D. M. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing research in the United States. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *the Neuman systems model* (4th ed., pp. 176-182). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Busch, P., & Lynch, M. (1998). Creative teaching strategies in a Neuman-based baccalaureate curriculum. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 59-70). Indianapolis: Center Nursing Press.

Cammuso, B. S., & Wallen, A. J. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing education in the United States. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 244-253). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Chang, N. J., & Freese, B. T. (1998). Teaching culturally competent care: A Korean-American experience. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 85-90). Indianapolis: Center Nursing Press.

Crawford, J. A., & Tarko, M. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing practice in Canada. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 90-110). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

de Kuiper, M. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing education in Holland. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 254-262). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Evans, B. (1998). Fourth-generation evaluation and the Neuman systems model. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 117-128). Indianapolis: Center Nursing Press.

Fashinpaur, D. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing practice in the United States: Nursing prevention interventions for postpartum mood disorders. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 74-89). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Fawcett, J. (1998). Conceptual models and therapeutic modalities in advanced psychiatric nursing practice. In A. W. Burgess (Ed.), *Advanced practice psychiatric nursing* (pp. 41-48). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Fawcett, J. (2002). Neuman systems model bibliography. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 364-400). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Fawcett, J., & Giangrande, S. K. (2002). The Neuman systems model and research: An integrative review. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 120-149). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Freese, B., Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., Harris, S. M., Hermiz., et al. (1998). Betty Neuman: Systems model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed., pp. 267-299). St. Louis: Mosby.

Freese, B. T. (2002). Betty Neuman: Systems model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed., pp. 299-335). St. Louis: Mosby.

Freese, B. T., & Scales, C. J. (1998). NSM-based care as an NLN program evaluation outcome. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 135-139). Indianapolis: Center Nursing Press.

Frieburger, O. A. (1998). Overview of strategies that integrate the Neuman systems model, critical thinking, and cooperative learning. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: teaching strategies and outcomes* (pp. 79-84). Indianapolis: Center Nursing Press.

Frieburger, O. A. (1998). The Neuman systems model, critical thinking, and cooperative learning in a nursing issues course. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 79-84). Indianapolis: Center Nursing Press.

Geib, K. (2006). Neuman System's Model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing Theory Utilization and Application* (3rd edition, pp. 229-254). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Gigliotti, E., & Fawcett, J. (2002). The Neuman systems model and research instruments. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 150-175). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Hassell, J. S. (1998). Critical thinking strategies for family and community client systems. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 71-78). Indianapolis: Center Nursing Press.

Lowry, L. W. (1998). Creative teaching and effective evaluation. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 17-30). Indianapolis: Center Nursing Press.

Lowry, L. W. (1998). Efficacy of the Neuman systems model as a curriculum framework: A longitudinal study. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 139-148). Indianapolis: Center Nursing Press.

Lowry, L. W. (1998). Vision, values, and verities. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 167-174). Indianapolis: Center Nursing Press.

Lowry, L. W. (2002). The Neuman systems model and education: An integrative review. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 216-237). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Lowry, L. W., Bruick-Sorge, C., Freese, B. T., & Sutherland, R. (1998). Development and renewal of faculty for Neuman-based teaching. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 161-166). Indianapolis: Center Nursing Press.

Munck, C. K., & Merks, A. (2002). Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in Holland: The case of Emergis, institute for mental health care. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 300-316). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Newsome, G. G., & Lowry, L. W. (1998). Evaluation in nursing: History, models, and Neuman's framework. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 37-52). Indianapolis: Center Nursing Press.

Nuttall, P. R., Stittich, E. M., & Flores, F. C. (1998). The Neuman systems model in advanced practice nursing. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 109-116). Indianapolis: Center Nursing Press.

Pothiban, L. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing research in Thailand. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 183-190). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Reed, K. S. (2002). The Neuman systems model and educational tools. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 238-243). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Russell, J. (2002). The Neuman systems model and clinical tools. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 61-73). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Sanders, N. F., & Kelley, J. A. (2002). The Neuman systems model and administration of nursing services: An integrative review. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 271-287). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Seng, V. S. (1998). Clinical evaluation: The heart of clinical performance. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 129-134). Indianapolis: Center Nursing Press.

Strickland-Seng, V. (1998). Clinical evaluation: The heart of clinical performance. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 129-134). Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.

Sutherland, R., & Forrest, D. L. (1998). Primary prevention in an associate of science curriculum. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 99-108). Indianapolis: Center Nursing Press.

Torakis, M. L. (2002). Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in the United States: Redirecting nursing practice in a freestanding pediatric hospital. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 288-299). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Weitzel, A. R., & Wood, K. C. (1998). Community health nursing: Keystone of baccalaureate education. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 91-98). Indianapolis: Center Nursing Press.

Artículos de revistas

August-Brady, M. (2000). Prevention as intervention. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(6), 1304-1308.

Beckman, S., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., & Salmon, B. (2007). Five strategies that heighten nurses' awareness of spirituality to impact client care. *Holistic Nursing Practice*, *21*(3), 135-139.

Beryl-Pilkington, F. (2007). Envisioning nursing in 2050 through the eyes of nurse theorists: King, Neuman, and Roy. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 108.

Binhosen, V., Panuthai, S., Srisuphun, W., Chang, E., Sucamvang, K., & Cioffi, J. (2003). Physical activity and health related quality of life among the urban Thai elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, *7*(4), 231-243.

Dunn, K. S. (2007). Predictors of self-reported health among older African-American central city adults. *Holistic Nursing Practice*, *21*(5), 237-243.

Edelman, M., & Lunney, M. (2000). You make the diagnosis. Case study: A diabetic educator's use of the Neuman Systems Model. *Nursing Diagnosis*, *11*(4), 148, 179–182.

Eilert-Petersson, E., & Olsson, H. Humour and slimming related to the Neuman Systems Model: A study of slimming women in Sweden. *Theoria Journal of Nursing Theory, 12*(3), 4–18.

Falk-Rafael, A. R., Ward-Griffin, C., Laforet-Fliesser, Y., & Beynon, C. (2004). Teaching nursing students to promote the health of communities: a partnership approach. *Nurse Educator*, *29*(2), 63-67.

Fawcett, J. (2001). Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates-Betty Neuman. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 211-214.

Fawcett, J. (2004). Scholarly dialogue. Conceptual models of nursing: international in scope and substance? The case of the Neuman Systems model. *Nursing Science Quarterly*, *17*(1), 50-54.

Fawcett, J., & Giangrande, S. K. (2001). Neuman Systems Model-based research: An integrative review project. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 231-238.

Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: The case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, *14*(4), 339-345.

Fawcett, J., Newman, D. M. L., & McAllister, M. (2004). Advanced practice nursing and conceptual models of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *17*(2), 135-138.

Fuller, C. C., & Hartley, B. (2000). Linear scleroderma: A Neuman nursing perspective. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, *15*(3), 168-174.

Gerstle, D. S., All, A. C., & Wallace, D. C. (2001). Quality of life and chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, *2*(3), 98-109.

Gigliotti, E. (2001). Empirical tests of the Neuman Systems Model: Relational statement analysis. *Nursing Science Quarterly*, *14*(2), 149-157.

Gigliotti, E. (2002). A theory-based clinical nurse specialist practice exemplar using Neuman's Systems Model and nursing's taxonomies. *Clinical Nurse Specialist*, *16*(1), 10-16.

Gigliotti, E. (2003). Research issues. The Neuman Systems Model Institute: testing middle-range theories. *Nursing Science Quarterly*, *16*(3), 201-206.

Gigliotti, E. (2004). Etiology of maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*, *17*(2), 156-164.

Gigliotti, E. (2007). Improving external and internal validity of a model of midlife women's maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 161-170.

Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *CANNT Journal*, *16*(4), 28-31.

Jones-Cannon, S., & Davis, B. L. (2005). Coping among African-American daughters caring for aging parents. *ABNF Journal*, *16*(6), 118-123.

Kain, H. B. (2000). Care of the older adult following hip fracture. *Holistic Nursing Practice*, *14*(4), 24-39.

Kinservik, M. A., & Friedhoff, M. M. (2000). Control issues in toilet training. *Pediatric Nursing*, *26*(3), 267-274.

Kottwitz, D., & Bowling, S. (2003). A pilot study of the Elder Abuse Questionnaire. *Kansas Nurse*, *78*(7), 4-6.

Lancaster, D. R. (2005). Coping with appraised breast cancer risk among women with family histories of breast cancer. *Research in Nursing & Health*, *28*(2), 144-158.

Leophonte, P., Delon, S., Dalbies, S., Fontes-Carrere, M., Goncalves de Carvalho, E., & Lepage, S. (2000). Effects of the preparation on anxiety before bronchial fibrescopy. *Recherche En Soins Infirmiers*, *60*, 50-66.

Lowry, L., Beckman, S., Gehrling, K. R., & Fawcett, J. (2007). Imagining nursing practice: The Neuman Systems Model in 2050. *Nursing Science Quarterly*, *20*(3), 226-229.

Lowry, L. W., Burns, C. M., Smith, A. A., & Jacobson, H. (2000). Compete or complement? An interdisciplinary approach to training health professionals. *Nursing and Health Care Perspectives*, *21*(2), 76-80.

Malinski, V. M. (2002). Research issues: Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nursing Science Quarterly*, *15*(4), 281-287.

Malinski, V. M. (2003). Research issues. Nursing research and nursing conceptual models: Betty Neuman's Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, *16*(3), 201.

May, K. M., & Hu, J. (2000). Caregiving and help seeking by mothers of low birthweight infants and mothers of normal birthweight infants. *Public Health Nursing*, *17*(4), 273-279.

Melton, L., Secrest, J., Chien, A., & Andersen, B. (2000). Resources for practice: A community needs assessment for a SANE program using Neuman's model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *13*(4), 178-186.

Memmott, R. J., Marett, K. M., Bott, R. L., & Duke, L. (2000). Use of the Neuman Systems Model for interdisciplinary teams. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, *1*(2), 9p.

Meyer, T., & Xu, Y. (2005). Academic and clinical dissonance in nursing education: Are we guilty of failure to rescue? *Nurse Educator*, *30*(2), 76-79.

Narsavage, G., & Romeo, E. (2003). Education and support needs of young and older cancer survivors. *Applied Nursing Research*, *16*(2), 103-109.

Newman, D. M. L. (2005). A community nursing center for the health promotion of senior citizens: Based on the Neuman Systems Model. *Nursing Education Perspectives*, *26*(4), 221-223.

Norrish, M. E., & Jooste, K. (2001). Nursing care of the patient undergoing alcohol detoxification. *Curationis: South African Journal of Nursing*, *24*(3), 36-48.

Olson, R. S. (2001). Community re-entry after critical illness. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *13*(3), 449-461.

Potter, M. L., & Zauszniewski, J. A. (2000). Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *Journal of Holistic Nursing*, *18*(4), 311-336.

Reed, K. S. (2003). Grief is more than tears. *Nursing Science Quarterly*, *16*(1), 77-81.

Shamsudin, N. (2002). Can the Neuman Systems Model be adapted to the Malaysian nursing context? *International Journal of Nursing Practice*, *8*(2), 99-105.

Silveira, D. T. (2000). Process of work-health-disease intervention based on Betty Neuman Systems Model. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *21*(1), 31-43.

Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(1), 69-78.

Skillen, D. L., Anderson, M. C., & Knight, C. L. (2001). The created environment for physical assessment by case managers. *Western Journal of Nursing Research*, *23*(1), 72-89.

Spencer, P. (2002). Support system. *Learning Disability Practice*, *5*(7), 16-20.

Stepans, M. B. F., & Knight, J. R. (2002). Application of Neuman's framework: Infant exposure to

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

environmental tobacco smoke. *Nursing Science Quarterly*, *15*(4), 327-334.
Torakis, M. L., & Smigielski, C. M. (2000). Documentation of model-based practice: one hospital's experience. *Pediatric Nursing*, *26*(4), 394-399, 428.
Ume-Nwagbo, P. N., DeWan, S. A., & Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, *19*(1), 31-35.
Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, *14*(2), 158-163.
Wetta-Hall, R., Berry, M., Ablah, E., Gillispie, J. M., & Stepp-Cornelius, L. K. (2004). Community case management: a strategy to improve access to medical care in uninsured populations. *Care Management Journals: Journal of Case Management, The Journal of Long Term Home Health Care*, *5*(2), 87-93.
Wilson, L. C. (2000). Implementation and evaluation of church-based health fairs. *Journal of Community Health Nursing*, *17*(1), 39-48.

Disertación y tesis doctorales

Alliston, S. A. (2003). Neonatal nurses' attitudes, practices and knowledge of skin care in the extremely low birth weight infant. *Masters Abstracts International*, *41*(6), 1704. (UMI No. 1414358).
Annamunthodo Allen, M. (2005). The effects of a prenatal health teaching program. *Masters Abstracts International*, *43*(5), 1698. (UMI No. 1425604).
Bagaoisian, C. (2005). Expanding the role of perioperative nursing: An aid to retention and recruitment strategy. *Masters Abstracts International*, *43*(3), 820. (UMI No. 1423680).
Bishop, B. D. (2002). Increasing parental knowledge in treatment of childhood fever. *Masters Abstracts International*, *40*(6), 1500. (UMI No. 1409021).
Britt, L. (2006). Investigating differences in management of Hyperlipidemia: A comparison of nurse practitioners and physicians. *Masters Abstracts International*, *44*(6), 2760. (UMI No. 1435991).
Brown, P. S. (2004). Relationships among life event stress, role and job strain, and sleep in middle-aged female shift workers. *Dissertation Abstracts International*, *65*(4), 1774B. (UMI No. 3130329).
Burnett, A. K. (2006). Stress and coping mechanisms of first year university students. *Masters Abstracts International*, *44*(1), 312. (UMI No. 1427502).
Casalenuovo, G. A. (2002). Fatigue in diabetes mellitus: Testing a middle range theory of well-being derived from Neuman's theory of optimal client system stability and the Neuman Systems Model. *Dissertation Abstracts International*, *63*(5), 2301B. (UMI No. 3054100).
Chun, A. U. (2006). Issues and concerns of transition from a pediatric healthcare facility to an adult healthcare facility for thalassemia patients. *Masters Abstracts International*, *44*(5). (UMI No. 1433257).
Collins, T. J. (2000). Adherence to hypertension management recommendations for patient follow-up care and lifestyle modifications made by military healthcare providers. Unpublished master's thesis, Uniformed Services University of the Health Sciences.
Curl, E. D. (2005). A comparison of spirituality in vocational nursing students. *Masters Abstracts International*, *43*(1), 183. (UMI No. 1421905).
Dash-Martyr, J. M. (2005). Perceptions of the stressors influencing medication compliance of individuals recovering from a mental illness while living in supportive housing. *Masters Abstracts International*, *43*(3), 821. (UMI No. 1423679).
Epps, C. D. (2003). Predictors of length of stay, discharge disposition, and hospital charges in elders following hip and knee arthroplasty. *Dissertation Abstracts International*, *63*(7), 3229B. (UMI No. 3031152).
Frederick, A. C. (2004). Violence in the dating experiences of college women. *Dissertation Abstracts International*, *64*(10), 4863B. (UMI No. 3109275).
Fruehauf, S. L. (2003). Registered nurse first assistants' perceptions of stress when practicing in operating room settings. *Masters Abstracts International*, *41*(6), 1705. (UMI No. 1414355).
Geib, K. M. (2004). The relationships among nursing vigilance by nurses, patient satisfaction with nursing vigilance, and patient length of stay in a surgical cardiac care unit. *Dissertation Abstracts International*, *64*(11), 5448B. (UMI No. 3114029).
Hansen, C. S. (2001). Is there a relationship between hardiness and burnout in full-time staff nurses versus per diem nurses? *Masters Abstracts International*, *30*(1), 193.
Hemphill, J. C. (2006). Discovering strengths of homeless abused women. *Dissertation Abstracts International*, *66*(7), 3635B. (UMI No. 3180908).
Huth, M. M. (2003). Imagery to reduce children's postoperative pain. *Dissertation Abstracts International*, *63*(7), 3230B. (UMI No. 3058835).
James, B. R. (2002). Wellness program influence on health risk factors and medical costs among Seventh Day Adventists workers. *Dissertation Abstracts International*, *62*(8), 3566B. (UMI No. 3023991).
Jones, A. M. (2003). The effect of education on adherence with oral iron supplementation among hemodialysis patients. *Masters Abstracts International*, *41*(1), 191. (UMI No. 1410120).
Karr, C. D. (2007). Recognition of stress in emergency room nurses. *Masters Abstracts International*, *45*(4). (UMI No. 1441480).
Kimaid, S. W. (2000). The effects of local anesthetics on postoperative pain. *Masters Abstracts International*, *38*(6), 1585. (UMI No. 1399703).
Klainin, P. (2003). Occupational stress, dissatisfaction with family relationships, learned resourcefulness, and women's health. *Dissertation Abstracts International*, *63*(7), 3231B. (UMI No. 3058838).

Krajewski, L. L. (2004). Legislators' perceptions of respite care for children with special health needs having tracheotomies with or without ventilator assistance. *Masters Abstracts International*, *42*(5), 1682. (UMI No. 1418572).

Kristofersdottir, G. (2001). Oncology nurses' perceived knowledge, assessment, and recommendation of alternative therapies. *Masters Abstracts International*, *39*(4), 1127. (UMI No. 1403084).

Ladd, K. J. (2000). The effect of social support on the physiological adaptation of an individual receiving an alternate form of nutrition therapy. *Masters Abstracts International*, *38*(2), 420. (UMI No. 1397438).

Lapvongwatana, P. (2000). Perinatal risk assessment for low birthweight in Thai mothers: Using the Neuman systems model. *Dissertation Abstracts International*, *61*(3), 1325B. (UMI No. 9965512).

Lehman, K. L. (2007). Resilience and depressive symptoms in midlife women. *Masters Abstracts International*, *45*(4). (UMI No. 1440665).

Lee, F-P. (2005). The relationship of comfort and spirituality to quality of life among long-term care facility residents in southern Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, *66*(2), 815B. (UMI No. 3163392).

Levi, C. (2001). School nurses' asthma knowledge and management, roles and functions. *Masters Abstracts International*, *39*(6), 1558. (UMI No. 1404338).

Lunario, R. A. (2004). The relationship between frequent suctioning and the risk of VAP. *Masters Abstracts International*, *42*(5), 1682. (UMI No. 1419228).

MacRae, E. R. (2001). Workplace health promotion and wellness programs: Their nature and scope. *Masters Abstracts International*, *39*(4), 1128. (UMI No. 1403161).

Mahon, J. F. (2002). The effect of a dental health education program on the dental health knowledge of inner-city and non-inner-city elementary age children. *Dissertation Abstracts International*, *62*(8), 3556B. (UMI No. 3023358).

Manicat-Emo, A. D. (2000). Stress among maternal care-givers of children with acquired brain injury. *Masters Abstracts International*, *38*(6), 1586. (UMI No. 1399701).

Mason, S. (2000). The effect of magnetic therapy on the skin oxygenation of individuals with diabetic foot ulcers. *Masters Abstracts International*, *38*(5), 1586. (UMI No. 1398939).

McCarthy, S. P. (2004). Prevalence of stressors related to substance use and abuse in a gay male sample. *Masters Abstracts International*, *42*(5), 1683. (UMI No. 1419227).

Meisberger, R. J. (2007). Assessment of early goal directed treatment in the adult septic patient. *Masters Abstracts International*, *45*(3), 1459. (UMI No. 1441005).

Metzger, M. E. (2007). The use of two peripheral intravenous sites in patients undergoing cardiac catheterization with possible percutaneous coronary intervention. *Masters Abstracts International*, *45*(1). (UMI No. 1428486).

Moola, S. (2006). Facilitating conscious awareness among critical care nurses. *Dissertation Abstracts International*, *66*(8). (UMI No. 0808408).

Musgrave, C. F. (2001). Religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care of Israeli oncology nurses. *Dissertation Abstracts International, v(n)p.* (UMI No. 9995617).

Nichols, P. R. (2001). The effects of music on pain and anxiety during intravenous insertion in the emergency department. *Masters Abstracts International*, *39*(1), 196. (UMI No. 1400570).

Noorish, M. E. (2004). A holistic nursing care approach in an alcohol detoxification unit. *Masters Abstracts International*, *42*(4), 1243. (UMI No. 0666942).

Parkes, V. C. (2005). Young adult males' perceptions of stressors which influence their use of nicotine. *Masters Abstracts International*, *43*(1), 191. (UMI No. 1421750).

Poe, M. A. H. (2002). Predictors of spontaneous lacerations in primigravidae. *Dissertation Abstracts International*, *61*(11), 5799B. (UMI No. 3066337).

Poppe, C. A. (2006). A survey of senior level baccalaureate students' beliefs about spirituality and spiritual care. *Masters Abstracts International*, *44*(4), 1814. (UMI No. 1432264).

Reeves, A. L. (2005). Childhood experiences of Appalachian women who have experienced intimate partner violence during adulthood. *Dissertation Abstracts International*, *65*(10), 5076B. (UMI No. 3152148).

Riley-Lawless, K. (2000). The relationship among characteristics of the family environment and behavioral and physiologic cardiovascular risk factors in parents and their adolescent twins. *Dissertation Abstracts International*, *61*(3), 1328B. (UMI No. 9965555).

Roberts, M. C. (2003). The relationships among hospital staff nurses' occupational stress, caring behaviors, and spiritual well-being. *Dissertation Abstracts International*, *63*(10), 4598B. (UMI No. 3066340).

Robinson-Lewis, P. E. (2005). Middle to older West Indian Canadian adults diagnosed with type two diabetes: Perceptions of stressors related to complying with treatment regimen. *Masters Abstracts International*, *43*(3), 823. (UMI No. 1423678).

Rohr, K. M. (2007). Alcohol use and injury-related outcomes in older rural trauma patients. *Dissertation Abstracts International*, *67*(9). (UMI No. 3233967).

Ross, J. R. L. (2004). The lived experiences of retired black women who gamble. *Masters Abstracts International*, *42*(5), 1683. (UMI No. 1419233).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sabatini, C. L. (2003). The meaning of the lived experience of adolescent pregnancy to women who gave birth during their teens: a phenomenological study. *Dissertation Abstracts International*, *64*(2), 987B. (UMI No. 3080984).

Samuels-Dennis, J. A. (2004). Assessing stressful life events, psychological well-being and coping styles in sole-support parents. *Masters Abstracts International*, *42*(5), 1685. (UMI No. 1418930).

Sheridan, M. N. (2005). Students perceptions of their learning experiences in a newly developed diploma program for practical nurses. *Masters Abstracts International*, *43*(5), 1704. (UMI No. 1425596).

Simpson, E. M. (2001). Condom use among Black women: A theoretical basis for HIV prevention guided by Neuman Systems Model and Theory of Planned Behavior. *Dissertation Abstracts International*, *61*(10), 5240B. (UMI No. 9989654).

Switek, J. A. (2003). The effect of supportive education, as tertiary nursing intervention, on the quality of life of patients with heart failure. *Masters Abstracts International*, *41*(3), 765. (UMI No. 1411254).

Swope, E. M. (2001). A study of the quality and intensity of pain and coping strategies in orthopedic patients. *Masters Abstracts International*, *39*(2), 487. (UMI No. 1401208).

Utley, C. A. (2003). The lived experience of individuals within the family when one member has migraine headaches. *Masters Abstracts International*, *41*(5), 1422. (UMI No. 1413732).

Van Camp, K. L. (2003). Eating disordered behavior among female marathon runners. *Masters Abstracts International*, *41*(5), 1423. (UMI No. 1413524).

Wallom, B. L. L. (2001). Coping behaviors and drug use among fifth- and sixth-grade students. *Dissertation Abstracts International*, *61*(8), 3076B. (UMI No. 9982666).

Williams, M. K. (2001). The effects of music therapy on anxiety in surgical patients. *Masters Abstracts International*, *39*(1), 198. (UMI No. 1400573).

Wojciechowski, C. E. (2005). The living experience of nurses who were participants in malpractice litigation. *Masters Abstracts International*, *43*(6), 2204. (UMI No. 1426667).

Young, L. M. (2000). The effects of guided mental imagery on the blood pressure of clients experiencing mild to moderate essential hypertension. *Dissertation Abstracts International*, *61*(2), 787B. (UMI No. 9961229).

Zavala-Onyett, N. D. (2001). The impact of a school-based health clinic on school absence. *Masters Abstracts International*, *39*(4), 1134. (UMI No. 1403035).

CAPÍTULO 17

Sor Callista Roy

1939-presente

Modelo de adaptación

Kenneth D. Phillips

«Dios se revela íntimamente en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación; las personas utilizan las capacidades creativas humanas de conciencia, tolerancia y fe; y las personas se encargan del proceso del origen, preservación y transformación del universo» (Roy, 2000, p. 127).

BIOGRAFÍA

Sor Callista Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles (California). En 1963, obtuvo un título de grado en enfermería en el Mount Saint Mary's College en Los Ángeles, y en 1966 un máster en enfermería de la Universidad de California (Los Ángeles). Después de haber finalizado sus estudios de enfermería, Roy inició su formación en sociología; recibió un máster en sociología en 1973 y un doctorado en la misma materia en la Universidad de California en 1977.

Mientras estudiaba el máster, en un seminario se le pidió que, junto con Dorothy E. Johnson, desarrollase un modelo conceptual de enfermería. Cuando trabajaba como enfermera en el ámbito de la pediatría, Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes. Le impactó su nivel de adaptación, hasta el punto de considerarlo como un marco conceptual adecuado para la enfermería. Roy desarrolló los conceptos básicos cuando aún estaba estudiando en la Universidad de California, de 1964 a 1966, en la ciudad de Los Ángeles. Roy puso en marcha su modelo en 1968, cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para la formación enfermera. El Roy Adaptation Model (RAM) se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la *Nursing Outlook,* titulado «Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing» (Roy, 1970).

Roy fue profesora asociada y presidenta del departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College hasta 1982. En 1983 ascendió a la categoría de profesora en el Mount Saint Mary's College y en la Universidad de Portland. Colaboró e impartió clases en un curso de verano de máster

Autoras anteriores: Kenneth D. Phillips, Carolyn L. Blue, Karen M. Brubaker, Julia M. B. Fine, Martha J. Kirsch, Katherine R. Papazian, Cynthia M. Riester y Mary Ann Sobiech. El autor desea expresar su agradecimiento a Sor Callista Roy por revisar el capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

en la Universidad de Portland. De 1983 a 1985 fue una Robert Wood Johnson Post Doctoral Fellow en la Universidad de California, San Francisco, como enfermera clínica especialista en neurología. Durante este período llevó a cabo una investigación acerca de las intervenciones del personal enfermero para la recuperación cognitiva en casos de lesiones cerebrales y acerca de la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas. En 1987 Roy ocupó el puesto de enfermera teórica, entonces de reciente introducción, en el Boston College School of Nursing.

Roy ha publicado un gran número de libros, capítulos y artículos periódicamente, además de impartir numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría enfermera de la adaptación (Roy y Andrews, 1991). La revisión y la reformulación más recientes del modelo de Roy las efectuó la misma autora en su libro *The Roy Adaptation Model*, publicado en 1999 (Roy y Andrews, 1999).

Roy es miembro del Sigma Theta Tau y en 1981 recibió el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. En reconocimiento a su gran labor, Roy ha recibido un doctorado honorífico en Humane Letters por el Alverno College (1984), un doctorado honorífico por la Eastern Michigan University (1985) y otro por el Saint Joseph's en Maine (1999) y un A.J.N. Book of the Year Award por su libro *Essentials of the Roy Adaptation Model* (Andrews y Roy, 1986). También ha visto reconocido su trabajo al incluirse su nombre en el World Who's Who of Women (1979) y en Personalities of America (1978), y al ser admitida como miembro de la American Academy of Nursing (1978); recibió un Fulbright Senior Scholar Award del Australian-American Educational Foundation (1989) y un Martha Rogers Award for Advancing Nursing Science, de la National League for Nurses (1991). Roy recibió el premio Outstanding Alumna y la prestigiosa Carondelet Medal de su alma mater, Mount Saint Mary's. La American Academy of Nursing la honró por sus extraordinarios logros a lo largo de su vida reconociéndola como Living Legend (2007).

FUENTES TEÓRICAS

En el origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana (Roy, 1984). En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (Roy, 1984). El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo (Roy, 1984). El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos:

1. Estímulos focales, que son los que se presentan ante el individuo.
2. Estímulos contextuales, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.
3. Estímulos residuales, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada.

Con su trabajo, Helson desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno (Roy y Roberts, 1981).

Roy (Roy y Roberts, 1981) combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación. Con la teoría de la adaptación de Helson como base, Roy (1970) desarrolló y profundizó en la revisión del modelo gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy atribuyó gran valor a la labor de las que fueron sus coautoras, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martinez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir). También elaboraron los conceptos otros colaboradores, como Poush-Tedrow y Van Landingham, por su interpretación sobre la interdependencia, y Randell, por el modo de vida según la función del papel que hay que desempeñar.

Tras desarrollar su modelo, Roy lo presentó como un marco que sirviese para la práctica de la enfermería, para la investigación y la formación. Roy (1971) ha afirmado que más de 1.500 facultades y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación. Presentó el modelo como marco curricular a una gran audiencia en la Nurse Educator Conference de 1977 en Chicago (Roy, 1979). Y en 1987 se calculó que más de 100.000 enfermeras de Estados Unidos y Canadá se habían formado para la práctica de su profesión bajo el modelo de Roy.

En *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (1976a), Roy trató de los modos de adaptación del autoconcepto y de la identificación con un grupo social. Roy et al. citaron el trabajo de Coombs y de Snygg sobre la constancia del individuo y sobre los factores que más influyen en la autoestima (Roy, 1984). También incluyeron teorías de interacción social para aportar una base teórica. Por ejemplo, Roy (1984) destaca que Cooley (1902) teoriza que la percepción de uno mismo se ve influida por la percepción de las respuestas de los otros individuos, llamada el «yo especular». Roy señala que Mead amplía la idea al formular una hipótesis en que la autovaloración hace referencia al *otro generalizado*. Roy saca provecho de lo sugerido por Sullivan de que la personalidad de un individuo se forma por medio de la interacción social (Roy, 1984). Gardner y Erickson defienden los enfoques de Roy sobre el entorno (Roy, 1984). Los otros modos de adaptación (fisiológico-físico, de la función del rol del individuo y de la interdependencia) se formaron de un modo muy similar al de la biología y al de las ciencias de la conducta humana, con el fin de conocer mejor al individuo.

Se continuó con el desarrollo del modelo a finales de la década de 1900, y ya en el siglo xxi. Estos avances incluyen: afirmaciones científicas y filosóficas actualizadas; la redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de los modos de adaptación al desarrollo del saber en el grupo y, por último, el análisis, la crítica y la síntesis de los primeros 25 años de investigación basada en el RAM. Roy está de acuerdo con los teóricos que creen que los cambios que se producen en los sistemas de la persona y de su entorno en el mundo son tan enormes que un gran hito está llegando a su fin (Davies, 1988; De Chardin, 1966). La era Cenozoica, la era de los mamíferos, se extendió durante 67 millones de años y fue una era de gran actividad, durante la que apareció el primer signo de vida humana en la Tierra. En aquel momento, la especie humana apenas tenía, o simplemente no tenía, influencia alguna sobre el universo (Roy, 1997). «Cuando esta era finalizó, la especie humana ya tenía un amplio control sobre el sistema de vida terrestre. Roy reivindica que ahora los humanos debemos decidir en qué tipo de universo vamos a vivir» (Roy, 1997, p. 42). Roy «ha convertido en el centro de las afirmaciones para el siglo xxi la autoorganización mutua y compleja del individuo y su entorno, y también un destino significativo para la convergencia del universo, de las personas y de su entorno en el que se pueda considerar la presencia de un ser supremo o de Dios» (Roy y Andrews, 1999, p. 395). Según Roy (1997): «Las personas coexisten con su entorno físico y social» (p. 34) y «comparten un destino común con el universo, además de ser responsables de las mutuas transformaciones» (Roy y Andrews, 1999, p. 395). Los avances realizados en el modelo que se relacionaron con la relación integral entre persona y entorno se han visto influidos por Pierre Teilhard De Chardin y por su ley de la complejidad progresiva y de creciente concienciación (De Chardin, 1959, 1965, 1966, 1969) y además por el trabajo de Swimme y Berry (1992).

Conceptos principales y definiciones

SISTEMA

Un sistema es «el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes» (Roy y Andrews, 1999, p. 32). Además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí, «los sistemas también tienen entrada y salida de información, y procesos de control y de realimentación» (Andrews y Roy, 1991, p. 7).

NIVEL DE ADAPTACIÓN

«El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido» (Roy y Andrews, 1999, p. 30). El nivel de adaptación de una persona es «un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación» (Roy, 1984, pp. 27-28).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN

Los problemas de adaptación son «áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Éstas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva» (Roy y Andrews, 1999, p. 65). Roy (1984) afirma:

> En este punto, puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación) (pp. 89-90).

ESTÍMULO FOCAL

El estímulo focal es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

ESTÍMULOS CONTEXTUALES

Los estímulos contextuales «son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal» (Roy y Andrews, 1999, p. 31), es decir, «los estímulos contextuales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía» (Andrews y Roy, 1991, p. 9).

ESTÍMULOS RESIDUALES

Los estímulos residuales «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento» (Roy y Andrews, 1999, p. 32).

PROCESOS DE AFRONTAMIENTO

Los procesos de afrontamiento «son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

MECANISMOS INNATOS DE AFRONTAMIENTO

Los mecanismos innatos de afrontamiento «se determinan genéticamente o son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos» (Roy y Andrews, 1999, p. 46).

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO ADQUIRIDOS

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos «se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares» (Roy y Andrews, 1999, p. 46).

SUBSISTEMA REGULADOR

El subsistema regulador supone «un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino» (Roy y Andrews, 1999, p. 32).

SUBSISTEMA RELACIONADOR

El subsistema relacionador es «un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

RESPUESTAS DE ADAPTACIÓN

Las respuestas de adaptación «fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

REACCIONES INEFICACES

Las reacciones que no son eficaces son las que «no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

PROCESO VITAL INTEGRADO

El proceso de vida integrado se refiere al «nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

MODO FISIOLÓGICO Y FÍSICO DE ADAPTACIÓN

El modo fisiológico «está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos» (Roy y Andrews, 1999, p. 102). Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: *a)* oxigenación; *b)* nutrición; *c)* eliminación; *d)* actividad y reposo, y *e)* protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica (Roy y Andrews, 1999). El modo de adaptación físico es «la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas» (Roy y Andrews, 1999, p. 104). La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

MODO DE ADAPTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO

El modo de adaptación del autoconcepto de grupo es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y «se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo» (Roy y Andrews, 1999, p. 107). «El autoconcepto puede definirse como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos» (Roy y Andrews, 1999, p. 107). Sus componentes son: *a)* el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo y *b)* el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja «cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura» (Roy y Andrews, 1999, p. 108). La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad (Roy y Andrews, 1999).

MODO DE ADAPTACIÓN DE FUNCIÓN DE ROL

El modo de adaptación de función del rol «es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar» (Hill y Roberts, 1981, pp. 109-110). Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental y al comportamiento expresivo. El comportamiento instrumental es «la ejecución física real de un comportamiento» (Andrews, 1991, p. 348). El comportamiento expresivo se compone de «los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

o hacia el desempeño de su papel» (Andrews, 1991, p. 348).

> El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un período particular de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo (Andrews, 1991, p. 349).
>
> Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario (Andrews, 1991, p. 349).
>
> Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. [...] Normalmente, los roles terciarios están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente y van desde clubes sociales a aficiones personales (Andrews, 1991, p. 349).

Los roles principales que uno desempeña pueden analizarse imaginando una estructura en forma de tronco. El tronco del árbol es el rol primario del individuo: a saber, el nivel de desarrollo de uno mismo, como, por ejemplo, una mujer adulta con hijos. Los roles secundarios son las ramas del papel primario: por ejemplo, ser esposa, madre o profesora. Por último, los papeles terciarios son ramas del papel secundario: por ejemplo, el papel de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres durante un tiempo. Cada uno de los tres roles se desempeña en una relación en la que tienen un papel recíproco (Roy y Andrews, 1999).

MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA

> El modo de adaptación de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (Roy y Andrews, 1999, p. 111).

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser *la integridad de las relaciones* (Roy y Andrews, 1999).

> Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. La primera relación es con los otros individuos significativos, que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo. La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo: a saber, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia (Roy y Andrews, 1999, p. 112).

Se han identificado las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia: el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos comportamientos se refieren al hecho de «recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia» (Roy y Andrews, 1999, p. 112).

PERCEPCIÓN

«La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente» (Pollock, 1993, p. 169). La percepción une el regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación (Rambo, 1983).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Desde su inicio, el modelo de adaptación de Roy se ha apoyado en la investigación llevada a cabo en la práctica y en la formación enfermeras (Brower y Baker, 1976; Farkas, 1981; Mastal y Hammond, 1980; Meleis, 1985, 2007; Roy, 1980; Roy y Obloy, 1978; Wagner, 1976). En 1999 (Roy y Andrews, 1999), un grupo de siete especialistas que trabaja-

ban con Roy llevaron a término un metaanálisis, la crítica y la síntesis de 163 estudios basados en este modelo y que habían aparecido en 44 publicaciones de habla inglesa en cinco continentes, además de disertaciones y tesis redactadas en Estados Unidos. De estos 163 estudios, 116 satisficieron los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron doce propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los descubrimientos de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas, y se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas, 216 (82%) fueron apoyadas.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Los supuestos surgidos de las teorías de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Basándose en los supuestos surgidos de las teorías de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se observan como sistemas compuestos por partes interactivas que actúan al unísono para obtener cierto propósito. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos procedentes del entorno para, así, conseguir adaptarse. Con su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los humanos pueden llegar a crear cambios a su alrededor (Roy y Andrews, 1999). Gracias a las características ofrecidas por Swimme y Berry de la creación de la espiritualidad (1992), Roy unió los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales y de la raza humana son vitales para conocer y valorar, y que participan de un poder creador. La verdad afirma su creencia en la finalidad, en el valor y en el significado de la vida humana en su totalidad. Estos supuestos científicos y filosóficos se han sometido a revisión para utilizar el modelo en el siglo XXI (cuadro 17-1).

Adaptación

En su libro más reciente, Roy (Roy y Andrews, 1999) ya definió con más detalle el concepto de adaptación para que pudiese aplicarse en el siglo XXI. Según Roy, la *adaptación* se refiere «al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno» (Roy y Andrews, 1999, p. 30). Más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

Cuadro 17-1 *Visión básica de los conceptos para el siglo XXI*

SUPUESTOS CIENTÍFICOS

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más complejos de autoorganización.
- La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno.
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir.
- Con sus decisiones, los seres humanos son responsables de la integración de los procesos creadores.
- El hecho de pensar y de sentir media en la acción humana.
- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia.
- Las personas y el mundo siguen modelos comunes y tienen relaciones integrales.
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
- La integración de los significados de la existencia humana y del entorno es el resultado de la adaptación.

SUPUESTOS FILOSÓFICOS

- Las personas se relacionan a la vez con el mundo y con Dios.
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia omega del universo.
- En los últimos tiempos, se ha descubierto a Dios en la diversidad de la creación, y éste constituye el destino común de la creación.
- Las personas usan la capacidad humana creadora de conciencia, tolerancia y fe.
- Las personas son responsables de los procesos del origen, preservación y transformación del universo.

De Roy, C. y Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2.ª ed., p. 35). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería

Roy ofrece una descripción amplia de la *enfermería* al constatar que es «una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general» (Roy y Andrews, 1999, p. 4). En concreto, y de acuerdo con su modelo, Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en este análisis y las intervenciones se programan para controlar los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Roy diferencia entre la enfermería interpretada como una ciencia y la enfermería interpretada como una disciplina práctica. La enfermería como ciencia es «un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud» (Roy, 1984, pp. 3-4). «La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva» (Roy, 1984, pp. 3-4). «La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación» (Andrews y Roy, 1991, p. 20).

Según Roy, el objetivo de las enfermeras es «mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad» (Roy y Andrews, 1999, p. 19). La enfermería cumple un papel único, ya que facilita la adaptación al analizar el comportamiento de los cuatro modos de adaptación y de los factores que influyen en ella y al intervenir en el fomento de la capacidad de adecuación, además de mejorar las interacciones del entorno (Roy y Andrews, 1999).

Persona

Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. «Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general» (Roy y Andrews, 1999, p. 31). Pese a la gran diversidad existente entre las personas, se unen en un mismo destino (Roy y Andrews, 1999). «Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno» (Roy y Andrews, 1999, p. 36). Las personas y el mundo tienen en común los modelos y comparten relaciones y significado (Roy y Andrews, 1999). Roy (Roy y Andrews, 1999) describió a la persona como: el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

Salud

«La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno» (Andrews y Roy, 1991, p. 21). Roy (1984) extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social, y de que la integridad implica un estado perfecto que lleva a completarla. En el trabajo realizado al principio de su carrera, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud delicada, hasta el nivel más elevado de bienestar (Brower y Baker, 1976). A finales de la década de 1990, los escritos de Roy se centran más en la salud interpretada como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir (Roy y Andrews, 1999). Empleando lo expuesto por Illich, Roy (1974, 1976) escribe: «La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible» (Roy y Andrews, 1999, p. 52).

La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona (Riehl y Roy, 1980).

La enfermería sabe de la existencia de esta dimensión. Cuando los mecanismos que se usan para combatir todos los factores antes citados no son eficaces, aparece la enfermedad. Se mantiene la salud mientras las personas se adaptan. Al mismo tiempo que las personas reaccionan ante los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos. La liberación de energía desprendida de los intentos sin éxito de combatir el afrontamiento es capaz de promover una mejora de la salud (Roy, 1984).

Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de «todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales» (Roy y Andrews, 1999, p. 81). «Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse» (Andrews y Roy, 1991, p. 18). El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para, así, conseguir adaptarse a la nueva situación. Los factores que llegan del entorno y que influyen sobre las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Andrews y Roy, 1986; Randell, Tedrow y Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy y Roberts, 1981).

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona (Andrews y Roy, 1986; Randell et al., 1982; Roy, 1970, 1971, 1980; Roy y McLeod, 1981).

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí (fig. 17-1). El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: *a)* necesidades fisiológicas; *b)* autoestima; *c)* función del rol, y *d)* interdependencia (Andrews y Roy, 1986; Liman-

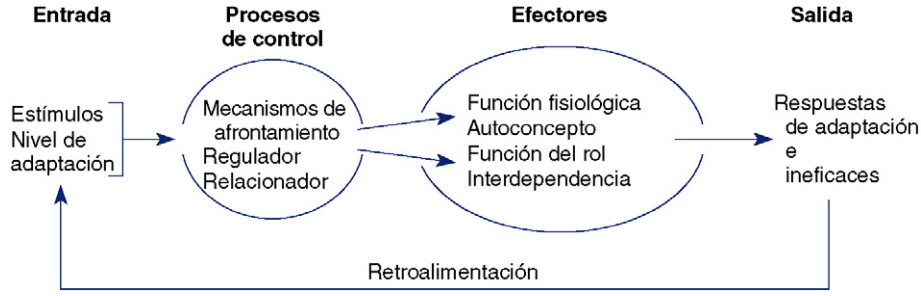


Figura 17-1 La persona vista como un sistema de adaptación. (De Roy, C. [1984]. *Introduction to nursing: An adaptation model* [2.ª ed., p. 30]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

dri, 1986; Mastal, Hammond y Roberts, 1982; Meleis, 1985, 2007; Riehl y Roy, 1980; Roy, 1971, 1975).

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos» (Andrews y Roy, 1991, p. 14). El subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, «reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones» (Andrews y Roy, 1991, p. 14). La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador «y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador» (Galligan, 1979, p. 67).

Los cuatro modelos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado» (Roy y Andrews, 1999, p. 49). El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación

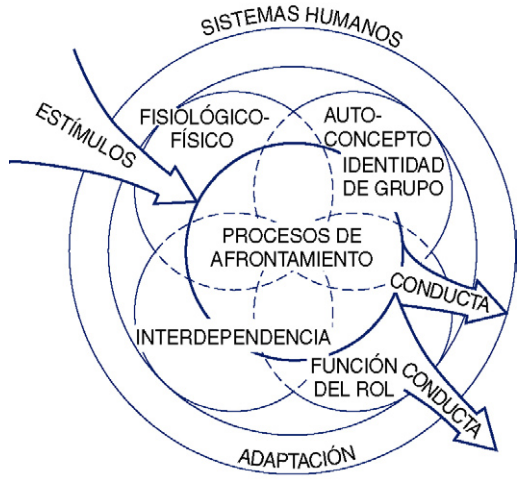


Figura 17-2 Diagrama en el que se representa el sistema de adaptación humano. (De Roy, C., & Andrews, H. [1999]. *The Roy adaptation model* [2.ª ed.]. Upper River Saddle, NJ: Pearson Education, Inc.)

de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación (Roy y Andrews, 1999) (fig. 17-2).

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo (Brower y Baker, 1976; Chinn y Kramer, 2008; Mastal y Hammond, 1980).

Con respecto al sistema social humano, Roy categoriza de forma amplia los procesos de control situados en el subsistema estabilizador y en el innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema

innovador se asocia con el subsistema relacionador del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento (Roy y Andrews, 1999).

FORMA LÓGICA

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. En lo que cabe, es deductivo, puesto que la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Éste desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy (1971) redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina de la enfermería y sintetiza todos éstos en su teoría de la adaptación.

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva por el hecho de que la autora formuló los cuatro modos de adaptación a raíz de la investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión. Roy construyó el marco conceptual de la adaptación y desarrolló un modelo detallado con el que las enfermeras usan el proceso de atención de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería y facilitar la adaptación en situaciones de salud o enfermedad (Roy, 1976a, 1980, 1984).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy está profundamente enraizado en la práctica enfermera y esto, en parte, contribuye a su éxito continuado (Fawcett, 2002). Sigue siendo uno de los marcos conceptuales utilizado con mayor frecuencia y se usa nacional e internacionalmente (Roy y Andrews, 1999; Fawcett, 2005).

El modelo de Roy es útil para la práctica de la enfermería, ya que pone de relieve las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación. En el modelo se toman en consideración los objetivos, los valores, las intervenciones del profesional y al paciente. El proceso de enfermería planteado por Roy está bien desarrollado. La valoración a dos niveles ayudó en la identificación de los objetivos y diagnósticos de la enfermería (Brower y Baker, 1976).

Antes, se aceptaba como una teoría con valor para la práctica enfermera por el objetivo que especificaba su propósito de la actividad y una planificación de las actividades para conseguir el objetivo (Dickoff, James y Wiedenbach, 1968a, 1968b). El objetivo del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad de una persona. Las intervenciones o prescriptores significan el hecho de controlar los estímulos al eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos. Estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica y que estén generadas por el modelo (Roy, 1984).

Al usar el proceso de enfermería en seis pasos de Roy, la enfermera realiza las seis funciones siguientes:

1. Evalúa las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Expone su juicio o establece un diagnóstico sobre el estado de adaptación de la persona.
4. Fija objetivos para fomentar la adaptación.
5. Establece las intervenciones que irán dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación.
6. Evalúa qué objetivos se han alcanzado.

Al controlar los estímulos y no al paciente, la enfermera consigue una mejora en «la interacción de la persona con su entorno, y así fomenta una buena salud» (Andrews y Roy, 1986, p. 51). El uso del proceso de atención de enfermería encaja en el ámbito de la práctica. La valoración a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a identificar los problemas de adaptación o los diagnósticos enfermeros.

Roy et al. han desarrollado una tipología del diagnóstico enfermero bajo la perspectiva del RAM (Roy, 1984; Roy y Roberts, 1981). En esta tipología, los problemas recurrentes habitualmente se han relacionado con las necesidades básicas de los cuatro modos de adaptación (Andrews y Roy, 1991).

La intervención se basa específicamente en el modelo, pero existe la necesidad de crear una organización de categorías de las intervenciones enfermeras (Roy y Roberts, 1981). Las enfermeras proporcionan intervenciones que alteran, aumentan, disminuyen, eliminan o mantienen estímulos (Roy y Andrews, 1999). El modelo de juicio enfermero perfilado por McDonald y Harms (1966) está recomendado por Roy para guiar la selección de la mejor intervención para modificar un estímulo

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

concreto. Según este modelo, se generan numerosas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos. Cada intervención posible es juzgada por las consecuencias esperadas de modificar un estímulo, la probabilidad de que una consecuencia se produzca (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable).

Senesac (2003) revisó la bibliografía buscando evidencias de la aplicación del modelo de adaptación de Roy en la práctica enfermera. Explicó que este modelo lo han utilizado en su mayor parte enfermeras de forma individual para comprender, planificar y dirigir la práctica enfermera en el cuidado de pacientes. Aunque se encuentran menos ejemplos de aplicación del modelo de adaptación en entornos prácticos institucionales, estos ejemplos existen. Concluyó que si el modelo se implementa con éxito como filosofía práctica, se reflejará en la misión y en los puntos de vista de la institución, las herramientas de reclutamiento, las herramientas de valoración, los planes de cuidados enfermeros y otros documentos relacionados con el cuidado de pacientes.

El modelo de adaptación de Roy es útil para guiar la práctica enfermera en entornos institucionales. Se ha implementado en una unidad de cuidados intensivos de recién nacidos, una sala de cirugía aguda, una unidad de rehabilitación, dos unidades de hospital general, un hospital ortopédico, una unidad neuroquirúrgica y un hospital de 145 camas, entre otros (Roy y Andrews, 1999).

DeVillers (1998) mostró cómo podían usar el modelo de adaptación de Roy los especialistas en enfermería clínica para definir el papel que tienen como expertos en el marco de la obstetricia y la ginecología. DeVillers aplicó los pasos del proceso enfermero que planteó Roy y aportó ejemplos específicos y el tipo de atención adecuado para todos los modos de adaptación.

El modelo también se ha aplicado en el cuidado enfermero de grupos de pacientes. En la bibliografía hay numerosos ejemplos de la extensa aplicación del modelo de adaptación de Roy. Villareal (2003) lo aplicó al cuidado de mujeres jóvenes que estaban dejando de fumar. La autora proporciona una exposición global del uso del proceso enfermero de seis pasos de Roy para guiar los cuidados enfermeros para mujeres jóvenes de entre 20 y 30 años que fumaban y eran miembros de un grupo de apoyo cerrado. La investigadora realizó una valoración a dos niveles. En el primer nivel se identificaron los estímulos para cada uno de los cuatro modos de adaptación. En el segundo nivel, la enfermera realiza un juicio sobre los estímulos focal (adicción a la nicotina), contextual (creencia de que fumar es agradable, les hace sentir bien, las relaja, les da sensación de comodidad y forma parte de sus costumbres) y residual (creencias y actitudes sobre su imagen corporal y que dejar de fumar las engordaría). La enfermera hizo un diagnóstico enfermero que, para este grupo, era una falta de motivación para dejar de fumar relacionada con la dependencia. Las mujeres del grupo de apoyo y la enfermera establecieron mutuamente objetivos a corto plazo para cambiar conductas, más que el objetivo a largo plazo de dejar de fumar. La intervención se centró en la discusión de los efectos del hábito de fumar sobre el organismo, las razones y las creencias sobre fumar y dejar de fumar, el control del estrés, la nutrición, la actividad física y la autoestima. Durante la fase de evaluación se determinó que las mujeres habían pasado de la fase de precontemplación a la fase de contemplación de dejar de fumar. La autora concluyó que el modelo proporcionó un marco útil para proporcionar cuidados a las mujeres que fumaban.

Samarel, Tulman y Fawcett (2002) examinaron los efectos de dos tipos de apoyo social (teléfono y apoyo social en grupo) y la educación sobre la adaptación al cáncer de mama en etapas iniciales en una muestra de 125 mujeres. Las mujeres del grupo experimental recibieron apoyo social y educación ($n = 34$), mientras que las mujeres del primer grupo control sólo recibieron apoyo telefónico y educación, y las mujeres del segundo grupo control sólo recibieron educación. Los trastornos del humor y la soledad se redujeron significativamente en el grupo experimental y en el primer grupo control, pero no lo hicieron en el segundo grupo control. Entre los grupos no se observaron diferencias respecto a la preocupación o al bienestar relacionados con el cáncer. Este estudio proporciona un excelente ejemplo de cómo puede utilizarse el modelo de adaptación de Roy para guiar la conceptualización, revisar la bibliografía, construir teorías y desarrollar una intervención.

Samarel et al. (1999) desarrollaron un paquete de recursos para mujeres con cáncer de mama. Los contenidos de este paquete se obtuvieron del modelo de adaptación de Roy. El paquete contiene el *The Resource Manual for Women with Breast Cancer,* que reúne información pertinente en una sola fuente. El manual está dividido en ocho capítulos

que se basan teóricamente en los cuatro modos de adaptación. Contiene gran variedad de actividades prácticas para reforzar la información contenida en los capítulos. El paquete contiene folletos, cintas de audio y vídeos que complementan el texto del manual.

Newman (1997a) aplicó el modelo a cuidadores de familiares con enfermedades crónicas. Con una revisión completa de la bibliografía, Newman mostró cómo este modelo podía utilizarse para proporcionar cuidados a esta población. La autora consideró al familiar enfermo crónico como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluían la edad, el sexo del cuidador y su relación con el familiar enfermo crónico. El estado de salud física del cuidador es una manifestación del modo de adaptación fisiológica. Las respuestas emocionales del cuidador (shock, temor, ira, culpa, aumento de la ansiedad) son respuestas eficaces o ineficaces del modo de autoconcepto. Las relaciones con los seres queridos y el apoyo indicaban las respuestas de adaptación en el modo de interdependencia. Los roles primario, secundario y terciario de los cuidadores se refuerzan al añadir el rol de cuidar. Las implicaciones prácticas y de la investigación arrojan luz sobre la aplicabilidad del modelo para prestar atención a los cuidadores de familiares enfermos crónicos.

El modelo de adaptación de Roy (RAM) se ha aplicado al cuidado de personas con enfermedad renal crónica que requieren hemodiálisis (Keen et al., 1998), mujeres en la menopausia (Cunningham, 2002) y para la valoración de ancianos sometidos a amputación de la pierna derecha por debajo de la rodilla. El RAM se ha aplicado al cuidado de adolescentes con asma (Hennessy-Harstad, 1999) y enfermedad inflamatoria intestinal (Decker, 2000) y en niños de 10 meses con traqueomalacia (Lankester y Sheldon, 1999). Cook (1999) realiza la valoración enfermera relacionada con el autoconcepto de pacientes con cáncer y proporciona intervenciones específicas para fomentar la adaptación en este grupo de pacientes.

Araich (2001) utiliza un estudio de caso para ilustrar cómo la teoría puede integrarse en una unidad de cuidados cardíacos. En este esfuerzo, Araich realiza una valoración a dos niveles y describe posibles intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación de personas en cuidados cardíacos. Dixon (1999) demuestra cómo el modelo de adaptación de Roy guía la práctica de la enfermería de salud comunitaria.

Formación

El modelo de adaptación de Roy define el propósito inequívoco de la enfermería para estudiantes, que es fomentar la adaptación de personas en cada uno de los modos adaptativos en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo distingue la ciencia enfermera de la ciencia médica, enseñando el contenido de esas áreas en cursos separados. Pone el acento en la colaboración, pero plantea objetivos separados para enfermeras y médicos. Según Roy (1971), el objetivo de la enfermera es ayudar al paciente a aplicar su energía en sentirse bien, mientras que el estudiante de medicina se centra en la posición del paciente sobre el continuo salud-enfermedad con el objetivo de provocar un movimiento a lo largo del continuo. Considera el modelo como una herramienta valiosa para analizar las distinciones entre las dos profesiones de enfermería y medicina. Roy (1979) considera que el plan de estudios basado en este modelo apoya el conocimiento del desarrollo de teorías por parte de los estudiantes, que también aprenden cómo comprobar las teorías y cómo reconocer nuevos puntos de vistas teóricos. Roy (1971, 1979) observó antes que el modelo clarificaba objetivos, identificaba contenidos y especificaba patrones para la educación y la enseñanza.

El modelo de adaptación también ha sido útil en el marco de la formación y ha dirigido la formación en el departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College en Los Ángeles desde 1970. Ya en 1987 más de 100.000 estudiantes de enfermería se habían formado en programas de enfermería basados en el modelo de adaptación de Roy en Estados Unidos y en otros países. Este modelo proporciona educadores con una forma sistemática de enseñar a los estudiantes a valorar y a atender a los pacientes dentro del contexto de sus vidas, más que como víctimas de una enfermedad.

Dobratz (2003) evaluó los resultados de aprendizaje de un curso de investigación en enfermería diseñado desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy y describió en detalle cómo enseñar el contenido teórico a estudiantes de un curso de investigación enfermera avanzado. La herramienta de evaluación fue una escala tipo Likert que contenía siete afirmaciones. Se preguntó a los estudiantes su desacuerdo, acuerdo o acuerdo total con las siete afirmaciones. Se incluyeron cuatro preguntas abiertas para obtener información de los estudiantes sobre la actividad de aprendizaje más útil, la actividad menos útil, los métodos utilizados por el

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

instructor que mejoraron el aprendizaje y la comprensión de la investigación y lo que el instructor podría hacer para aumentar el aprendizaje. La investigadora concluyó que un curso de investigación basado en el modelo ayuda a los estudiantes a encajar las piezas del puzzle de la investigación.

Investigación

Si la investigación sirve para influir en el modo de hacer de los profesionales, también servirá para analizar una y otra vez las teorías que derivan de los modelos conceptuales en el ámbito de la enfermería práctica. Roy (1984) ha constatado que la elaboración de una teoría y el análisis de teorías ya elaboradas se consideran asuntos prioritarios para la enfermería. El modelo sigue generando gran cantidad de hipótesis comprobables que deben investigarse.

Como ya se ha señalado anteriormente, la teoría de Roy ha generado cierto número de propuestas generales. De estas propuestas se puede desarrollar una serie de hipótesis específicas y luego comprobarlas. Hill y Roberts (1981) han demostrado que se pueden elaborar hipótesis comprobables del modelo, como bien sostenía Roy. La información que sirve para validar y sobre la que basar el modelo se crea al comprobar estas hipótesis; el modelo comienza a generar más investigaciones de este tipo. El modelo de adaptación de Roy ha sido ampliamente utilizado para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación enfermera (Frederickson, 2000).

Roy (1970) ha identificado el conjunto de conceptos que forman el modelo, de cuyo proceso de observación y de clasificación de los hechos se formulan los postulados. Éstos atañen a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de combate e intervenciones, basados en las leyes originadas por los factores que provocan la reacción que se produce ante estímulos focales, contextuales y residuales. Roy et al. han señalado una tipología de problemas de adaptación o de diagnósticos enfermeros (Roy, 1973, 1975, 1976b). Continúan la investigación y el examen en áreas de la tipología y de las categorías de las intervenciones para que encajen bien en el modelo. También se han desarrollado y examinado propuestas generales (Roy y McLeod, 1981).

Investigación basada en la práctica

DiMattio y Tulman (2003) describieron cambios en el estado funcional y relacionaron el estado funcional de 61 mujeres durante el período postoperatorio de 6 semanas después de someterse a cirugía por derivación de la arteria coronaria. El estado funcional se midió a las 2, las 4 y las 6 semanas después de la cirugía, utilizando el Inventory of Functional Status in the Elderly and the Sickness Impact Profile. Se hallaron aumentos significativos en todas las dimensiones de estado funcional, excepto en la personal, en los tres puntos de medición. El mayor aumento en el estado funcional tuvo lugar entre 2 y 4 semanas después de la cirugía. Sin embargo, ninguna de las dimensiones del estado funcional había vuelto a los valores basales a las 6 semanas. Esta información ayudará a las mujeres sometidas a cirugía por derivación de la arteria coronaria a comprender mejor el período de recuperación y a fijar objetivos más realistas.

Young-McCaughan et al. (2003) estudiaron los efectos de un programa de ejercicios aeróbicos estructurados sobre la tolerancia al ejercicio, los patrones de sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer, desde la perspectiva del modelo. Los sujetos hicieron ejercicio 20 minutos, dos veces a la semana durante 12 semanas. Se demostraron mejoras significativas en la tolerancia al ejercicio, la calidad del sueño de los sujetos y la calidad de vida psicológica y fisiológica.

Yeh (2002) comprobó el modelo de adaptación de Roy en una muestra de 116 chicos y chicas taiwaneses con cáncer (de edades comprendidas entre los 7 y los 18 años en el momento del diagnóstico). Se comprobaron dos proposiciones. La primera proposición es que los estímulos ambientales (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas biopsicosociales (calidad de vida relacionada con la salud [HRQOL]). La segunda proposición es que los cuatro modos de adaptación están interrelacionados. Utilizando el modelado de la ecuación estructural, la investigadora encontró que la gravedad de la enfermedad tenía un ajuste excelente con la etapa de la enfermedad, los valores de laboratorio (recuento de leucocitos, hemoglobina, plaquetas, recuento absoluto de neutrófilos) y el número total de hospitalizaciones. Aunque no está del todo claro lo definidos que estaban los estímulos focal y contextual, este estudio demostró que los estímulos ambientales (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas de adaptación biopsicosocial de los niños con cáncer. Finalmente, este estudio demostró la interrelación de los modos de adaptación fisiológico (HRQOL física), de autoconcepto (HRQOL síntomas y

enfermedad), de interdependencia (HRQOL social) y de función social (HRQOL cognitiva).

Woods e Isenberg (2001) proporcionan un ejemplo de síntesis de teorías. En su estudio sobre el abuso sexual y el estrés postraumático en mujeres maltratadas desarrollaron una teoría intermedia sintetizando el RAM con la bibliografía actual relacionada con el abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Se utilizó un modelo correlacional predictivo para examinar la adaptación como mediador del abuso sexual, el abuso emocional y el riesgo de homicidio por parte de un compañero sexual. La adaptación se hizo operativa dentro de los cuatro modos de adaptación y se comprobó como mediador entre abuso sexual y síndrome de estrés postraumático. Se observaron relaciones directas entre el estímulo focal y el abuso sexual, y la adaptación en cada uno de los cuatro modos medió las relaciones entre el estímulo focal y el estrés postraumático.

Chiou (2000) dirigió un metaanálisis de interrelaciones entre los cuatro modos de adaptación de Roy. Utilizando criterios de inclusión y exclusión bien definidos, una búsqueda en el *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* proporcionó ocho informes de investigación con muestras diversas. Se incluyó un informe pendiente de editar. Las muestras para los nueve estudios incluyeron sólo a adultos, algunos de ellos ancianos. El metaanálisis reveló correlaciones de pequeñas a medianas entre cada uno de los conjuntos de dos modos y una asociación no significativa entre los modos de interdependencia y fisiológico. Zhan (2000) encontró apoyo para la proposición de Roy sobre los procesos de adaptación cognitiva respecto a mantener la autoconsistencia. Utilizaron la Cognitive Adaptation Processing Scale de Roy (Roy y Zhan, 2001) para medir la adaptación cognitiva y la Self-Consistency Scale (Zhan y Shen, 1994). Zhan descubrió que la adaptación cognitiva desempeña un papel importante para ayudar a los ancianos a mantener autoconsistencia en la pérdida de audición. La autoconsistencia era más alta en los hombres con alteraciones auditivas que en las mujeres, pero no variaba con la edad, el nivel educativo, la etnia, el estado civil o los ingresos.

Nuamah, Cooley, Fawcett y McCorkle (1999) examinaron la calidad de vida de 515 pacientes enfermos de cáncer. Estas investigadoras establecieron claros vínculos entre los conceptos del modelo de adaptación de Roy, los conceptos de teorías intermedias y los indicadores empíricos. También se identificaron los estímulos focales y contextuales. Se pusieron en marcha las variables en cada modo de adaptación. Al utilizar un modelo de ecuación estructural, los investigadores percibieron que dos de los estímulos del entorno (tratamiento adyuvante contra el cáncer y gravedad de la enfermedad) explicaban el 59% de la variancia en los indicadores biopsicosociales de la variable latente de la calidad de vida en relación con la salud. Sus descubrimientos apoyaban la propuesta del RAM de que los estímulos recibidos del entorno influían en las respuestas biopsicosociales.

Samarel et al. (1999) pusieron en práctica el modelo para examinar la percepción de la adaptación de la mujer frente a un cáncer de mama en una muestra de 70 mujeres, que participaban en un programa de apoyo experimental y en un grupo educativo. El grupo experimental recibió información sobre la enfermedad, mientras que el educativo no la recibió. Tras usar el análisis cuantitativo del contenido de las entrevistas que se realizaron por teléfono, los investigadores observaron que 51 de 70 mujeres (el 72,9%) experimentaron un cambio positivo de su cáncer de mama durante el estudio, lo que indicó una adaptación a la enfermedad. Los investigadores informaron de que existían indicadores cualitativos de adaptación para cada uno de los cuatro modos de adaptación expuestos por Roy.

Modrcin-Talbott et al. estudiaron el concepto de autoestima desde el punto de vista del RAM en 140 adolescentes con buena salud (Modrcin-Talbott, Pullen, Ehrenberger, Zandstra y Muenchen, 1998b) y en 77 adolescentes de un centro psiquiátrico con consulta externa (Modrcin-Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger y Muenchen, 1998a). Agruparon a los adolescentes como adolescentes menores (12-14 años), medianos (15-16) y mayores (17-19). Los adolescentes completamente sanos fueron localizados en una parroquia grande del sudeste de Estados Unidos. El nivel de autoestima de los adolescentes sanos no difirió en función de la edad, el estrato social ni el género, ni en función de si fumaban o no. Los adolescentes sanos que hacían ejercicio físico con asiduidad mostraron un nivel de autoestima superior. Se observó una relación negativa entre la autoestima y la depresión, el estado y el rasgo de ira, la ira interiorizada y exteriorizada, el control y la expresión de la ira. En el segundo estudio, los adolescentes participaron en unas sesiones de grupo programadas y regulares, que formaban parte de un programa de tratamiento psiquiátrico para pacientes no ingresados. El nivel de autoestima difirió de manera importante según la edad del grupo y fue más bajo en los adolescentes mayo-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

res. En cambio, el nivel de autoestima no difirió en función del sexo ni en función de si fumaban o no. Se observó una relación negativa significativa entre la autoestima y la depresión. A diferencia del estudio realizado entre los adolescentes sanos, en este segundo estudio no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la autoestima y las dimensiones del enfado. El nivel de autoestima no resultó estar significativamente relacionado con el abuso del alcohol por parte de los padres en ninguno de los grupos.

Modrcin-Talbott, Harrison, Groer y Younger (2003) comprobaron los efectos del contacto humano en la adaptación bioconductual de recién nacidos pretérmino basándose en el RAM. Según Roy, los bebés nacían con dos modos de adaptación, el fisiológico y el de interdependencia. Los recién nacidos prematuros a menudo estaban privados del contacto humano y estaban rodeados de un entorno lleno de máquinas, estímulos nocivos y procedimientos invasivos. Estas investigadoras observaron que el contacto humano (estímulo focal) fomenta la adaptación fisiológica de los recién nacidos prematuros. La frecuencia cardíaca, la estabilidad de la saturación de oxígeno, el aumento del sueño tranquilo, el sueño y la somnolencia menos activos, la disminución de la actividad motora, el aumento del tiempo sin movimiento y la disminución del estrés conductual se identificaron como respuestas eficaces en el modo de adaptación fisiológico. Este estudio apoya la conceptualización de Roy de la adaptación en bebés.

Gallagher (1998) llevó a cabo un estudio piloto para discernir si existía una relación entre un trastorno urogenital y el impacto psicológico en una mujer de 17 años que padecía incontinencia urinaria. Gallagher observó una relación significativa entre el trastorno urogenital y la actividad física, las relaciones sociales y el hecho de viajar, todas ellas dimensiones del impacto psicológico de sufrir incontinencia. Aunque los descubrimientos no son concluyentes, puesto que se recurrió a una muestra pequeña, el estudio encajó bien en el modelo y facilitó información relevante para cuando se lleven a cabo estudios futuros.

El University of Montreal Research Team in Nursing Science (Ducharme, Ricard, Duquette, Levesque y Lachance, 1998; Levesque, Ricard, Ducharme, Duquette y Bonin, 1998) está analizando el nivel de adaptación frente a un conjunto de estímulos recibidos del entorno. En sus estudios se incluyeron cuatro grupos de individuos: *a)* cuidadores familiares informales que tienen en casa y a su cargo un pariente con demencia; *b)* familiares y cuidadores informales que tienen en casa y a su cargo un enfermo psiquiátrico; *c)* enfermeras cuya profesión es la de cuidadoras profesionales en centros geriátricos, y *d)* mujeres de cierta edad, casadas, en la comunidad. Al plantear un tipo de relación lineal y estructural (LISREL), el estrés percibido (estímulo focal), el apoyo social (estímulo contextual) y el mecanismo de afrontamiento pasivo y de elusión (mecanismo de afrontamiento) estaban enlazados directa o indirectamente con una sensación de angustia psicológica. Estos descubrimientos apoyan la propuesta que planteó Roy acerca de que el afrontamiento facilita la adaptación.

Bournaki (1997) estudió las respuestas ante el dolor y la punción venosa en niños en edad escolar desde la perspectiva del modelo. Basándose en la suposición de Roy de que «la conducta adaptada es una función del estímulo y del nivel de adaptación, es decir, de los efectos de los estímulos focal, contextual y residual» (Roy y Corliss, 1993, p. 217), Bournaki comprobó la hipótesis de que la edad, el sexo, las experiencias dolorosas anteriores, el temperamento, los temores médicos, los temores generales y las prácticas de crianza están relacionadas con la localización del dolor, la intensidad del dolor, la calidad del dolor, las conductas observadas y la frecuencia cardíaca. Los hallazgos de este estudio proporcionan apoyo parcial a la proposición de Roy de que los estímulos focal y contextual influyen en las respuestas de adaptación. En este estudio, el dolor relacionado con la punción venosa fue el estímulo focal, y la edad, el sexo, las experiencias dolorosas anteriores, el temperamento, los temores médicos, los temores generales y las prácticas de crianza fueron estímulos contextuales. La correlación canónica reveló que la edad (etapa de desarrollo), los temores médicos (autoconcepto) y dos dimensiones del temperamento (distracción y umbral [interdependencia padres-niño]) estaban relacionadas con la calidad del dolor, las respuestas conductuales y las respuestas de la frecuencia cardíaca. El sexo se relacionó con las respuestas conductuales en las chicas, que lloraron con más frecuencia que los chicos.

Creación de instrumentos para el desarrollo de la adaptación

El modelo de adaptación de Roy ha aportado la base teórica para el desarrollo de cierta cantidad de instrumentos de investigación. Newman (1997b)

desarrolló el Inventory of Functional Status-Caregiver of a Child in a Body Cast para medir el alcance en el que los cuidadores paternos continúan sus actividades usuales mientras que el niño está inmovilizado con una férula de yeso. La verificación de la exactitud indica que las subescalas para el cuidado del niño con una férula de yeso en casa, social y en la comunidad, el cuidado de otros niños y el cuidado personal (más que la puntuación total) son medidas fiables de estos constructos. Modrcin-McCarthy, McCue y Walker (1997) utilizaron este modelo para desarrollar una herramienta clínica que puede utilizarse para identificar factores estresantes reales y potenciales de bebés prematuros débiles y para implementar sus cuidados. Esta herramienta mide los signos de estrés, las intervenciones de contacto, la reducción del dolor, consideraciones ambientales, estado y estabilidad (STRESS, por sus siglas en inglés).

Desarrollo de teorías intermedias de adaptación

Silva (1986) apuntó que el simple hecho de usar un marco conceptual para estructurar un estudio de investigación no significa que se haya examinado la teoría. Muchos de los investigadores han utilizado el modelo de Roy, pero en realidad no comprobaron las hipótesis o propuestas de su modelo. Han proporcionado cierta validez de su utilidad como marco para dirigir estudios. Tiene que explicitarse cómo una teoría deriva de un marco conceptual; por tanto, es necesario desarrollar y analizar las teorías de segundo rango que se formaron a partir del modelo de adaptación de Roy. Ya se han llevado a cabo investigaciones de este tipo con el modelo, pero éste requiere una validación más exhaustiva y el desarrollo de nuevas áreas. El modelo genera numerosas hipótesis comprobables relacionadas tanto con la práctica como con la teoría en la enfermería. El éxito de un marco conceptual se evalúa, en parte, por el número y la calidad de teorías intermedias que genera. La utilidad de estas teorías en la práctica mantiene vivo el modelo.

Dunn (2004) explica la utilización de la sustrucción teórica para derivar una teoría de adaptación intermedia para el dolor crónico a partir del modelo de adaptación de Roy. En el modelo de adaptación al dolor crónico de Dunn, la intensidad del dolor se especifica como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluyen la edad, la etnia y el sexo. El afrontamiento religioso y no religioso son funciones del subsistema relacionador. Las manifestaciones de la adaptación al dolor crónico son sus efectos sobre la habilidad funcional y el bienestar psicológico y espiritual.

Frame, Kelly y Bayley (2003) desarrollaron la teoría de Frame de capacitación adolescente sintetizando el RAM, la matriz de capacitación de Murrell-Armstrong y la perspectiva de desarrollo de Harter. La teoría se comprobó utilizando un diseño casi experimental en el que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. Noventa y dos estudiantes de quinto y sexto curso fueron asignados al grupo de tratamiento o al grupo de control. Los niños del grupo de tratamiento asistieron a una intervención de grupo de apoyo conducida por la enfermera escolar durante 8 sesiones (2 veces a la semana durante 4 semanas). El tratamiento se diseñó para enseñar a los niños el TDAH, las ventajas de tener TDAH, la impotencia en contraposición a la capacitación, capacitación respecto de los propios sentimientos, profesores, familia y compañeros de clase y cómo aprender a relajarse. Los niños del grupo control no recibieron ninguna intervención. Mediante el análisis de covarianza, los niños del grupo de tratamiento explicaron una aceptación social percibida, una competencia atlética percibida, una apariencia física percibida y una autovalía global percibida significativamente superiores.

Jirovec, Jenkins, Isenberg y Baiardi (1999) han propuesto una teoría intermedia de control urinario derivada del modelo de adaptación de Roy, que se propone explicar el fenómeno del control de la orina y reducir la incontinencia urinaria. Según la teoría del control urinario, el estímulo focal para el control urinario es la distensión vesical. Los estímulos contextuales incluyen instalaciones accesibles y habilidades de movilidad. Un estímulo residual es la intensa socialización de los hábitos sanitarios y de la vejiga que empieza en la infancia. Esta teoría tiene en cuenta mecanismos de afrontamiento fisiológicos, regulador (reflejo espinal mediado por S2 a S4 y contracción del músculo detrusor y relajación del esfínter coordinada) y relacionador (percepción, juicio del aprendizaje y conciencia de urgencia o goteo). Para los cuatro modos de adaptación se han descrito respuestas de adaptación para prevenir la incontinencia urinaria. La adaptación eficaz se define como continencia, y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la adaptación ineficaz como incontinencia. Los autores proporcionan apoyo limitado para la teoría del control urinario a través de estudios de caso. La teoría del control urinario aclara la complejidad, la multidimensionalidad y la naturaleza holística de la adaptación.

Investigadores de la Universidad de Montreal han propuesto una teoría de adaptación intermedia para el cuidado que se basa en el modelo de adaptación de Roy. Esta teoría intermedia se ha comprobado en numerosos estudios publicados sobre cuidadores informales de familiares con una persona con demencia en casa, cuidadores informales de familiares con enfermedades psiquiátricas en casa, de cuidadores profesionales de ancianos internados y de cónyuges ancianos en la comunidad. El estrés percibido se conceptualiza como el estímulo focal. Los estímulos contextuales incluyen el sexo, los conflictos y el apoyo social. Los mecanismos de afrontamiento incluyen estrategias de afrontamiento activas, pasivas y de evitación. En esta teoría intermedia, la respuesta (estrés psicológico) adaptada (inadaptada) se manifiesta en el modo de autoconcepto. El análisis LISREL ha apoyado muchas de las propuestas de esta teoría de nivel medio de adaptación del cuidado y al RAM (Ducharme et al., 1998; Levesque et al., 1998).

Tsai, Tak, Moore y Palencia (2003) derivaron una teoría de nivel intermedio del dolor a partir de este modelo. En la teoría del dolor crónico, el dolor crónico es el estímulo focal, la discapacidad y el apoyo social son los estímulos contextuales, y la edad y el sexo son estímulos residuales. El estrés diario percibido es un proceso de afrontamiento. La depresión es una variable resultado manifestada en los cuatro modos de adaptación. El análisis de la trayectoria proporcionó apoyo parcial a la teoría del dolor crónico. El dolor crónico y la discapacidad superiores se asociaron con un estrés diario superior, y un apoyo social superior se asoció con un estrés diario inferior. Estas tres variables explican el 35% de la varianza en estrés diario. Un estrés diario superior explicó el 35% de la varianza en depresión.

Se han propuesto otras teorías intermedias derivadas del modelo de adaptación de Roy, pero por el momento no hay informes de investigación que verifiquen estas teorías. Tsai (2003) ha propuesto una teoría intermedia de estrés del cuidador. Whittemore y Roy (2002) desarrollaron una teoría intermedia de adaptación a la diabetes mellitus utilizando síntesis de teorías. Basándose en un análisis de una teoría intermedia de Pollock (1993) de enfermedad crónica y una revisión completa de la bibliografía, la reconceptualización del modelo de enfermedad crónica y la adición de conceptos como autocuidado, integración y salud dentro de la enfermedad, amplían más específicamente el modelo de adaptación de Roy para adaptarse a la diabetes mellitus.

DESARROLLOS POSTERIORES

El RAM es un enfoque de la enfermería que ha contribuido de manera significativa, y lo sigue haciendo, al conocimiento enfermero, aunque hay ciertas áreas del modelo que aún no se han desarrollado. Se facilitaría el uso del modelo en la práctica enfermera si se definiese detalladamente la tipología de los diagnósticos establecidos por las enfermeras y se organizasen las categorías de las intervenciones. Los investigadores que siguen el modelo de Roy continúan observando la función del papel que se debe desempeñar y la interdependencia, aunque éstas se solapen con las categorías psicosociales de la autoestima. Recientemente, Roy ha vuelto a definir la palabra salud, al restarle importancia al concepto del continuo entre la salud y la enfermedad, y al presentar el concepto de salud como la integración y totalidad de la persona. Este enfoque incorpora los mecanismos de adaptación del paciente en coma ante estímulos verbales y táctiles de un modo más claro. No obstante, como la salud no se conceptualizó de esa manera en los primeros trabajos, ahora se abre una nueva área de investigación. Basándose en su revisión global de la bibliografía, Frederickson (2000) concluyó que existe un buen apoyo empírico para la conceptualización de Roy de la persona y de la salud. Este autor realizó las siguientes recomendaciones para investigaciones futuras. Primero, existe una necesidad de diseñar estudios para comprobar proposiciones relacionadas con el entorno y con la enfermería. Segundo, deberían verificarse las intervenciones basadas en los conceptos y en las proposiciones que anteriormente se han apoyado.

CRÍTICA

Claridad

Los conceptos del metaparadigma (persona, entorno, enfermería y salud) del modelo de adapta-

ción de Roy están claramente definidos y son coherentes. Roy define claramente los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoestima, interdependencia y función del rol). Un reto del modelo que se identificó es la adhesión de Roy a una visión holística de la persona y el entorno, mientras que el modelo considera que la adaptación se produce en cuatro modos de adaptación, y persona y entorno se conceptualizan como dos entidades distintas, que se afectan entre sí (Malinski, 2000). Una respuesta a este reto es que el modelo de adaptación de Roy es holístico, porque un cambio en el entorno interno o externo (estímulo) produce una respuesta (se adapta) como un todo. De hecho, la perspectiva de Roy coincide con otras teorías holísticas, como la psiconeuroinmunología y la psiconeuroendocrinología. Como ejemplo, la psiconeuroinmunología es una teoría que propone una relación bidireccional entre mente y sistema inmunitario. El modelo de Roy es más amplio que la psiconeuroinmunología y proporciona una base teórica para investigar y cuidados enfermeros de la persona como un todo.

En publicaciones más recientes, Roy ha reconocido la naturaleza holística de las personas que viven en un universo que «avanza en su estructura, organización y complejidad. Más que tratarse de un sistema que actúa para mantenerse a sí mismo, cambia para centrarse en la finalidad de la existencia humana en un universo creador» (Roy y Andrews, 1999, p. 35).

Roy ha escrito que otras disciplinas se centran en un aspecto de la persona y que la enfermería ve a la persona como un todo (Roy y Andrews, 1999). «Basándose en los supuestos filosóficos del modelo enfermero, se considera que las personas son coextensivas con sus entornos físico y social. La enfermera adopta una postura basada en los valores, centrándose en la conciencia, la tolerancia y la fe» (Roy y Andrews, 1999, p. 539). Roy defiende que las personas tienen relaciones mutuas, integrales y simultáneas con el universo y con Dios y que, como humanos que son, «usan su capacidad creativa de conciencia, tolerancia y fe en los procesos de origen, preservación y transformación del universo» (Roy y Andrews, 1999, p. 35). Al usar esta capacidad creativa, las personas (enfermas o sanas) participan activamente en su propio cuidado y son capaces de conseguir un nivel más elevado de adaptación (salud).

Mastal y Hammond (1980) comentaron las dificultades que presentaba el modelo de Roy para clasificar ciertas conductas, porque se superponían las definiciones de los conceptos. El problema consistía en la conceptualización de la teoría y en la necesidad de definir las categorías, separadas y diferentes entre sí, para clasificar el comportamiento humano. Ya no resulta un problema conceptualizar la situación de la persona en el continuo entre salud y enfermedad, puesto que Roy ha redefinido recientemente el concepto de salud como la integración personal. Otros investigadores han hecho referencia a la dificultad que presenta la clasificación del comportamiento de manera exclusiva para un solo modo de adaptación (Bradley y Williams, 1990; Limandri, 1986; Nyqvist y Sjoden, 1993; Silva, 1987). Sin embargo, esta observación respalda la proposición de Roy de que, en un modo de adaptación, el comportamiento influye y se ve influido por otros modos.

Simplicidad

El modelo de Roy incluye los conceptos de enfermería, persona, salud-enfermedad, entorno, adaptación y actividades de enfermería. También incluye dos subconceptos (regulador y relacionador) y cuatro modos (fisiológico, autoestima, función del rol e interdependencia). Este modelo incluye varios conceptos principales y subconceptos de forma que las afirmaciones relacionales son complejas hasta que se aprende el modelo.

Generalidad

El amplio alcance del modelo de adaptación de Roy es una ventaja porque puede utilizarse para construir teorías y para derivar teorías intermedias y así comprobarlas en estudios de fenómenos de niveles menores (Reynolds, 1971). El modelo de Roy (Roy y Corliss, 1993) se puede extrapolar a todos los ámbitos de la enfermería, pero su objetivo se halla limitado porque está dirigido principalmente a la adaptación persona-entorno del paciente y se tiene en cuenta la información que se posee de la enfermera.

Precisión empírica

Los conceptos amplios planteados por Roy proceden de teorías como la psicología fisiológica, la psicología, la sociología y la enfermería. Por tanto, la información empírica indica que esta base teórica general tiene fundamento. El modelo de Roy

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

señala a los investigadores la dirección que tienen que tomar para incorporar los fenómenos fisiológicos en sus estudios. Roy (1980) estudió y analizó 500 tipos de comportamientos de pacientes registrados por las enfermeras. De este análisis extrajo los cuatro modos de adaptación del hombre.

Roy (Roy y McLeod, 1981; Roy y Roberts, 1981) ha identificado numerosas proposiciones concernientes a los mecanismos del regulador y el relacionador, y a los modos de adaptación de la autoestima, de la función del rol y de la interdependencia. Estas proposiciones han recibido grados variables de apoyo en las teorías generales y en la información empírica. Gran parte de las proposiciones son afirmaciones relacionales y pueden contrastarse (Tiedeman, 1983). A lo largo de los años, se han formulado numerosas hipótesis contrastables, derivadas del modelo (Hill y Roberts, 1981).

La imperiosa necesidad de incrementar la precisión empírica del RAM por parte de los investigadores desea formular teorías intermedias basadas en el RAM con referentes empíricos, diseñados explícitamente para calcular los conceptos propuestos en la teoría derivada. Roy ha explicado un número significativo de proposiciones, teoremas y axiomas para servir en el desarrollo de teorías de segundo rango. La naturaleza holística del modelo es útil para los investigadores que muestran interés por la naturaleza de los procesos de adaptación fisiológicos y psicosociales.

Consecuencias deducibles

El RAM ofrece un proceso de enfermería claramente definido y puede resultar útil para guiar la práctica clínica. Este modelo señala la dirección para facilitar los cuidados de enfermería que cubran las necesidades holísticas del paciente. El modelo también puede generar información nueva al comprobar las hipótesis derivadas de sí mismo (Roy y Corliss, 1993; Smith, Garvis y Martinson, 1983).

RESUMEN

El modelo de adaptación de Roy ha tenido una gran influencia sobre la profesión enfermera. Es uno de los modelos utilizado con mayor frecuencia para guiar la investigación, la educación y la práctica enfermera. Este modelo se enseña como parte del plan de estudios de la mayoría de programas de licenciatura, másteres y doctorado de enfermería. La influencia del modelo de Roy sobre la investigación enfermera se pone de manifiesto a través de los numerosos estudios de investigación cuantitativa y cualitativa que ha guiado. El modelo ha inspirado el desarrollo de numerosas teorías enfermeras intermedias y el desarrollo de instrumentos de adaptación. Sor Callista Roy sigue perfeccionando el modelo de adaptación para la investigación, la educación y la práctica enfermera.

Según Roy, las personas son sistemas holísticos de adaptación y el centro de atención de la enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno. El entorno es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para su supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales. Los humanos dan respuestas de adaptación eficaces o ineficaces a los estímulos ambientales. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y la transformación de las personas y del entorno. Roy define la salud como un estado para convertirse en un ser humano completo e integrado.

En el modelo de adaptación de Roy se describen tres tipos de estímulos ambientales. El estímulo focal es con lo que se enfrenta el individuo de manera más inmediata y reclama la mayoría de su atención y de energía de adaptación. Los estímulos contextuales son el resto de estímulos presentes en la situación, que contribuyen positivamente o negativamente a la fuerza del estímulo focal. Los estímulos residuales afectan al estímulo focal pero sus efectos no son fácilmente conocidos. Estos tres tipos de estímulos juntos forman el nivel de adaptación. El nivel de adaptación de una persona puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Los mecanismos de afrontamiento se refieren a procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales. Los mecanismos de afrontamiento pueden clasificarse de manera amplia como un subsistema regulador o relacionador. El subsistema regulador responde automáticamente a través de procesos de afrontamiento endocrinos, químicos y neuronales. El subsistema relacionador responde a través de procesos cognitivo-emocionales innatos y adquiridos, que incluyen procesado perceptual y de la información, aprendizaje, juicio y emoción.

Las conductas que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos adaptativos. El modo fisiológico hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno y la necesidad subyacente es la integridad fisiológica. El modo autoconcepto hace referencia a pensamientos, creencias o sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento determinado. La necesidad básica del modo de autoconcepto es la integridad psíquica o espiritual. El autoconcepto es una creencia compuesta sobre el yo, que está formada por percepciones internas y por las percepciones de los demás. El modo del autoconcepto comprende el yo físico (sensación corporal e imagen corporal) y el yo personal (autoconsistencia, yo ideal y yo moral-ético-espiritual). El modo de función de rol hace referencia a los roles primario, secundario y terciario que una persona realiza en la sociedad.

La necesidad básica del modo de adaptación de la función de rol es la integridad social o saber cómo comportarse y qué se espera de uno en la sociedad. El modo de adaptación de interdependencia hace referencia a las relaciones entre las personas. La necesidad básica del modo de adaptación de interdependencia es la integración social o dar y recibir amor, respeto y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social (tabla 17-1).

El objetivo de la enfermería es fomentar las respuestas de adaptación. Esto se consigue a través de un proceso enfermero de seis pasos: valoración de la conducta, valoración de estímulos, diagnóstico enfermero, establecimiento de objetivos, interven-

Tabla 17-1 *Introducción de los modos de adaptación*

Subsistema	Modo de adaptación	Necesidad de afrontamiento
REGULADOR Neuronal químico endocrino	FISIOLÓGICO El modo de adaptación fisiológico hace referencia a la manera en que una persona, como ser físico, responde e interacciona con el entorno externo e interno **Necesidad básica:** integridad fisiológica	**Oxigenación:** mantener la oxigenación adecuada a través de la ventilación, el intercambio gaseoso y el transporte gaseoso **Nutrición:** mantener el funcionamiento, fomentar el crecimiento y sustituir tejidos a través de la ingestión y la asimilación de la comida **Eliminación:** excretar desechos metabólicos principalmente a través de los intestinos y del riñón **Actividad y reposo:** mantener un equilibrio entre la actividad física y el reposo **Protección:** defender al organismo contra la infección, los traumatismos y los cambios de temperatura, principalmente mediante las estructuras tegumentarias y la inmunidad innata y adquirida **Sentidos:** permitir que las personas interaccionen con su entorno mediante la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato **Equilibrio ácido-base y de líquidos y electrolitos:** mantener el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido-base para fomentar el funcionamiento celular, extracelular y sistémico

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **17-1** ***Introducción de los modos de adaptación (Cont.)***

Subsistema	Modo de adaptación	Necesidad de afrontamiento
		Funcionamiento neurológico: coordinar y controlar los movimientos corporales, la conciencia y los procesos cognitivo-emocionales **Funcionamiento endocrino:** integrar y coordinar las funciones corporales
RELACIONADOR	AUTOCONCEPTO El modo de adaptación del autoconcepto hace referencia a las características psicológicas y espirituales de una persona El autoconcepto consta de un compuesto de los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento dado El autoconcepto está formado a partir de las percepciones internas y de las percepciones de las reacciones de los demás El autoconcepto tiene dos dimensiones principales: el yo físico y el yo personal **Necesidad básica:** integridad psíquica y espiritual INTERDEPENDENCIA **Necesidad básica:** integridad o seguridad relacional en las relaciones FUNCIÓN DE ROL **Necesidad básica:** integridad social	YO FÍSICO **Sensación corporal:** mantener un sentimiento positivo sobre el propio ser físico (es decir, funcionamiento físico, sexualidad o salud) **Imagen corporal:** mantener una visión positiva del propio organismo físico y del aspecto físico YO PERSONAL **Autoconsistencia:** mantener una autoorganización consistente y evitar el desequilibrio **Yo ideal o autoexpectativas:** mantener una visión positiva o esperanzada de lo que uno es, lo que uno espera ser y lo que uno espera hacer **Yo moral-espiritual-ético:** mantener una evaluación positiva de lo que uno es Mantener relaciones cercanas y positivas con la gente que quiere dar y recibir amor, respeto y valor Saber quién es uno y cuáles son las expectativas de la sociedad de manera que pueda actuar de acuerdo con la sociedad

ción y evaluación. Las intervenciones enfermeras se centran en el control de los estímulos ambientales «alterando, aumentando, disminuyendo, sacando o manteniéndolos» (Roy y Andrews, 1999, p. 86).

Meleis (1985) propuso que el objetivo de la teórica enfermera es de tres tipos:

1. La que se centra en las necesidades.
2. La que se centra en la interacción.
3. La que se centra en el resultado.

El modelo de adaptación de Roy se clasifica como una teoría centrada en el resultado según Meleis (1985, 2007). Al aplicar los conceptos de sistema y adaptación a la persona como paciente de enfermería, Roy ha presentado su idea de persona desde el punto de vista de las enfermeras para que éstas la usen como herramienta en la práctica, formación e investigación en el campo de la enfermería. Las concepciones de Roy de la persona y del proceso enfermero contribuyen a la ciencia y al arte de la enfermería. El RAM merece un estudio más exhaustivo y un mayor desarrollo por parte de enfermeras docentes, investigadoras y asistenciales.

Caso clínico

Se ingresa a un paciente de 23 años con una fractura de C6 y C7 que acaba en tetraplejía. Se lesionó en un partido de fútbol americano en la universidad, donde estudia el último curso de carrera. Hasta ese día, su trayectoria como capitán del equipo era prometedora. De hecho, en el momento del accidente estaban en curso las negociaciones con un equipo de fútbol profesional de primera para su fichaje.

1. **Utilice los criterios de Roy para identificar los estímulos focales y contextuales de los cuatro modos de adaptación.**
2. **Reflexione sobre qué adaptaciones serían necesarias para cada uno de los modos de adaptación: *a)* fisiológico; *b)* autoconcepto; *c)* interdependencia, y *d)* función del rol.**
3. **Cree una intervención para cada modo que suponga la consecución de la adaptación.**

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Karen, una recién licenciada de un programa de enfermería basado en el RAM, está realizando sus valoraciones matinales. Entra en la habitación del Sr. Shadeed, que está esperando una preparación preoperatoria para una laparotomía para explorar una masa desconocida. Esta mañana el Sr. Shadeed está muy irritable. Dice que está sediento. Karen sigue la valoración del Sr. Shadeed. ¿Qué datos necesitará de cada uno de los cuatro modos de adaptación antes de poner en marcha las intervenciones enfermeras? ¿Cuáles son los estímulos focales, los estímulos contextuales y los estímulos residuales? ¿Cuál es el diagnóstico enfermero? ¿Cuáles son las posibles intervenciones? ¿Qué proceso puede utilizar Karen para escoger la mejor intervención enfermera?
2. Aunque sería fácil suponer que las necesidades de atención enfermera del Sr. Shadeed proceden de la ansiedad durante el período preoperatorio, esta suposición puede ser cierta o no. La valoración de estímulos en cada uno de los modos de adaptación permitirá que Karen valore los estímulos focal, contextual y residual y llegue a un diagnóstico correcto. Identificar los datos de valoración adicionales que Karen necesitará reunir para cada uno de los siguientes modos de adaptación.
   - Modo de adaptación fisiológica.
   - Modo de adaptación de autoconcepto.
   - Modo de adaptación de función de rol.
   - Modo de adaptación de interdependencia.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Roy, C. y Jones, D. (eds.). (2007). *Nursing knowledge development and clinical practice.* Nueva York: Springer.
- Roy, C. (2007). Update from the future: Thinking of theorist Sr. Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 113-116.
- Phillips, K. D. (2006). Roy's adaptation model in nursing practice. In M. R. Alligood y A. M. Tomey (eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3.ª ed., pp. 307-333). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Sr. Callista Roy. *Portraits of excellence: The nurse theorists video/DVD series,* vol 1. Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Sr. Callista Roy. *Adaptation: Excellence in action video/DVD.* Athens, Ohio: Fitne, Inc.

REFERENCIAS

Andrews, H. (1991). Overview of the role function mode. In C. Roy & H. Andrews (Eds.), *The Roy adaptation model: The definitive statement* (pp. 347-361). Norwalk: CT: Appleton & Lange.

Andrews, H., & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy adaptation model.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Andrews, H., & Roy, C. (1991). Essentials of the Roy adaptation model. In C. Roy & H. Andrews (Eds.), *The Roy adaptation model: The definitive statement* (pp. 3-25). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Araich, M. (2001). Roy's adaptation model: Demonstration of theory integration into process of care in coronary care unit. *ICUs and Nursing Web Journal*, *7*, 1-12.

Bournaki, M. C. (1997). Correlates of pain-related responses to venipunctures in school-age children. *Nursing Research*, *46*, 147-154.

Bradley, K. M., & Williams, D. M. (1990). A comparison of the preoperative concerns of open heart surgery patients and their significant others. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *5*, 43-53.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Brower, H. T., & Baker, B. J. (1976). The Roy adaptation model. Using the adaptation model in a practitioner curriculum. *Nursing Outlook*, *24*, 686-689.
Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby-Elsevier.
Chiou, C. P. (2000). A meta-analysis of the interrelationships between the modes in Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 252-258.
Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.
Cook, N. F. (1999). Self-concept and cancer: Understanding the nursing role. *British Journal of Nursing*, *8*, 318-324.
Cunningham, D. A. (2002). Application of Roy's adaptation model when caring for a group of women coping with menopause. *Journal of Community Health Nursing*, *19*, 49-60.
Davies, P. (1988). *The cosmic blueprint*. New York: Simon & Schuster.
De Chardin, P. T. (1959). *The phenomenon of man*. New York: Harper & Row.
De Chardin, P. T. (1965). *Hymn of the universe*. New York: Harper & Row.
De Chardin, P. T. (1966). *Man's place in nature*. New York: Harper & Row.
De Chardin, P. T. (1969). *Human energy*. New York: Harper & Row.
Decker, J. W. (2000). The effects of inflammatory bowel disease on adolescents. *Gastroenterology Nursing*, *23*, 63-66.
DeVillers, M. J. (1998). The clinical nurse specialist as expert practitioner in the obstetrical/gynecological setting. *Clinical Nurse Specialist*, *12*, 193-199.
Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968a). Theory in a practice discipline. I. Practice oriented discipline. *Nursing Research*, *17*, 415-435.
Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968b). Theory in a practice discipline. II. Practice oriented research. *Nursing Research*, *17*, 545-554.
DiMattio, M. J., & Tulman, L. (2003). A longitudinal study of functional status and correlates following coronary artery bypass graft surgery in women. *Nursing Research*, *52*, 98-107.
Dixon, E. L. (1999). Community health nursing practice and the Roy adaptation model. *Public Health Nursing*, *16*, 290-300.
Dobratz, M. C. (2003). Putting the pieces together: Teaching undergraduate research from a theoretical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *41*, 383-392.
Ducharme, E., Ricard, N., Duquette, A., Levesque, L., & Lachance, L. (1998). Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *11*, 149-159.
Dunn, K. S. (2004). Toward a middle-range theory of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly*, *77*, 78-84.
Farkas, L. (1981). Adaptation problems with nursing home application for elderly persons: An application of the Roy adaptation nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, *6*, 363-368.
Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-century updates—Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 308-310.
Fawcett, J. (2005). Roy's adaptation model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (2nd ed, pp. 364-437). Philadelphia: F. A. Davis.
Frame, K., Kelly, L., & Bayley, E. (2003). Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*, *35*, 225-229.
Frederickson, K. (2000). Nursing knowledge development through research: Using the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 12-16.
Gallagher, M. S. (1998). Urogenital distress and the psychosocial impact of urinary incontinence on elderly women. *Rehabilitation Nursing*, *23*, 192-197.
Galligan, A. C. (1979). Addressing small children. Using Roy's concept of adaptation to care for young children. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*, *4*, 24-28.
Hennessy-Harstad, E. B. (1999). Empowering adolescents with asthma to take control through adaptation. *Journal of Pediatric Health Care*, *13*, 273-277.
Hill, B. J., & Roberts, C. S. (1981). Formal theory construction: An example of the process. In C. Roy & S. L. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Illich, I. (1974). Medical nemesis. *Lancet*, *1*, 918-921.
Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. London: Boyars.
Jirovec, M. M., Jenkins, J., Isenberg, M., & Baiardi, J. (1999). Urine control theory derived from Roy's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, *12*, 251-255.
Keen, M., Breckenridge, D., Frauman, A., Hartigan, C., Smith, M. F., & Butera, L. E. (1998). Nursing assessment and intervention for adult hemodialysis patients: Application of Roy's adaptation model. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, *25*, 311-319.
Lankester, K., & Sheldon, L. M. (1999). Health visiting with Roy's model: A case study. *Journal of Child Health Care*, *3*, 28-34.
Levesque, L., Ricard, N., Ducharme, F., Duquette, A., & Bonin, J. P. (1998). Empirical verification of a theoretical model derived from the Roy adaptation model: Findings from five studies. *Nursing Science Quarterly*, *11*, 31-39.
Limandri, B. J. (1986). Research and practice with abused women—Use of the Roy adaptation model as an ex-planatory framework. *ANS Advances in Nursing Science*, *8*, 52-61.

Malinski, V. M. (2000). Commentary. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 16-17.
Mastal, M. F., & Hammond, H. (1980). Analysis and expansion of the Roy adaptation model: A contribution to holistic nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, *2*, 71-81.
Mastal, M. F., Hammond, H., & Roberts, M. P. (1982). Theory into hospital practice: A pilot implementation. *Journal of Nursing Administration*, *12*, 9-15.
McDonald, F. J., & Harms, M. (1966). Theoretical model for an experimental curriculum. *Nursing Outlook*, *14*, 48-51.
Meleis, A. I. (1985). *Theoretical nursing development and progress.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing development and progress* 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Modrcin-McCarthy, M. A., McCue, S., & Walker, J. (1997). Preterm infants and STRESS: A tool for the neonatal nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *10*, 62-71.
Modrcin-Talbott, M. A., Harrison, L. L., Groer, M. W., & Younger, M. S. (2003). The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 60-67.
Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. (1998a). Self esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *21*, 159-171.
Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Zandstra, K., Ehrenberger, H., & Muenchen, B. (1998b). A study of self-esteem among well adolescents: Seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *21*, 229-241.
Newman, D. M. (1997). Responses to caregiving: A reconceptualization using the Roy adaptation model. *Holistic Nursing Practice*, *12*, 80-88.
Newman, D. M. (1997). The Inventory of Functional Status—Caregiver of a Child in a Body Cast. *Journal of Pediatric Nursing*, *12*, 142-147.
Nuamah, I. F., Cooley, M. E., Fawcett, J., & McCorkle, R. (1999). Testing a theory for health-related quality of life in cancer patients: A structural equation approach. *Research in Nursing & Health*, *22*, 231-242.
Nyqvist, K. H., & Sjoden, P. O. (1993). Advice concerning breast-feeding from mothers of infants admitted to a neonatal intensive-care unit—The Roy adaptation model as a conceptual structure. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 54-63.
Pollock, S. E. (1993). Adaptation to chronic illness: A program of research for testing nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *6*, 86-92.
Rambo, B. (1983). *Adaptation nursing: Assessment and intervention.* Philadelphia: W. B. Saunders.
Randell, B., Tedrow, M. P., & Van Landingham, J. (1982). *Adaptation nursing: The Roy conceptual model applied.* St. Louis: Mosby.
Reynolds, P. D. (1971). *A primer in theory construction.* Indianapolis: Bobbs-Merrill.
Riehl, J. P., & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.), New York: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*, *18*, 42-45.
Roy, C. (1971). Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*, *19*, 254-257.
Roy, C. (1973). Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*, *21*, 163-168.
Roy, C. (1975). A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*, *23*, 90-94.
Roy, C. (1976a). *Introduction to nursing: An adaptation model.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roy, C. (1976b). The impact of nursing diagnosis. *Nursing Digest*, *4*, 67-69.
Roy, C. (1979). Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*, *4*, 16-21.
Roy, C. (1980). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed. pp. 179-188). New York: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roy, C. (1997). Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, *10*, 42-48.
Roy, C. (2000). The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(1), 119-131.
Roy, C., & Andrews, H. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement.* Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
Roy, C., & McLeod, D. (1981). Theory of the person as an adaptive system. In C. Roy & S. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: Art adaptation model* (pp. 49-69). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roy, C., & Obloy, M. (1978). The practitioner movement *American Journal of Nursing*, *78*, 1698-1702.
Roy, C., & Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roy, C., & Zhan, L. (2001). The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 315-342). Philadelphia: F. A. Davis.
Roy, S. C., & Corliss, C. P. (1993). The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), Patterns of nursing theories in practice. (NLN Pub. 15-2548). New York: National League for Nursing Press.
Samarel, N., Fawcett, J., Tulman, L., Rothman, H., Spector, L., Spillane, P. A., et al. (1999). A resource kit for women with breast cancer: Development and evaluation. *Oncology Nursing Forum*, *26*, 611-618.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, *25*, 459-470.
Senesac, P. (2003, Spring). Implementing the Roy adaptation model: From, theory to practice. *Roy Adaptation Review*, v4, No 2, Chestnut Hill, MA.
Silva, M. C. (1986). Research testing nursing theory: State of the art. *ANS Advances in Nursing Science*, *9*, 1-11.
Silva, M. C. (1987). Needs of spouses of surgical patients: A conceptualization within the Roy adaptation model. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *1*, 29-44.
Smith, C. E., Garvis, M. S., & Martinson, I. M. (1983). Content analysis of interviews using a nursing model: A look at parents adapting to the impact of childhood cancer. *Cancer Nursing*, *6*, 269-275.
Swimme, B., & Berry, T. (1992). *The universe story*. San Francisco: Harper.
Tiedeman, M. E. (1983). The Roy adaptation model. In J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *The Roy adaptation model* (pp. 57-180). Bowie, MD: Brady.
Tsai, P. F. (2003). Middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 137-145.
Tsai, P. F., Tak, S., Moore, C., & Palencia, I. (2003). Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, *43*, 158-169.
Villareal, E. (2003). Using Roy's adaptation model when caring for a group of young women contemplating quitting smoking. *Public Health Nursing*, *20*, 377-384.
Wagner, P. (1976). The Roy adaptation model. Testing the adaptation model in practice. *Nursing Outlook*, *24*, 682-685.
Whittemore, R., & Roy, C. (2002). Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 311-317.
Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 215-221.
Yeh, C. H. (2002). Health-related quality of life in pediatric patients with cancer—A structural equation approach with the Roy adaptation model. *Cancer Nursing*, *25*, 74-80.
Young-McCaughan, S., Mays, M. Z., Arzola, S. M., Yoder, L. H., Dramiga, S. A., Leclerc, K. M., et al. (2003). Research and commentary: Change in exercise tolerance, activity and sleep patterns, and quality of life in patients with cancer participating in a structured exercise program. *Oncology Nursing Forum*, *30*, 441-454.
Zhan, L. (2000). Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: testing Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 158-165.
Zhan, L., & Shen, C. (1994). The development of an instrument to measure self-consistency. *Journal of Advanced Nursing*, *20*, 509-516.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Andrews, H., & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society. (1999). *Roy adaptation model-based research: 25 years of contributions to nursing science.* Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.
Riehl, J. P., & Roy, C. (Eds.). (1974). *Conceptual models for nursing practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Riehl, J. P., & Roy, C. (Eds.). (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed). New York: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roy, C. (1982). *Introduction to nursing: An adaptation model* (Japanese translation by Yuriko Kanematsu). Tokyo, Japan: UNI Agency.
Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed). Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
Roy, C., & Andrews, H. A. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
Roy, C., & Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ.Prentice-Hall.
Roy, C. & Jones, D. (Eds.). (2007). *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer.

Capítulos de libros

Barone, S. H., & Roy, C. (1996). The Roy adaptation model in research: Rehabilitation nursing. In P. H. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration* (pp. 64-87). New York: National League for Nursing.
Morgillo-Freeman, S., & Roy, C. (2005). Cognitive behavior therapy and the Roy Adaptation Model: A discussion of theoretical integration. In S. M. Freeman & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavior therapy in nursing practice* (pp. 3-27). New York: Springer.
Roy, C. (1974). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 135-144). New York: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1980). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed, pp. 179-188). New York: Appleton-Century-Crofts.
Roy, C. (1981). A systems model of nursing care and its effect on the quality of human life. In G. E. Lasker (Ed.), *Applied systems and cybernetics. Vol.4 Systems research in health care, biocybernetics, and ecology* (pp. 1705-1714). New York. Pergamon.

Roy, C. (1983). A conceptual framework for clinical specialist practice. In A. B. Hamrick & J. Spross (Eds.), *The clinical nurse specialist in theory and practice* (pp. 3-20). New York: Grune & Stratton.

Roy, C. (1983). Roy adaptation model. In I. Clements & F. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to family health* (pp. 255-278). New York: Wiley.

Roy, C. (1983). Theory development in nursing: A proposal for direction. In N. Chaska (Ed.), *The nursing profession: A time to speak* (pp. 453-467). New York: McGraw-Hill.

Roy, C. (1983). The expectant family: Analysis and application of the Roy adaptation model, and the family in primary care—Analysis and application of the Roy adaptation model. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (pp. 298-303). New York: John Wiley & Sons.

Roy, C. (1987). Roy's adaptation model. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 35-45). Philadelphia: Saunders.

Roy, C. (1987). The influence of nursing models on clinical decision making II. In K. J. Hannah, M. Reimer, W. C. Mills & S. Letourneau (Eds.), *Clinical judgment and decision making. The future of nursing diagnosis* (pp. 42-47). New York: Wiley.

Roy, C. (1988). Sister Callista Roy. In T. M. Schorr & A. Zimmerman (Eds.), *Making choices: Taking chances* (pp. 291-298). St. Louis: Mosby.

Roy, C. (1989). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 105-114). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Roy, C. (1991). Altered cognition: An information processing approach. In P. H. Mitchell, L. C. Hodges, M. Muwaswes & C. A. Walleck (Eds.), *AANN's neuro-science nursing: Phenomenon and practice—Human responses to neurological health problems* (pp. 185-211). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Roy, C. (1991). Structure of knowledge: Paradigm, model, and research specifications for differentiated practice. In I. E. Goertzen (Ed.), *Differentiating nursing practice: Into the twenty-first century* (pp. 31-39). Kansas City, MO: American Academy of Nursing.

Roy, C. (1992). Vigor, variables, and vision: Commentary of Florence Nightingale. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (Commemorative edition, pp. 63-71). Philadelphia: Lippincott.

Roy, C. (2000). Alteration in cognitive processing. In C. Stewart-Amidei, J. Kunkel & K. Bronstein (Eds.), *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction* (2nd ed., pp. 275-323). Philadelphia: Saunders.

Roy, C. (2000). NANDA and the nurse theorists: The truth of nursing theory. In North American Nursing Diagnosis Association, *Classification of nursing diagnoses* (pp. 59-57). St. Louis: Mosby.

Roy, C. (2001). Alterations in cognitive processing. In C. Stewart-Amidei & J. A. Kunkel (Eds.), AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Roy, C. (2007). The Roy Adaptation Model: Historical and philosophical foundations. In Maria Elisa Moreno & al. et (Eds.), *Application del model adaptacion en el ciclo vital humano* (2nd ed.). Chia, Columbia: Universidad de La Sabana.

Roy, C., & Anway, J. (1989). Roy's adaptation model: Theories and hypotheses for nursing administration. In B. Henry, M. DiVincenti, C. Arndt & A. Marriner Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: 'Theory, research, education, and practice* (pp. 75-88). Boston: Blackwell Scientific.

Roy, C., & Corliss, C. P. (1993). The Roy adaptation model. Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 215-229). New York: National League for Nursing Press.

Roy, C., & McLeod, D. (1981). Theory of the person as an adaptive system. In C. Roy & S. L. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: An adaptation model* (pp. 49-69). Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.

Roy, C., & Zhan, L. (2001). The Roy adaptation model: A basis for developing knowledge for practice with the elderly. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 315-342). Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

Artinian, N. T., & Roy, C. (1990). Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. Commentary (Artinian) and response (Roy). *Nursing Science Quarterly*, *3*, 60-66.

Hanna, D. R., & Roy, C. (2001). Roy adaptation model perspectives on family. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 9-13.

Pollock, S. E., Frederickson, K., Carson, M. A., Massey, V. H., & Roy, C. (1994). Contributions to nursing science: Synthesis of findings from adaptation model research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *8*(4), 361-374.

Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework in nursing. *Nursing Outlook*, *18*, 42-45.

Roy, C. (1971). Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*, *19*, 254-257.

Roy, C. (1973). Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*, *21*, 163-168.

Roy, C. (1975). A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*, *23*, 90-94.

Roy, C. (1975). The impact of nursing diagnosis. *AORN Journal*, *21*, 1023-1030.

Roy, C. (1976). The Roy adaptation model: Comment *Nursing Outlook*, *24*, 690-691.

Roy, C. (1979). Nursing diagnosis from the perspective of a nursing model. *Nursing Diagnosis Newsletter*, *6*(3), 1-3.

Roy, C. (1979). Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*, *4*(2), 16-21.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Roy, C. (1980). Exposé de Callista Roy sur theories. Exposé de Callista Roy sur l'utilisation de sa theories au nouveau de la recherche. *Acta Nursologica*, 3. [Essay by Castilla Roy on theories. Essay by Castilla Roy on utilization of her theories in new research. *Acta Nursologica*, 3].
Roy, C. (1987). Response to "Needs of spouses of surgical patients, a conceptualization within the Roy adaptation model". *Scholarly Journal for Nursing Practice*, *1*(1), 45-50.
Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *1*, 26-34.
Roy, C. (1988). Human information processing and nursing research. *Annual Review of Nursing Research*, *6*, 237-262.
Roy, C. (1990). Case reports can provide a standard for care in nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, *6*(3), 179-180.
Roy, C. (1990). Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. *Nursing Science Quarterly*, *3*(2), 64-66.
Roy, C. (1991). Theory and research for clinical knowledge development. *Journal of Japanese Nursing Research*, *14*(1), 21-29.
Roy, C. (1995). Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 79-85.
Roy, C. (1997). Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 42-48.
Roy, C. (2000). A theorist envisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly*, *24*(2), 1-12.
Roy, C. (2000). Critique: Research on cognitive consequences of treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*, *16*(4), 291.
Roy, C. (2000). The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(1), 119-131.
Roy, C. (2003). Reflections on nursing research and the Roy adaptation model. *Japanese Journal of Nursing Research*, *36*(1), 7-11.
Roy, C. (2007). Update from the future: Thinking of theorist Sr. *Callista Roy. Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 113-116.
Whittemore, R., & Roy, C. (2002). Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, *15*(4), 311-317.

Tesis

Roy, C. (1977). *Decision-making by the physically ill and adaptation during illness.* Unpublished doctoral dissertation, Universidad de California, Los Angeles.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros

Fawcett, J. (2005). Roy's adaptation model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (pp. 364-437). Philadelphia: F. A. Davis.
Galbreath, J. (2002). Roy adaptation model: Sister Callista Roy. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (pp. 295-338). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Lutjens, L. R. J. (1995). Callista Roy: An adaptation model. In C. M. McQuiston & A. A. Webb (Eds.), *Foundations of nursing theory: Contributions of twelve key theorists* (pp. 91-138). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
Pearson, A., Vaughan, B., & Fitzgerald, M. (1996). An adaptation model for nursing. In *Nursing models for practice* (pp. 110-129). Oxford: Reed Educational and Professional Publishing.
Phillips, K. D. (2002). Roy's adaptation model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 289-314). St. Louis: Mosby.
Tiedeman, M. E. (2005). Roy's adaptation model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (4th ed., pp. 146-176). Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.

Tesis

Ahern, E. (2006). Elaboration d'un modele theorique de l'agression en milieu psychiatrique et developpement d'instruments de mesure. (Doctoral dissertation. Universite de Montreal, 2006). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 3698.
Arcamone, A. A. (2005). The effect of prenatal education on adaptation to motherhood after vaginal childbirth in primiparous women as assessed by Roy's four adaptive modes. (Doctoral dissertation. Widener University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 4722.
Beck-Little, R. (2000). Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults (Doctoral dissertation, University of South Carolina, 2000). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 3503.
Black, K. D. (2004). Physiologic responses, sense of well-being, self-efficacy for self-monitoring role, perceived availability of social support, and perceived stress in women with pregnancy-induced hypertension. (Doctoral dissertation, Widener University, 2004). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1773.
Burns, D. P. (1997). Coping with hemodialysis: A midrange theory deduced from the Roy adaptation model (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1997). *Dissertation Abstracts International*, *58*, 1206.
Cacchione, P. Z. (1998). Assessment of acute confusion in elderly persons who reside in long-term care facilities (Doctoral dissertation, St. Louis University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *59*, 156.
Chayaput, P. (2004). Development and psychometric evaluation of the Thai version of the Coping and Adaptation Processing Scale. (Doctoral dissertation, Boston College, 2004). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 2864.

Cheng, S. (2002). A multi-method study of Taiwanese children's pain experience (Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 1265.

Chung, C. (1999). Sense of coherence, self-care, and self-actualizing behaviors of Korean menopausal women (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University Health Sciences, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 776.

Dunn, K. S. (2001). Adaptation to chronic pain: Religious and non-religious coping in Judeo-Christian elders (Doctoral dissertation, Wayne State University, 2001). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 5640.

Frame, K. R. (2002). The effect of a support group on perceptions of scholastic competence, social acceptance and behavioral conduct in preadolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (Doctoral dissertation, Widener University, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 737.

Giedt, J. F. (1999). The psychoneuroimmunological effects of guided imagery in patients on hemodialysis for end-stage renal disease (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 192.

Gipson-Jones, T. L. (2005). The relationship between work-family conflict, job satisfaction and psychological well-being among African American nurses. (Doctoral dissertation, Hampton University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 2512.

Harner, H. M. (2001). Obstetrical outcomes of teenagers with adult and peer age partners (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 2001). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 2256.

Henderson, P. D. (2002). African-American women coping with breast cancer (Doctoral dissertation, Hampton University, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 5764.

Hinkle, J. L. (1999). A descriptive study of variables explaining functional recovery following stroke (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *60*, 6021.

Huang, C. M. (2002). Sleep and daytime sleepiness in first-time mothers during early postpartum in Taiwan (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3189.

Jenkins, B. E. (2006). Emotional intelligence of faculty members, the learning environment, and empowerment of baccalaureate students. (Doctoral dissertation, Columbia University, 2006). *Dissertation Abstracts International*, *67*, 3701.

Kan, E. Z. (2007). Adaptive behaviors and perceptions of recovery following coronary artery bypass graft surgery (Doctoral dissertation, Widener University, 2007). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 4390.

Kittiwatanapaisan, W. (2002). Measurement of fatigue in myasthenia gravis patients (Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 4595.

Klein, G. J. M. (2000). The relationships among anxiety, self-concept, the impostor phenomenon, and generic senior baccalaureate nursing students' perceptions of clinical competency (Doctoral dissertation, Widener University, 2000). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 5236.

Kline, N. E. (1999). Sleep disturbances in children receiving short-term, high dose glucocorticoid therapy for acute lymphoblastic leukemia (Doctoral dissertation, Texas Women's University, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 194.

Kochniuk, L. (2004). We never buy green bananas: The oldest old. A phenomenological study. (Doctoral dissertation, University of Idaho, 2004). Dissertation Abstracts International, *65*, 2318.

Kruszewski, A. Z. (1999). Psychosocial adaptation to termination of pregnancy for fetal anomaly (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 194.

Lefaiver, C. A. (2006). Quality of life: The dyad of caregivers and lung transplant candidates (Doctoral dissertation, Loyola University, 2006). *Dissertation Abstracts International*, *67*, 4978.

Lu, Y. (2001). Caregiving stress effects on functional capability and self-care behavior for elderly caregivers of persons with Alzheimer's disease (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Health Sciences, 2001). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 1807.

Mahoney, E. T. (2000). The relationships among social support, coping, self-concept, and stage of recovery in alcoholic women (Doctoral dissertation, Catholic University of America, 2000). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 1872.

Malinski, V. M. (2000). Commentary. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 16-17.

Otten, R. (2005). History of associate degree nursing at Mount St. Mary's College: 1970-2005 (California). (Doctoral dissertation, Pepperdine University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, *67*, 492.

Phahuwatanakorn, W. (2004). The relationships between social support, maternal employment, postpartum anxiety, and maternal role competencies in Thai primiparous mothers (Doctoral dissertation, Catholic University of America, 2004). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 5451.

Sabatini, M. (2003). Exercise and adaptation to aging in older women (Doctoral dissertation, Widener University, 2003). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3748.

Saint-Pierre, C. (2003). Elaboration et verification d'un modele predictif de l'adaptation aux roles associes de mere et de travailleuse a statut precaire (Doctoral dissertation. Universite de Montreal, 2003). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1252.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sander, R. A. (2004). Measurement of functional status in the spinal cord injured patient. (Doctoral dissertation, Saint Louis University, 2004). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1783.

Salazar-Gonzalez, B. C. (1999). Responses to exercise in elderly Mexican women (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1999). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 197.

Senesac, P. M. (2004). The Roy Adaptation Model: An action research approach to the implementation of a pain management organizational change project. (Doctoral dissertation, Boston College, 2004). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 2872.

Stephens, K. A. (2005). Preoxygenation practices prior to tracheal suctioning by nurses caring for individuals with spinal cord injury. (Doctoral dissertation, Loyola University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 2518.

Taival, A. S. (1998). The older person's adaptation and the promotion of adaptation in home nursing care: Action research of intervention through training based on the Roy adaptation model (Doctoral dissertation, Tampereen Teknillinen Korkeakoulu, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *60*, 113.

Thomas-Hawkins, C. (1998). Correlates of changes in functional status in chronic in-center hemodialysis patients (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *59*, 5792.

Toughill, E. H. (2001). Quality of life: The impact of age, severity of urinary incontinence and adaptation (Doctoral dissertation, New York University, 2001). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 5240.

Tsai, P. F. (1998). Development of a middle-range theory of caregiver stress from the Roy adaptation model (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *60*, 133.

Velos Weiss, J. C. (1998). Lifestyle and angina in the elderly following elective coronary artery bypass graft surgery (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *59*, 1589.

Wood, A. E. (1998). An investigation of stimuli related to baccalaureate nursing students' transition toward role mastery (Doctoral dissertation, University of Tennessee, Knoxville, 1998). *Dissertation Abstracts International*, *59*, 4023.

Woods, S. J. (1997). Predictors of traumatic stress in battered women: A test and explication of the Roy adaptation model (Doctoral dissertation, Wayne State University, 1997). *Dissertation Abstracts International*, *58*, 1220.

Wright, R. R. (2007). Experiences of emergency nurses: What has been learned from traumatic and violent events? (Doctoral Dissertation, Columbia University, 2007). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 3698.

Wunderlich, R. J. (2003). An exploratory study of physiological and psychological variables that predict weaning from mechanical ventilation (Doctoral dissertation, Saint Louis University, 2003). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3750.

Zbegner, D. K. (2003). An exploratory retrospective study using the Roy Adaptation Model: The adaptive mode variables of physical energy level, self-esteem, marital satisfaction, and parenthood motivation as predictors of coping behaviors in infertile women (Doctoral dissertation, Widener University, 2003). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3751.

Artículos de revistas

Chiou, C. (2000). A meta-analysis of the interrelationships between the modes in Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *13*(3), 252-258.

Dawson, S. (1998). Adult/elderly care nursing: Preamputation assessment using Roy's adaptation model. *British Journal of Nursing, 7* (9), 536, 538-542.

Decker, J. W. (2000). The effects of inflammatory bowel disease on adolescents. *Gastroenterology Nursing*, *23*(2), 63-66.

Dixon, E. L. (1999). Community health nursing practice and the Roy adaptation model. *Public Health Nursing*, *16*, 290-300.

Dunn, H. C., & Dunn, D. G. (1997). The Roy adaptation model and its application to clinical nursing practice. *Journal of Ophthalmic Nursing and Technology*, *6*(2), 74-78.

Harding-Okimoto, M. B. (1997). Pressure ulcers, self-concept, and body image in spinal cord injury patients. *SCI Nursing, 14*(4), 111-117.

Hennessy-Harstad, E. B. (1999). Empowering adolescents with asthma to take control through adaptation. *Journal of Pediatric Health Care*, *13* (6 Part 1), 273-277.

Ingram, L. (1995). Roy's adaptation model and accident and emergency nursing. *Accident and Emergency Nursing, 3*, 150-153.

LeMone, P. (1995). Assessing psychosexual concerns in adults with diabetes: Pilot project using Roy's modes of adaptation. *Issues in Mental Health Nursing, 16*(1), 67-78.

Modrcin-McCarthy, M. A., McCue, S., & Walker, J. (1997). Preterm infants and STRESS: A tool for the neonatal nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 10*, 62-71.

Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. (1998). Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 21*, 159-171.

Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Zandstra, K., Ehrenberger, H., & Muenchen, B. (1998). A study of self-esteem among well adolescents: Seeking a new

direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *21*, 229-241.
Newman, D. M. L., & Fawcett, J. (1995). Caring for a young child in a body cast: Impact on the care giver. *Orthopedic Nursing*, *14*(1), 41-46.
Niska, K. J. (1999). Family nursing interventions: Mexican American early family formation: Third part of a three-part study. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 335-340.
Niska, K. J. (2001). Mexican American family survival, continuity, and growth: The parental perspective. *Nursing Science Quarterly*, *14*(4), 322-329.
Orsi, A. J., Grandy, C., Tax, A., & McCorkle, R. (1997). Nutritional adaptation of women living with HIV: A pilot study. *Holistic Nursing Practice*, *12*(1), 71-79.
Robinson, J. H. (1995). Grief responses, coping processes, and social support of widows: Research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*, *8*(4), 158-164.
Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorf, K., Piacentino, J. C., Eliasof, B., Hughes, P., et al. (1998). Women's perception of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(6), 1259-1268.
Samarel, N., Fawcett, J., Tulman, L., Rothman, H., Spector, L., Spillane, P. A., et al. (1999). A resource kit for women with breast cancer Development and evaluation. *Oncology Nursing Forum*, *26*, 611-618.
Sheppard, V. A., & Cunnie, K. L. (1996). Incidence of diuresis following hysterectomy. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, *11*, 20-28.
Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 215-221.
Yeh, C. H. (2001). Adaptation in children with cancer: Research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 141-148.
Zhan, L. (2000). Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: Testing Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 158-165.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 18

Dorothy Johnson

1919-1999

Modelo del sistema conductual

Bonnie Holaday

«Todos nosotros, científicos y profesionales en ejercicio, debemos dirigir la atención a la práctica y hacernos preguntas sobre esa práctica. Debemos ser inquisitivos y preguntar, buscando comprender de la forma más completa y real posible los problemas teóricos y prácticos que encontramos» (Johnson, 1976).

BIOGRAFÍA

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 en Savannah (Georgia). Realizó un curso de preparación enfermera en el Armstrong Junior College de Savannah, en Georgia (1938); se licenció en enfermería en 1942 en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee) y obtuvo su máster en salud pública en la Harvard University en Boston (1948).

Johnson se dedicó básicamente a la enseñanza, pero también trabajó como enfermera en el Chatham-Savannah Health Council de 1943 a 1944. Había sido instructora y profesora ayudante de enfermería pediátrica en la Vanderbilt University School of Nursing. Desde 1949 hasta su jubilación en 1978, cuando se trasladó a Florida, Johnson trabajó como profesora de enfermería pediátrica, profesora asociada de enfermería y profesora de enfermería en la Universidad de California en Los Ángeles.

En 1955 y 1956, Johnson ejerció de consejera en enfermería pediátrica en la Christian Medical College School of Nursing de Vellore, al sur de la India. Además, de 1965 a 1967 dirigió el comité de la California Nurses Association, que desarrolló un documento sobre las especificaciones para la especialista clínica. Johnson publicó cuatro libros, más de 30 artículos en publicaciones periódicas y numerosos documentos, informes, actas y monografías (Johnson, 1980).

Entre los múltiples honores que recibió, Johnson (correspondencia personal, 1984) se sentía muy orgullosa del premio al profesorado que le otorgaron las estudiantes de enfermería en 1975, del premio Lulu Hassenplug por la distinción en sus logros que recibió de la California Nurses Association en 1977 y del premio que le concedió la Vanderbilt University School of Nursing por su excelencia en la

Autoras anteriores: Victoria M. Brown, Sharon S. Conner, Linda S. Harbour, Jude A. Magers y Judith K. Watt.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

enfermería en 1981. Murió en febrero de 1999 a la edad de 80 años (B. Holaday, correspondencia personal, 2000). Se sentía satisfecha porque su modelo de sistema conductual se utilizó para desarrollar una base teórica en enfermería y sirvió como modelo para la práctica enfermera en instituciones. No obstante, su mayor orgullo era seguir las brillantes carreras de sus estudiantes (D. Johnson, comunicación personal, 1996).

FUENTES TEÓRICAS

El modelo del sistema conductual de Johnson (JBSM) estuvo muy influido por el libro de Florence Nightingale *Notes on Nursing* (Johnson, 1992). Johnson empezó a trabajar en su modelo con la premisa de que la enfermería era una profesión que hacía una contribución característica al bienestar de la sociedad. Por tanto, la enfermería tenía un objetivo explícito de acción en el bienestar del paciente. Su tarea fue aclarar la misión social de la enfermería desde «la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos» (Johnson, 1977). Aceptó la creencia de Nightingale de que el primer problema de la enfermería es con la «relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad» (Johnson, 1977). Johnson (1977) también señaló que la «transición desde este enfoque hacia una orientación al sistema conductual más sofisticada y teóricamente más sólida tuvo lugar en pocos años y se vio respaldada por mis cada vez mayores conocimientos y los de mis compañeras, de los sistemas de acción humanos y el conocimiento rápidamente creciente de los sistemas conductuales». Johnson (1977) pasó a concebir una contribución específica de la enfermería al bienestar del paciente al fomentar un «funcionamiento conductual eficiente y eficaz en la persona, para prevenir la enfermedad y durante y después de la enfermedad».

Johnson utilizó el trabajo de los científicos conductuales en psicología, sociología y etnología para desarrollar su teoría. La bibliografía interdisciplinar que Johnson citó se centró en conductas observables que tenían una significación adaptativa. Este volumen bibliográfico influyó en la identificación y el contenido de sus siete subsistemas. Talcott Parsons se reconoce específicamente en sus primeras obras, donde presenta los conceptos del modelo del sistema conductual de Johnson (Johnson, 1961b). La teoría de la acción social de Parsons (1951, 1964) hacía hincapié en un enfoque estructural-funcional. Una de sus principales contribuciones fue reconciliar el funcionalismo (la idea de que toda conducta social observable tiene una función que realizar) con el estructuralismo (la idea de que las conductas sociales, más que ser directamente funcionales, son expresiones de estructuras subyacentes profundas en los sistemas sociales). Por tanto, las estructuras (sistemas sociales) y todas las conductas tienen como función mantener el sistema. Los componentes de la estructura de un sistema social (objetivo, servicio, elección y conducta) son iguales en las teorías de Parsons y Johnson.

Johnson también se basó en la teoría de sistemas y utilizó los conceptos y definiciones de Rapoport, Chin, von Bertalanffy y Buckley (Johnson, 1980). En la teoría de sistemas, igual que en la teoría de Johnson, una de las suposiciones básicas incluye el concepto de orden. Otra es que un sistema es un conjunto de uniones que interaccionan y forman un todo con el fin de realizar cierta función. Johnson conceptualizó a la persona como un sistema conductual en el que la conducta de un individuo como un todo es el foco. Y lo es en lo que el individuo hace y por qué. Una de las ventajas de la teoría del sistema conductual de Johnson (JBS) es la integración coherente de conceptos que definen los sistemas conductuales extraídos de la teoría de sistemas general. Entre estos conceptos se incluyen el holismo, la búsqueda de objetivos, la interrelación/interdependencia, la estabilidad, la inestabilidad, los subsistemas, la regularidad, la estructura, la función, la energía, la retroalimentación y la adaptación.

Johnson observó que, aunque existen otras obras que apoyan la idea de que una persona es un sistema conductual cuyos patrones específicos de respuesta forman un todo organizado e integrado, según sus informaciones, ella fue la primera autora que expuso esta idea. Puesto que el desarrollo del conocimiento de todo el sistema biológico es posterior al conocimiento de sus partes, el desarrollo del conocimiento de los sistemas conductuales se centra en las respuestas específicas conductuales. Desde que se presentó por primera vez esta idea, han aparecido numerosas obras empíricas que aceptan la idea del sistema conductual como un todo y su utilidad para tomar decisiones en los campos de la investigación, la formación y la práctica enfermera (Benson, 1997; Bhaduri y Jain, 2004; Derdiarian, 1991; Grice, 1997; Holaday, 1981, 1982; Lachicotte y Alexander, 1990; Poster, Dee y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Randell, 1997; Turner-Henson, 1992; Wilkie, 1990; Wilmoth y Ross, 1997; Wilmoth, 2007).

Desarrollando la teoría del sistema conductual a partir de una perspectiva filosófica, Johnson (1980) escribió que la enfermería contribuye a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el paciente antes, durante y después de la enfermedad. Utilizó conceptos procedentes de otras disciplinas, como: el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés para ampliar su teoría y adecuarla a la práctica enfermera.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES*

CONDUCTA

Johnson aceptó la definición de conducta tal como la describieron los científicos conductuales y biológicos: es el resultado de las estructuras y los procesos intraorgánicos, coordinados y articulados por los cambios en la estimulación sensorial y como respuesta a estos cambios. Johnson (1980) se centra en el efecto sobre la conducta de la presencia real o supuesta de otros seres sociales con una significación adaptativa mayor.

SISTEMA

Mediante el uso de la definición que Rapoport hizo de *sistema* en 1968, Johnson (1980) afirmó: «Un sistema es un conjunto que funciona como tal gracias a la interdependencia de sus partes» (p. 208). Asimismo, aceptó la afirmación de Chin acerca de que «existe una organización, interacción, interdependencia e integración de sus partes y elementos» (Johnson, 1980, p. 208). Además, una persona se esfuerza por mantener el equilibrio en esas partes ajustándose y adaptándose a las fuerzas que interfieren en ellas.

SISTEMA CONDUCTUAL

Un sistema conductual está formado por diferentes modos de conducta pautados, repetitivos y determinados. Estas conductas forman una unidad funcional organizada e integrada que determina y limita la interacción entre la persona y su entorno. Asimismo, establecen la relación entre la persona y los objetos, los sucesos y las situaciones de su entorno. La conducta que la persona adopta suele poderse explicar y describir, ya que una persona como sistema conductual intentará alcanzar la estabilidad y el equilibrio ajustándose y adaptándose con más o menos éxito para funcionar de modo eficaz. Por regla general, el sistema es lo bastante flexible para adecuarse a las influencias que recibe (Johnson, 1980).

SUBSISTEMAS

El sistema conductual debe realizar numerosas tareas; por ello, se divide en subsistemas con tareas especializadas. Un subsistema es «un minisistema con un objetivo y una función específicos que se mantendrá estable si su relación con los otros subsistemas o entornos no resulta alterada» (Johnson, 1980, p. 221). Los siete subsistemas que Johnson identificó son abiertos, pero están unidos y se interrelacionan. Todos ellos poseen una entrada y una salida (Grubbs, 1980).

Los impulsos de motivación dirigen las actividades de los subsistemas, que cambian continuamente debido a la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Los sistemas descritos parecen ser universales y están controlados por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Estos subsistemas son: afiliación, dependencia, ingestión, eliminación, sexo, realización y agresión/protección (Johnson, 1980).

Subsistema de afiliación

El subsistema de afiliación es quizás el más importante de todos, ya que constituye la base de toda organización social. En general, proporciona la supervivencia y la seguridad. En él se inscriben: la inclusión social, la intimidad y la formación, y el mantenimiento de un fuerte vínculo social (Johnson, 1980).

Subsistema de dependencia

En el sentido más amplio, el subsistema de dependencia promueve una conducta de ayuda

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

que también requiere un cuidado. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física. La conducta de dependencia puede ir de la dependencia absoluta de los demás a un grado mayor de dependencia de la identidad. Para la supervivencia de los grupos sociales, resulta imprescindible cierto grado de interdependencia (Johnson, 1980).

Subsistema de ingestión

Los subsistemas de ingestión y de eliminación no deben considerarse como los mecanismos de entrada y salida del sistema. Todos los sistemas poseen mecanismos de entrada y de salida independientes. El subsistema de ingestión «trata sobre cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos» (Johnson, 1980, p. 213). «Sirve a la función más amplia de satisfacción del apetito» (Johnson, 1980, p. 213). Esta conducta está relacionada con consideraciones sociales, psicológicas y biológicas (Johnson, 1980).

Subsistema de eliminación

El subsistema de eliminación «trata sobre cuándo, cómo y en qué condiciones eliminamos» (Johnson, 1980, p. 213). Al igual que ocurre con el subsistema de ingestión, los factores sociales y psicológicos influyen en los aspectos biológicos de este subsistema y, a veces, pueden entrar en conflicto con él (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

Subsistema sexual

El subsistema sexual tiene una doble función: la procreación y el placer. Este subsistema incluye el cortejo y el apareamiento, pero no se limita a ellos. La respuesta de este sistema empieza con el desarrollo de la identidad del rol de género e incluye una amplia gama de conductas de rol sexual (Johnson, 1980).

Subsistema de realización

El subsistema de realización intenta manipular el entorno. Su función consiste en controlar o dominar algún aspecto de la identidad o del entorno para alcanzar un estándar de calidad. El subsistema de realización incluye las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales (Johnson, 1980).

Subsistema de agresión/protección

La función de este subsistema es la protección y la preservación. Este subsistema coincide más con las ideas de etólogos como Lorenz (1966) y Feshbach (1970) que con la escuela de pensamiento de refuerzo conductual: ésta defiende que la conducta agresiva no sólo se aprende, sino que es un intento primario de herir a los demás. La sociedad exige que se limiten los modos de autoprotección y que se respete y se proteja a las personas y sus propiedades (Johnson, 1980).

EQUILIBRIO

Johnson (1961a) afirmó que el equilibrio es un concepto clave en el objetivo específico de la enfermería. Se define como «un estado de descanso estable, pero más o menos transitorio, durante el cual el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con el entorno» (p. 65). «Significa que las fuerzas biológicas y psicológicas están en equilibrio entre ellas y con las fuerzas sociales que las afectan» (Johnson, 1961b, p. 11). «No es sinónimo de salud, ya que también puede darse en estados de enfermedad» (Johnson, 1961b, p. 11).

REQUISITOS FUNCIONALES/ IMPERATIVOS DE SUSTENTO

Para que los subsistemas desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno debe recibir un aporte constante de requisitos funcionales. El entorno aporta imperativos de sustento como la protección, el cuidado y la estimulación. Johnson señala que el sistema biológico y todos los demás sistemas vivos tienen los mismos requisitos.

REGULACIÓN/CONTROL

Los subsistemas conductuales interrelacionados deben estar regulados en cierta forma para que se cumplan sus objetivos. La regulación implica que se detectarán y corregirán las desviaciones. Por tanto, la retroalimentación es un requisito

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

de control eficaz. Existe la autorregulación por el cliente. La enfermera puede actuar como una fuerza reguladora externa temporal para preservar la organización y la integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo en situaciones en las que la enfermedad, o en condiciones en las que la conducta, es una amenaza para la salud.

TENSIÓN

«El concepto de tensión se define como un estado en el que se realiza un gran esfuerzo y puede considerarse como el producto final de una alteración del equilibrio» (Johnson, 1961a, p. 10). La tensión puede ser constructiva en un cambio adaptativo, o destructiva si se hace un uso ineficiente de la energía, se impide la adaptación y se causa un daño estructural potencial (Johnson, 1961a). La tensión es un indicio de que existe una alteración del equilibrio (Johnson, 1961b).

ELEMENTO ESTRESANTE

Los estímulos externos o internos que producen tensión y una cierta desestabilización se denominan *elementos estresantes*. «Los estímulos pueden ser positivos, si lo que se desea o se necesita se puede encontrar, o negativos, si no puede conseguirse. [Los estímulos]... pueden ser endógenos o exógenos según su origen, [y] actuar sobre uno o más de los sistemas abiertos interconectados» (Johnson, 1961b, p. 13). Los sistemas abiertos interconectados realizan intercambios constantemente. Incluyen los pequeños sistemas de grupo, como los de la fisiología, la personalidad y la significación (la familia), y el sistema social más grande (Johnson, 1961b).

*La autora agradece la contribución de Brown (2006) en este cuadro.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Los orígenes empíricos de esta teoría se inician cuando Johnson utiliza el pensamiento de sistemas (síntesis). Este proceso se concentra en la función y la conducta del todo y se centra en una comprensión y en una explicación del sistema conductual. El trabajo de Johnson sobre el modelo del sistema conductual se correspondía con la «edad de los sistemas». El texto fundamental de Buckley (1968) se publicó el mismo año que Johnson presentó formalmente su teoría en la Vanderbilt University.

La teoría de sistemas, como una ciencia básica, trata del nivel abstracto con las propiedades generales de los sistemas, independientemente de la forma física o del dominio de aplicación. La teoría general de sistemas se creó a partir del supuesto de que todos los tipos de sistemas tenían características en común, independientemente de su naturaleza interna. Johnson utilizó la teoría general de sistemas y el pensamiento de sistemas para reunir un cuerpo de constructos teóricos, además de explicar sus interrelaciones, para identificar y describir la misión de la enfermería. El JBSM proporciona un marco que se basa en su síntesis de los componentes de este sistema y en una descripción del contexto de las relaciones entre sí (subsistemas) y con otros sistemas (entorno). En contraste con el reduccionismo científico, Johnson propuso ver la enfermería de forma holística (un sistema conductual). En consonancia con la teoría de sistemas, el JBSM ofrece la comprensión de un sistema examinando las relaciones y las interacciones entre los elementos que componen todo el sistema. Los siguientes párrafos describen cómo Johnson incorporó conocimientos empíricos de otras disciplinas al JBSM.

En la bibliografía se encuentran conceptos que Johnson identificó y definió en su teoría. Observó que Leitch y Escolona coinciden en que la tensión origina cambios conductuales y que la manifestación de la tensión por parte de un individuo depende tanto de factores externos como internos (Johnson, 1980). Johnson (1959b) utiliza el trabajo de Selye, Grinker, Simmons y Wolff para demostrar la idea de que los patrones conductuales específicos son reacciones a los elementos estresantes biológicos, psicológicos y sociales, respectivamente. A pesar de ello, Johnson (1961a) discrepaba en algunos aspectos de la concepción del

estrés de Selye. El concepto de estrés de Johnson «se parece mucho al concepto de Caudill; es decir, el estrés es un proceso en el que existe una relación de interacción entre varios estímulos y las defensas que se levantan contra ellos. Los estímulos pueden ser positivos si lo que se desea o se necesita está presente, pero son negativos si se da el caso opuesto» (Johnson, 1961a, pp. 7-8). Selye «concibe el estrés como "un estado producido por el síndrome que engloba todos los cambios no específicamente inducidos en el sistema biológico"» (Johnson, 1961a, p. 8).

En *Conceptual Models for Nursing Practice*, Johnson (1980) describió siete subsistemas que integran el sistema conductual. Para demostrar el subsistema afiliativo, utilizó el trabajo de Ainsworth y Robson. Heathers, Gerwitz y Rosenthal describieron y explicaron la conducta de dependencia, otro subsistema que Johnson definió. Asimismo, los sistemas de respuesta de ingestión y eliminación como los describieron Walike, Mead y Sears, también forman parte del sistema conductual de Johnson. Los trabajos de Kagan y Resnik sirvieron para explicar el subsistema sexual. Lorenz y Feshbach (Feshbach, 1970; Johnson, 1980; Lorenz, 1966) describieron el subsistema agresivo protector, que tiene una función de protección y preservación. Por último, los trabajos de Atkinson, Feather y Crandell indican que las habilidades físicas, creativas, mecánicas y sociales se manifiestan por medio de una conducta de realización, otro subsistema identificado por Johnson (1980).

El subsistema restaurador fue desarrollado por profesores y médicos con el fin de incluir conductas como el sueño, el juego y la relajación (Grubbs, 1980). Pero, aunque Johnson (comunicación personal, 1996) estaba de acuerdo en que podía haber «más o menos subsistemas» de los que se definieron originalmente, no apoyó este subsistema como parte del modelo del sistema conductual, ya que para ella el sueño era básicamente una fuerza biológica, no una conducta motivacional. Además, señaló que muchas de las conductas de los niños durante sus primeros años de vida, como el juego, eran en realidad conductas de realización. Por otra parte, Johnson (comunicación personal, 1996) afirmó que era necesario examinar la posibilidad de un octavo subsistema para las conductas exploradoras; si se realizan investigaciones más detalladas quizá pueda delimitarse este subsistema y separarlo del subsistema de realización.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

El objetivo de la enfermería es mantener y restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo de equilibrio y funcionamiento. Por tanto, la enfermería, según Johnson, es una fuerza externa que actúa para preservar la organización y la integración de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo utilizando mecanismos reguladores o de control temporales o proporcionando recursos cuando el paciente sufre estrés o un desequilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Como arte y ciencia, la enfermería proporciona una ayuda externa antes y durante las alteraciones del equilibrio del sistema y, por tanto, precisa un conocimiento del orden, el desorden y el control (Herbert, 1989; Johnson, 1980). Las actividades enfermeras no dependen de la autoridad médica, pero son complementarias a la medicina.

Persona

Johnson (1980) considera que la persona es un sistema conductual con unos modos de actuación pautados, repetitivos y determinados que la vinculan con el entorno. La concepción de la persona es básicamente motivacional. Esta visión se apoya claramente en la aceptación de Johnson de las teorías etológicas, que sugieren que factores biológicos e innatos influyen en el modelado y la motivación de la conducta. También admitió que la experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales influyen en la conducta. Observó que ver a una persona como un sistema conductual, además de poder ver un conjunto de subsistemas conductuales y entender los factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que funcionan externamente, era un prerrequisito para utilizar este modelo (notas de clase de la autora, 1971).

Johnson identificó varios supuestos que son fundamentales para comprender la naturaleza y el funcionamiento de la persona como un sistema conductual. Suponemos que existe una organización, una interacción y una interdependencia, y una integración de las partes de la conducta que forman el sistema. Los patrones de respuesta específicos de un individuo forman un todo organizado e integrado. Las partes interrelacionadas e interdependientes se llaman *subsistemas*. Johnson

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

(1977), además, supuso que el sistema conductual tiende a lograr el equilibrio entre las diversas fuerzas que funcionan dentro y sobre él. Las personas luchan continuamente por mantener un equilibrio y estados constantes del sistema conductual por ajustes más o menos automáticos y adaptaciones a las fuerzas naturales que los vulneran. Johnson también reconoció que las personas buscan activamente nuevas experiencias que pueden alterar el equilibrio temporalmente.

Johnson también consideró (1977, 1980) que un sistema conductual, que requiere y produce cierto grado de regularidad y constancia en la conducta, es imprescindible para los seres humanos. Por último, Johnson (1977) asumió que el equilibrio del sistema conductual reflejaba ajustes y adaptaciones de la persona que son satisfactorios en cierta forma y hasta cierto punto. Esto será cierto incluso si la conducta observada no siempre coincide con las normas culturales de conducta aceptable o de salud.

El equilibrio es fundamental para el funcionamiento efectivo y eficaz de la persona. El equilibrio se desarrolla y se mantiene en el(los) subsistema(s) o en el sistema como un todo. Los cambios en la estructura o la función de un sistema se relacionan con problemas con el impulso, la falta de requisitos funcionales/imperativos de sustento o un cambio en el entorno. Para recobrar ese equilibrio, puede que la persona deba emplear una cantidad extraordinaria de energía, lo que puede producir que falte energía para los procesos biológicos y para la recuperación.

Salud

Johnson considera que la salud es un estado dinámico difícil de alcanzar, que está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se manifiesta por medio de la organización, la interacción, la interdependencia y la integración de los subsistemas del sistema conductual (Johnson, 1980). Un individuo intenta conseguir que el sistema esté equilibrado, lo que provocará una conducta funcional. Si las necesidades estructurales y funcionales de los sistemas no están equilibradas, la salud es mala. Por tanto, al evaluar la «salud», nos centramos en el sistema conductual y en el equilibrio y la estabilidad del sistema, el funcionamiento efectivo y eficaz y el desequilibrio y la inestabilidad del sistema conductual. Los resultados del equilibrio del sistema conductual son los siguientes: *a)* se necesita un consumo mínimo de energía (implica que hay más energía para mantener la salud o, en caso de enfermedad, que hay energía para los procesos biológicos que deben recuperarse); *b)* la supervivencia biológica y social continuada está asegurada, y *c)* se consigue cierto grado de satisfacción personal (Grubbs, 1980; Johnson 1980).

Entorno

En la teoría de Johnson, el entorno está formado por todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él. La enfermera puede manipular algunos aspectos del entorno para conseguir el objetivo de la salud o del equilibrio del sistema conductual para el paciente (Brown, 2006).

El sistema conductual «determina y limita la interacción entre la persona y su entorno y establece la relación de la persona con los objetos, fenómenos y situaciones del entorno» (Johnson, 1978). Esta conducta es metódica y previsible. Se mantiene porque ha sido funcionalmente efectiva y eficaz la mayor parte del tiempo en el control de la relación de la persona con el entorno. Cambia cuando esto ya no es así o cuando la persona desea un nivel más óptimo de funcionamiento. El sistema conductual tiene numerosas tareas y misiones que realizar para mantener su propia integridad y controlar las relaciones del sistema con su entorno.

El sistema conductual intenta mantener el equilibrio con respecto a los factores del entorno, ajustándose y adaptándose a las fuerzas que intervienen en este entorno. Las fuerzas del entorno que son excesivamente fuertes alteran el equilibrio del sistema conductual y ponen en peligro la estabilidad de la persona. Para que el organismo restablezca el equilibrio y afronte el efecto continuo de estas fuerzas, hace falta una cantidad extraordinaria de energía (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

El entorno también es el origen de los imperativos de sustento de protección, cuidado y estimulación, prerrequisitos necesarios para mantener la salud (equilibrio del sistema conductual) (Grubbs, 1980). Cuando tiene lugar un desequilibrio del sistema conductual, la enfermera puede tener que convertirse en una reguladora temporal del entorno y suministrar los requisitos funcionales a la persona, para que ésta pueda adaptarse a los factores estresantes. El tipo y la cantidad necesaria de requisitos funcionales variarán según variables como la edad, el sexo, la capacidad de afrontamiento cultural y el tipo y gravedad de la enfermedad.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría del sistema conductual de Johnson estudia los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno y enfermería. La persona es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados (fig. 18-1). Cada subsistema está formado por un grupo de respuestas conductuales, o tendencias de respuesta, o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo global. Organizadas en torno a los impulsos (cierto tipo de estructura motivacional intraorganísmica), estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Están determinadas congénitamente y dirigidas continuamente por múltiples factores físicos, biológicos y psicológicos de forma compleja e interrelacionada.

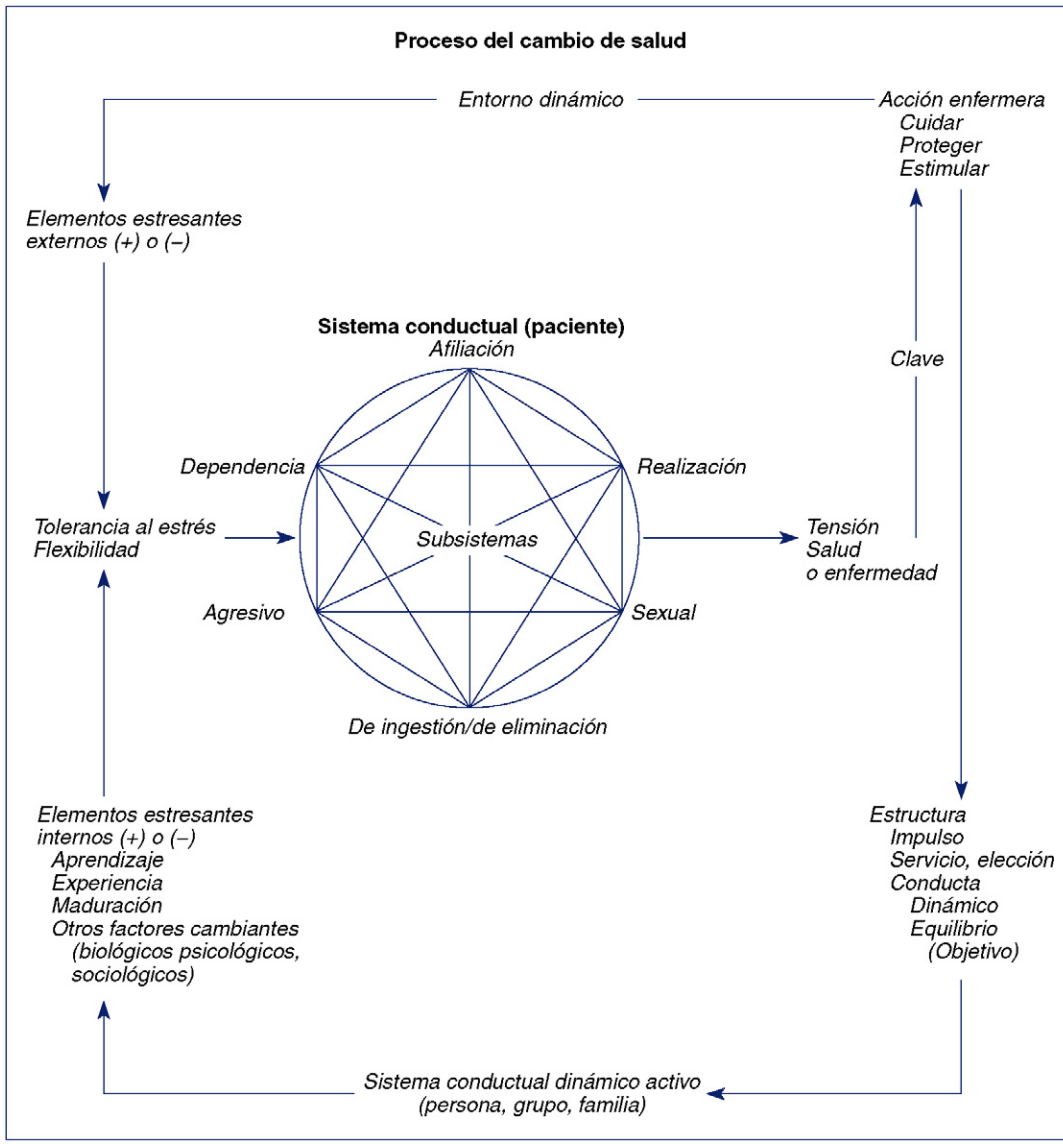


Figura 18-1 Modelo del sistema conductual de Johnson. (Conceptualizado por Jude A. Magers, Indianapolis, IN.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Todos los subsistemas pueden describirse y analizarse según sus requisitos estructurales y funcionales. Los cuatro elementos estructurales que se han identificado son: *a)* impulso u objetivo (la consecuencia final de las conductas). *b)* Servicio (una tendencia o predisposición a actuar de cierta manera). El servicio se subdivide en dos tipos: preparatorio, o a lo que una persona atiende, y perseverante, los hábitos que se mantienen en una situación. *c)* Elección (representa la conducta que un paciente se ve capaz de utilizar en una situación dada), y *d)* acción o la conducta de un individuo (Grubbs, 1980; Johnson, 1980). El servicio desempeña un gran papel en las elecciones que las personas consideran y en su conducta final. Cada uno de los siete subsistemas posee los mismos tres requisitos funcionales: *a)* protección; *b)* nutrición, y *c)* estimulación. Estos requisitos funcionales deben satisfacerse con los propios esfuerzos de la personas o con la ayuda externa de la enfermera. Para que los subsistemas se desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno debe tener un aporte constante de estos requisitos funcionales, habitualmente suministrados por el entorno. Sin embargo, durante una enfermedad o cuando el potencial de enfermedad es una amenaza, la enfermera puede convertirse en fuente de requisitos funcionales.

Las respuestas de los subsistemas son consecuencia de la motivación, la experiencia y el aprendizaje, y están influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales (Johnson, 1980). El sistema conductual intenta conseguir un equilibrio adaptándose a los estímulos internos y ambientales, y está formado por «todos los modos de conducta pautados, repetitivos y determinados que caracterizan la vida de cada persona» (Johnson, 1980, p. 209). Esta unidad funcional de conducta «determina y limita la interacción de la persona y su entorno, y establece la relación entre esta persona y los objetos, sucesos y situaciones del entorno» (Johnson, 1980, p. 209). «El sistema conductual gestiona la relación con el entorno» (Johnson, 1980, p. 209). Este sistema es activo y no pasivo. La enfermera está fuera del sistema conductual, pero interacciona con éste.

El uso satisfactorio de la teoría del sistema conductual de Johnson en la práctica clínica requiere incorporar el proceso de enfermería. El médico debe desarrollar un instrumento de valoración que incorpore los componentes de la teoría, para poder valorar al paciente como un sistema conductual, determinar si hay una amenaza real o percibida de enfermedad y determinar la capacidad de la persona de adaptarse a la enfermedad o a la amenaza de enfermedad sin desarrollar un desequilibrio del sistema conductual. Esto significa desarrollar cuestiones adecuadas y observaciones de cada uno de los subsistemas conductuales.

Un estado de inestabilidad en el sistema conductual hace que sea necesaria una intervención enfermera. La identificación de la fuente del problema en el sistema da lugar a la acción enfermera apropiada y se traduce en el mantenimiento o el restablecimiento del equilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Las intervenciones enfermeras pueden producirse en tres formas generales como: *a)* reparar unidades estructurales; *b)* imponer temporalmente medidas externas reguladoras o de control; *c)* suministrar condiciones o recursos del entorno, o *d)* aportar estimulación hasta el punto que pueda anticiparse un problema y se pide una acción enfermera preventiva (Johnson, 1978). «Si la fuente del problema tiene un factor estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, servicio, elección o acción del subsistema. Si el problema es de función, la enfermera se centrará en el origen y la suficiencia de los requisitos funcionales porque los problemas funcionales se originan en un exceso o deficiencia del entorno» (Grubbs, 1980, p. 242). El objetivo de la enfermería es mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo del funcionamiento del sistema conductual cuando se desee y sea posible (Johnson, 1978).

FORMA LÓGICA

Johnson abordó la tarea de perfilar la misión de la enfermería desde la perspectiva histórica, analítica y empírica. El razonamiento deductivo e inductivo se evidencia a través del proceso de desarrollo de la teoría del sistema conductual de Johnson. Un sistema, dado que es un todo, perderá sus propiedades sinérgicas si se descompone. Por tanto, la comprensión debe ir del todo a sus partes (una síntesis). Johnson identificó primero el sistema conductual y luego explicó las propiedades y la conducta del sistema. Por último, explicó las propiedades y la conducta de los subsistemas como parte o función del sistema. El análisis nos dio una descripción y conocimientos, mientras que el pensamiento (síntesis) de sistemas nos dio una explicación y la comprensión.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La utilidad de la teoría del sistema conductual de Johnson se evidencia a partir de diversos ámbitos clínicos y grupos de edad en los que se ha utilizado la teoría. Se ha utilizado en los ámbitos intrahospitalarios, extrahospitalarios y comunitarios, también en la administración enfermera. Se ha utilizado en diversas poblaciones de clientes y se han desarrollado diversas herramientas para la práctica (Fawcett, 2005).

Johnson no utilizó el término *proceso enfermero.* No obstante, la valoración, los trastornos, el tratamiento y la evaluación son conceptos que aparecen en muchas obras de Johnson. «Para la enfermera, los modelos conceptuales sirven como orientación para el diagnóstico y el tratamiento, por lo que constituyen una aportación práctica considerable» (Johnson, 1968, p. 2). El proceso enfermero puede aplicarse al modelo del sistema conductual, siempre que tiene lugar un mal funcionamiento de la conducta, «que sea desorganizada, irregular y disfuncional. La enfermedad o cualquier otro cambio interno o externo del entorno es, a menudo, el responsable de estas disfunciones» (Johnson, 1980, p. 212). «En las circunstancias en que el individuo experimenta estrés por causa de una enfermedad que altera el equilibrio y produce tensión, es necesario intervenir para ayudar a la persona» (Johnson, 1961a, p. 6). Sin embargo, es importante observar que el análisis de sistemas es un componente importante de la teoría de sistemas. Se monitorizan las salidas de un subsistema dado para monitorizar el rendimiento. Los signos de desequilibrio requieren identificar el problema para definirlo reuniendo datos y diseñar una intervención para restaurar el equilibrio (Miller, 1965; Jenkins, 1969).

Johnson (1959a) determinó que la valoración enfermera inicial empezaba en el momento en que se observaba la tensión y las señales de desequilibrio. Las fuentes de los datos de valoración incluyen la historia clínica, las pruebas y las observaciones estructurales (Johnson, 1980). «El sistema conductual puede determinar y limitar la interacción entre la persona y el entorno» (Johnson, 1968, p. 3). Esto significa que la enfermera no puede controlar la exactitud y la cantidad de los datos obtenidos durante la valoración enfermera, pero sí al paciente (sistema). La única parte observada de la estructura de los subsistemas es la conducta. Se han identificado seis reguladores internos y externos que «influyen y se dejan influir por su conducta, simultáneamente», incluidos reguladores biofísicos, psicológicos, evolutivos, socioculturales, familiares y físicos del entorno (Randell, 1991, p. 157).

La enfermera debe ser capaz de acceder a la información relacionada con los objetivos, los servicios y las elecciones que integran los subsistemas estructurales. «Uno o más de [estos] subsistemas puede verse implicado en cualquier episodio de enfermedad, ya sea como un antecedente o como una consecuencia, o sencillamente en asociación directa o indirecta con el trastorno o con el tratamiento» (Johnson, 1968, p. 3). El acceso a los datos es esencial para determinar con exactitud la afirmación del trastorno.

Johnson no definió los trastornos específicos, pero especificó dos categorías generales de trastornos según su relación con el sistema biológico (Johnson, 1968).

> Los trastornos son aquellos que están relacionados tangencial o periféricamente con el trastorno en el sistema biológico; es decir, son producto sencillamente de la enfermedad o del contexto situacional del tratamiento; y... aquellos [trastornos] que forman parte integral del trastorno del sistema biológico, ya que están directamente asociados con una consecuencia directa de un tipo específico de trastorno del sistema biológico o de su tratamiento (Johnson, 1968, p. 7).

Los «sistemas de gestión» o intervenciones consisten, en parte, en el cuidado, la protección y la estimulación (Johnson, 1968, 1980). La enfermera puede proporcionar «temporalmente unos mecanismos de control y una regulación externa, como la inhibición de las respuestas conductuales ineficaces, y ayudar al paciente a obtener nuevas respuestas» (Johnson, 1968, p. 6). Johnson (1980) sostiene que las técnicas incluyen «la enseñanza, la formación de roles y el asesoramiento» (p. 211). Si se prevé un problema o un trastorno, hay que realizar la acción enfermera preventiva con los métodos adecuados (Johnson, 1980). El cuidado, la protección y la estimulación son importantes para el cuidado enfermero preventivo o para la promoción de la salud, ya que sirven para controlar la enfermedad (Brown, 2006).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Si el problema es un elemento estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, el servicio, la elección o la acción del subsistema. La enfermera podría trabajar para redirigir los objetivos de la persona, cambiar la importancia del impulso y ampliar el rango de elecciones consideradas, alterando, por tanto, el servicio o cambiando la acción. La enfermera manipula las unidades estructurales o impone controles temporales. Ambos tipos de acciones enfermeras regulan la interacción de los subsistemas.

El resultado de la intervención enfermera es el equilibrio del sistema conductual. «Más específicamente, podemos afirmar que el equilibrio se consigue cuando el individuo demuestra un grado de constancia en sus patrones de funcionamiento interno e interpersonal» (Johnson, 1961a, p. 9). La evaluación de la intervención enfermera se realiza en función de si «se produjo un cambio significativo en las vidas de las personas implicadas» (Johnson, 1980, p. 215).

El modelo del sistema conductual se ha vuelto operativo gracias a los numerosos instrumentos de valoración que se han desarrollado. En 1974, Grubbs (1980) utilizó la teoría para desarrollar un instrumento de valoración y una hoja del proceso enfermero basados en los siete subsistemas. Las cuestiones y las observaciones relacionadas con cada subsistema proporcionaron las herramientas con las que obtener los datos importantes para descubrir las otras opciones de conducta con las que el paciente podrá alcanzar su objetivo de salud.

Ese mismo año, Holaday (1980) utilizó la teoría como un modelo para desarrollar un instrumento de valoración para niños hospitalizados. Este instrumento permitió que la enfermera describiera objetivamente la conducta del niño y guiara la acción enfermera. Al ampliar el concepto de «servicio», Holaday también identificó patrones de conductas maternas que indicarían un servicio de funcionamiento pobre o inadecuado que afectaba las elecciones limitadas de acción en respuesta a las necesidades de niños enfermos crónicos (1981, 1982).

Derdiarian (1990) investigó la satisfacción del paciente y de la enfermera con el uso de dos instrumentos sistemáticos. El modelo del sistema conductual de Johnson sirvió para desarrollar un autoinforme y un instrumento de observación, para implantarlos en el proceso de atención de enfermería. El instrumento del modelo del sistema conductual de Derdiarian (DBSM, en sus siglas inglesas) incluía la valoración del subsistema restaurador y de los siete subsistemas de Johnson. Los resultados indicaron que la implantación de los instrumentos proporcionó un planteamiento más extenso y sistemático para la valoración y para la intervención, lo que incrementó la satisfacción del paciente y de la enfermera con el cuidado.

Lanouette y St-Jacques (1994) utilizaron el modelo de Johnson para comparar las habilidades de afrontamiento y las percepciones de las familias de bebés prematuros con las de familias de bebés nacidos a término. Los resultados indicaron que las habilidades de afrontamiento dependían del vínculo de unión con el bebé, de la utilización de los recursos, de la resolución de los problemas y de la toma de decisiones. Estos autores señalaron que la mejora en la práctica del cuidado enfermero en guarderías, hospitales y en la comunidad puede haber contribuido a este resultado. Esta sugerencia justificó la afirmación de Johnson (correspondencia personal, 1996) de que «el uso eficaz del cuidado, la protección y la estimulación durante el contacto maternal en el nacimiento podrían reducir significativamente los problemas del sistema conductual que observamos en la actualidad».

Los estudios de casos documentan y evalúan el uso de la teoría del sistema conductual de Johnson en la práctica clínica. En 1980, Rawls utilizó la teoría para valorar sistemáticamente a un paciente que había perdido la movilidad de un brazo y una mano. Herbert (1989) analizó los resultados de un plan de cuidados enfermeros para un paciente anciano con ictus. Rawls y Herbert llegaron a la conclusión de que la teoría de Johnson proporcionó una base teórica para predecir los resultados de intervenciones enfermeras, formular normas para el cuidado y proporcionar un cuidado holístico. Fruehwirth (1989) consideraba que la teoría era igualmente eficaz para valorar e intervenir con un grupo de soporte para los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

Por otra parte, estudios recientes sobre la práctica enfermera que utilizan el modelo de Johnson se han centrado en la toma de decisiones y en la valoración de los resultados. Grice (1997) descubrió que la enfermera, el paciente y las características situacionales influían en la valoración y en la toma de decisiones con respecto a la administración de fármacos ansiolíticos y antipsicóticos a pacientes psiquiátricos hospitalizados en determinadas horas. Benson (1997) dirigió

una revisión bibliográfica sobre el miedo a la delincuencia entre ancianos. El modelo del sistema conductual se utilizó para describir los «peligros del miedo a la delincuencia» que podrían provocar trastornos en los subsistemas de ingestión, dependencia, realización, afiliación y agresión/protección (Benson, 1997, p. 26). Las intervenciones centradas en el paciente y en la comunidad sirvieron para mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida de los ancianos. Brinkley, Ricker y Toumey (2007) demostraron la utilización de la teoría del sistema conductual de Johnson en un paciente con obesidad mórbida y necesidades complejas.

Lachicotte y Alexander (1990) examinaron el uso del modelo del sistema conductual de Johnson como un marco para tomar decisiones sobre la gestión de enfermeras con carencias de formación para las directoras de enfermería. Sugirieron que, si se consideraban los niveles del entorno, el marco proponía que las directoras valoraran el desequilibrio en el sistema enfermero cuando las enfermeras estaban mal preparadas, y que evaluaran el «estado del equilibrio del sistema en relación con el método elegido para tratar las carencias de las enfermeras» (Lachicotte y Alexander, 1990, p. 103). Los resultados del estudio indicaron que las directoras preferían un planteamiento de ayuda para tratar las carencias de las enfermeras. Se consideró que «cuando la enfermera recibe ayuda y afronta sus carencias, empieza a restaurarse el equilibrio del sistema» (Lachicotte y Alexander, 1990, p. 103).

El hospital y el instituto neuropsiquiátrico de la Universidad de California (Los Ángeles) han utilizado el modelo del sistema conductual de Johnson como base para la práctica enfermera psiquiátrica durante muchos años (Auger y Dee, 1983; Poster et al., 1997). «Se valora a los pacientes y se clasifican los datos conductuales según los subsistemas. Los diagnósticos enfermeros realizados reflejan la naturaleza de la conducta ineficaz y su relación con los reguladores del entorno» (Randell, 1991, p. 154). El uso de la teoría de Johnson también se incorporó al nuevo programa de orientación universitaria (Puntil, 2005). Un estudio que comparó las clasificaciones de diagnóstico del modelo del sistema conductual de Johnson con las de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) indicó que el modelo de Johnson era mejor para distinguir los problemas y su etiología (Randell, 1991).

Cada vez es más importante documentar el cuidado enfermero y demostrar la eficacia del cuidado por medio de los resultados de los pacientes. Con el uso del modelo de Johnson, Poster et al. (1997) descubrieron que existía una relación positiva entre las intervenciones enfermeras y la consecución de los objetivos del paciente en el momento del alta. Afirmaron que «un marco enfermero teórico facilitaba la prescripción del cuidado enfermero como independiente del cuidado médico» (Poster et al., 1997, p. 73).

Dee, Van Servellen y Brecht (1998) examinaron los efectos de la gestión del cuidado de la salud en pacientes aplicando el modelo del sistema conductual de Johnson. Después de ingresar los pacientes, las enfermeras elaboraban un perfil conductual valorando los ocho subsistemas y clasificaban el impacto de los seis reguladores. Este perfil se utilizaba para determinar los diagnósticos enfermeros, planificar la acción y evaluar el cuidado de cada paciente. Los resultados de este estudio indicaron una mejora funcional significativa después del alta de los pacientes y una reducción de los días que permanecían ingresados.

Formación

Loveland-Cherry y Wilkerson (1983) analizaron la teoría de Johnson y llegaron a la conclusión de que resulta útil para la formación enfermera. Los planes de estudios basados en la persona como sistema conductual poseen unos objetivos definidos y facilitan la planificación del curso. El estudio se centraría en el paciente como un sistema conductual y en su disfunción, lo que exige el uso del proceso enfermero. Además de la comprensión de la teoría de sistemas, el estudiante precisa conocimientos de las disciplinas sociales y conductuales, y de las ciencias biológicas y físicas. El modelo se ha utilizado en la práctica y en instituciones educativas en Estados Unidos, Canadá y Australia (Derdiarian, 1981; Fleming, 1990; Grice, 1997; Hadley, 1970; Harris, 1986; Orb y Reilly, 1991; Puntil, 2005).

Investigación

Johnson (1968) afirmó que la investigación enfermera necesita «identificar y explicar los trastornos del sistema conductual que originan la enfermedad y elaborar el razonamiento adecuado para tratarlos» (p. 7). Johnson creía que la tarea de las

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfermeras científicas podría seguir uno de estos dos caminos: *a)* contribuciones a la comprensión básica del sistema conductual del hombre y *b)* contribuciones a la comprensión de los problemas del sistema conductual y la justificación y metodologías del tratamiento. Identificó las áreas importantes de la investigación, tales como: *a)* el estudio del sistema conductual como un todo, incluidas cuestiones como estabilidad y cambio, organización e interacción, y mecanismos eficaces reguladores y de control y *b)* el estudio de los subsistemas, incluida la identificación de subsistemas adicionales (notas de clase, 1971). También recomendó el estudio de los trastornos del sistema conductual. Se han hecho más avances en esta área que en ninguna otra.

Small (1980) utilizó la teoría de Johnson como un marco conceptual para cuidar a niños con discapacidad visual. Al evaluar y comparar la imagen corporal percibida y la percepción espacial de los niños con una visión normal con la de los niños con una discapacidad visual, Small descubrió que esta discapacidad afectaba al desarrollo normal de la imagen corporal del niño y a la percepción de su cuerpo en el espacio. Llegó a la conclusión de que, cuando el sistema humano está sometido a un estrés excesivo, los objetivos del sistema no pueden cumplirse.

Wilkie, Lovejoy, Dodd y Tesler (1988) examinaron las conductas de control del dolor en los pacientes con cáncer usando el modelo del sistema conductual de Johnson. Los resultados del estudio demostraron que las personas que sufrían un dolor intenso utilizaban las conductas conocidas para protegerse de éste. De ese modo, se comprobó el supuesto de que «las conductas del subsistema agresivo se desarrollan y modifican a lo largo del tiempo para proteger al individuo del dolor y, a su vez, representan algunas de las opciones del paciente para controlar el dolor» (Wilkie et al., 1988, p. 729).

Estos descubrimientos se explicaron en un reciente estudio sobre los «significados asociados a la toma de decisiones para tratarse y evaluarse a sí mismos» de los pacientes de cáncer con dolor metastásico óseo (Coward y Wilkie, 2000, p. 101). Puesto que el dolor servía como estímulo para pedir un tratamiento a los cuidadores, podría considerarse como un mecanismo de protección. Sin embargo, los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes de cáncer no tomaba la medicación para el dolor tan a menudo como se les había prescrito y que para controlar el dolor preferían los métodos no farmacológicos, como adoptar una posición cómoda u ocuparse en alguna distracción.

Con la creencia de que el modelo podía utilizarse para el cuidado preventivo, Majesky, Brester y Nishio (1978) lo utilizaron para construir una herramienta de medida de los indicadores del paciente con respecto al cuidado enfermero. Holaday (1980), Rawls (1980) y Stamler (1971) realizaron investigaciones utilizando un subsistema. Derdiarian (1991) examinó las relaciones entre los subsistemas de agresión y de protección y los otros subsistemas. Sus descubrimientos sirvieron para justificar la idea de que los subsistemas eran interactivos, interdependientes e integrados; por tanto, Derdiarian apoyó el argumento de Johnson de que «los cambios de un subsistema provocados por la enfermedad no pueden entenderse bien sin entender previamente su relación con los cambios en los otros subsistemas» (Johnson, 1980, p. 219).

Damus (1980) demostró la validez de la teoría de Johnson comparando los valores de la alanina aminotransferasa (ALT) en pacientes expuestos a la hepatitis B con el número de diagnósticos enfermeros. Damus correlacionó el trastorno fisiológico de los valores elevados de ALT con el desequilibrio conductual, y descubrió que el trastorno en un área reflejaba el trastorno en otra área.

Las enfermeras investigadoras han demostrado la utilidad de la teoría de Johnson en la práctica clínica. La mayoría de estos estudios se han realizado en individuos con enfermedades de larga duración o crónicas, como: sida, dolor crónico, cáncer y enfermedades psiquiátricas (Bhaduri y Jain, 2004; Colling, Owen, McCreedy y Newman, 2003; Coward y Wilkie, 2000; Derdiarian, 1988; Derdiarian y Schobel, 1990; Grice, 1997; Holaday, Turner-Henson y Swan, 1996; Holaday y Turner-Henson, 1987). Los estudios han probado la eficacia del uso del modelo con niños, adolescentes y ancianos. Holaday (1980), basándose en una extensa práctica en el desarrollo del instrumento y en la investigación, llegó a la conclusión de que la teoría de Johnson constituía una guía para planificar y administrar el cuidado con un conocimiento científico.

DESARROLLOS POSTERIORES

Johnson (1982) reconoció que la base de conocimientos para utilizar su modelo era incompleta y planteó un reto a los investigadores para completar

su trabajo. Pensaba que las instrucciones ofrecidas por el modelo para desarrollar un plan de estudios eran claras. Sin embargo, las lagunas de conocimientos también eran desafíos para los docentes y para los profesionales. Johnson (1989) también identificó un sueño para el crecimiento de la enfermería como una disciplina científica. «Dado que hemos especificado la contribución especial de la enfermería en el paciente, nuestro objetivo ideal y explícito en el cuidado del paciente, el crecimiento de la enfermería como disciplina científica debería ser rápido, incluso espectacular. Cuando nuestros científicos tengan la concepción general del terreno en el que trabajamos, es decir, los fenómenos de interés para la profesión y los tipos de preguntas que hay que plantear, será posible que trabajen juntos de forma sistemática para construir un cuerpo de conocimientos acumulativo».

En primer lugar, la teoría se ha asociado con individuos. A pesar de ello, Johnson creía que los grupos de individuos, como familias y comunidades, podrían considerarse grupos de sistemas conductuales interactivos. Aun así, para utilizar su teoría con familias y otros grupos, primero hay que realizar estudios con más profundidad (Johnson, 1965). Sería útil desarrollar instrumentos de valoración de la familia y la comunidad basados en la teoría de Johnson.

Como resultado de la importancia que se concede actualmente a la promoción y al mantenimiento de la salud, y a la prevención de la enfermedad y de las lesiones, la teoría podría elaborarse basándose en el modelo de reconocimiento de los trastornos conductuales en esas áreas. Éste podría ser un campo importante para futuros estudios.

Hay que destacar que la enfermería preventiva (para prevenir trastornos del sistema conductual) no es lo mismo que la medicina preventiva (para prevenir trastornos del sistema biológico) y que es necesario identificar y explicar los trastornos en ambos casos antes de elaborar los planteamientos de prevención. En ese campo, ni siquiera la medicina ha elaborado muchas medidas específicas de prevención (las inmunizaciones para algunas enfermedades infecciosas y la protección contra enfermedades causadas por la deficiencia de vitaminas son notables excepciones). Existen una serie de planteamientos generales para mejorar la salud, como una nutrición adecuada, beber agua potable y hacer ejercicio, que pueden aplicarse para prevenir algunos trastornos. Es sorprendente que aún no se haya desarrollado la enfermería preventiva, independientemente del modelo o teoría enfermera que se utilice (D. Johnson, correspondencia personal, 1984).

Riegel (1989) realizó un análisis bibliográfico para identificar los principales factores que intervienen en la predicción de «conductas cardíacas de parálisis o dependencia después de un infarto de miocardio» (p. 74). El apoyo social, la autoestima, la ansiedad, la depresión y las percepciones de la capacidad funcional se consideraron los principales factores que afectan a la adaptación psicológica a una enfermedad cardíaca coronaria crónica. De este modo se destacó el efecto del apoyo o el cuidado social en la estructura y la función del subsistema de dependencia. Johnson afirmó que «si los cuidadores fueran conscientes de cómo sus conductas y las conductas de la familia influyen en los pacientes a la hora de crearles conductas de dependencia al principio de una enfermedad, podrían evitarse fácilmente muchas disfunciones» (comunicación personal, 1996).

Una investigación más detallada podría identificar acciones enfermeras que facilitarían el funcionamiento adecuado del sistema para prevenir la enfermedad y mantener la salud. En vez de malgastar energías elaborando intervenciones enfermeras que respondan a las consecuencias de un desequilibrio, las enfermeras deben aprender a identificar los indicios previos a un desequilibrio y responder con intervenciones preventivas.

Si suponemos que una comunidad es un área geográfica, una subpoblación o cualquier conjunto de personas, y si suponemos que una comunidad puede beneficiarse de las intervenciones enfermeras, el marco del sistema conductual puede aplicarse a la salud de la comunidad. Una comunidad puede describirse como un sistema conductual con subsistemas interactivos que poseen elementos estructurales y requisitos funcionales. Por ejemplo, las madres de niños que siempre están enfermos poseen requisitos funcionales que son necesarios para mantener la estabilidad en el subsistema de realización. Factores del entorno como «la economía, la educación y el empleo influyen en las habilidades para el cuidado de las madres» (Turner-Henson, 1992, p. 97).

Las comunidades tienen unos objetivos, normas, opciones y acciones y necesitan protección, cuidado y estimulación. La comunidad reacciona a los estímulos internos y externos y esto conduce a una conducta funcional o disfuncional. Un

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ejemplo de un estímulo externo es la política sanitaria, y un ejemplo de conducta disfuncional es una tasa de mortalidad infantil elevada. El sistema conductual está integrado por subsistemas que todavía no se han definido y que están organizados, interaccionan, son interdependientes y están integrados. Asimismo, los factores físicos, biológicos y psicosociales afectan a la conducta de la comunidad.

Por último, el futuro desarrollo de la teoría del sistema conductual de Johnson debe incorporar avances en la teoría del campo de sistemas. Se han producido avances significativos en el empleo de la teoría de sistemas desde que Johnson desarrolló su teoría. Estos avances se produjeron en el área de la dinámica de sistemas (Lance, 1999; Wolstenholme, 1990). Investigadores de la dinámica de sistemas, en las últimas cuatro décadas, han demostrado de forma convincente que la capacidad de procesar información de las personas es limitada y que los humanos utilizan el sesgo y la heurística (p. ej., anclar y utilizar la heurística disponible) para procesar la información y reducir el esfuerzo mental. Los grupos muestran el mismo sesgo (Hogarth, 1987; Vennix, Gubbels, Post y Poppen, 1990). La investigación en el área de los mapas cognitivos ha ilustrado el carácter limitado del procesado de información humana. Las personas parecen tener problemas al pensar en términos de redes causales. La investigación ha demostrado que las personas tienden a ignorar los procesos de retroalimentación (Dorner, 1980).

Este cuerpo de investigación ofrece algunas percepciones útiles para estudiar el subsistema de ingestión. ¿Cómo procesan la información los clientes y construyen los modelos de realidad (servicio) que guían su toma de decisiones (elección y acción)? ¿Qué problemas/deficiencias potenciales en un servicio del cliente podrían identificarse a partir de una valoración enfermera que incorporaba principios de la dinámica de sistemas? La investigación podría conducir al desarrollo de instrumentos eficaces de valoración a utilizar en ámbitos clínicos.

La investigación en la dinámica de sistemas también aporta ideas para intervenciones enfermeras que hay que comprobar con nuestros clientes. Los dinamicistas de sistemas han observado que la construcción de modelos con los clientes (con organigramas y diagramas) es útil para mejorar el procesado de información, que se basa en la premisa de que los diagramas ayudan a procesar la información (servicio y elección), especialmente en temas complejos. También han observado que es eficaz utilizar la simulación y el entrenamiento en la facilitación (hacer preguntas que fomentan la reflexión y el aprendizaje, un buen proceso de estructuración de preguntas y materiales) (Vennix et al., 1990; Huz, Andersen, Richardson y Boothroyd, 1997). Si se hace un diagnóstico de discrepancia o insuficiencia en el subsistema de ingestión, ¿serían útiles estos mismos tipos de intervenciones?

Holden (2005) observó que la ciencia de la complejidad se basa en la tradición en enfermería que ve a los clientes y al cuidado enfermero desde una perspectiva de sistemas. La ciencia de la complejidad busca entender sistemas de adaptación complejos (Miller y Page, 2007; Rickles, Hawe y Shiell, 2007). Los sistemas de adaptación complejos son un «grupo de agentes individuales con la libertad de actuar de formas no totalmente previsibles y cuyas acciones están interconectadas, de forma que las acciones de un agente cambian el contexto de otros agentes» (Plsek y Greenhaligh, 2001, p. 625). La teoría del sistema conductual de Johnson puso el énfasis en las conexiones e interacciones en un paradigma de sistemas. El uso de la ciencia de la complejidad podría ampliar nuestra comprensión del contexto del entorno y de los problemas de salud crónicos y relacionados con el estilo de vida que enfrentamos hoy. La ciencia de la complejidad, igual que la teoría del sistema de Johnson, indica que es esencial que exista una gama flexible de intervenciones para responder a cuestiones sanitarias. Afecciones como la obesidad, el dolor crónico y la diabetes tienen numerosas influencias interrelacionadas como contextos del estilo de vida, sociales y culturales, y la vía propuesta no se reduce fácilmente a una solución uniforme. Los principios de la teoría de sistemas adaptativos complejos y de la teoría del sistema conductual de Johnson podrían utilizarse juntos para examinar problemas de salud, permitiendo la aparición de percepciones nuevas y revisadas.

CRÍTICA

Simplicidad

La teoría de Johnson es lo bastante completa y de alcance extenso como para incluir todas las áreas de la práctica enfermera, además de proporcionar

pautas para investigación y formación. No obstante, la teoría es relativamente sencilla en comparación con el número de conceptos que contiene. Se considera que una persona es un sistema conductual compuesto por siete subsistemas. La enfermería es una fuerza reguladora externa. Sin embargo, la teoría puede llegar a ser compleja, ya que existen una serie de interrelaciones posibles entre el sistema conductual, sus subsistemas y el entorno de las relaciones potenciales que se están examinando; por tanto, se necesita más trabajo empírico (Brown, 2006).

Generalidad

La teoría de Johnson se ha aplicado con frecuencia en personas que están enfermas o que se enfrentan a la amenaza de una enfermedad. Su uso en familias, grupos y comunidades es limitado. Johnson percibe a la persona como un sistema conductual integrado por siete subsistemas que interaccionan. Inicialmente, Johnson no planteó directamente situaciones con un buen estado de salud o de enfermería preventiva (D. Johnson, currículum vítae, 1984). En publicaciones posteriores, Johnson (1992) hizo especial hincapié en el rol de las enfermeras respecto al cuidado preventivo de la salud de los individuos y de la sociedad. La autora afirmó que «la responsabilidad especial de la enfermería respecto a la salud procede de su misión social única. La enfermería necesita concentrarse en el desarrollo de la prevención para cumplir con sus obligaciones sociales» (Johnson, 1992, p. 26).

Precisión empírica

Para obtener una precisión empírica es necesario identificar los indicadores empíricos de la teoría, ya que el modelo contiene conceptos abstractos. La precisión empírica mejora cuando los subconceptos y las relaciones entre los subconceptos pueden definirse mejor y los indicadores empíricos entran en la ciencia. Los vínculos y las relaciones entre las unidades de la teoría de Johnson están bien definidos y resultan útiles. Por tanto, se ha demostrado un grado adecuado de precisión empírica en investigación utilizando la teoría de Johnson. Aunque en algunas obras de Johnson se utilizaron términos como *equilibrio, estabilidad, ajustes y adaptaciones, alteraciones, desequilibrio* y *trastornos conductuales* de forma indistinta, los programas de investigación de Dee, Deridarian, Holaday, Lovejoy y Poster definieron los términos desde un punto de vista operativo y los usaron de forma coherente. La claridad de estas definiciones y la de los subsistemas se ha añadido a la teoría de precisión empírica (Brown, 2006).

Consecuencias deducibles

La teoría de Johnson sirve de orientación para la práctica, la formación y la investigación enfermeras, genera nuevas ideas sobre enfermería y diferencia la enfermería del resto de profesiones sanitarias. Centrándose en la conducta, más que en la biología, la teoría diferencia claramente la enfermería de la medicina, aunque los conceptos se solapan con los de las profesiones psicosociales.

La teoría del sistema conductual de Johnson proporciona un marco conceptual para la formación, la práctica y la investigación enfermeras. Las teorías derivadas del modelo han suscitado preguntas sobre la investigación enfermera, ha servido como base adecuada para elaborar planes de estudio y ha obtenido una opinión satisfactoria por parte de enfermeras y pacientes en sus resultados (Johnson, 1980). La teoría posee el potencial para seguir siendo útil a la enfermería y para conseguir sus principales objetivos.

RESUMEN

El modelo del sistema conductual de Johnson describe a la persona como un sistema conductual con siete subsistemas: realización, afiliación, agresión-protección, dependencia, ingestión, eliminación y sexo. Cada uno de los siete subsistemas se interrelaciona con los demás y con el entorno, los elementos y las funciones para mantener la integridad en el sistema conductual. Otras enfermeras expertas añadieron el subsistema restaurador. Los componentes estructurales del sistema conductual describen cómo los individuos son motivados (impulso) para obtener objetivos específicos utilizando la predisposición del individuo para actuar de ciertas formas (servicio) y utilizando opciones disponibles para producir una acción o conducta patrón. Los requisitos funcionales/imperativos de sustento protegen, cuidan y estimulan el sistema conductual. Cuando el sistema conductual está en equilibrio y tiene estabilidad, las conductas del

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

individuo tienen un objetivo, están organizadas y son predecibles. El desequilibrio y la inestabilidad en el sistema conductual tienen lugar cuando la tensión y los elementos estresantes afectan a la relación de los subsistemas o de los entornos internos y externos.

La enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para recuperar el equilibrio y la estabilidad, inhibiendo, estimulando o reforzando ciertas conductas (mecanismos de control), cambiando los componentes estructurales (objetivos, opciones, acciones del paciente) o satisfaciendo los requisitos de funcionamiento. La salud es el resultado de la estabilidad y equilibrio del sistema conductual (Johnson, 1980).

Los objetivos finales de Johnson se dirigieron a la práctica enfermera, un plan de estudios para enfermería y el desarrollo de la ciencia enfermera. Quería que el modelo del sistema conductual de Johnson generara y divulgara la ciencia de la enfermería satisfactoriamente, para sistematizar las intervenciones enfermeras que eran éticamente reflexivas, tener en cuenta múltiples perspectivas y ser sensible a los valores sociales. Su esperanza era que el modelo del sistema conductual de Johnson fuera un marco que pudiera dejar a futuras generaciones de enfermeras (comunicación personal, 1991).

Caso clínico

Un hombre de 67 años ingresa en el hospital para someterse a unas pruebas diagnósticas después de sufrir fuertes dolores abdominales y pérdida de sangre en las heces. Está alerta y orientado. Tiene una historia de diabetes tipo 2 e hipertensión. Su nivel de glucosa es de 187 mg/dl y la presión arterial es de 188/100 mmHg. Mide 1,78 m y pesa 66 kg. Actualmente toma antihipertensivos, anticoagulantes, antiinflamatorios y antidiabéticos.

Su historia reciente revela que hace 6 semanas sufrió un accidente vascular cerebral agudo que le ocasionó una parálisis parcial e insensibilidad del brazo y la pierna derechas, afasia expresiva y habla incorrecta. Finalizó un programa de 4 semanas de rehabilitación y es capaz de andar distancias cortas con un bastón y ayuda moderada. Está débil y se cansa fácilmente. Aunque puede mover el brazo derecho, lo evita a causa del dolor que le causa el movimiento. Toma paracetamol para su brazo derecho antes de la terapia y después de dormir. También sigue mostrando una ligera afasia expresiva. Está ansioso por continuar su terapia, y se siente preocupado respecto a perder su cita con el médico ortopédico para que le evalúe el brazo derecho. Explica que ya no percibe el gusto de la comida y que no tiene apetito. Animado por su familia, come pequeñas cantidades de cada comida y toma líquidos, aunque con dificultad.

El paciente es un licenciado que recientemente se ha jubilado. Ha estado casado durante 45 años y tiene dos hijos adultos que viven en la misma ciudad. Es un líder en la iglesia y en la comunidad social. Su familia y sus amigos le visitan con frecuencia en el hospital. Está alegre e intenta hablar con las visitas. Cuando no tiene visitas, se sienta tranquilamente a oscuras o duerme. Cada vez que su familia le abraza antes de irse, se pone a llorar. Muestra afecto a las visitas y cada vez les pide perdón por «ponerse sentimental».

Valoración conductual

Utilizando el modelo del sistema conductual de Johnson, se identifica la siguiente valoración conductual:

- *Realización:* el paciente ha conseguido muchos de los objetivos de desarrollo de un adulto. Está aprendiendo de nuevo a realizar las actividades de la vida diaria (ADL), a andar y a hablar, así como otras habilidades cognitivo-motoras, como leer, escribir y expresarse verbalmente.
- *Afiliación:* el paciente está casado y tiene dos hijos adultos que le apoyan y viven en la misma ciudad. Tiene muchos amigos y contactos sociales que le visitan con frecuencia.
- *Agresión-protección:* el paciente está preocupado por el hecho de que su mujer vaya al hospital por la noche y le preocupa que no coma bien mientras esté con él en el hospital.
- *Dependencia:* su reciente accidente vascular cerebral, que le ha causado una disminución del uso de su brazo y pierna derecha, ha afectado a su movilidad y a la ejecución independiente de ADL. La posibilidad de caerse, su incapacidad para notar si se lesiona el brazo o la pierna y la debilidad son preocupaciones de seguridad. Su esposa ha tomado las responsabilidades económicas y de mantenimiento del hogar.

- *Ingestión:* desde el accidente vascular cerebral, el paciente ha experimentado una disminución del apetito. Ha perdido 9 kg de peso en 6 semanas. Los estudios revelan que no tiene dificultades de deglución. Es capaz de comer por sí solo con la mano izquierda, pero necesita ayuda para que le corten la comida.
- *Eliminación:* el paciente es capaz de orinar sin dificultades en un orinal, pero prefiere ir hasta el aseo. Sufre estreñimiento con frecuencia a causa de la disminución de la ingesta de líquidos y alimentos.
- *Sexo:* hay cambios en la relación sexual del paciente con su esposa a causa del dolor, del uso limitado de su lado derecho y de la fatiga.

Valoración ambiental

La valoración de factores ambientales internos y externos indica que algunos están creando tensión y amenazan el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual. Esta hospitalización y las pruebas diagnósticas añaden un estrés adicional a la ya debilitada estabilidad biológica y psicológica del sistema conductual. El accidente vascular cerebral le causó varias alteraciones físicas y cognitivas que afectan a la independencia, el autocuidado, el aprendizaje, la maduración y la socialización. La hospitalización en este momento puede retrasar o disminuir el pronóstico de la rehabilitación física y del habla del paciente. Necesitará ayuda para moverse con seguridad en el entorno hospitalario.

El paciente y su esposa son miembros activos de su iglesia y participan en numerosas actividades sociales. El paciente dio clases en la escuela dominical. Las recientes enfermedades, hospitalizaciones y fatiga han reducido su habilidad para participar en actividades que realizaba anteriormente. Aunque se ha adaptado a su debilidad en el lado derecho y a la disminución de sus funciones motoras realizando las ADL con la mano derecha y andando con un bastón, todavía necesita ayuda. El paciente y su esposa viven en un barrio del suburbio. La familia instaló una rampa para facilitar el acceso a su domicilio. Su esposa explica que los vecinos vigilan la casa mientras ella no está y están pendiente de ella cuando vuelve para asegurarse de que está bien.

Componentes estructurales

- *Impulso u objetivo:* el paciente parece motivado para someterse a las pruebas diagnósticas y volver a casa. Está impaciente por volver a su programa de rehabilitación. También parece que para él es muy importante reducir el estrés de su esposa. Ella le anima y le apoya de manera positiva. Él la consulta para que le ayude a tomar decisiones.
- *Servicio:* es evidente que el paciente está acostumbrado a tomar sus propias decisiones y a ser un líder. También es evidente que está acostumbrado a hablar con su esposa para asegurarse de que ella está de acuerdo con las decisiones que él toma.
- *Opción:* aunque el paciente está de acuerdo con las pruebas diagnósticas, desde que está hospitalizado no ha tenido más dolor ni más hemorragias. Por tanto, está más centrado en conseguir sus objetivos de rehabilitación. Empieza las actividades y busca la ayuda de sus familiares para ir hasta el aseo, andar por el vestíbulo y realizar sus ADL.
- *Acciones:* el paciente se relaciona con las visitas y con los familiares participando activamente en las conversaciones. Pide ayuda de acuerdo con sus necesidades físicas y cognitivas. Pide a sus amigos y a su familia que recen por su guía espiritual en el control de la enfermedad.

Requisitos funcionales

El paciente necesita ayuda exterior para los tres requisitos funcionales, incluyendo protección, cuidados y estimulación. Su incapacidad para percibir su lado derecho y el deterioro de su movilidad aumentan la posibilidad de lesionarse. Pueden utilizarse mecanismos de protección como barras para asirse y una silla para la ducha. El paciente necesita ayuda para prepararse la comida pero se ha adaptado a utilizar su mano izquierda para comer y para beber. Las expectativas de socialización y de ejecución en el centro de rehabilitación son métodos importantes para estimularle. La estimulación también se la proporcionan los amigos y la familia que le visitan. La estimulación social continuada es vital para el paciente, dado que tiene dificultades para comprender otras formas de estimulación como la radio, la televisión y la lectura.

Enfermería

Las acciones enfermeras son fuerzas reguladoras externas que deben proteger, estimular y cuidar para preservar la organización y la integración del sistema conductual del paciente. Las acciones enfermeras

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

para este paciente deberían centrarse en explicar las pruebas diagnósticas que se han de realizar y sus resultados. Será necesario identificar la comida favorita y animarle a que coma pequeñas cantidades con frecuencia, con los líquidos suficientes para evitar el estreñimiento. La enfermera debe defender la terapia física y del habla en el hospital para estimular las habilidades funcionales y reforzar las conductas de logro para reducir las necesidades de dependencia. También será muy importante animarle a continuar la socialización con amigos y familia. El paciente y su esposa necesitarán apoyo y que les enseñen a identificar métodos de adaptación y sistemas de control del desequilibrio y de la inestabilidad e identificar acciones que mejorarán las conductas que crean equilibrio y estabilidad del sistema.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Seleccione a un paciente de su práctica clínica y uno o dos subsistemas de Johnson si hay pruebas de un desequilibrio del sistema conductual o la amenaza de una pérdida del orden y conteste las preguntas siguientes:
   a. ¿Qué observación indica que existe un desequilibrio del sistema conductual o la amenaza de una pérdida del orden para el(los) subsistema(s)?
   b. Considere el servicio del paciente. ¿En que se centró el paciente en esta situación?
   c. Considere las elecciones del paciente. ¿Consideró el paciente un rango de conductas para la situación? ¿Qué papel desempeñó el servicio del paciente en esta elección de la conducta?
   d. ¿Qué conductas (acciones) vio y con qué frecuencia? ¿Qué nivel de intensidad?
   e. ¿Cuáles fueron las fuentes de protección, cuidado y estimulación para la(s) conducta(s) real(es) o deseada(s)? ¿Fue la fuente coherente y suficiente?
   f. ¿Qué diagnósticos hizo? Describa su(s) intervención(es).
2. Una vez completada la actividad número uno, explique cómo influyó el modelo en su valoración, la descripción del problema y su diagnóstico. Utilizando la teoría ¿qué percepciones obtiene sobre el paciente?
3. Considere utilizar el modelo de Johnson para el cuidado preventivo en una comunidad. ¿Qué ventajas y limitaciones podría encontrarse?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Cardinal Stritch University Library. http://library.stritch.edu/research/subjects/nursingtheorists/overview.htm
- Clayton State University. http://nursing.clayton.edu/eichelberger/nursing.htm
- Nursing Theory Web page: clicar en "Dorothy Johnson". http://www.nursingtheory.net
- Vanderbilt Medical Center. http://www.mc.vanderbilt/edu/biolib/hc/biopages/djohnson.html
- Dorothy Johnson (1988). Portraits of Excellence: The Nurse Theorists, video/DVD, disponible en Athens (Ohio): Fitne, Inc.
- Vanderbilt University, Eskind Biomedical Library Historical Collections, dispone de una colección completa de documentos publicados y sin publicar de Dorothy Johnson, entre ellos correspondencia personal y fotografías.
- Lian, H. (2007). Chinese culture versus Western medicine: Health implications for San Francisco elder Chinese immigrants with heart failure. Unpublished doctoral dissertation, Walden University. AAT 3258410.
- Holaday, B. (2006). Johnson's behavioral system model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey, Eds. (pp. 157-180), Nursing theory: Utilization & application. Philadelphia; Mosby Elsevier.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4): 507-514

REFERENCIAS

Auger, J. A., & Dee, V. (1983). A patient classification system based on the Johnson Behavioral System Model of Nursing: Part 1. *Journal of Nursing Administration*, 38-43.

Benson, S. (1997). The older adult and fear of crime. *Journal of Gerontological Nursing, 23*(10), 24-31.

Bhaduri, M., & Jain, A. G. (2004). Impact of oral cancer and related factors on the quality of life (QOL) patients. *Nursing Journal of India, 95*(6), 129-131.

Brinkley, R. Ricker, K. & Toumey, K. (2007). Esthetic knowing with a hospitalized morbidly obese patient. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, *9*(1).

Brown, V. M. (2006). Behavioral system model, pp. 386-404).. In M. Tomey & A. M. R. Alligood (Eds.) *Nursing Theorists and Their Work* (6th Ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Buckley, W. (Ed.). (1968). Modern systems research for the behavioral scientist: A source book. Chicago: Aldine.

Colling, J., Owen, T., McCreedy, M., & Newman, D. (2003). The effects of a continence program on frail community-dwelling elderly persons. *Urologic Nursing*, *23*(2), 117-131.

Coward, D. D., & Wilkie, D. J. (2000). Metastatic bone pain: Meanings associated with self-report and self-management decision making. *Cancer Nursing*, *23*(2), 101-108.

Damus, K. (1980). An application of the Johnson behavioral system model for nursing practice. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Dee, V., van Servellen, G., & Brecht, M. (1998). Managed behavioral health care patients and their nursing care problems, level of functioning, and impairment on discharge. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, *4*(2), 57-66.

Derdiarian, A. K. (1981). Nursing conceptual frameworks: Implications for education, practice, and research. In D. L. Vredevae, A. K. Deridiarian, L. P. Sama, M. Eriel & J. C. Shipaoff (Eds.) Concepts of oncology nursing (pp. 369-385). Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.

Derdiarian, A. K. (1988). Sensitivity of the Derdiarian behavioral system model instrument to age, site, and stage of cancer: A preliminary validation study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *2*(2), 103-124.

Derdiarian, A. K. (1990). Effects of using systematic assessment instruments on patient and nurse satisfaction with nursing care. *Oncology Nursing Forum*, *17*(1), 95-100.

Derdiarian, A. K. (1991). Effects of using a nursing model-based assessment instrument on quality of nursing care. *Nursing Administration Quarterly*, *15*(3), 1-16.

Derdiarian, A. K., & Schobel, D. (1990). Comprehensive assessment of AIDS patients using the behavioral systems model for nursing practice instrument. *Journal of Advanced Nursing*, *15*(4), 436-446.

Dorner, D. (1980). On the difficulties people have in dealing with complexity. Simulation and Games, *11*(1), 87-106.

Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, 2nd Ed. Philadelphia: F. A. Davis.

Feshbach, S. (1970). Aggression. In P. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Fleming, B. H. (1990). Use of the Johnson model in nursing education (abstract). In Proceedings of the National Theory Conference (pp. 109-111). Los Angeles: UCLA Nursing Department.

Fruehwirth, S. E. S. (1989). An application of Johnson's behavioral model: A case study. *Journal of Community Health Nurse*, *6*(2), 61-71.

Grice, S. L. (1997). *Nurses' use of medication for agitation for the psychiatric inpatient.* Unpublished doctoral dissertation, Catholic University of America, Washington, DC.

Grubbs, J. (1980). *An interpretation of the Johnson behavioral system model for nursing practice.* In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), Conceptual models for nursing practice (pp. 217-254). New York: Appleton-Century-Crofts.

Hadley, B. J. (1970). The utility of theoretical frameworks for curriculum development in nursing; the happening at Colorado. Honolulu, Hawaii: Paper presented at WIN (Western Interstate Council of Higher Education in Nursing (March).

Harris, R. B. C. (1986). Introduction of a conceptual model into a baccalaureate course. *Journal of Nursing Education*, *25*(1), 66-89.

Herbert, J. (1989). A model for Anna … using the Johnson model of nursing in the care of one 75-year-old stroke patient. *The Journal of Clinical Practice, Education and Management*, *3*(42), 30-34.

Hogarth, R. (1987). Judgement and choice (2nd Ed.). Chichester, UK, Wiley.

Holaday, B. (1980). Implementing the Johnson model for nursing practice (pp. 255-263). In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Holaday, B. (1981). Maternal response to their chronically ill infant's attachment behavior of crying. *Nursing Research*, *30*, 343-348.

Holaday, B. (1982). Maternal conceptual set development: Identifying patterns of maternal response to chronically ill infant crying. *Maternal-Child Nursing Journal*, *11*, 47-69.

Holaday, B., & Turner-Henson, A. (1987). Chronically ill school-age children's use of time. *Pediatric Nursing*, *13*, 411-414.

Holaday, B., Turner-Henson, A., & Swan, J. (1996). The Johnson Behavioral system model: Explaining activities of chronically ill children. In P. Hinton Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for Use of Nursing Models* (pp. 33-63). New York: NLN Press.

Holden, L. M. (2005). Complex adaptive systems: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(6), 651-658.

Huz, S., Andersen, D. F., Richardson, G. P., & Boothroyd, R. (1997). A framework for evaluating systems thinking interventions: An experimental approach to mental health system change. *Systems Dynamics Review*, *13*(2), 145-169.

Jenkins, G. M. (1969). The systems approach. *Journal of Systems Engineering*, *1*(1), 3-49.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Johnson, D. E. (1959a). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook, 7*, 198-200.
Johnson, D. E. (1959b). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook, 7*, 291-294.
Johnson, D. E. (1961a). *Nursing's specific goal in patient care.* Faculty Colloquium, School of Nursing, University of California, Unpublished lecture, Los Angeles.
Johnson, D. E. (1961b). *A conceptual basis for nursing care.* Third Conference, C. E. Program, University of California, Unpublished lecture, Los Angeles.
Johnson, D. E. (1965). *Is nursing meeting the challenge of family needs?* Wisconsin League for Nursing, Unpublished lecture, Madison, WI.
Johnson, D. E. (1968). *One conceptual model of nursing.* Vanderbilt University, Unpublished lecture, Nashville, TN.
Johnson, D. E. (1976). The Search for Truth. Paper presented at the installation of officers for the new chapter (Gamma Mu) of Sigma Theta Tau at the University of California. Los Angeles.
Johnson, D. E. (1977). The behavioral system model for nursing. Paper presented at a workshop for Sigma Theta Tau.
Johnson, D. E. (1978). Implications for research—the Johnson Behavioral System Model. Paper presented at the Second Annual Nurse Educator Conference, New York City.
Johnson, D. E. (1980). The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 205-216). New York. Appleton-Century-Crofts.
Johnson, D. E. (1982). The behavioral system model for nursing. West Virginia: Paper presented at Wheeling College.
Johnson, D. E. (1992). Origins of behavioral system model. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing* (Commemorative edition (pp. 23-28). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Lachicotte, J. L., & Alexander, J. W. (1990). Management attitudes and nurse impairment. *Nursing Management, 21*(9), 102-110.
Lance, D. C. (1999). Social theory and system dynamics practice. *European Journal of Operational Research, 113*(3), 501-527.
Lanouette, M., & St-Jacques, A. (1994). Premature infants and their families. *Canadian Nurse, 90*(9), 36-39.
Lorenz, K. (1966). *On aggression.* New York: Harcourt.
Loveland-Cherry, C., & Wilkerson, S. (1983). Dorothy Johnson's behavioral systems model. In J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application.* Bowie, MD: Robert J. Brady.
Majesky, S. J., Brester, M. H., & Nishio, K. T. (1978). Development of a research tool: Patient indicators of nursing care. *Nursing Research, 27*(6), 365-371.
Miller, J. G. (1965). Living systems: Basic concepts. Behavioral Science, *10*(2), 193-237.
Miller, J. G., & Page, S. E. (2007). Complex adaptive systems: An introduction to computational models of social life. Princeton, NJ: Princeton University Press.
Orb, A., & Reilly, D. E. (1991). Changing to a conceptual base curriculum. *International Nursing Review, 38*(2), 56-60.
Parsons, T. (1951). The social system. Glencoe: Free Press.
Parsons, T. (1964). Societies: Comparative and evolutionary perspectives. Englewood, NJ: Prentice Hall.
Plsek, R., & Greenhaligh, T. T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal, 323*(15 September), 625-628.
Poster, E. C., Dee, V., & Randell, B. P. (1997). The Johnson behavioral systems model as a framework for patient outcome evaluation. *Journal of American Psychiatric Nurses Association, 3*(3), 73-80.
Puntil, C. (2005). New graduate orientation program in geriatric psychiatric inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing, 56*(1), 65-80.
Randell, B. P. (1991). NANDA versus the Johnson behavioral systems model: Is there a diagnostic difference? In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the ninth conference.* Philadelphia: J. P. Lippincott.
Rawls, A. (1980). Evaluation of the Johnson behavioral model in clinical practice: Report of a test and evaluation of the Johnson theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 12*, 13-16.
Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Health, 61*(11), 933-937.
Riegel, B. (1989). Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operationalization of Johnson's behavioral system model. *ANS Advances in Nursing Science, 11*(2), 74-84.
Small, B. (1980). Nursing visually impaired children with Johnson's model as a conceptual framework. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
Stamler, C. (1971). Dependency and repetitive visits to nurses' office in elementary school children. *Nursing Research, 20*(3), 254-255.
Sterman, J. D. (1994). Learning in and about complex systems. *Systems Dynamics Review, 10*(2–3), 291-330.
Turner-Henson, A. (1992). *Chronically ill children's mothers' perceptions of environmental variables.* Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham.

Vennix, J. A. M., Gubbels, J. W., Post, D., & Poppen, H. J. (1990). A structured approach to knowledge elicitation in con-ceptual model-building. *Systems Dynamics Review*, *6*, 194-208.
Wilkie, D., Lovejoy, N., Dodd, M., & Tesler, M. (1988). Cancer pain control behaviors: Description and correlation with pain intensity. *Oncology Nursing Forum*, *15*(6), 723-731.
Wilkie, D. J. (1990). Cancer pain management: State-of-the-art nursing care. *Nursing Clinics of North America*, *25*(2), 331-343.
Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. Nursing Clinics of North America, *42*(4), 507-514.
Wilmoth, M. C. & Ross, J. A. (1997). Women's perception: Breast cancer and sexuality. *Cancer Practice*, *5*(6), 353-359.
Wolstenholme, E. F. (1990). Systems enquiry: A system dynamics approach. Chichester, UK: Wiley.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Capítulos de libros

Johnson, D. E. (1964, June). Is there an identifiable body of knowledge essential to the development of a generic professional nursing program? In M. Maker (Ed.), *Proceedings of the first interuniversity faculty work conference*. Stowe, VT: New England Board of Higher Education.
Johnson, D. E. (1973). Medical-surgical nursing: Cardiovascular care in the first person. In American Nurses Association. In ANA *Clinical Sessions* (pp. 127-134). New York: Appleton-Century-Crofts.
Johnson, D. E. (1976). Foreword. In J. R. Auger (Ed.), *Behavioral systems and nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Johnson, D. E. (1978). State of the art of theory development in nursing. In National League for Nursing. *Theory development: What, why, how?* (NLN Pub. No. 15-1708). New York: National League for Nursing.
Johnson, D. E. (1980). The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
Johnson, D. E. (1990). The behavioral system model for nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing.
Johnson, D. E. (1992). Origins of behavioral system model. In F. Nightingale (Ed.), Notes on nursing Philadelphia: J. B. Lippincott. Commemorative ed. (pp. 23-28).

Artículos de revistas

Johnson, D. E. (1943 March). Learning to know people. *American Journal of Nursing*, *43*, 248-252.
Johnson, D. E. (1954). Collegiate nursing education. *College Public Relations Quarterly*, *5*, 32-35.
Johnson, D. E. (1959, April). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*, *7*, 198-200.
Johnson, D. E. (1959, May). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*, *7*, 291-294.
Johnson, D. E. (1961, Oct). Patterns in professional nursing education. *Nursing Outlook*, *9*, 608-611.
Johnson, D. E. (1961, Nov). The significance of nursing care. *American Journal of Nursing*, *61*, 63-66.
Johnson, D. E. (1962, July/Aug). Professional education for pediatric nursing. *Children*, *9*, 153-156.
Johnson, D. E. (1964, Dec). Nursing and higher education. *International Journal of Nursing Studies*, *1*, 219-225.
Johnson, D. E. (1965, Sept). Today's action will determine tomorrow's nursing. *Nursing Outlook*, *13*, 38-41.
Johnson, D. E. (1965, Oct). Crying in the newborn infant. *Nursing Science*, *3*, 339-355.
Johnson, D. E. (1966, Jan). Year round programs set the pace in health careers promotion. *Hospitals*, *40*, 57-60.
Johnson, D. E. (1966, Oct). Competence in practice: Technical and professional. *Nursing Outlook*, *14*, 30-33.
Johnson, D. E. (1967). Professional practice in nursing. *NLN Convention Papers*, *23*, 26-33.
Johnson, D. E. (1967, April). Powerless: A significant determinant in patient behavior? *Journal of Nursing Educators*, *6*, 39-44.
Johnson, D. E. (1968). Critique: Social influences on student nurses in their choice of ideal and practiced solutions to nursing problems. *Communicating Nursing Research*, *1*, 150-155.
Johnson, D. E. (1968, April). Toward a science in nursing. *Southern Medical Bulletin*, *56*, 13-23.
Johnson, D. E. (1968, May/June). Theory in nursing: Borrowed and unique. *Nursing Research*, *17*, 206-209.
Johnson, D. E. (1974). Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, *23*, 372-377.
Johnson, D. E. (1974, Sept/Oct). Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, *23*, 372-377.
Johnson, D. E. (1982, Spring). Some thoughts on nursing. *Clinical Nurse Specialist*, *3*, 1-4.
Johnson, D. E. (1987, July/Aug). Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *6*, 195-197.
Johnson, D. E., Wilcox, J. A., & Moidel, H. C. (1967). The clinical specialist as a practitioner. *American Journal of Nursing*, *67*, 2298-2303.
McCaffery, M., & Johnson, D. E. (1967). Effect of parent group discussion upon epistemic responses. *Nursing Research*, *16*, 352-358.

*Todas las referencias no publicadas se encuentran en la Eskind Library, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee (EE.UU.). Se puede contactar con la División de Archivos.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fuentes secundarias

Libros

Auger, J. R. (1976). Behavioral systems and nursing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Hoeman, S. P. (1996). Conceptual bases for rehabilitation nursing. In S. P. Hoeman (Ed.), *Rehabilitation nursing: Process and application* (2nd ed., pp. 7). St. Louis: Mosby.

Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2005). An introduction to theory and reasoning in nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins. (Johnson section. pp. 141-144).

Mc Ewin, M., & Wills, E. Mo. (2007). In Theoretical basis for nursing 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins. (Johnson material pp. 148-152).

Wesley, R. L. (1995). Nursing theory and models. Springhouse, PA: Springhouse. (Johnson material pp. 64-66; 152-153).

Tesis

Aita, V. A. (1995). Toward improved practice: Formal prescriptions and informal expressions of compassion in American nursing during the 1950s. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE.

Dee, V. (1986). Validation of a patient classification instrument for psychiatric patients based on the Johnson model for nursing. *Dissertation Abstracts International*, *47*, 4822B.

Devlin, S. L. (1992). The relationship between nurse managers' and staff nurses' return to school. Unpublished doctoral dissertation, D'Youville College. (ATT1347531).

Grice, S. L. (1997). *Nurses' use of medication for agitation for the psychiatric inpatient.* Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, DC.

Holaday, B. (1979). Maternal response to their chronically ill infant's attachment behavior of crying. San Francisco: University of California. Unpublished doctoral dissertation.

Huang, L. (2007). Chinese culture versus Western medicine: health implications for San Francisco elder Chinese immigrants with heart failure. Unpublished doctoral dissertation, Walden University. (ATT3258410).

Litz, H. L. (1998). Smoking cessation: What works best for whom? Unpublished doctoral dissertation, Clarkson College. (ATT1391123).

Lovejoy, N. C. (1981). *An empirical verification of the Johnson behavioral system model for nursing.* Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama, Birmingham.

Naguib, H. H. (1988). Physicians', nurses' and patients' perceptions of the surgical patients' educational rights. Unpublished doctoral dissertation. University of Alexandria, United Republic of Egypt.

Riegal, B. J. (1991). *Social support and cardiac invalidism following myocardial infarction.* Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.

Talerico, K. A. (1999). Correlates of aggressive behavioral actions of older adults with dementia. Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania. (AAT9953602).

Turner-Henson, A. (1992). *Chronically ill children's mothers' perceptions of environmental variables.* Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama, Birmingham.

Wilkie, D. (1990). Behavioral correlates of lung cancer pain. San Francisco: University of California. Unpublished doctoral dissertation.

Wilmoth, M. D. (1993). Development and psychometric testing of the sexual behaviors questionnaire. Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania. (AAT9413929).

Capítulos de libros

Brown, V. M. (2006). Behavioral system model (pp. 386-404). In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th Ed.). Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Fawcett, J. (1995). Johnson's behavioral systems model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed., pp. 67-107). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2005). Johnson's behavioral system model. In J. Fawcett (Ed.), Contemporary Nursing Knowledge. *Analysis and evaluation of contemporary knowledge: Nursing models and theories* (2nd Ed.), (pp. 60-87, 104). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2005). Johnson's behavioral system model (pp. 60-87). In J. Fawcett (Ed.), *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Holaday, B. (1997). Johnson's behavioral system model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 49-70). St. Louis: Mosby.

Holaday, B. (2006). Dorothy Johnson's behavioral system model and its applications (pp. 79-93). In M. E. Parker (Ed.) *Nursing theories and nursing practice*, 2nd Ed. Philadelphia: F. A. Davis.

Holaday, B. (2006). Johnson's behavioral system model in nursing practice (pp. 157-180). In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.) *Nursing theory: utilization and application.* Philadelphia: Mosby Elsevier.

Holaday, B., Turner-Henson, A., & Swan, J. (1996). The Johnson behavioral system model: Explaining activities of chronically ill children. In P. H. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 33-63). Pub. No. 14-2696. New York: National League for Nursing.

Lobo, M. L. (2002). Behavioral system model: Dorothy E. Johnson (pp. 155-169). In J. B. George (Ed.), Nursing theories: the base for professional nursing practice (5th Ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Loveland-Cherry, D., & Wilkerson, S. (1983). Dorothy Johnson's behavioral systems model. In J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. Bowie, M. D: Robert J. Brady.

Meleis, A. (2007). Theoretical nursing: Development and progress (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (Chapter 12 – Our nursing clients – Dorothy Johnson (pp. 277-291).

Wilkerson, S. A., & Loveland-Cherry, C. J. (2005). Johnson's behavioral system model. (pp. 83-103). In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall Eds., Conceptual models of nursing: Analysis and application (4th Ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Fuente direccional y biográfica

Henderson, J. (1957-1959). In *Nursing studies index, (Vol. IV)*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Artículos de revistas

Adam, E. (1987). Nursing theory: what it is and what it is not. *Nursing Papers: Perspectives in Nursing*, *19*(1), 5-14.

Benson, S. (1997). The older adult and fear of crime. *Journal of Gerontological Nursing*, *23*(10), 24-31.

Botha, M. E. (1989). Theory development in perspective: The role of conceptual frameworks and models in theory development. J*ournal of Advanced Nursing*, *14*(1), 49-55.

Colling, J., Owen, T., McCreedy, M., & Newman, D. (2003). The effects of a continence program on frail community-dwelling elderly persons. *Urologic Nursing*, *23*(2), 117-131.

Coward, D. D., & Wilkie, D. J. (2000). Metastatic bone pain: Meanings associated with self-report and self-management decision making. *Cancer Nursing*, *23*(2), 101-108.

Dee, V., van Servellen, G., & Brecht, M. (1998). Managed behavioral health care patients and their nursing care problems, level of functioning, and impairment on discharge. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, *4*(2), 57-66.

Derdiarian, A. K. (1991). Effects of using a nursing model-based assessment instrument on quality of nursing care. *Nursing Administration Quarterly*, *15*(3), 1-16.

Derdiarian, A. K., & Forsythe, A. B. (1983 Sept./Oct.). An instrument for theory and research development using the behavioral systems model for nursing: The cancer patient. Part II. *Nursing Research*, *32*, 260-266.

Derdiarian, A. K., & Schobel, D. (1990). Comprehensive assessment of AIDS patients using the behavioral systems model for nursing practice instrument. *Journal of Advanced Nursing*, *15*(4), 436-446.

Dhasaradhan, I. (2001). Application of nursing theory into practice. *Nursing Journal of India*, *92*(10), 224, 236.

D'Huyvetter, D. (2000). The trauma disease. *Journal of Trauma Nursing*, *7*(1), 5-12.

Dimino, E. (1988). Needed: nursing research questions which test and expand our conceptual models of nursing. *Virginia Nurse*, *56*(3), 43-46.

Fleming, B. H. (1990). Use of the Johnson model in nursing education (abstract). In Proceedings of the National Theory Conference (pp. 109-111). Los Angeles: UCLA Nursing Department.

Holaday, B. (1974). Achievement behavior in chronically ill children. Nursing Research, *23*, 25-30.

Keen, J. (1982). The behavioral mode. Nursing (Oxford), 2(Jul), 71-73.

Lanouette, M., & St-Jacques, A. (1994). Premature infants and their families. *Canadian Nurse*, *90*(9), 36-39.

Lovejoy, N. (1983). The leukemic child's perception of family behaviors. *Oncology Nursing Forum*, *10*(4), 20-25.

Lovejoy, N. C., & Moran, T. A. (1998). Selected AIDS beliefs, behaviors and informational needs of homosexual/bisexual men with AIDS or ARC. *International Journal of Nursing Studies*, *25*(3), 207-216.

Ma, T., & Gandet, D. (1997). Assessing the quality of our end-stage renal disease client population. *Journal of the Canadian Association of Nephrology Nurses and Technicians*, *7*(2), 13-16.

Magnari, L. E. (1990). Hardiness, self-perceived health, and activity among independently functioning older adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *4*(3), 177-188.

McCauley, K. C., Choromanski, J. D., Wallinger, C., & Liv, K. (1984). Current management of ventricular tachycardia: Symposium from the Hospital of the University of Pennsylvania. Learning to live with controlled ventricular tachycardia; Utilizing the Johnson mode. *Heart and Lung*, *13*, 633-638.

Moreau, D., Poster, E. C., & Niemela, K. (1993). Implementing and evaluating an attending nurse model. *Nursing Management*, *24*(6), 56-58. 60, 64.

Newman, M. A. (1994). Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *7*(4), 153-157.

Niemela, K., Poster, E. D., & Moreau, D. (1992). The attending nurse: A new role for the advanced clinician: Adolescent inpatient unit. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric & Mental Health Nursing*, *5*(3), 5-12.

Poster, E. C., & Beliz, L. (1988). Behavioral category ratings of adolescents on an inpatient psychiatric unit. *International Journal of Adolescence and Youth*, *1*, 293-303.

Poster, E. C., Dee, V., & Randell, B. P. (1997). The Johnson behavioral systems model as a framework

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

for patient outcome evaluation. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, *3*(3), 73-80.
Rawls, A. C. (1980 Feb.). Evaluation of the Johnson behavioral model in clinical practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *12*, 13-16.
Reynolds, W., & Cormack, D. F. S. (1991). An evaluation of the Johnson Behavioral Systems model for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *16*(9), 1122-1130.
Urh, I. (1998). Dorothy Johnson's theory and nursing care of a pregnant woman. *OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE*, *32*(516), 199-203.
Wilkie, D., Lovejoy, N., Dodd, M., & Tesler, M. (1988). Cancer pain control behaviors: Description and correlation with pain intensity. *Oncology Nursing Forum*, *15*(6), 723-731.
Wilmoth, M. C., & Tingle, L. R. (2001). Development and psychometric testing of the Wilmoth Sexual Behaviors Questionnaire: Female. Canadian Journal of Nursing Research, *32*, 135-131.
Wilmoth, M. C., & Towsend, J. (1995). A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviors. *Cancer Practice*, *3*(5), 279-285.

UNIDAD

IV

Teorías en enfermería

- *Las teorías en enfermería describen, explican o predicen las relaciones entre los conceptos de los fenómenos enfermeros.*
- *Las teorías proponen relaciones enmarcando el problema y proponiendo un resultado.*
- *Las teorías en enfermería se desarrollan a varios niveles de abstracción.*
- *Las grandes teorías en enfermería son casi tan abstractas como los modelos de enfermería de los que derivan, pero son teorías porque proponen resultados que pueden comprobarse.*

CAPÍTULO

19

Anne Boykin

1944-presente

Savina O. Schoenhofer

1940-presente

La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica

Marguerite J. Purnell

«La naturaleza de las relaciones se transforma a través del cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4).

BIOGRAFÍA

Anne Boykin

Anne Boykin creció en Kaukauna (Wisconsin) y era la mayor de seis hermanos. Comenzó la carrera de enfermería en 1966 y se graduó en el Alverno College de Milwaukee (Wisconsin). Completó un máster en la Emory University de Atlanta (Georgia) y el doctorado en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee). Se estableció en el sur de Florida en 1981 y hasta el día de hoy sigue demostrando su pasión por la naturaleza. La doctora Boykin está casada con Steve Staudenmeyer y tienen cuatro hijos.

Anne Boykin es decana y profesora del Christine E. Lynn College of Nursing de Florida Atlantic University. Es directora del Christine E. Lynn Center for Caring, que se encuentra en el College of Nursing. Este centro se creó con el objetivo de humanizar los cuidados a través de la integración de la enseñanza, la investigación y los servicios. Una nueva y apasionante iniciativa es la creación de los Archives of Caring in Nursing, cuyo objetivo es conservar los artículos de expertas en cuidado, invitar al estudio del cuidado, desarrollar el cuidado como un dominio esencial del conocimiento enfermero y crear un significado para la práctica enfermera. Boykin se ha involucrado durante mucho tiempo en el avance de la disciplina especialmente centrado en el fenómeno de la enfermería.

Los cargos que ha desempeñado en la International Association for Human Caring incluyen el de presidenta electa (1990-1993), presidenta (1993-1996) y miembro del comité de nominación (1997-1999). Durante su presidencia, trabajó como coeditora de la publicación *International Association for Human Caring* (1996 a 1999).

El trabajo de Boykin se centra en los cuidados en el campo de la enfermería. Se evidencia en su libro (coescrito con Schoenhofer), *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (1993, 2001a) y en su libro *Living a Caring-Based Program* (1994b). Este último ilustra cómo los cuidados son la base del desarrollo de un programa de enfermería creando el entorno para el estudio a través de la evaluación. Además de estos libros, Boykin es editora de *Power, Politics and Public Policy: A Matter of Caring* (1995) y coeditora (junto con Gaut) de *Caring as Healing: Renewal Through Hope* (1994). Ha escrito numerosos capítulos de libros y artículos, y es una referencia local, regional, nacional e internacional en el campo de los cuidados.

Savina O. Schoenhofer

Savina Schoenhofer es la mayor de nueve hermanos, y la segunda mujer, y creció en el rancho de su familia, en Kansas. Su nombre proviene de su abuelo materno, que era un músico clásico de Kansas City (Missouri). Tiene una hija, Carrie, y una nieta, Emma.

En la década de 1960, Schoenhofer pasó 3 años en el Amazonas brasileño, trabajando como voluntaria en el desarrollo de la comunidad. Sus estudios iniciales de enfermería los realizó en la Wichita State University, donde se graduó en

enfermería, psicología y asesoramiento. Completó su doctorado en fundaciones educativas y administrativas en la Kansas State University en 1983. En 1990, Schoenhofer cofundó *Nightingale Songs,* un lugar de encuentro para comunicar la belleza de la enfermería en prosa y poesía. Schoenhofer descubrió en un estudio que los cuidados eran el servicio que los pacientes acogían con mayor gratitud. Además de su trabajo sobre los cuidados y su trabajo como coautora con Boykin de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (1993, 2001a), Schoenhofer ha escrito numerosos y valiosos artículos de enfermería, atención primaria, educación en enfermería, relación de ayuda, habilidad y tutoría. Su carrera en enfermería ha sido influida significativamente por tres colegas: la teniente coronel Ann Ashjian (jubilada), cuya práctica de la enfermería en la comunidad en Brasil supuso un modelo de inspiración de la enfermería; la doctora Marilyn E. Parker, una colega de facultad que fue su tutora en la idea de la enfermería como una disciplina, el papel académico de la educación superior y el mundo de las teorías sobre enfermería, y la doctora Anne Boykin, que la introdujo en la visión de los cuidados como una base para los estudios de enfermería. Schoenhofer creó la página web sobre la teoría de la enfermería como cuidado, que es una fuente interactiva y vibrante de información sobre cómo se vive la teoría en la práctica y en la investigación. Como profesora de enfermería para graduados en la Cora S. Balmat School of Nursing de la Alcorn State University en Natchez (Mississippi) y profesora en la University of Mississippi School of Nursing en Jackson (Mississippi), Schoenhofer mantiene su dedicación y pasión por el estudio de la enfermería como cuidado.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de la enfermería como cuidado surgió en los inicios de un trabajo de desarrollo en el College of Nursing at Florida Atlantic University. Anne Boykin y Savina Schoenhofer pertenecían a un grupo de la facultad que revisaba la historia de los cuidados. Cuando su estudio finalizó, cada una reconoció la importancia y la necesidad de continuar desarrollando las ideas sobre un marco conceptual en el que se reflejara el concepto y el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión. El punto de partida fue la aceptación de los cuidados como objetivo, más que como medios, y de la enfermería como intención de cuidar, más que meramente como un instrumento. Este trabajo condujo a Boykin y Schoenhofer a conceptualizar el objetivo de la enfermería como «nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 22).

Trabajos posteriores para identificar las bases aceptadas de la enfermería apoyaron la idea de la situación de la enfermería como una experiencia viva compartida en la que «los cuidados compartidos» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 26) potencian a la persona. Se refleja la persona como vivencia basada en los cuidados. Las nuevas nociones sobre la situación de enfermería y el objetivo de la enfermería hacen surgir el significado de las bases de la teoría y permiten la comprensión práctica de la enfermería tanto como disciplina como profesión. Cuando surgieron la crítica y el refinamiento de la teoría, además del estudio de las situaciones de enfermería, se consideró que el concepto de la enfermería centrada principalmente en la salud era limitante. Boykin y Schoenhofer proponen que la enfermería está centrada en un amplio espectro del ser humano.

Tres principios influyeron significativamente en el desarrollo inicial de la teoría. La teoría existencial fenomenológica de Paterson y Zderad (1988) sobre la enfermería humanística, considerada por Boykin y Schoenhofer como el antecedente histórico de la enfermería como cuidado, fue la fuente de dichas ideas germinales, como el «compartido», «necesidad de enfermería», «respuesta de cuidados» y «persona», y sirvió como base sustantiva y estructural para su conceptualización de la enfermería como cuidado. La tesis de Roach (1987, 2002) que afirma que «el cuidado es el modo humano de ser», encuentra su expresión natural y dominio en las asunciones de la teoría. Sus «6 C» (compromiso, confianza, conciencia, competencia, compasión y comportamiento) contribuyen a aportar un idioma a los cuidados (Roach, 2002). El trabajo de Mayeroff (1971), *On Caring*, proporcionó un lenguaje elemental y rico que facilitó el reconocimiento y la descripción del significado práctico del «vivir los cuidados en la cotidianidad de la vida». Los principales ingredientes de los cuidados de Mayeroff (1971), conocimiento, cambio de ritmos,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor, describen el corazón del ser humano. En la teoría de la enfermería como cuidado, estos conceptos son fundamentales para entender la vida como cuidados y para valorar su única expresión en la relación recíproca del cuidador y del cuidado.

El concepto de Boykin y Schoenhofer de la enfermería como disciplina se vio influido directamente por Phenix (1964), King y Brownell (1976) y Orem (1979) y el de enfermería como profesión, por las ideas de Flexner (1910). Además del trabajo de estos pensadores, Anne Boykin y Savina Schoenhofer son miembros veteranos de la comunidad de profesores de enfermería cuyo estudio se centra en los cuidados. Su asociación colegial y su apoyo mutuo también han contribuido brillantemente y sin lugar a dudas al trabajo de Boykin y Schoenhofer.

Los principios de la teoría de la enfermería como cuidado se publicaron por primera vez en 1990 y 1991, y se presentó por primera vez de forma completa esta teoría en la conferencia de teorías en 1992 (Boykin y Schoenhofer, 1990, 1991; Schoenhofer y Boykin, 1993). Posteriormente apareció su trabajo; *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*, publicado en 1993 (Boykin y Schoenhofer, 1993) y reeditado con un epílogo en 2001 (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Gaut observa en Boykin y Schoenhofer (2001a) que la teoría es un ejemplo excelente de crecimiento por la intensidad o la iluminación creciente, caracterizada por «el desarrollo de una bibliografía aún existente, de la categorización de las conceptualizaciones del cuidado, y un desarrollo posterior de las teorías del cuidado humano» (p. xii).

Conceptos principales y definiciones

OBJETIVO E INTENCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Las disciplinas del conocimiento son comunidades de docentes que desarrollan una perspectiva particular del mundo y lo que significa estar en el mundo (King y Brownell, 1976). Las comunidades disciplinarias mantienen en común un sistema de valores que se expresa como su objetivo único en el conocimiento y en la práctica. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el objetivo de la enfermería como disciplina de conocimiento y como práctica profesional es nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. El papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, y apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas (Boykin y Schoenhofer, 2006). Este papel se refleja excepcionalmente cuando la enfermera establece la relación con la persona cuidada con la intención de conocerla como persona cuidada, y reconociendo y celebrando dicha persona como persona cuidada (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El cuidado es la expresión de la enfermería y es «la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona que se reconoce como persona que vive el cuidado y crece en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 24). La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar de la enfermera.

PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS COMO CUIDADO

El supuesto fundamental es que todas las personas son cuidado. El cuidado es vivido por cada persona, momento a momento, y es una característica esencial del ser humano. El cuidado es un proceso y, durante la vida, cada persona crece con la capacidad de expresar cuidado. Por tanto, la persona se reconoce como una manifestación constante de cuidado. Desde la perspectiva de la teoría, «fundamental, potencial y realmente, cada persona es cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 2), aunque cada acto de la persona pueda no entenderse como cuidado. Es básico para la teoría conocer a la persona que vive en cuidados y crece en cuidados.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

SITUACIÓN ENFERMERA

El cuidado es el servicio que ofrece la enfermería y vive en el contexto de la situación enfermera (Boykin y Schoenhofer, 2006). La situación de enfermería es el lugar donde todo se conoce y realiza en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a) y se conceptualiza como «la experiencia vivida y compartida donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 33). La situación de enfermería es lo que está en la mente de la enfermera siempre que su intención sea «cuidar» (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Es dentro de la situación de enfermería que la enfermera atiende llamadas de cuidados o extiende la mano a la persona cuidada. La práctica de la enfermería y el conocimiento práctico de la enfermería se colocan en un contexto relacional de la persona cuidada con la persona que cuida. La situación de enfermería supone la expresión de unos valores, intenciones y acciones de dos o más personas que eligen vivir una relación de cuidado. En esta relación vivida, todo el conocimiento de la enfermería se crea y se entiende (Boykin y Schoenhofer, 2006).

PERSONALIDAD

Personalidad es un proceso de vida que se basa en el cuidado. Personalidad implica ser lo que somos como personas cuidadas auténticas y estar abiertas a desplegar posibilidades de cuidados. Constantemente vivimos el significado de nuestro cuidado de momento a momento. Dentro de la situación de enfermería, la experiencia vivida y compartida de los cuidados potencia la personalidad y tanto la enfermera como la persona atendida crecen en cuidados. En la intimidad de los cuidados, el respeto por uno mismo como persona y el respeto por los demás son valores que afirman la personalidad. «Un entendimiento profundo de la personalidad comunica la paradoja de una comunión persona como persona y persona en comunión a la vez» (Boykin y Schoenhofer, 2006, p. 336).

INVITACIÓN DIRECTA

En la situación de enfermería, la invitación directa abre la relación al verdadero cuidado entre la enfermera y la persona cuidada. Con la intención de conocer realmente a la persona cuidada, la enfermera se arriesga penetrando en el mundo del otro para saber qué le importa. Invitaciones para compartir lo que importa del estilo «¿cómo puedo cuidarle de forma que sea importante para usted?» se expresan en el lenguaje personal de la enfermera. El poder de la invitación directa es profundo en la humildad de la situación de enfermería, uniendo y guiando la intención de la enfermera y de la persona cuidada. El objetivo no es lo que la enfermera puede hacer por la persona cuidada, sino que se centra en lo que es importante para la persona cuidada. Estas invitaciones de cuidado excepcionalmente expresadas dan lugar a una respuesta de valor mutuo en la belleza de los cuidados compartidos.

LLAMADA DE CUIDADO

Las llamadas de cuidado son llamadas de nutrición percibidas por la mente de la enfermera (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b). La intencionalidad (Schoenhofer, 2002a) y la presencia auténtica desencadenan en la enfermera las llamadas de cuidado. La enfermera responde únicamente a la persona cuidada con un conocimiento desarrollado deliberadamente de lo que significa ser humano, reconociendo y afirmando que la persona vive los cuidados de formas excepcionales en la situación inmediata (Boykin y Schoenhofer, 1993). Puesto que las llamadas de cuidado son únicas, expresiones personales, no pueden ser predecidas, pero se originan en las personas que viven cuidados en sus vidas y mantienen esperanzas y aspiraciones de crecer en cuidados. «Las llamadas de cuidado son formas individualmente relevantes de decir "conóceme como persona de cuidados en el momento y quédate conmigo mientras intento vivir completamente tal y como soy"» (Boykin y Schoenhofer, 2006, p. 336).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

CUIDADOS COMPARTIDOS

Cuando la enfermera entra en el mundo de la otra persona con la intención de conocerla como persona de cuidados, el encuentro entre la enfermera y la persona cuidada origina el fenómeno de los cuidados compartidos, dentro del cual la persona se nutre (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Mediante la presencia y la intencionalidad, la enfermera consigue conocer a la otra persona, viviendo y creciendo en cuidados. La manifestación constante y mutua potencia su relación de amor. Sin el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada, puede producirse una actividad unidireccional o el intercambio recíproco, pero cuidar en su significado más completo no ocurre. Es en el contexto de los cuidados compartidos en donde la persona se nutre, expresándose cada uno a su manera y reconociendo a la otra persona como una persona de cuidados (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

RESPUESTA DE ENFERMERÍA

En respuesta a la llamada de enfermería, la enfermera entra en la situación de enfermería con la intención de conocer a la otra persona mientras la cuida. Este conocimiento de la persona responde a la llamada de enfermería y forma la respuesta de cuidados, transformando el conocimiento aportado por la enfermera a la situación desde lo general a lo singular y único (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La respuesta de enfermería se cocrea en la intimidad de lo que importa realmente y es una expresión específica de la aportación de cuidados para mantener y fortalecer al otro ser que vive y crece en cuidados. Las respuestas de enfermería a las llamadas de cuidados evolucionan cuando las enfermeras aclaran su entendimiento sobre las llamadas a través de su presencia y diálogo. Estas respuestas se crean expresamente para el momento y no pueden ser predecibles o aplicadas como protocolos planeados de antemano (Boykin y Schoenhofer, 1997).

EL RELATO COMO MÉTODO PARA CONOCER LA ENFERMERÍA

Los relatos son un método para conocer la enfermería y un medio para todas las formas de investigar en enfermería. Los relatos de enfermería encarnan la experiencia vivida de situaciones de enfermería que incluyen a la enfermera y a la persona cuidada. Como almacén del conocimiento de enfermería, cualquier situación de enfermería tiene el potencial de ilustrar la profundidad y la complejidad de la experiencia vivida, es decir, los cuidados que se producen entre la enfermera y la persona cuidada. El contenido del conocimiento de enfermería se genera, desarrolla, conserva y conoce a través de la experiencia vivida de situaciones de enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La situación de enfermería como unidad de conocimiento y práctica se recrea en la narrativa o la historia (Boykin y Schoenhofer, 1991). Las situaciones de enfermería se ilustran mejor con medios estéticos, como relatos, poesía, artes gráficas y danza, para conservar el significado vivido de la situación y la apertura de la situación a través del texto. Estos medios proporcionan tiempo y espacio para la reflexión y la creatividad en el entendimiento avanzado (Boykin y Schoenhofer, 1991, 2001a, 2006; Boykin, Parker y Schoenhofer, 1994). El relato es un método para recrear y representar la esencia de la experiencia, exponiendo el conocimiento de la enfermería para un estudio posterior (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Los supuestos de la enfermería como cuidado se basan en la práctica de la enfermería al conocer, fortalecer e iluminar los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada. Como tales, más que proveer directamente variables empíricas de las que se realizan hipótesis y predicciones que hay que demostrar, la teoría *se transforma cualitativamente en práctica.* En la teoría, las personas son únicas y no predecibles en cada momento y, por

tanto, no pueden, y no deben, ser manipuladas o ser objeto de pruebas, investigaciones y variables. Ellis creía que las teorías deberían revelar el conocimiento que las enfermeras deben perseguir (Algase y Whall, 1993). La teoría de la enfermería como cuidado revela la esencia de reconocer el cuidado compartido entre la enfermera y la persona cuidada como un conocimiento que las enfermeras deben alcanzar. Desde esta perspectiva, los resultados de los cuidados de enfermería reflejan el valor de la persona, de forma que expresan la riqueza del «valor añadido» de la experiencia de los cuidados (Boykin, Schoenhofer, Smith, St. Jean y Aleman, 2003, p. 225). Las características esenciales de la persona en la teoría, como la unidad, la plenitud, la conciencia y la intención, no concuerdan con los términos de objetivo de la ciencia normativa en los que penetran los resultados del lenguaje. En la enfermería como cuidado, los resultados se articulan en términos que son subjetivos y descriptivos, más que objetivos y predictivos (Boykin y Schoenhofer, 1997).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Las creencias fundamentales sobre lo que significa ser humano dirigen la teoría de la enfermería como cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) presentan seis supuestos principales que reflejan un conjunto de valores que proporcionan la base de un entendimiento y la explicación del significado de la enfermería.

Uno: las personas son fruto del cuidado a través de la virtud de su humanidad

La creencia de que las personas son fruto del cuidado a través de la virtud de su humanidad establece las bases ontológicas y éticas en las que se basa la teoría. Ser una persona significa vivir, cuidar, a través de lo cual el ser y las posibilidades son capaces de ser conocidos en su plenitud. Cada persona, a lo largo de su vida, crece en la capacidad de demostrar cuidado. La aceptación de que todas las personas son cuidado no necesita que cada acto de una persona sea cuidado, pero sí la aceptación de que «cada persona es cuidado fundamentalmente, potencialmente y realmente» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 2). La creencia de que todas las personas son cuidado supone un compromiso a conocerse a sí mismo y al otro como personas de cuidado. Mediante la entrada, la experiencia y el aprecio de la vida-mundo de la otra persona, la naturaleza del ser humano se entiende de forma más completa. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el entendimiento de la persona como cuidado «se centra en valorar y celebrar la plenitud humana, la persona humana como vivencia y crecimiento de cuidados, y compromiso personal activo con los otros» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 5).

Dos: las personas como un todo y una plenitud en el momento

El respeto por la persona total se comunica por la noción de la persona como un todo o completa en el momento. Estar completo en el momento significa que no existe insuficiencia, ruptura ni ausencia de algo. La plenitud, o la totalidad del ser, presentes para siempre. La percepción de la persona como cuidado y completa es intencional, al ofrecer una lente unificadora para estar con el otro evita la segmentación en partes como mente, cuerpo y espíritu. A través de esta lente, la persona es en todo momento completa, sin insuficiencia, ni ruptura o ausencia de algo. La idea de la plenitud no impide la idea de la complejidad del ser. Por el contrario, desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, considerar a la persona menos que un todo hace fracasar el verdadero encuentro con la persona.

Tres: las personas viven cuidados, momento a momento

El cuidado es un proceso de la vida que se vive momento a momento y se revela constantemente. En el ritmo de las experiencias de la vida, desarrollamos continuamente expresiones de nosotros mismos como personas de cuidado. La actualización del potencial de expresar cuidado varía en cada momento. Como la competencia de cuidado se desarrolla a lo largo de la vida, llegamos a entender lo que significa ser una persona de cuidado, vivir cuidado y nutrirse mutuamente como cuidado. Esta conciencia de uno mismo como persona de cuidado desarrolla en la conciencia el valor del cuidado y se convierte en un imperativo moral, dirigiendo los «debería» de acciones con esta pregunta continua: «¿Cómo debería yo actuar como una persona de cuidado?» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuatro: personalidad es vivir la vida basada en el cuidado

Personalidad es un proceso de vivir, cuidar y crecer en el cuidado: es ser auténtico, demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos y vivir el significado de nuestras vidas. La personalidad reconoce el potencial para mostrar posibilidades de cuidados momento a momento. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la personalidad es la llamada humana universal. Esto implica que la plenitud del ser humano se expresa viviendo los cuidados excepcionalmente día a día y que se potencia con la participación en las relaciones de cuidados (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Cinco: la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de nutrición cuidando a los otros

Como proceso, la personalidad reconoce el potencial de las personas de vivir los cuidados y se potencia con la participación en las relaciones de nutrición cuidando a otros. La naturaleza de las relaciones se transforma con el cuidado. Cuidado es vivir en el contexto de las responsabilidades relacionales y las posibilidades, y reconocer la importancia de conocerse persona a persona. A través del conocerme a mí mismo como persona de cuidado, soy capaz de ser auténtico conmigo mismo, liberándome para estar de verdad con los otros (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4).

Seis: la enfermería es tanto una disciplina como una profesión

Los cuidados son una unidad exquisitamente entrelazada (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 6) de aspectos de la disciplina y de la profesión enfermera. Como disciplina, la enfermería es una forma de conocer, ser, valorar y vivir en el mundo, y se considera una unidad de conocimiento dentro de una unidad mayor. La disciplina enfermera atiende al descubrimiento, creación, desarrollo y refinamiento del conocimiento necesario para la práctica de los cuidados. La profesión de la enfermería atiende a la aplicación de este conocimiento en respuesta a las necesidades humanas.

La enfermería como cuidado se centra en el conocimiento necesario para un entendimiento completo de lo que significa ser humano y los diferentes métodos necesarios para verificar este conocimiento. Como ciencia humana, saber enfermería significa conocer las esferas personal, empírica, ética y estética al unísono (Carper, 1978; Phenix, 1964). Estos patrones de conocimiento proporcionan el contexto organizado para formular preguntas epistemológicas del cuidado dentro de la enfermería.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El amplio contexto filosófico de la teoría garantiza la congruencia de una variedad de situaciones de enfermería. Como teoría general, la enfermería como cuidado es un modelo adecuado para varios papeles de enfermería, como práctica individual, práctica de grupo o institucional y diferentes contextos prácticos, como el cuidado de agudos, cuidado a largo plazo, administración de cuidados y educación de cuidados.

Los supuestos fundamentales de la enfermería como cuidado dirigen todas las aserciones y conceptos de la teoría. Son los siguientes: *a)* ser humano es ser cuidado y *b)* el propósito de la disciplina y la profesión es llegar a conocer personas y nutrirlos como personas que viven cuidados y crecen en cuidados. Estas premisas originan el concepto del respeto por las personas como individuos de cuidado y respeto por lo que les importa. La noción del respeto es la base, caracteriza las relaciones y es el punto de partida para todas las actividades.

Danza de las personas de cuidado

La *danza de las personas de cuidado* es una representación visual del cuidado vivido entre la enfermera y la persona cuidada, y expresa relaciones subyacentes (fig. 19-1). El concepto de la escala jerárquica es poco consistente con la enfermería como cuidado. Por el contrario, el espíritu igualitario del respeto cuidadoso caracteriza a cada participante en esta danza de personas de cuidado, en la que las contribuciones de cada bailarín, incluido el que es cuidado, se ven honradas.

Los bailarines entran en una situación de enfermería, visualizada como un círculo de cuidado que

Figura 19-1 La danza de las personas de cuidados. (De Boykin A. y Schoenhofer, S. O. [2001]. *Nursing as caring: A model for transforming practice* [p. 37] [Reedición del volumen original, con adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; gráfico creado por Shawn Pennell, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL.)

proporciona un objetivo de organización y funcionamiento integrado (Boykin et al., 2003). Los bailarines se mueven con libertad; algunos bailarines tocan, otros bailan solos, pero todos bailan en relación con los demás y en el círculo. Cada bailarín aporta regalos especiales a medida que la situación de enfermería evoluciona. Algunos bailarines pueden oír notas diferentes y un ritmo diferente, pero todos se armonizan en la unidad de la danza y la homogeneidad del círculo. El conocimiento personal de cada uno y de los otros se integra en la conexión de las personas durante la danza, en la que la naturaleza de relacionarse en el círculo se basa en valorar y respetar a la persona (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Todo en la situación de enfermería, incluidos la enfermera y el que es cuidado, mantiene la danza, potenciándose su energía y resonando con la música del cuidado.

Resultados de los cuidados de enfermería

El concepto de resultados de los cuidados, es decir, la noción de los resultados basados en la evidencia predecibles es incompatible con los valores experimentados en la enfermería de cuidados. Los resultados de los cuidados de enfermería se conceptualizan desde valores experimentados en la relación de cuidados y no se reconocen en la documentación normativa. Boykin y Schoenhofer (1997) señalan que es responsabilidad de la enfermera veterana y valiente «ir más allá de lo que está reconocido actualmente, para delimitar y comunicar el valor expresado por las personas que participan en las situaciones de enfermería» (p. 63). Se ha empezado a trabajar para identificar y aclarar los resultados únicos de «valor añadido» en los cuidados de enfermería (Thomas, Finch, Green y Schoenhofer, 2004).

FORMA LÓGICA

La teoría se presenta de forma lógica, basada en las premisas generales relacionadas con las personas como cuidado y en la enfermería como disciplina de conocimiento y profesión. Ésta es una teoría general de enfermería ampliamente argumentada, reproducida en el lenguaje de cada día. El trabajo de Mayeroff (1971) *On Caring*, y las «5 C» de Roach (1987) aportaron el lenguaje que ilumina el significado práctico de los cuidados en las situaciones de enfermería.

Los conceptos clave de cuidado, enfermería, intención, situación de enfermería, invitación directa, llamada de enfermería como cuidado, cuidados recíprocos y respuesta de enfermería se describen como supuestos generales y los significados interrelacionados se ilustran en el modelo de la danza de las personas de cuidado. La invitación directa, presentada en la edición de 2001 de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*, es el producto de una situación de enfermería y, además, aclara el papel de la enfermera para iniciar y mantener las respuestas de enfermería. La historia como método para conocer la enfermería se centra en situaciones de enfermería como lugar para el conocimiento de enfermería como fluido y extensión lógica del contexto.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La enfermería es una forma de vivir los cuidados en el mundo y se reproduce en patrones personales de cuidado. Las bases para la práctica de la teoría de la enfermería como cuidado se demuestran cuando una enfermera llega a reconocerse a sí misma como persona de cuidado «en dimensiones más profundas y amplias» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 23). Practicar la enfermería en este contexto requiere la aceptación de que conocerse a sí mismo como cuidado es importante y es esencial para conocer a los

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

otros como cuidado. Esto es especialmente importante en los contextos prácticos que despersonalizan y apoyan la noción de la enfermera como instrumento y como medio para un fin. En vez de centrar la práctica de la enfermería en las actividades, el objetivo de la práctica es la intención de conocer a la persona como cuidados. Con frecuencia, el reconocimiento del yo como persona de cuidados no tiene lugar hasta que se articula y se comparte la historia del cuidado que sucede en la situación de enfermería. Al reflexionar sobre los cuidados, las enfermeras describen momentos «¡Ahá!», señales de reconocimiento de sí mismas como seres de cuidado, y redescubrimiento de la libertad en las posibilidades de cuidado dentro de la situación de enfermería: «libertad para existir, libertad para elegir y libertad para revelar» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 23). Al reentrar en los momentos de cuidados a través de la articulación de una historia sobre enfermería se permite a la enfermera enmarcar los resultados de los cuidados en el lenguaje y la sustancia de los cuidados que son importantes en la práctica. Al celebrar los valores de los cuidados de forma explícita se reafirma la sustancia de la enfermería y se refresca la intención de cuidados de la enfermera. Al compartir la historia, aparecen nuevas posibilidades para vivir la enfermería como cuidado.

Administración de los servicios de enfermería

Al vivir la enfermería como cuidado, el administrador de enfermería toma decisiones teniendo en cuenta que las actividades llevan inherente una preocupación por dar forma a una cultura de transformación que da cuerpo a los valores fundamentales expresados en la enfermería como cuidado. Todas las actividades del administrador de enfermería deben estar conectadas al trabajo directo de la enfermería y estar «finalmente dirigidas a la(s) persona(s) que se cuidan» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 33). Estas actividades incluyen la creación, el mantenimiento y el apoyo de un entorno abierto a llamadas de enfermería y que proporciona respuestas de nutrición.

Boykin y Schoenhofer (2001a) señalan que, en contra de la percepción de los administradores de enfermería de privarse del cuidado directo de la persona cuidada, son capaces de entrar directa o indirectamente en el mundo de la persona cuidada, responder de forma única y asistir a la enfermera con recursos de seguridad para nutrir a las personas mientras viven y crecen en cuidado. El administrador de enfermería también es capaz de penetrar en el mundo del cuidado indirectamente, a través de las historias de los colegas que desempeñan otros papeles. Otras actividades del administrador de enfermería dentro del entorno interdisciplinario de la organización incluyen el entendimiento facilitador y la claridad del objetivo de enfermería, e informar a otros miembros del equipo de salud interdisciplinario de las contribuciones únicas de las enfermeras. Al compartir en profundidad la enfermería con los otros a través de las situaciones de enfermería, se expresan los significados y se permite una reciprocidad fluida entre los colegas.

El trabajo del administrador de enfermería debe reflejar también la originalidad de la disciplina, de forma que es la enfermería lo que se refleja, aportando respeto por las personas al cuidarlas y demostrando a través de su misión reconocimientos, objetivos, estándares de práctica, políticas y procesos (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La siguiente historia la narró Nancy Hilton, MSN, RN, Chief Nursing Officer en un hospital de Florida. Esta administradora de enfermería, que practica desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, refleja la complejidad y el cuidado intencional expresados al vivir cuidados durante las actividades diarias de forma excepcional y valiente:

> Volvemos a centrar a propósito nuestra cultura desde una organización burocrática tradicional a una centrada en la persona, de valores basados en los cuidados. En 2007, nuestros Nursing Councils en el St. Lucie Medical Center seleccionaron la teoría de la enfermería como cuidado como modelo teórico para guiar nuestra práctica. Como administradora de enfermería, consideré cómo podría basar intencionadamente nuestro entorno hospitalario y la práctica de las enfermeras dentro de sus paredes en una perspectiva de cuidado. Me comprometí de forma deliberada en profundizar nuestros conocimientos y conciencia asignando tiempo para que todos participáramos en diálogos centrados en conocernos a nosotros mismos como personas de cuidado.
>
> Puedo vivir el cuidado excepcionalmente como enfermera jefe atendiendo a las enfermeras que proporcionan cuidados directos al paciente. Muchas enfermeras se formaron centrándose en la tecnología y tratando los síntomas. Les doy a las enfermeras la libertad de cuidar en su forma única. Nuestras líderes de enfermería clínica (CNL) están transformando

la práctica de la enfermería en el St. Lucie Medical Center al incorporar la teoría de la enfermería como cuidado a la cabecera del enfermo. A través de la invitación directa, las CNL modelan los papeles sobre cómo «oír» las llamadas de cuidado, es decir, determinar por sí mismas «qué es lo más importante» para el paciente. Me he reunido con las CNL y he ayudado en las conversaciones con el personal. Para serles sincera, he explicado a las enfermeras que no tengo todas las respuestas. Al transformar nuestra práctica enfermera, juntos vivimos y crecemos con los cuidados.

Lo que hago mejor es utilizar el arte de la narración para trasladar las llamadas de cuidado al lenguaje de la sala de juntas. Mediante el uso de situaciones de enfermería estratégicas, pongo directamente en contacto a los administradores con la persona cuidada. Si bien estos cuidadores indirectos añoran la conexión con el paciente, es importante por mi parte convencer a los administradores de por qué es crítico transformar un sistema sanitario entero basándose intencionadamente en una perspectiva de cuidado.

Necesitamos una representación gráfica de cómo se relacionan todas las disciplinas del hospital con el paciente. La *danza de las personas de cuidado* fue la representación visual de un modelo organizativo que respalda la forma de ser con los otros que respeta, honra y celebra a cada persona. He estado dispuesta a conceptualizar y representar gráficamente el curso, además de reunirme con líderes en la creación de un entorno para incorporar los valores reales del cuidado.

Al practicar a través del objetivo de la enfermería como cuidado, el administrador de enfermería ayuda a crear una comunidad que reconoce, apoya y cuida a las personas a medida que viven y crecen en cuidados. La asignación de tiempo para dialogar permite que aparezcan significados compartidos y demuestra el compromiso del administrador de enfermería para potenciar el crecimiento de la enfermera en su disciplina (Boykin y Schoenhofer, 2001b). El administrador de enfermería interactúa con personas de muchas otras disciplinas, también con la persona cuidada, y expresa honestidad y autenticidad al animar a los otros a vivir de la forma que lo hacen. La naturaleza de la relación con personas cuyos papeles van de la sala de juntas a la cabecera del enfermo se basa en el respeto y el valor de cada persona.

Formación

La teoría de la enfermería como cuidado es un modelo de transformación en todos los campos, incluidos la práctica de enfermería, la organización de servicios de enfermería, la ciencia de la enfermería y la educación sobre enfermería. Los principios en los que se basa la enfermería como cuidado mantienen en la práctica la educación en enfermería y la administración de la educación en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b). Como expresiones de la disciplina, la estructura y las prácticas del programa de educación, incluido el currículo, reflejan los valores y supuestos inherentes al estado del centro y a los dominios de la disciplina, es decir, nutrir las personas que viven el cuidado y crecen en el mismo. A través de la enfermería como cuidado, se deberían reflejar los principios básicos de la teoría que honran y celebran la excepcionalidad de las personas como cuidado. El cuidado, como uno de los componentes importantes del conocimiento de la enfermería, no debería limitarse a un curso único sino que debería enseñarse, estudiarse e infundirse a lo largo de la carrera (Schoenhofer, 2001). A través del relato, es decir, del estudio de situaciones de enfermería, se accede al conocimiento de la disciplina y de la profesión y se conceptualizan respuestas de enfermería basadas en el cuidado. Todas las actividades del programa de estudio deberían estar dirigidas al desarrollo, organización y comunicación del conocimiento de enfermería, el nutrir a las personas que viven el cuidado y crecen en el mismo. Eggenberger y Keller (2008) han articulado un enfoque para aplicar la teoría al uso de la simulación en formación de enfermería.

El cuidado se ha localizado como un eslabón entre la espiritualidad y la educación superior, y como ética para la relación (Boykin y Parker, 1997). Por tanto, es el contexto para conocer y la base moral para relacionarse. El autodescubrimiento a través de una búsqueda continua de la verdad prepara a los aprendices para «recibir un mayor entendimiento de su realidad además de la realidad de otros; a desarrollar el sentido de la identificación, conexión y compasión por los otros, y a un mejor entendimiento de la verdad» (Boykin y Parker, 1997, p. 32). El reto en educación superior es crear un ambiente que pueda mantener y nutrir la vivencia de los cuidados y la espiritualidad (Boykin y Parker, 1997).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el modelo del diseño organizativo de la educación en enfermería es análogo a la danza de las personas de cuidado. En la facultad, los estudiantes y los administradores bailan juntos en el estudio de la enfermería. Cada bailarín es reconocido, premiado y celebrado por los dones que aporta. El papel de cada uno influye en cómo se desarrollan los compromisos con la educación de enfermería.

El papel del decano en un programa de enfermería basado en los cuidados está «intrínsecamente unido» (Boykin, 1994a, p. 17) a un entendimiento de la enfermería como disciplina y profesión, y se centra en las acciones de desarrollar y mantener un entorno de cuidados en los que el conocimiento de la disciplina puede descubrirse. Como administrador, el decano «nutre ideas, garantiza recursos, comunica la naturaleza de la disciplina, modela la vida y el crecimiento en cuidados, cocrea una cultura en la que el estudio de la enfermería puede alcanzarse libre y plenamente, basa todos los actos en el compromiso con los cuidados como forma de ser, trata a los otros con el mismo cuidado, preocupación y entendimiento que aquellos a los que se les confían nuestros cuidados de enfermería» (Boykin, 1994a, pp. 17-18). Tan amplio margen de responsabilidad descansa en la obligación moral inherente al papel del decano de garantizar que todas las acciones se originan en los cuidados y que el entorno que se crea apadrina el desarrollo de la capacidad para cuidar (Boykin, 1990).

Investigación

Metodología

Boykin y Schoenhofer (2001a) afirman que, debido a que la naturaleza de los cuidados ejemplificados en la teoría de la enfermería como cuidado es de relación recíproca, desde donde las personas están unidas en una unidad de cuidados, la ciencia de la enfermería debe ser medida desde esta perspectiva. Como ciencia humana, la enfermería atrae métodos de investigación que garanticen el círculo de diálogo en una situación de enfermería, y abarca completamente lo que puede ser conocido en enfermería. La ontología de la enfermería, centrada en la persona como cuidado en la comunidad compartida con otros y con el universo, necesita por tanto una consonante epistemológica con los valores de la ciencia humana y los métodos, con «métodos y técnicas que celebren la libertad, creatividad e interconexión» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 53). Los métodos tradicionales o normativos de investigación derivan de las matemáticas, y no son útiles para el estudio del total de la situación de enfermería. Igualmente, al emplear la fenomenología, uno es incapaz de alcanzar un entendimiento completo de la enfermería, porque los fenómenos que hay que estudiar son desplazados del contexto de la situación de enfermería y deben reintegrarse en la situación de enfermería para entender ésta.

Boykin y Schoenhofer (2001a) han propuesto que un estudio sistemático de la enfermería debería incluir una metodología nueva y creativa que reconozca el entorno del estudio en la situación de enfermería. Ellas postulan que una metodología totalmente adecuada para penetrar en el conocimiento de enfermería en la situación de enfermería podría incluir un proceso «fenomenológico-hermenéutico dentro de una orientación de los actos de investigación» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 62). Dicho método permitiría el estudio del significado de la enfermería al ser cocreado dentro de una experiencia vivida de la situación de enfermería. La idea de la práctica y la teoría del acto comunicativo se exploró como desarrollo posible para una metodología emergente de investigación. Algunos aspectos de ambos abordajes de investigación requieren mayor consideración y desarrollo de las bases filosóficas (Schoenhofer, 2002b).

Estudios de investigación

Actualmente, se lleva a cabo la investigación guiada por la teoría de la enfermería como cuidado. La practicidad de la enfermería como cuidado se ha probado y aplicado en diversos contextos prácticos de cuidados. El personal ejecutivo, los directores de enfermería y los administradores de enfermería demandan modelos prácticos que muestren la esencia de los cuidados en enfermería. Los modelos prácticos de enfermería se han desarrollado y se refinan continuamente en los contextos de cuidados de agudos y crónicos. A continuación se exponen varios ejemplos del uso de la teoría.

En estudios de investigación separados de unidades de dos hospitales regionales principales, el JFK Medical Center y el Boca Raton Community Hospital, se señalaron valores y resultados de cuidados, y se rearticularon para reflejar la

integración de la teoría de la enfermería como cuidado. La valentía de los administradores que colaboraron en la investigación de cuidados reflejó el reconocimiento en aumento de que los cuidados de las personas como personas son el valor a los que dichas personas responden. Los resultados documentados se encontraban dentro de los valores institucionales fijados de cuidados a los que las enfermeras contribuyeron con su práctica.

Un estudio de 2 años titulado «Demostración de un modelo basado en los cuidados para el suministro de salud a partir de la teoría de la enfermería como cuidado» se completó en el JFK Medical Center, Atlantis, Florida y fue subvencionado por la Quantum Foundation (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, y McCarthy, 2005).

Un modelo práctico basado en la teoría de la enfermería como cuidado se llevó a cabo en la unidad de telemetría. Muchas personas de grupos de referencia fueron invitadas a contar su historia ilustrando los cuidados que ellos habían vivido en una situación de enfermería de una unidad piloto. El modelo evolucionó desde valores compartidos de la enfermería como cuidados e incluía aquéllos expresados por pacientes, familias de pacientes, enfermeras, otros miembros y personal de la unidad piloto, y miembros del equipo administrativo. Varios temas no fueron cubiertos en un análisis narrativo y en la síntesis, y sirvieron como componentes explícitos para el modelo. Temas fundamentales en el modelo de práctica de enfermería se basaron en la teoría de la enfermería como cuidado y se crearon estrategias y estructuras operacionales para reflejar estos asuntos. El apoyo a la base del modelo basado en los cuidados que se alcanza desde la invitación directa (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b) llevó a una perspectiva nueva y renovada de «responder a lo que importa» (Boykin et al., 2003, p. 229), que las enfermeras ahora reconocen como esencial para el cuidado en la situación de enfermería.

Este proyecto demostró que la transformación de los cuidados tiene lugar cuando la práctica de enfermería se centra intencionalmente en conocer a una persona durante los cuidados, y en nutrir y apoyar a las personas cuidadas mientras viven esos cuidados. Dentro de este modelo de práctica, los que son cuidados son capaces de articular la experiencia de ser cuidados, la satisfacción del paciente y la enfermera aumenta extraordinariamente, la retención aumenta y el entorno de los cuidados se basa en los valores y el respeto por la persona (Boykin et al., 2003). Un resultado del uso del modelo fue que las enfermeras buscaban oportunidades para trabajar en un lugar satisfactorio cuidando a los otros. Cuando las enfermeras se trasladaron de una unidad de demostración a otras plantas, se llevaron un nuevo enfoque de la enfermería.

Se comenzó un proyecto similar en 2003 (Boykin, Bulfin, Baldwin y Southern, 2004; Bulkin et al., 2005) en el departamento de urgencias de Boca Raton Community Hospital en Boca Raton (Florida). La primera fase de un modelo de cuidados basado en la teoría de la enfermería como cuidado se tituló «Departamento de Urgencias: transformación del cuidado centrado en el objeto al cuidado centrado en la persona mediante los cuidados». Al crear el modelo, el personal se dio cuenta de que era necesario cambiar los conceptos de la práctica de enfermería. Inicialmente, todo el personal de los servicios de urgencias, incluidos médicos, enfermeras y personal de los servicios de apoyo, fueron reclutados emulando la organización de la danza de las personas de cuidado. La evaluación empezó pronto debido al éxito del modelo en un lugar tan ocupado como el departamento de urgencias. Aunque la integración de la teoría de la enfermería como cuidado en el JFK Medical Center y en el Boca Raton Community Hospital se realizó en unidades individuales, la teoría demostró la flexibilidad y la amplia aplicación y se ha integrado en los sistemas del St. Lucie Medical Center en Port St. Lucie (Florida).

En 2007, el personal de enfermería y administrativo del St. Lucie Medical Center tomó la decisión de adoptar la teoría de la enfermería del cuidado en todo el centro médico. El primer paso del proceso empezó realizando un estudio de investigación para determinar la mejor forma de adaptar e integrar excepcionalmente la teoría de la enfermería como cuidado. El cuidado modelado en la teoría se está extendiendo a todo el personal del hospital, desde ejecutivos de la organización a enfermeras, médicos, directores, técnicos, terapeutas y personal de mantenimiento. Vivir los cuidados de forma auténtica y cuidar la plenitud de los otros con los rigores y la normalidad del trabajo diario se estudió y se ejemplificó en todos los departamentos y se infundió en toda la organización.

En un estudio titulado «La fenomenología de los cuidados diarios», también basado en la teoría

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de la enfermería como cuidado, Schoenhofer, Bingham y Hutchins (1998) examinan la experiencia vivida de los cuidados a un nivel básico de las actividades de la vida diaria. Crearon una metodología de investigación innovadora que poseía una rica descripción de los cuidados a través de proceso de grupo. La fenomenología hermenéutica, empleada para reflejar el significado de la experiencia vivida narrada en un texto, se adaptó mediante una reflexión guiada en un proceso de desarrollo y colaboración. Trece grupos pequeños (3-5 personas) que compartían características comunes, como edad, papel, contexto o circunstancia describieron su experiencia vivida de los cuidados. Los participantes incluían coinvestigadores que estaban implicados en la génesis de datos de los grupos y en el proceso de síntesis de los datos. Se pidió a los participantes que reflejaran la situación en la que se habían expresado ellos mismos únicamente como personas de cuidado en su vida diaria. Surgieron las siguientes conclusiones de las narrativas compartidas por los participantes:

1. Cuidando se evidencia el entendimiento empático, las acciones y la paciencia en favor de otra persona.
2. Cuidando a otros con acciones, palabras, conduciendo a la felicidad y llegando al corazón.
3. El cuidado es dar de uno mismo mientras se conserva la importancia de nuestra persona (Schoenhofer et al., 1998, p. 27). Un metatema de cuidados diarios surgió de las historias como «Cuidar es entregarse completamente a favor de otra persona» (Schoenhofer et al., 1998, p. 27).

La teoría de la enfermería como cuidado también dirigió el estudio de Schoenhofer y Boykin (1998b) denominado «El valor de los cuidados experimentados en enfermería», que tuvo lugar en el contexto de la enfermería en la salud de un hogar. Una familia cliente, una enfermera de una agencia de salud del hogar de una comunidad rural, un supervisor de enfermería y un director ejecutivo de la agencia participaron en las entrevistas. Los cuidados expresados y los valores experimentados fueron ilustrados por la enfermera, la persona cuidada, el supervisor de enfermería y la agencia ejecutiva. Los principales temas que surgieron fueron: confianza, honestidad, presencia auténtica, compromiso, intención, reciprocidad-mutualidad, e indicadores de calidad de resultados de cuidados (Schoenhofer y Boykin, 1998b). Schoenhofer y Boykin (1998b) señalaron que gran parte del valor experimentado dentro de la relación de cuidados podría clasificarse como satisfacción del paciente y de la enfermera, aunque no existía una nomenclatura adecuada para reflejar esos resultados.

En un estudio titulado «El valor experimentado en las relaciones en las que participan enfermeras de la comunidad» de Thomas, Finch, Green y Schoenhofer (2004) se persiguió la descripción de la experiencia compartida de los cuidados entre las enfermeras de la comunidad y las personas cuidadas, y descubrir los cuidados experimentados en la relación. El abordaje del estudio fue la práctica, en la que el diálogo tenía lugar entre la enfermera de la comunidad, la persona cuidada y la enfermera investigadora, dando lugar a un retrato de las relaciones de cuidado entre la enfermera y la persona cuidada.

Kiser-Larson (2000) analizó conceptos de cuidado y la historia desde el punto de vista de los tres paradigmas de enfermería de Newman, Sime y Corcoran-Perry: particular-determinista, interactivo-integrado y unitario-transformativo. La enfermería como cuidado contribuyó al entendimiento del autor de la complejidad de cuidado en la bibliografía y la base para su tesis de que «cuidado e historia se vuelven recíprocos cuando el cuidado invita a la historia y la historia potencia el cuidado» (Kiser-Larson, 2000, p. 28).

El cuidado desde el corazón (Touhy, 2004; Touhy y Boykin, 2008) es un modelo de práctica basado en la teoría de la enfermería como cuidado en una unidad de un centro de cuidados crónicos. El modelo de práctica se diseñó por colaboración entre el personal del proyecto y todos los interesados. Todas las personas de la unidad participaron en el proceso para crear un abordaje innovador que se fusionara con el diseño existente en el centro. Los principales temas giran en torno a responder a lo que importa, el cuidado como una forma de expresar el compromiso espiritual, la devoción inspirada por el amor a los demás, el compromiso de crear un entorno como un hogar y llegar a conocer y respetar a la persona como persona.

Los principales bloques de construcción de los modelos de enfermería para hospitales de agudos y crónicos reflejan temas básicos de enfermería como el cuidado, pero estos temas se extraen de formas exclusivas del entorno y de las personas involucradas en cada ámbito. Las diferencias y semejanzas en estos modelos de práctica demuestran el poder de la enfermería como cuidado de trans-

formar la práctica de una manera que refleja unidad sin la conformidad y la singularidad dentro de la unidad (Touhy, 2004; Touhy y Boykin, 2008).

DESARROLLOS POSTERIORES

Teoría

Como teoría general de la enfermería, la enfermería como cuidado sirve como contexto amplio y conceptual que dirige el desarrollo de la teoría intermedia. Basándose en la enfermería como cuidado como un marco teórico subyacente, Locsin (1995) creó un modelo de tecnologías de maquinaria y cuidados en enfermería. En el modelo, la competencia de la tecnología de la maquinaria y los cuidados se representan como práctica de enfermería basada en los cuidados, sin la cual la enfermería se convierte simplemente en la práctica de la capacidad de la máquina. Locsin (1998) desarrolló más aún este entendimiento crítico de la teoría de la *competencia tecnológica como cuidados en enfermería de cuidados intensivos*. En esta teoría intermedia, la intención de cuidar y nutrir al otro en cuidado se actualiza a través del conocimiento directo de la competencia tecnológica y los datos desarrollados tecnológicamente.

Dunphy y Winland-Brown (2001) presentaron un modelo sobre el *círculo de cuidado* (Dunphy, 1998) para la enfermería de atención primaria avanzada. Los procesos de cuidado, que son el componente principal de este modelo, se centran en formas de conocer la persona como cuidado y de estar realmente con la persona en situaciones de enfermería de atención primaria avanzada. Esta base proporciona la conexión crucial de cuidado como el foco central de la enfermería de atención primaria tradicional y de la avanzada.

Purnell (2006) creó un modelo para educación en enfermería basado en el cuidado (MONEC) y Touhy y Boykin (2008) propusieron el cuidado como dominio central en la educación en enfermería. El modelo de educación en enfermería se caracteriza por tres aspectos principales: la teoría de la enfermería como cuidado, la metáfora de la danza de las personas de cuidados (v. fig. 19-1) como constructo organizador y la intencionalidad en la enfermería con su aspecto transformador del conocimiento estético. La intención de los cuidados que guía la creación del curso y el entorno se entiende como una energía vital que fluye y se interrelaciona de forma crítica con cada aspecto del curso. Desde esta perspectiva, la intención de la enfermería de cuidados en todas sus dimensiones es fundamental para dar forma a la enseñanza y al aprendizaje.

Investigación

La investigación y el desarrollo se centran en ampliar el lenguaje de cuidado descubriendo las formas de vivir los cuidados todos los días (Schoenhofer et al., 1998) y reconceptualizar los resultados de enfermería como «valor experimentado en las situaciones de enfermería» (Boykin y Schoenhofer, 1997; Schoenhofer y Boykin, 1998a, 1998b). Al entrevistar a estudiantes graduados, las facultades de enfermería y las agencias de servicios de salud utilizan aspectos de la teoría para basar la investigación, la docencia y la práctica. La línea de desarrollo cubre las siguientes áreas: *a)* clarificación del concepto de persona; *b)* extensión del objetivo de potenciar la persona como resultado general de la enfermería; *c)* ilustrar la comprensión del concepto de invitación directa; *d)* innovaciones en la investigación de enfermería; *e)* utilización de la teoría en el trabajo de teorías de nivel intermedio, y *f)* utilización de la teoría en el análisis crítico de los cuidados. La enfermería como cuidado se ha traducido al japonés, lo que supone el comienzo de la aceptación general de la teoría.

CRÍTICA

Claridad

Boykin y Schoenhofer consiguen la claridad semántica al desarrollar la teoría de la enfermería como cuidado en el lenguaje cotidiano. Las bases fundamentales que dirigen la teoría están claramente reconocidas e interrelacionadas. Los significados se entienden de forma intuitiva y reflexiva. La aceptación de que todas las personas son cuidado es necesaria para entender la teoría, ya que Boykin y Schoenhofer afirman que el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada es la fuente y la base de la enfermería. Se acepta que la enfermería es tanto una disciplina como una profesión que proporciona el marco conceptual para la creación de metodologías de investigación que, con fluidez, unen tanto la disciplina como la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

profesión dentro del marco de la investigación durante la práctica, o la práctica como investigación. Schoenhofer (2002b) ha afirmado que una metodología adecuada para penetrar en el conocimiento de enfermería en una situación de enfermería incluiría un proceso fenomenológico-hermenéutico de la orientación de la investigación en la acción. Dicha metodología permite el estudio del significado de enfermería al ser cocreado dentro de la experiencia vivida de una situación de enfermería.

Simplicidad

La simplicidad de la teoría deriva del lenguaje cotidiano y de la naturaleza recíproca de la enfermería cuya base fundamental es la persona como cuidado. Los principios de la teoría abarcan un amplio alcance del entendimiento humano y se apoyan totalmente en el trabajo de base conceptual basado en vivir el cuidado. Sin embargo, en torno a esto la teoría se vuelve más compleja, pues los principios y los conceptos son más ricos en significado y están densamente interconectados cuando la enfermera llega a identificarse como persona de cuidado en dimensiones incluso mayores (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El significado de la enfermería como cuidado se expresa mejor en una situación de enfermería en la que el cuidado vivido activa el conocimiento de sí mismo y del otro.

Generalidad

Boykin et al. (2003) describen la teoría de la enfermería como cuidado como una teoría de enfermería general que ofrece un marco filosófico amplio, con implicaciones concretas para transformar la práctica. Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, el centro del conocimiento y de la acción de enfermería es nutrir a las personas que viven los cuidados y crecen en cuidados. La teoría puede emplearse para guiar tanto la práctica individual como la práctica organizativa de instituciones. La teoría de la enfermería como cuidado dirige el desarrollo de teorías de nivel intermedio como la teoría de Locsin (1998) de la competencia tecnológica como cuidados, el modelo de cuidados de Dunphy y Winland-Brown (2001) para enfermería de práctica avanzada, el modelo de Purnell (2006) de educación en enfermería basada en los cuidados y el abordaje de Eggenberger y Keller (2008) para la simulación en los cuidados.

Precisión empírica

La teoría de la enfermería como cuidado no se presta a metodologías de investigación de la ciencia tradicional sino que se prueba en el uso con enfoques de una ciencia humana. Puesto que la localización del estudio sobre enfermería es la situación de enfermería en sí, el estudio sistemático de las llamadas de enfermería precisa un método que pueda abarcar el círculo dialógico del entendimiento de personas conectadas en el cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) distinguen claramente entre estudio *sobre* enfermería y estudio *de* enfermería. La plenitud de las situaciones de enfermería no es manejable para ser estudiada mediante técnicas de medición, aunque la información derivada es útil a la enfermera y al paciente.

Consecuencias deducibles

Cuando se integra en la práctica de enfermería, la teoría de la enfermería como cuidado se ilumina y nos demuestra los valores de los cuidados de enfermería. Éstos incluyen el valor directo no mediado de los cuidados de enfermería en términos económicos, el valor de la enfermería como servicio humano y social, el valor de los cuidados de enfermería como práctica rica y satisfactoria para las enfermeras y el valor de la enfermería regenerativa para la disciplina. La importancia de la enfermería como cuidado se evidencia en la adopción de la teoría a niveles múltiples, desde la práctica individual hasta el departamento hospitalario o la administración de enfermería, y ahora a toda la institución. Los valores de enfermería se traducen en valores de bienestar general, y los cuidados penetran en dominios del personal ajeno a la enfermería.

RESUMEN

La teoría de la enfermería como cuidado es una teoría de enfermería importante, que ofrece un marco filosófico amplio con implicaciones prácticas para la transformación de la práctica (Boykin et al., 2003). Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, su centro y objetivo como disciplina de conocimientos y servicio profesional es «nutrir a las personas que viven y crecen en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 12). La teoría se basa en los principios fundamentales de que: *a)* ser humano es ser cuidado y *b)* las actividades de

la disciplina y de la profesión de enfermería coinciden al llegar a conocer a las personas como cuidado, y nutrirlas como personas que viven y crecen en el cuidado.

La intención formada y la presencia auténtica guían a la enfermera a seleccionar y organizar el conocimiento empíricamente basado para su utilización práctica en cada situación de enfermería única y no repetible. Ya que el cuidado se crea expresamente en el momento en respuesta a una llamada única experimentada para los cuidados de enfermería, no puede haber un resultado previsto o prescrito. Sin embargo, el cuidado que experimentan las personas cuidadas y los otros en la situación de enfermería puede ser descrito y valorado (Boykin y Schoenhofer, 1997; Schoenhofer y Boykin, 1998a, 1998b), y en la teoría de la enfermería como cuidado, se convierte en un foco importante de estudio e investigación.

El cuidado en enfermería es «una expresión de amor altruista y activa, es intencional y abarca la identificación del valor y de la conexión» (Boykin y Schoenhofer, 2006, p. 336). Aunque el cuidado no es sólo para la enfermería, se vive expresamente en la enfermería. La enfermería como disciplina y profesión sólo se centra en el cuidado como su valor principal, su interés fundamental y la intención directa de su práctica.

Los modelos de práctica se han desarrollado en varias zonas de práctica institucional y la enfermería para el cuidado se ha empleado como base conceptual para el desarrollo de teorías intermedias. Como la teoría de la enfermería como cuidado es más conocida, la referencia a ésta en publicaciones sobre la disciplina y su consideración han aumentado constantemente. La teoría se ha utilizado como una base teórica para investigaciones de máster y doctorados (Herrington, 2002; Linden, 1996, 2000).

Caso clínico

Estudio de una situación enfermera

La perspectiva de la enfermería como cuidado es un estudio de la situación de la enfermería; más que un caso clínico centrado en la personalidad como un proceso de vida basado en el cuidado (Boykin y Schoenhofer, 1991; Touhy, 2004), la situación de enfermería es la unidad de conocimiento estudiada. La relación mutua compartida entre la enfermera y la persona cuidada es de reciprocidad y de subjetividad. Ya que el conocimiento de enfermería se encuentra en la situación de enfermería, la experiencia vivida y compartida entre la enfermera y la persona cuidada mejora a la persona. Por tanto, la historia es el método para conocer la enfermería.

Los patrones de conocimiento fundamentales de Carper (1978), personal, empírico, ético y estético, abren caminos útiles para la organización y el entendimiento del rico contenido de la situación de enfermería. El conocimiento personal se centra en el encuentro, la experiencia y el conocerse a sí mismo y al otro. La empatía, el conocimiento compartido de otro, es una expresión de conocimiento personal. El conocimiento empírico es impersonal y factual, y dirige la ciencia de los cuidados en enfermería. El conocimiento ético se ocupa de las obligaciones morales inherentes a situaciones de enfermería y de lo que debería ser.

Cada camino transforma el conocimiento en la creación de un conocer estético. El conocimiento estético es la apreciación subjetiva de los fenómenos como se viven en la situación de enfermería. Las historias de enfermería, por tanto, representan tanto el proceso de conocimiento estético (apreciación creativa) como el producto del conocimiento estético (iluminación e integración) (Boykin y Schoenhofer, 1991). Los resultados de los cuidados son los valores experimentados dentro de la situación de enfermería.

Para este estudio de una situación de enfermería, lea lentamente la siguiente historia y permítase a sí mismo estar con la enfermera y con las personas cuidadas, compartiendo los sentimientos de cada uno y pensando en sus reflexiones.

Cualquier miércoles*

Como enfermera clínica, a menudo, daba una vuelta por el servicio de urgencias a primera hora de la mañana para alcanzar al turno de noche antes de que se marcharan a casa. Para echar una mano al personal, que estaba agotado, decidí responder a una llamada en el vestíbulo, donde estaban las salas de exploración ginecológica. Al entrar en la habitación, vi a una mujer joven sollozando en silencio mientras su marido intentaba consolarla. «Creo que algo salió de mí» era todo lo que podía decir.

*La autora da las gracias a Patricia «Pidge» Gooch, BSN, RN, por compartir esta historia clínica.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Me presenté y suavemente levanté la sábana y vi que esta mujer había dado a luz a un diminuto feto muerto. La enfermera a cargo de la paciente se reunió conmigo y me dijo que en una ecografía previa había un fuerte latido cardíaco de 150 en el feto, pero que el cuello uterino de la mujer parecía anormal. Las enfermeras estaban preparando su ingreso tan pronto como fuera posible, pero la naturaleza siguió otro curso. Tantas veces lo he experimentado en mi carrera de enfermera en urgencias y nunca estoy preparada para las visiones o emociones que acompañan a estas circunstancias.

Le pedí al padre que se quedara junto a la paciente y fui a reunirme con el médico de urgencias. Cuando el médico pinzó y cortó el cordón, le pedí discretamente si podíamos envolver el feto en una sábana y darle a la madre la oportunidad de verlo y despedirse... casi simultáneamente, el padre se giró y me dijo «ella quiere ver al bebé, pero no creo que deba». Le dije suavemente que si ella quería ver al bebé, debería hacerlo. El padre estuvo de acuerdo pero decidió que no podría estar en la habitación para esta interacción.

Envolví este pequeño paquete en una sábana. Los dedos de manos y pies y los rasgos faciales eran perfectos. La madre nos preguntó si podíamos decirle de qué sexo era el bebé; el médico lo miró y dijo que era demasiado pronto para saberlo. Una vez se fueron todos de la habitación y nos quedamos ella, yo y su bebé, le pregunté en qué nombres había pensado. Me dijo los nombres mientras acariciaba suavemente la cara del bebé.

Al cabo de unos 10 minutos, tuvo muchas náuseas. Fuera por la hidromorfona o por la experiencia, quién sabe, llegó el momento de despedirse y lo hizo de una forma preciosa, tranquila y digna. Acarició suavemente la cabeza del bebé, sin poder dejar de mirar a su «primogénito», aun siendo tan desdichada. Era tan dulce, tan maternal. Pensé en mis dos hijos sanos en casa y su pérdida me dio muchísima pena.

En otra habitación, una vez juntos los padres, otra enfermera y yo pusimos al bebé en un recipiente adecuado para el departamento de anatomía patológica. Fue algo muy triste que una vida no tuviera ni tan siquiera una oportunidad, pero también asombrosas las emociones establecidas hoy. ¿Qué otra profesión puede experimentar esto con sus «clientes»? ¿Cuántas personas del mundo tienen la fuerza interna para abordar estas situaciones?

Intuitivamente, había sentido la necesidad de esta paciente de ver a su bebé. En el aspecto humano, lloré con ella cuando cogió por primera vez a su bebé y le examinó los dedos de manos y pies, tan aparentemente perfectos. ¿Cómo puede ser que cosas tan aparentemente perfectas no sobrevivan? ¿Cómo puede una madre soportar este dolor? Volví a recordar lo privilegiada que soy por compartir estos viajes con mis pacientes y que estoy en mucha mayor sintonía con sus necesidades ahora que sigo mi formación formal de enfermería. Más tarde vino el médico y me dio las gracias por haber pensado en dejar que la madre se despidiera... dijo que él habría pasado por alto este importante aspecto de su cuidado.

Me enorgullece ser enfermera cada día, pero hoy, mientras rezaba por la familia y el alma del bebé, fui con la cabeza aún más alta, sabiendo que soy una entidad única que puede marcar la diferencia… incluso en un miércoles cualquiera en el trabajo.

Patricia Gooch, BSN, RN
Coral Springs, Florida

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

Reflexión de una situación de enfermería

Busque un espacio cómodo para hacer una pausa, recordar y reflexionar. Cierre los ojos y ahonde en los significados y el cuidado que se produjeron en la situación de enfermería, luego métase totalmente en el momento y en los significados que aparecen con estas preguntas:

1. Póngase en el lugar de la enfermera y vea a la persona cuidada a través de sus ojos. Describa las llamadas de cuidado percibidas por la enfermera. ¿Cómo expresa la enfermera el cuidado en respuesta a las llamadas de cuidado?
2. En la humildad de la situación de enfermería, ¿cómo vive el padre la esperanza, la humildad y la confianza? ¿Cómo expresa el padre su cuidado?

3. Entre en el mundo de la madre y sea sensible a su dolor. ¿Cuáles fueron los valores de cuidado experimentados por la madre en la situación de enfermería? ¿Cómo expresó la enfermera su compasión? ¿Cómo habría respondido a las llamadas de cuidado de la madre?
4. Describa el conocimiento empírico de la enfermera captado en su conmovedora descripción del bebé. ¿Cómo influyó en sus respuestas de cuidado?
5. ¿Quién se encargó del cuidado cuando la enfermera se dedicó a la atención post mortem del bebé?
6. ¿Qué diferencia marcó la enfermería en esta situación de enfermería? Describa la mutualidad de vivir y crecer en el cuidado.
7. ¿Qué es lo que más le importa sobre la enfermería? Quizá quiera anotar su propia historia de cuidados en un diario y recordar la historia más adelante en su carrera como enfermera.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Archives of Caring in Nursing, Christine E. Lynn Center for Caring, College of Nursing, Florida Atlantic University
- http://nursing.fau.edu/index.php?main=6&nav=536
- The Theory of Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice http://www.nursingascaring.com
- Boykin, A. y Schoenhofer, S. O. (2001). Nursing as caring: A model for transforming practice [reimpresión del original de 1993, con la adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Touhy, T., Eggenberger, T. y Keller, K. (2008). Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. International Journal for Human Caring, 12(2), 42-49.s
- Touhy, T. y Boykin, A. (2008). Caring as the central domain in nursing education. International Journal for Human Caring, 12(2), 8-15.
- Touhy, T. A. (2004). Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. Nursing Science Quarterly, 17(1), 43-49.

REFERENCIAS

Algase, D. L., & Whall, A. F. (1993). Rosemary Ellis' views on the substantive structure of nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*(1), 69-72.

Boykin, A. (1990). Creating a caring environment: Moral obligations in the role of dean. In M. Leininger & J. Watson (Eds.), *The caring imperative in education* (pp. 247-254). New York: National League for Nursing.

Boykin, A. (1994a). Creating a caring environment for nursing education. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring-based program* (pp. 11-25). New York: National League for Nursing Press.

Boykin, A. (Ed.). (1994b). *Living a caring-based program.* New York: National League for Nursing.

Boykin, A. (Ed.). (1995). *Power, politics and public policy: A matter of caring.* New York: National League for Nursing.

Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming care in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine, 26*(4), 331-336.

Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living caring in practice: The transformative power of the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring, 9*(3), 15-19.

Boykin, A., & Parker, M. E. (1997). Illuminating spirituality in the classroom. In M. S. Roach (Ed.), *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality* (pp. 21-33). Mahwah, NJ: Paulist Press.

Boykin, A., Parker, M., & Schoenhofer, S. (1994). Aesthetic knowing grounded in an explicit conception of nursing. *Nursing Science Quarterly, 7*(4), 158-161.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice.* New York: National League for Nursing Press.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1990). Caring in nursing: Analysis of extant theory. *Nursing Science Quarterly, 3*(4), 149-155.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1991). Story as link between nursing practice, ontology, and epistemology. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 23*(4), 245-248.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1997). Reframing nursing outcomes. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 1*(3), 60-65.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2006). Nursing as caring: An overview of a general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed., pp. 334-348). Philadelphia: F. A. Davis.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001a). *Nursing as caring: A model for transforming practice* [reimpresión del original de 1993, con la adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly, 25*(3), 1-7.
Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2006). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's nursing as caring theory. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 334-348). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Boykin, A., Schoenhofer, S. O., Smith, N., St. Jean, J., & Aleman, D. (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration Quarterly, 27*, 223-230.
Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Advances in Nursing Science, 1*(1), 113-124.
Dunphy, L. H. (1998). *The circle of caring: A transformative model of advanced practice nursing.* 20th Research Conference of the International Association for Human Caring, Philadelphia.
Dunphy, L. H., & Winland-Brown, J. (2001). *Primary care: The art and science of advanced practice nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Eggenberger, T., & Keller, K. (2008). Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring, 12*(2), 42-49.
Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada.* New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
Gaut, D. A. & Boykin, A. (Eds.). (1994). *Caring as healing: Renewal through hope.* New York: National League for Nursing.
Herrington, C. L. (2002). *The meaning of caring: From the perspective of homeless women* (Master's thesis, University of Nevada, Reno, 2002). *Masters Abstracts International, 41*(01), 191.
King, A., & Brownell, J. (1976). *The curriculum and the disciplines of knowledge.* Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing.
Kiser-Larson, N. (2000). The concepts of caring and story viewed from three nursing paradigms. *International Journal for Human Caring, 4*(2), 26-32.
Linden, D. (1996). *Philosophical exploration in search of the ontology of authentic presence* (Master's thesis, Florida Atlantic University, West Palm Beach, FL, 1996). *Masters Abstracts International*, 35(2), 519.
Linden, D. (2000). The lived experience of nursing as caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 403-407). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Locsin, R. C. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*(3), 201-203.
Locsin, R. C. (1998). Technologic competence as caring in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 50-56.
Mayeroff, M. (1971). *On caring.* New York: Harper Collins.
Orem, D. E. (Ed.). (1979). *Concept formalization in nursing. Process and product* (2nd ed.). Boston: Little, Brown and Company.
Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing.* New York: National League for Nursing Press.
Phenix, P. (1964). *Realms of meaning.* New York: McGraw Hill.
Purnell, M. J. (2006). Development of a model of nursing education grounded in caring and application to online nursing education. *International Journal for Human Caring, 10*(3), 8-16.
Roach, M. S. (1987). *Caring, the human mode of being.* Ottawa, Ontario, Canada: CHA Press.
Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being* (2nd revised ed.). Ottawa, Ontario, Canada: CHA Press.
Schoenhofer, S. O. (2001). Infusing the nursing curriculum with literature on caring: An idea whose time has come. *International Journal for Human Caring, 5*(2), 7-14.
Schoenhofer, S. O. (2002a). Choosing personhood: Intentionality and the theory of nursing as caring. *Holistic Nursing Practice, 16*(4), 36-40.
Schoenhofer, S. O. (2002b). Philosophical underpinnings of an emergent methodology for nursing as caring inquiry. *Nursing Science Quarterly, 15*(4), 275-280.
Schoenhofer, S. O., Bingham, V., & Hutchins, G. (1998). Giving of oneself on another's behalf: The phenomenology of everyday caring. *International Journal for Human Caring, 2*(2), 23-29.
Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998). Discovering the value of nursing in high-technology environments: Outcomes revisited. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 31-39.
Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998). The value of caring experienced in nursing. *International Journal for Human Caring, 2*(4), 9-15.
Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1993). Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 83-92). New York: National League for Nursing Press.
Thomas, J., Finch, L. P., Green, A., & Schoenhofer, S. O. (2004). The caring relationships created by nurse practitioners and the ones nursed: Implications for practice. *Topics in Advanced Nursing Practice, ejournal, 4*(4). Retrieved March 9, 2005, from *http://www.medscape.com.*
Touhy, T. A. (2004). Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. *Nursing Science Quarterly, 17*(1), 43-49.
Touhy, T., & Boykin, A. (2008). Caring as the central domain in nursing education. *International Journal for Human Caring, 12*(2), 8-15.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Boykin, A. (Ed.). (1994). *Living a caring-based program.* New York: National League for Nursing.
Boykin, A. (Ed.). (1995). *Power, politics and public policy: A matter of caring.* New York: National League for Nursing.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice.* New York: NLN Publications.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice* [Rerelease of original volume, with epilogue added]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Gaut, D. A. & Boykin, A. (Eds.). (1994). *Caring as healing: Renewal through hope.* New York: National League for Nursing.

Capítulos de libros

Beckerman, A., Boykin, A., Folden, S., & Winland-Brown, J. (1994). The experience of being a student in a caring-based program. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring-based program* (pp. 79-92). New York: National League for Nursing.

Boykin, A. (1990). Creating a caring environment: Moral obligations in the role of dean. In M. Leininger & J. Watson (Eds.), *The caring imperative in education* (pp. 247-254). New York: National League for Nursing.

Boykin, A. (1994). Creating a caring environment for nursing education. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring-based program* (pp. 11-25). New York: National League for Nursing.

Boykin, A. (1998). Nursing as caring through the reflective lens. In C. Johns & D. Freshwater (Eds.), *Transforming nursing through reflective practice* (pp. 43-50). Oxford, England: Blackwell Science.

Boykin, A., & Parker, M. (1997). Illuminating spirituality in the classroom. In S. Roach (Ed.), *Caring from the heart.* Mahwah, NJ: Paulist Press.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2000). Nursing as caring: An overview of a general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice.* Philadelphia: F. A. Davis.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2006). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's nursing as caring theory. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 334-348). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Parker, M. E., & Schoenhofer, S. O. (2007). Foundations for nursing education: Nursing as a discipline. In B. A. Moyer & R. Whittman-Price (Eds.), *Nursing education: Foundations for practice and excellence* (pp. 4-11). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Schoenhofer, S. O. (2001). A framework for caring in a technologically dependent nursing practice environment. In R. C. Locsin (Ed.), *Advancing technology, caring and nursing* (pp. 3-11). Westport, CT: Auburn House.

Schoenhofer, S. O. (2001). Outcomes of nurse caring in high technology practice environments. In R. C. Locsin (Ed.), *Advancing technology, caring, and nursing* (pp. 79-87). Westport, CT: Auburn House.

Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1993). Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 83-92). New York: National League for Nursing Press.

Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (2001). Caring and the advanced practice nurse. In L. Dunphy & J. Winland-Brown (Eds.), *Primary care: The art and science of advanced practice nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Schoenhofer, S. O., & Coffman, S. (1993). Valuing, prizing and growing in a caring based program. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring based program* (pp. 127-165). New York: National League for Nursing.

Artículos de revistas

Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming care in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine, 26*(4), 331-336.

Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living caring in practice: The transformative power of the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring, 9*(3), 15-19.

Boykin, A., & Dunphy, L. (2002). Reflective essay: Justice-making: Nursing's call. Florence Nightingale. *Policy, Politics and Nursing Practice, 3*(1), 14-19.

Boykin, A., Parker, M., & Schoenhofer, S. (1994). Aesthetic knowing grounded in an explicit conception of nursing. *Nursing Science Quarterly, 7*(4), 158-161.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1990). Caring in nursing: Analysis of extant theory. *Nursing Science Quarterly, 3*(4), 149-155.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1991). Story as link between nursing practice, ontology, and epistemology. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 23*(4), 245-248.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1997). Reframing outcomes: Enhancing personhood. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 1*(3), 60-65.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2000). Is there really time to care? *Nursing Forum, 35*(4), 36-38.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly, 25*(3), 1-7.

Boykin, A., Schoenhofer, S. O., Smith, N., St. Jean, J., & Aleman, D. (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration Quarterly, 27*, 223-230.

Boykin, A., & Winland-Brown, J. (1995). The dark side of caring: Challenges of caregiving. *Journal of Gerontological Nursing, 21*(5), 13-18.

Finch, L. P., Thomas, J. D., & Schoenhofer, S. O. (2006). Research as praxis: A mode of inquiry into caring in nursing. *International Journal for Human Caring, 10*(1), 28-31.

Schoenhofer, S. O. (1989). Love, beauty, and truth: Fundamental nursing values. *Journal of Nursing Education, 28*(8), 382-384.

Schoenhofer, S. O. (1994). Transforming visions for nursing in the timeworld of Einstein's dreams. *ANS Advances in Nursing Science, 16*(4), 1-8.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Schoenhofer, S. O. (1995). Rethinking primary care: Connections to nursing. *ANS Advances in Nursing Science, 17*(4), 12-21.
Schoenhofer, S. O. (2001). Infusing the nursing curriculum with literature on caring: An idea whose time has come. *International Journal for Human Caring, 5*(2), 7-14.
Schoenhofer, S. O. (2002). Philosophical underpinnings of an emergent methodology for nursing as caring inquiry. *Nursing Science Quarterly, 15*(4), 275-280.
Schoenhofer, S. O. (2002). Choosing personhood: Intentionality and the theory of nursing as caring. *Holistic Nursing Practice, 16*(4), 36-40.
Schoenhofer, S., Bingham, V., & Hutchins, G. (1998). Giving of oneself on another's behalf: The phenomenology of everyday caring. *International Journal for Human Caring, 2*(2), 23-29.
Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998). The value of caring experienced in nursing. *International Journal for Human Caring, 2*(4), 9-15.
Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998). Discovering the value of nursing in high-technology environments: Outcomes revisited. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 31-39.
Schoenhofer, S. O., Dollar, C. B., & Roberson, S. (2007). Advanced practice nursing in disasters: Toward a model grounded in the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring, 11*(3), 63.
Thomas, J. D., Finch, L. P., & Schoenhofer, S. O. (2004). The caring relationships created by nurse practitioners and the ones nursed: Implications for practice. *Topics in Advanced Practice Nursing, 4*(4), 6.
Touhy, T., & Boykin, A. (2008). Caring as the central domain in nursing education. *International Journal for Human Caring, 12*(2), 8-15.

Fuentes secundarias

Libros

Locsin, R. C. (Ed.). (2001). *Advancing technology, caring, and nursing.* Westport, CT: Greenwood Publishing.
Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice.* Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Capítulos de libros

George, J. (2002). Nursing as caring. Anne Boykin and Savina Schoenhofer. In J. George (Ed.), *Nursing theories.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
Linden, D. (2000). The lived experience of nursing as caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 403-407). Philadelphia: F. A. Davis.
Locsin, R. C. (1995). Technology and caring in nursing. In A. Boykin (Ed.), *Power, politics, and public policy: A matter of caring* (pp. 24-36). New York: National League for Nursing.
Locsin, R., & Campling, A. (2005). Techno sapiens and post humans: Nursing, caring, and technology. In R. Locsin (Ed.), *Technological competency as caring in nursing: A model for practice* (pp. 142-155). Indianapolis: Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Artículos de revistas

Barry, C. D. (2001). Creating a quilt: An aesthetic expression of caring for nursing students. *International Journal for Human Caring, 6*(1), 25-29.
Bulfin, S., & Mitchell, G. J. (2005). Nursing as caring theory: Living theory in practice. *Nursing Science Quarterly, 18*(4), 313-319.
Carter, M. A. (1994). [Book reviews: *Nursing as caring: A model for transforming practice]. Nursing Science Quarterly*, 7, 183-184.
Kiser-Larson, N. (2000). The concepts of caring and story viewed from three nursing paradigms. *International Journal for Human Caring, 4*(2), 26-32.
Locsin, R. C. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*(3), 201-203.
Locsin, R. C. (1997). Expressing nursing as caring through music. *The Silliman Journal, 8*(1 & 2), 1-10.
Locsin, R. C. (1998). Music as expression of nursing: A co-created moment. *International Journal for Human Caring, 2*(3), 40-42.
Locsin, R. C. (1998). Technological competence as caring in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 50-56.
Locsin, R. C. (2000). Technological competency as caring: Perceptions of professional nurses. *The Silliman Journal, 40 & 41*, 100-104.
Locsin, R. C. (2002). Aesthetic expressions of the lived world of people waiting to know: Ebola at Mbarara, Uganda. *Nursing Science Quarterly, 15*(2), 123-130.
Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (2007). Rapture and suffering with technology in nursing. *International Journal for Human Caring, 11*(1), 38-43.
McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 1388-1395.
Purnell, M. J. (2006). Development of a model of nursing education grounded in caring and application to online nursing education. *International Journal for Human Caring, 10*(3), 8-16.
Purnell, M. J., & Mead, L. J. (2007). When nurses mourn: Layered suffering. *International Journal for Human Caring, 11*(2), 47-52.
Smith, M. C. (1994). [Book review: *Nursing as caring: A model for transforming practice*]. *Nursing Science Quarterly, 7*, 184-185.
Smith, M. C. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *ANS Advances in Nursing Science, 21*(4), 14-28.
Touhy, T. A. (2001). Touching the spirit of elders in nursing homes: Ordinary yet extraordinary care. *International Journal for Human Caring, 6*(1), 12-17.
Touhy, T. A. (2004). Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. *Nursing Science Quarterly, 17*(1), 43-49.

Winland-Brown, J. E. (1996). Can caring for critically ill patients be taught by reading a novel? *Nurse Educator, 21*(5), 23-27.

Otras fuentes

Herrington, C. L. (2002). The meaning of caring: From the perspective of homeless women (Master's thesis, University of Nevada, Reno, 2002). *Masters Abstracts International, 41*(01), 191.

Linden, D. (1996). Philosophical exploration in search of the ontology of authentic presence (Master's thesis, Florida Atlantic University, West Palm Beach, FL, 1996). *Masters Abstracts International, 35*(2), 519.

Touhy, T. A. (2003). *More alike than different: Caring across cultures in nursing homes.* Unpublished study of cultural harmony based on Boykin and Schoenhofer's theory of nursing as caring. Funding by Quantum Foundation, West Palm Beach, FL.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 20

Afaf Ibrahim Meleis

Teoría de las transiciones

Eun-Ok Im

«Creo firmemente que, aunque el conocimiento es universal, los agentes para desarrollarlo deben reflejar la naturaleza de las cuestiones enmarcadas y dirigidas por diferentes disciplinas sobre la salud y el bienestar de individuos o poblaciones» (Meleis, 2007, ix).

BIOGRAFÍA

Afaf Ibrahim Meleis nació en Alejandría (Egipto). En comunicaciones personales con Meleis (29 de diciembre de 2007), cree que la enfermería ha sido parte de su vida desde que nació. Su madre es considerada como la Florence Nightingale de Oriente Medio; fue la primera persona de Egipto en obtener un grado en enfermería por la Universidad de Siracusa y la primera enfermera en obtener un máster en salud pública y un doctorado de una universidad egipcia. Meleis pensaba que llevaba la enfermería en la sangre y admiraba la dedicación y compromiso de su madre a la profesión. Influida por su madre, Meleis acabo interesándose por la enfermería y le encantaba el potencial de desarrollar la disciplina. No obstante, cuando eligió la enfermería, sus padres se opusieron a su elección porque sabían cuánto luchan las enfermeras por tener voz y el grado en que se involucran en la calidad asistencial. Sin embargo, al final aprobaron su decisión y creyeron que Meleis podría hacerlo.

Meleis completó su licenciatura de enfermería en la Universidad de Alejandría, en Egipto. Fue a Estados Unidos para seguir su formación como Rockefeller Fellow para convertirse en enfermera docente (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). En la Universidad de California (Los Ángeles) completó un máster en enfermería (1964), un máster en sociología (1966) y un doctorado en psicología médica y social (1968).

Su carrera combinó puestos docentes y administrativos. Tras doctorarse, trabajó como profesora en la Universidad de California (Los Ángeles) de 1966 a 1968, y como profesora asociada en la misma universidad de 1968 a 1971. En 1971, se trasladó a la Universidad de California (San Francisco), donde pasaría los siguientes 34 años y donde desarrolló su teoría de las transiciones. En 2002 fue nombrada Margret Bond Simon Dean of Nursing y pasó a ser la decana de la School of Nursing en la Universidad de Pennsylvania.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Meleis, destacada socióloga enfermera, es una solicitada teórica, investigadora y ponente sobre temas de salud y desarrollo de las mujeres, asistencia a inmigrantes, asistencia internacional y conocimiento y desarrollo teórico. Actualmente está en el Consejo General del International Council on Women's Health Issues. Meleis ha recibido numerosos premios y honores, además de doctorados honorarios y cátedras distinguidas y honorarias de todo el mundo. Recibió la Medalla de Excelencia por sus logros profesionales y eruditos del presidente egipcio Hosni Mubarak en 1990. En 2000, recibió la Chancellor's Medal de la Universidad de Massachusetts (Amherst). En 2001 recibió el Chancellor Award for the Advancement of Women de la UCSF en reconocimiento de su papel como activista mundial en temas de mujeres. En 2004 recibió el Pennsylvania Commission for Women Award en la celebración del mes de la historia de la mujer y el Special Recognition Award in Human Services del Arab American Family Support Center en Nueva York. En 2006, recibió el premio Robert E. Davies Award de la Penn Professional Women's Network por su defensa de las mujeres.

Meleis centra su investigación en salud global, salud de inmigrantes e internacional, salud de las mujeres y desarrollo teórico de la disciplina enfermera. Ha escrito más de 150 artículos en revistas de ciencias sociales, enfermeras y médicas; 40 capítulos y numerosas monografías, procedimientos y libros. Su galardonado libro, *Theoretical Nursing: Development and Progress* (1985, 1991, 1997, 2007), se utiliza en todo el mundo.

La teoría de las transiciones empezó a desarrollarse en la década de 1960, cuando Meleis trabajaba en su tesis y puede seguirse en sus años de investigación con estudiantes y compañeros. En su libro (Meleis, 2007) describe cómo empezó su viaje teórico desde la práctica y los intereses de investigación. En la investigación del máster y de su tesis, Meleis investigó fenómenos de planificación de embarazos y procesos implicados para llegar a ser padres y dominar los roles de la crianza. Se centró en la comunicación e interacción de los cónyuges en la planificación efectiva o no del número de hijos en las familias (Meleis, 1975) y más tarde entendió que sus primeras ideas eran incompletas al no considerar las transiciones.

Posteriormente, sus intereses de investigación se centraron en personas que no hacen transiciones saludables y el descubrimiento de intervenciones que las facilitarían. En estas cuestiones de investigación, el interaccionismo simbólico tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas. Este cambio de pensamiento teórico la llevó a las teorías mencionadas en sus publicaciones de las décadas de 1970 y 1980.

Los primeros trabajos de Meleis sobre transiciones definían transiciones no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Definió *insuficiencia del rol* como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta de rol percibida por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2007). Esta conceptualización la llevó a definir el objetivo de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. Meleis creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica de enfermería y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. Por tanto, empezó a desarrollar la suplementación del rol como terapéutica de enfermería tal y como se ve en su investigación previa (Meleis, 1975; Meleis y Swendsen, 1978; Jones, Zhang y Meleis, 1978).

La esencia de los trabajos de Meleis de la década de 1970 definía la suplementación del rol como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol por el rol propio y del cónyuge. Por tanto, la suplementación del rol incluye clarificar y adoptar roles, que pueden ser preventivos y terapéuticos.

Con estos cambios de pensamiento teórico, la suplementación del rol como terapéutica de enfermería entró en sus proyectos de investigación. Sus principales temas de investigación fueron definir los componentes, procesos y estrategias relacionadas con la suplementación del rol, que creía marcaría la diferencia para ayudar a los pacientes a realizar una transición saludable. Esto llevó a Meleis a definir *salud* como dominio y probó la definición con variables de resultados

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

alternativas como «menos síntomas», «bienestar percibido» y «capacidad para asumir nuevos roles».

Su teoría de la suplementación del rol se utilizó no sólo en sus estudios sobre el nuevo rol de crianza (Meleis y Swendsen, 1978), sino en otros estudios en pacientes postinfarto de miocardio (Dracup, Meleis, Baker y Edlefsen, 1985), ancianos (Kaas y Rousseau, 1983), cuidadores parentales (Brackley, 1992), cuidadores de pacientes con Alzheimer (Kelley y Lakin, 1988) y mujeres que no lograron ser madres y que mantenían una insuficiencia del rol (Gaffney, 1992). En estos estudios que usaban la teoría de la suplementación del rol, Meleis empezó a cuestionar la naturaleza y la experiencia humana de las transiciones. Su investigación se centró ahora en los inmigrantes y su salud. Este cambio llevó a Meleis a volver atrás y cuestionarse las «transiciones» como concepto. Meleis conoció a Norma Chick de la Massey University (Nueva Zelanda) y desarrollaron la transición como un concepto que se publicó en 1985 (Chick y Meleis, 1986). Fue el primer artículo de Meleis sobre las transiciones como un concepto importante de enfermería.

Para desarrollar este trabajo teórico, Meleis hizo extensas búsquedas bibliográficas con Karen Schumacher, estudiante de doctorado de la Universidad de California (San Francisco) para descubrir la amplia utilización de la transición como concepto o marco en la bibliografía enfermera. Encontraron 310 artículos centrados en las transiciones y Meleis siguió desarrollando el marco de transición (Schumacher y Meleis, 1994) que después se desarrollaría como una teoría intermedia. La publicación del marco de transición fue bien recibida por enfermeras expertas e investigadoras y empezó a utilizarse como marco conceptual en numerosos estudios que examinaban lo siguiente:

- Descripción de transiciones en inmigrantes (Meleis, Lipson y Dallafar, 1998).
- Experiencia de artritis reumatoide en mujeres (Shaul, 1997).
- Recuperación de cirugía cardíaca (Shih et al., 1998).
- Rol del cuidador familiar de pacientes en quimioterapia (Schumacher, 1995).
- Pérdida de memoria inicial de pacientes en Suecia (Robinson, Ekman, Meleis, Wahlund y Winbald, 1997).
- Transiciones del envejecimiento (Schumacher, Jones y Meleis, 1999).
- Transición a la maternidad de mujeres afroamericanas (Sawyer, 1997).

Investigadores que habían utilizado la transición como marco conceptual desarrollaron una teoría intermedia con el marco de la transición. Analizaron sus resultados relacionados con experiencias y respuestas de la transición, identificaron similitudes y diferencias en el uso de la transición; los resultados se compararon, contrastaron e integraron en reuniones del grupo por extensa lectura, revisión y diálogo. El trabajo colectivo se publicó en 2000 (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher y Messias, 2000) y se ha utilizado extensamente en estudios de enfermería. Véase en la figura 20-1 un diagrama de la teoría de las transiciones de nivel medio.

Las teorías específicas de la situación basadas en el marco de transición que buscaba Meleis (1997), con detalles a nivel de abstracción, grado de especificidad, ámbito de contexto y conexión con investigación y práctica enfermera, fueron similares a la teoría intermedia de las transiciones de Meleis et al. (Im, 2006; Im y Meleis, 1999a; Im y Meleis, 1999b; Schumacher, Jones y Meleis, 1999). Im y Meleis (1999b) desarrollaron una teoría específica de la situación de la transición menopáusica de inmigrantes coreanas y de ingresos bajos basada en sus resultados de investigación, utilizando el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994). Schumacher et al. (1999) desarrollaron una teoría específica de la situación de la transición en ancianos. Im (2006) desarrolló una teoría específica de la situación de la experiencia de dolor en pacientes blancos con cáncer. Estas teorías específicas de la situación derivaban de la teoría de las transiciones intermedia.

FUENTES TEÓRICAS

Las fuentes teóricas de la teoría de las transiciones son múltiples. Primero, la base de Meleis en enfermería, sociología, interaccionismo simbólico y la teoría del rol y su formación la llevó a desarrollar la teoría de las transiciones descrita. Los resultados y la experiencia de proyectos de investigación, programas educativos y práctica clínica en el ámbito hospitalario y comunitario han sido fuentes frecuentes para el desarrollo teórico en enfermería

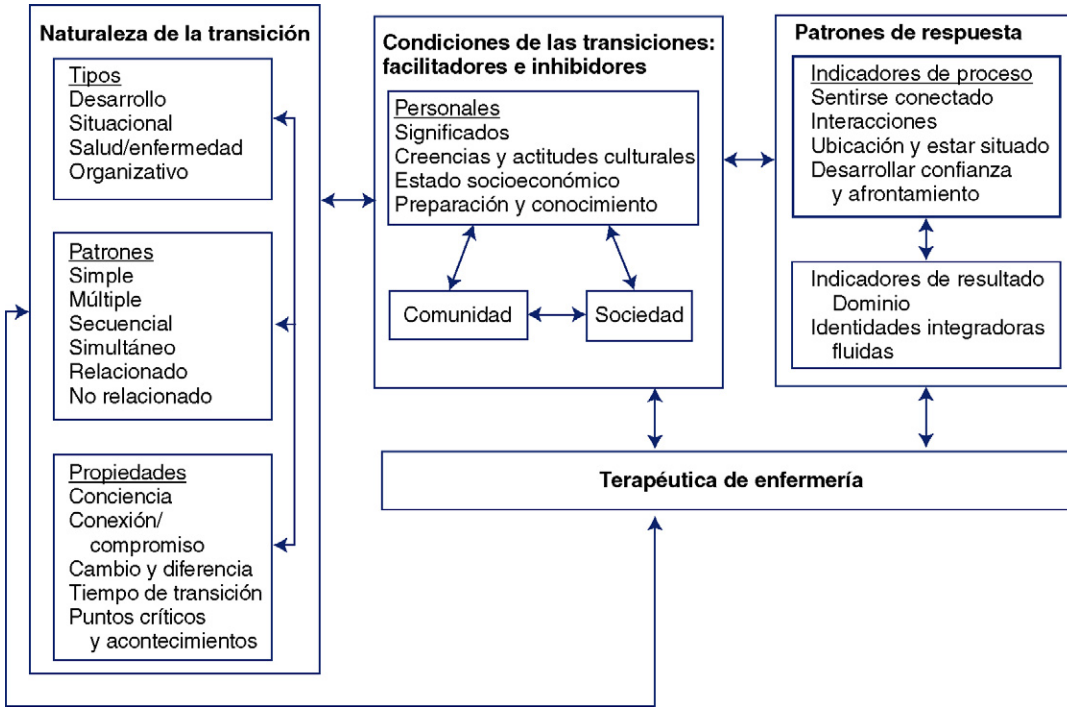


Figura 20-1 **La teoría intermedia de las transiciones.** (De Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. [2000]. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23[1], 12-28.)

(Im, 2005). Otra fuente para desarrollar la teoría de las transiciones fue una revisión bibliográfica sistemática y extensa. Se ha sugerido una revisión bibliográfica extensa y sistemática como forma de recopilar los conocimientos existentes sobre un fenómeno enfermero y se ha usado a menudo como excelente fuente para desarrollar teorías (Walker y Avant, 1995, 2005). Por último, otra fuente para desarrollar la teoría de las transiciones fueron los esfuerzos conjuntos de investigadores que usaron el marco teórico de la transición y la teoría intermedia de las transiciones en sus estudios. Como afirmó Im (2005), expertos en diferentes áreas de enfermería que trabajan en el mismo fenómeno enfermero podrían tener ideas/visiones nuevas y diferentes del mismo fenómeno.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

Se presentan los conceptos principales y definiciones de la teoría de las transiciones más actual, la teoría intermedia de las transiciones propuesta por Meleis et al. (2000). Algunos conceptos brevemente presentados en la teoría de las transiciones se definen con mayor detalle basándose en el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994).

Los conceptos principales de la teoría intermedia de las transiciones incluyen: *a)* tipos y patrones de las transiciones; *b)* propiedades de la experiencia de la transición; *c)* condiciones de las transiciones (facilitadores e inhibidores); *d)* indicadores de proceso; *e)* indicadores de resultado, y *f)* terapéutica de enfermería.

TIPOS Y PATRONES DE LAS TRANSICIONES

Los tipos de transiciones incluyen desarrollo, salud y enfermedad, y situacional y organizativo. La transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994). Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores (Schumacher y Meleis, 1994).

Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad (Meleis et al., 2000). Muchas personas sufren múltiples transiciones al mismo tiempo en vez de presentar una, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de sus vidas diarias. En el artículo de Meleis et al. (2000) se observó que cada estudio que era la base del desarrollo teórico incluía individuos que sufrían al menos dos tipos de transiciones al mismo tiempo, que no podían ser separadas ni excluirse mutuamente. Por tanto, sugirieron que es importante considerar si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas, el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de la relación entre los diferentes fenómenos que desencadenan las transiciones en un cliente.

PROPIEDADES DE LA EXPERIENCIA DE LA TRANSICIÓN

Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen: *a)* conciencia; *b)* compromiso; *c)* cambio y diferencia; *d)* tiempo, y *e)* puntos críticos y fenómenos. Meleis et al. (2000) afirmaron que estas propiedades no son necesariamente aisladas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo.

Conciencia se define como percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares (Meleis et al., 2000). Si bien la afirmación de que una persona en transición puede tener cierta conciencia de los cambios que se producen, Chick y Meleis (1986) plantearon que una ausencia de conciencia del cambio podría significar que un individuo puede no haber iniciado la experiencia de la transición; Meleis et al. (2000) propusieron que la no manifestación de la conciencia de los cambios no excluye por necesidad el inicio de una experiencia de transición. Sin embargo, aún no se ha resuelto la tensión entre conciencia de transición conocida por los clientes y enfermeras de si los clientes están en transición (Meleis et al., 2000).

Compromiso es otra propiedad de la transición sugerida por Meleis et al. (2000); se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición. Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia. Meleis et al. (2000) propusieron que el nivel de compromiso de una persona que es consciente de cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno sería

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*.

diferente del de una persona no consciente de estos cambios.

Cambios y diferencias son una propiedad de las transiciones (Meleis et al., 2000). Se supone que los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y también externos (Schumacher y Meleis, 1994). Meleis et al. (2000) afirmaron que todas las transiciones comportan un cambio, pero que no todos los cambios se relacionan con la transición. Sugirieron que, para entender bien un proceso de transición, es necesario descubrir y describir los efectos y significados de los cambios implicados y sus dimensiones (p. ej., naturaleza, temporalidad, importancia o gravedad percibida, normas y expectativas personales, familiares y sociales). También se sugieren las diferencias como propiedad de las transiciones. Meleis et al. (2002) creían que la confrontación de las diferencias podría ejemplificarse con expectativas no cumplidas o divergentes, sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver el mundo y a los otros de formas diferentes, y sugerían que podría ser útil para las enfermeras considerar el nivel de comodidad y dominio del cliente para abordar los cambios y las diferencias.

Tiempo también es una propiedad de las transiciones; todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo (Meleis et al., 2000). Según la afirmación de Bridges (1980, 1991), en la teoría intermedia de las transiciones, *transición* se define como un tiempo con un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un «final» con un nuevo inicio o período de estabilidad. Sin embargo, Meleis et al. (2000) también señalaron que podría ser difícil o imposible, y quizás incluso contraproducente, poner límites al tiempo de ciertas experiencias de transición.

Puntos críticos y acontecimientos son la propiedad final de las transiciones sugeridas por Meleis et al. (2000). Los puntos críticos y acontecimientos se definen como marcadores como nacer, morir, fin de la menstruación o diagnosticar una enfermedad. Meleis et al. (2000) también aceptaban que acontecimientos marcadores específicos no se evidenciarían en algunas transiciones, aunque éstas suelen tener puntos críticos y acontecimientos. Los puntos críticos y acontecimientos suelen asociarse a una mayor conciencia de cambios o diferencias o a un compromiso más activo al tratar las experiencias de la transición. Además, la teoría de las transiciones conceptualiza que hay puntos críticos finales caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado y que un período de incertidumbre está marcado por fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad.

CONDICIONES DE LAS TRANSICIONES

Las condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable (Schumacher y Meleis, 1994). Las condiciones de las transiciones incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables.

Las *condiciones personales* incluyen significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento. Meleis et al. (2000) consideraban que los significados atribuidos a los acontecimientos que desencadenan una transición y al propio proceso de transición pueden facilitar o impedir transiciones saludables. Las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición (p. ej., estigmatización china del cáncer) influirían en la experiencia de la transición. El estado socioeconómico podría influir en las experiencias de transición de las personas. La preparación anticipada o la falta

(*continúa*)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

de preparación facilitarían o inhibirían las experiencias de transición de las personas. *Las condiciones comunitarias* (p. ej., recursos de la comunidad) o *sociales* (p. ej., marginación de inmigrantes en el país de acogida) podrían facilitar o inhibir las transiciones. En comparación con las condiciones personales, los subconceptos de las condiciones comunitarias y sociales tienden a estar subdesarrolladas.

PATRONES DE RESPUESTA O INDICADORES DE PROCESO Y DE RESULTADO

Los indicadores de transiciones saludables en el marco de Schumacher y Meleis (1994) fueron sustituidos por patrones de respuesta en la teoría intermedia de las transiciones. Los patrones de respuesta se conceptualizan como *indicadores de proceso* y *de resultado*. Estos *indicadores de proceso* y *de resultado* caracterizan las respuestas saludables. Los *indicadores de proceso* que mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo permiten una valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Los *indicadores de resultado* pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no, pero Meleis et al. (2000) advirtieron que los indicadores de resultado podían relacionarse con otros acontecimientos en las vidas de las personas si se examinan demasiado pronto en el proceso de transición. Los indicadores de proceso sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento. La necesidad de sentirse y estar conectado es un indicador del proceso de una transición saludable; si los inmigrantes hacen nuevos contactos y continúan los antiguos con familiares y amigos, suelen estar en una transición saludable. Mediante la interacción, el significado de la transición y las conductas desarrolladas en respuesta a la transición pueden descubrirse, aclararse y reconocerse, lo que conduce a una transición saludable. La ubicación y estar situado según el tiempo, el espacio y las relaciones son importantes en la mayoría de transiciones; indican si la respuesta va en la dirección de una transición saludable. El grado en el que hay un patrón que indica que las personas expresan un aumento de sus niveles de confianza es otro proceso importante indicador de una transición saludable. Los indicadores de resultado sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas. Una transición saludable completada puede determinarse por el grado de dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar sus nuevas situaciones o entornos que demuestran las personas. La reformulación de la identidad también representa completar una transición saludable.

TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA

Schumacher y Meleis (1994) conceptualizaron la terapéutica de enfermería en tres medidas ampliamente aplicables a la intervención terapéutica durante las transiciones. Primero, propusieron valorar la preparación como una terapéutica de enfermería. La valoración de la preparación debe ser un esfuerzo multidisciplinar y requiere un conocimiento completo del cliente; requiere valorar cada condición de la transición para crear un perfil individual de la preparación del cliente y permitir a médicos e investigadores identificar varios patrones de la experiencia de la transición. Segundo, la preparación para la transición se sugiere como una terapéutica de enfermería. La preparación de la transición incluye educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición. Tercero, la suplementación del rol se propuso como una terapéutica de enfermería. La suplementación del rol fue introducida teórica y empíricamente por Meleis (1975) y usada por numerosos investigadores (Brackley, 1992; Dracup, Clark, Meleis Clyburn, Shields y Stanley 1985; Gaffney, 1992; Meleis y Swendsen, 1978). Pero el concepto de terapéutica de enfermería no se siguió desarrollando en la teoría de intermedia de las transiciones.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

En el desarrollo del marco de transición por Schumacher y Meleis (1994), una revisión sistemática y extensa de la bibliografía de más de 300 artículos relacionados con las transiciones aportó pruebas empíricas para conceptualizar y teorizar. Como se ha mencionado, el marco de transición se probó en estudios para describir transiciones de inmigrantes (Meleis et al., 1998), experiencias de mujeres con artritis reumatoide (Shaul, 1997), recuperación de cirugía cardíaca (Shih et al., 1998), desarrollo del rol del familiar cuidador de pacientes en quimioterapia (Schumacher, 1995), inmigrantes coreanas con ingresos bajos en transición menopáusica (Im, 1997; Im y Meleis, 2000, 2001; Im, Meleis y Lee, 1999), pérdida de memoria inicial de pacientes en Suecia (Robinson, Ekman, Meleis, Wahlund y Winbald, 1997), transición a la vejez (Schumacher, Jones y Meleis, 1999), transición a la maternidad de mujeres afroamericanas (Sawyer, 1997) y percepciones de su preparación para el alta hospitalaria de pacientes adultos médico-quirúrgicos (Weiss et al., 2007).

En el desarrollo de la teoría intermedia de las transiciones, 5 estudios de investigación aportaron pruebas empíricas para conceptualizar y teorizar (Sawyer, 1997; Im, 1997; Messias, Gilliss, Sparacino, Tong y Foote, 1995; Messias, 1997; Schumacher, 1994). Estos estudios se realizaron en grupos culturalmente diversos de personas en transición, como madres afroamericanas, inmigrantes coreanas de mediana edad, padres de niños con cardiopatías congénitas, inmigrantes brasileñas a Estados Unidos y familiares cuidadores de personas tratadas con quimioterapia. Los resultados empíricos de los 5 estudios aportaron la base teórica para los conceptos de la teoría intermedia de las transiciones y los conceptos y sus relaciones fueron desarrollados y formulados según un proceso colaborador de diálogo, comparación constante de resultados en los 5 estudios y análisis de resultados. Según los resultados de dos estudios (Im, 1997; Sawyer, 1997) se propuso una de las condiciones personales, los significados. Según Meleis et al. (2000), en el estudio de Im, aunque las inmigrantes coreanas de mediana edad tenían sentimientos ambivalentes sobre la menopausia, ésta no tuvo ningún significado especial. Im halló que la mayoría de participantes no expresó ningún problema especial de sus transiciones a la menopausia. Más bien, las mujeres pasaron la menopausia sin sufrir ni percibir problemas, lo que significa que «ningún significado especial» habría facilitado la transición menopáusica de las mujeres. No obstante, el estudio de Sawyer describió que las mujeres afroamericanas explicaron el goce intenso de su rol como madres y describió la maternidad como ser responsable, protectora, dar apoyo y ser necesaria. Por tanto, Meleis et al. (2000) propusieron los significados como una condición personal de la transición porque, en ambos estudios, los significados positivos y neutrales habrían facilitado la menopausia y la maternidad.

La teoría intermedia de las transiciones se ha utilizado en varios estudios para desarrollar teorías específicas de la situación (Im, 2006; Im y Meleis, 1999b; Schumacher et al., 1999) y probar la teoría en un estudio sobre la experiencia de los familiares del ingreso en una residencia de ancianos (Davies, 2005). Estos estudios también aportaron pruebas empíricas para la teoría intermedia de las transiciones.

PRINCIPALES SUPUESTOS

De obras previas de Meleis sobre suplementación del rol, del marco de transición de Schumacher y Meleis (1994) y de la teoría intermedia de las transiciones de Meleis et al. (2000) pudieron deducirse los siguientes supuestos de la teoría de las transiciones.

- Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad.
- Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.
- Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos.

Cambio y diferencia no son intercambiables, ni sinónimos de transición. Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.
- La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.
- Las enfermeras son las principales cuidadoras de clientes y familias que sufren las transiciones.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Las afirmaciones teóricas en la teoría de las transiciones se dedujeron en los primeros trabajos de Meleis. Ello incluye el trabajo sobre suplementación del rol, el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994) y la teoría intermedia de las transiciones Meleis et al. (2000). Las afirmaciones teóricas de los trabajos teóricos son:

- Las transiciones de desarrollo, salud y enfermedad son básicas en la práctica enfermera.
- Los patrones de transición incluyen: *a)* si el cliente sufre una o múltiples transiciones; *b)* si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas; *c)* el grado de superposición entre transiciones, y *d)* la naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos que desencadenan las transiciones en un cliente.
- Las propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.
- Las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud y enfermedad están influidos y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición.
- La transición saludable se caracteriza por indicadores de proceso y de resultado.
- Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y cliente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso recíproco que les afecta a ambos.

FORMA LÓGICA

La teoría de las transiciones se ha formulado y teorizado a través de la inducción con la investigación existente (revisión sistemática de la bibliografía y resultados de investigación). Como se ha mencionado, inicialmente se desarrolló como un concepto central de enfermería y después como una teoría intermedia. La teoría de las transiciones se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la experiencia de la transición entre diferentes tipos de transición para guiar la terapéutica de enfermería para personas en transición. Esta teoría ofrece un marco para ver cómo los resultados de investigaciones previas relacionadas con varios tipos de transiciones se adaptan de forma más clara y cómo pueden manipularse los conceptos para el estudio.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

En las últimas décadas, las transiciones han surgido como un concepto central del fenómeno enfermero y la teoría de las transiciones se ha utilizado extensamente en el mundo. La teoría de las transiciones se ha traducido y utilizado ampliamente en Suecia, Taiwán y otros lugares.

Práctica profesional

La teoría de las transiciones puede ofrecer una perspectiva plena de la experiencia de la transición mientras se consideran los contextos en los que las personas sufren una transición. Por su exhaustividad, aplicabilidad y afinidad con la salud, la teoría de las transiciones se ha aplicado a fenómenos humanos de interés y preocupación para las enfermeras, como enfermedad, recuperación, nacimiento, muerte, pérdida e inmigración. La teoría de las transiciones es útil para explicar transiciones de salud/enfermedad, como proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de una enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994). Los estudios indican que la teoría de las transiciones podría aplicarse a la práctica enfermera en diversos grupos de personas, como poblaciones geriátricas, psiquiátricas, maternas, familiares cuidadores, mujeres menopáusicas,

pacientes con Alzheimer, mujeres inmigrantes y personas con una enfermedad crónica, entre otros (Aroian y Prater, 1988; Brackley, 1992; Im, 1997; Kaas y Rousseau, 1983; Schumacher, Dodd y Paul, 1993; Shaul, 1997). La teoría de las transiciones podría guiar la práctica enfermera en personas con varios tipos de transiciones al ofrecer una perspectiva completa de la naturaleza y el tipo de transiciones, condiciones de las transiciones e indicadores de proceso y de resultado de patrones de respuesta a las transiciones. Además, la teoría de las transiciones guiará el desarrollo de la terapéutica de enfermería coherente con la experiencia única de los clientes y sus familias en transición, promoviendo respuestas saludables a la transición.

Formación

La teoría de las transiciones se usa extensamente en la formación de graduados y pregraduados de todo el mundo (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). Hay un interés internacional creciente por integrar la teoría de las transiciones a los estudios de enfermería de numerosos países (Meleis, comunicación personal, enero de 2008). La teoría de las transiciones se ha utilizado como marco curricular en muchos lugares, como la Universidad de Connecticut (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). En la UCSF, Meleis impartió un curso optativo independiente para graduados sobre transiciones y salud para responder a una necesidad creciente de aprendizaje de estudiantes graduados. En la Universidad de Pennsylvania se creó un centro llamado Transitions and Health en 2007 con unos fondos de 5 millones de dólares (cuya directora es Mary Taylor); es el primer centro sobre transiciones y salud subvencionado.

Investigación

Varios investigadores han utilizado la teoría de las transiciones en sus estudios como base teórica de investigación. El programa de investigación de Meleis está basado en la teoría de las transiciones y otros investigadores han probado la precisión empírica de la teoría de las transiciones en sus estudios (Davies, 2005; Weiss et al., 2007). Como se ha mencionado, la teoría de las transiciones se ha utilizado a menudo como teoría original para teorías específicas de la situación (Im y Meleis, 1999a; Im, 2006; Schumacher et al., 1999).

DESARROLLOS POSTERIORES

Como se mencionó en el artículo de la teoría intermedia de las transiciones (Meleis, 2000), la teoría de las transiciones fue un marco emergente que podría desarrollarse, comprobarse y mejorarse, reflejando la postura filosófica de Meleis sobre el desarrollo cíclico, dinámico y evolutivo de la teoría. La teoría de las transiciones sigue mejorando y comprobándose para explicar los conceptos y relaciones principales entre diversos grupos de poblaciones con varios tipos de transición, que aumentarán su poder para describir fenómenos enfermeros. Dado el suficiente apoyo empírico existente de varios estudios que utilizan la teoría de las transiciones como base teórica, los futuros estudios tienen como objetivo diseñar y realizar estudios de intervención para probar intervenciones basadas en la teoría de las transiciones, con los que ésta ganará poder para guiar la práctica enfermera. Como previó Meleis (2007) podrían desarrollarse teorías específicas de la situación basadas en la teoría de las transiciones.

CRÍTICA

Claridad y simplicidad

La teoría de las transiciones es sencilla y fácil de entender. Las definiciones conceptuales son claras y ofrecen una comprensión completa de la complejidad de las transiciones. Los conceptos principales están relacionados lógicamente y las relaciones son obvias en sus afirmaciones teóricas. Las relaciones entre los conceptos principales se dibujan claramente en un diagrama visualmente simple (v. fig. 20-1). Las variables son independientes entre sí, aunque los efectos interactivos entre las variables se representan claramente con flechas.

Generalidad

La teoría de las transiciones es una teoría intermedia. Las teorías intermedias tienen un alcance más limitado y menos abstracción que las grandes

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

teorías y estudian fenómenos o conceptos específicos, que facilitan su aplicación en la práctica enfermera. Debido a su limitado alcance, la teoría de las transiciones tiende generalizarse a personas en transición. Si se consideran diversos tipos de transiciones, la teoría de las transiciones es importante para cualquier población en transición, según el tipo de transición que experimente. La investigación utilizada para derivar la teoría de las transiciones realmente se basó en la participación de grupos de diferente sexo y etnia en varios ámbitos, lo que hace la teoría de las transiciones más aplicable y generalizable, en comparación con otras teorías desarrolladas basadas en la investigación en un grupo específico de personas.

Precisión empírica

La teoría de las transiciones ha sido probada y confirmada por Meleis y otros como marco para explicar las experiencias de transición de grupos de poblaciones en diferentes tipos de transiciones. La teoría de las transiciones sigue evolucionando en programas de investigación, y estudios continuados de investigación empírica la mejorarán. Con el desarrollo de teorías específicas de situación a partir de la teoría de las transiciones, también se reducirá la distancia del mundo empírico.

Consecuencias deducibles

La teoría de las transiciones centrada en personas en diversos tipos de transición es una guía completa y evolutiva para todas las disciplinas sanitarias. Las disciplinas relacionadas con la salud tratan un tipo de transición, simple o múltiple. Con la creciente necesidad de atención sanitaria culturalmente competente para diversos grupos de clientes, la teoría de las transiciones ofrecería una adaptación teórica más adecuada a la asistencia actual, por su consideración inherente de la diversidad de clientes y su base en la investigación en diversos grupos de personas en transición.

RESUMEN

Los sistemas sanitarios actuales se caracterizan a menudo por cambios, diversidades y complejidades. La teoría de las transiciones desarrollada a partir de estudios de investigación en diversos grupos de personas en varios tipos de transiciones podría guiar la práctica enfermera, la formación y la práctica en el sistema sanitario actual. Meleis hizo su viaje teórico desde 1960 hasta ahora; su viaje continuará y otros seguirán sus pasos. La teoría de las transiciones seguirá desarrollándose con estudios que utilizan la teoría y el liderazgo visionario de Meleis en el mundo seguirá influyendo en la práctica, la formación y la investigación de enfermería.

Caso clínico

Sue Kim, de 49 años, emigró de Corea del Sur a Estados Unidos hace 6 años. Su familia llegó a Estados Unidos para educar a sus hijos y se trasladó con familiares a Los Ángeles. Sue y su marido eran licenciados por una de las primeras universidades de Corea del Sur y su marido también completó un máster en negocios. Sin embargo, su dominio del inglés era inadecuado para trabajar en Estados Unidos, por lo que abrieron una tienda de productos coreanos con el dinero que habían traído de Corea del Sur y consiguieron establecerse en Los Ángeles, donde viven bastantes coreanos. Tienen dos hijos: Mina, de 25 años, que ahora dirige una tienda, y Yujun, de 21 años, que estudia en la universidad. Los dos nacieron en Corea del Sur y se trasladaron a Estados Unidos con Sue. Los hijos pasaron tiempos difíciles, especialmente Mina, que llegó a Estados Unidos en su último año de instituto. Sin embargo, al final se adaptaron al nuevo entorno. Mina vive sola en un apartamento de una habitación cerca del centro de Los Ángeles y Yujun, en una residencia universitaria. Los Kim son religiosos y van regularmente a la parroquia protestante de su comunidad. Participan en numerosas actividades parroquiales.

Sue y su marido han estado demasiado ocupados para someterse a controles anuales en los últimos 6 años. Hace un año, Sue empezó a tener indigestiones, náuseas, vómitos y dolor abdominal superior; tomó algunas medicinas sin receta e intentó tolerar el dolor. El mes pasado, sus síntomas empeoraron; acudió a una clínica local y se la remitió a un hospital mayor. Recientemente se le ha

diagnosticado un cáncer de estómago después de una serie pruebas, y se la ha operado; ahora sigue un tratamiento de quimioterapia.

Usted es la enfermera que cuida a Sue durante su ingreso. Siempre que se acerca a ella, Sue es muy educada y recatada. Es muy callada y nunca se queja de síntomas ni dolor. Sin embargo, piensa que Sue tiene mucho dolor cuando ve sus expresiones faciales y su sudor en la frente. Piensa que el nivel de inglés de Sue no le permite comunicarse con los profesionales de la salud. Además, ve que Sue no tiene muchas visitas, sólo su marido y sus hijos. Con frecuencia encuentra a Sue rezando mientras escucha canciones religiosas. También la encuentra sollozando en silencio. Quedan 2 semanas para que Sue acabe la quimioterapia y cree que debería hacer algo por ella, para que no sufra por el dolor y los síntomas que pueden controlarse fácilmente. Empiece a hacer algunos planes.

1. Describa su valoración de la(s) transición(es) que experimenta Sue. ¿Qué tipos de transición(es) experimenta Sue? ¿Cuáles son los patrones de la(s) transición(es)? ¿Qué propiedades de las transiciones puede identificar en este caso?
2. Describa su valoración de las condiciones personales, comunitarias y sociales de la transición que pueden haber influido en la experiencia de Sue. ¿Cuáles son los significados culturales unidos a cáncer, dolor por cáncer y síntomas de la quimioterapia en esta situación? ¿Cuáles son las actitudes culturales de Sue hacia el cáncer y los pacientes con cáncer? ¿Cuál es la preparación de Sue para que funcione(n) la(s) transición(es)? ¿Qué otros factores pueden facilitar su(s) transición(es)? ¿Qué otros factores pueden inhibir su(s) transición(es)?
3. Describa su valoración de los patrones de respuesta que muestra Sue. ¿Cuáles son los indicadores de la(s) transición(es) saludable(s)? ¿Cuáles son los indicadores de la(s) transición(es) no saludable(s)?
4. Indique cómo podría influir la teoría de las transiciones en su valoración y el cuidado enfermero para Sue.
5. Como enfermera de Sue, ¿cuál sería su primera acción/interacción? Describa su plan de cuidados para Sue.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Considere una transición específica en la que ahora esté involucrada. Identifique características de la transición definidas en la teoría de las transiciones y observables en la transición que está experimentando. Piense en otras transiciones en las que ahora pueda estar involucrada. Piense por qué elige la transición específica entre otras transiciones que está experimentando simultáneamente.
2. Analice los cambios que está experimentando por la transición específica. Piense cómo influye su nivel de conciencia de estos cambios en su experiencia de la transición. Piense cómo se habría involucrado en la transición y su relación con su nivel de conciencia de los cambios. Piense cuánto ha durado la transición y cuáles han sido los acontecimientos principales y los puntos críticos de la transición.
3. Analice las condiciones personales, comunitarias y sociales de la transición que pueden haber influido en la transición que está experimentando. Piense en las influencias de los significados unidos a la transición, las creencias y actitudes culturales relacionadas con la transición, el estado socioeconómico y su nivel de preparación para la transición y su conocimiento de la transición.
4. Describa sus respuestas a la transición y los patrones en las respuestas. Pida a cinco amigos o familiares que describan cuáles serían sus respuestas a la transición. Compare las descripciones de los individuos con diferentes edades y antecedentes (p. ej., etnia, género, estado socioeconómico).
5. Describa cuáles serían sus resultados de la transición. ¿Qué facilitaría unos resultados satisfactorios de la transición? ¿Qué inhibiría unos resultados satisfactorios de la transición?

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress (4.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Para responder al creciente interés de los investigadores por la teoría de las transiciones, se creó una página web en la Universidad de Pennsylvania: http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/

REFERENCIAS

Aroian, K., & Prater, M. (1988). Transitions entry groups: easing new patients' adjustment to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 312-313.

Brackley, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study: a nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist, 6*(1), 14-19.

Bridges, W. (1980). Transitions. Reading, MA: Addison-Wesley.

Bridges, W. (1991). Managing transition: Making the most of change. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chin (Ed.), Nursing Research Methodology: Issues and Implantation. Gainsburg, MD: Aspen Publishers.

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing, 52*(6), 658-671.

Dracup, K., & Meleis, A. I. (1982). Compliance: an interactionist approach. *Nursing Research, 31*, 31-36.

Dracup, K., Meleis, A. T., Baker, K., & Edlefsen, P. (1985). Family-focused cardiac rehabilitation: a role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America, 19*(1), 113-124.

Dracup, K., Meleis, A. I., Clark, S., Clyburn, A., Shields, L., & Staley, M. (1985). Group counseling in cardiac rehabilitation: effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling, 6*(4), 169-177.

Gaffney, K. F. (1992). Nurse practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences, 15*(2), 76-84.

Im, E. O. (1997). Negligence and ignorance of menopause within gender multiple transition context: Low income Korean immigrant women. San Francisco: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Im, E. O. (2005). Development of situation-specific theories: An integrative approach. *Advances in Nursing Science, 28*(2), 137-151.

Im, E. O. (2006). A Situation-Specific Theory of Caucasian Cancer Patients' Pain Experience. *Advances in Nursing Science, 29*(3), 232-244.

Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science, 22*(2), 11-24.

Im, E., & Meleis, A. I. (1999). A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 333-338.

Im, E., & Meleis, A. I. (2000). Meanings of menopause: low-income Korean immigrant women. *Western Journal of Nursing Research, 22*(1), 84-102.

Im, E., & Meleis, A. I. (2001). Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health, 33*(1/2), 83-103.

Im, E., Meleis, A. I., & Lee, K. (1999). Symptom experience of low-income Korean immigrant women during menopausal transition. *Women and Health, 29*(2), 53-67.

Jones, P. S., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (1978). Transforming Vulnerability. *Western Journal of Nursing Research, 25*(7), 835-853.

Kaas, M. J., & Rousseau, G. K. (1983). Geriatric sexual conformity: assessment and intervention. *Clinical Gerontologist, 2*(1), 31-44.

Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (1988). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: a case study. *Public Health Nursing, 5*(3), 146-152.

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research, 24*, 264-271.

Meleis, A. I. (1985). Theoretical Nursing: Development and Progress (1st Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (1991). Theoretical Nursing: Development and Progress (2nd Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (1997). Theoretical Nursing: Development and Progress (3rd Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress (4th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Lipson, J., & Dallafar, A. (1998). The reluctant immigrant: immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California. In D. Baxter & R. Krulfeld (Eds.). Selected Papers on Refugees and Immigrants (pp. 214-230)., *Vol. V*. Arlington, VA: American Anthropological Association.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research, 27*, 11-18.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook, 42*, 255-259.

Messias, D. K. H. (1997). Narratives of transnational migration, work, and health: the lived experiences of Brazilian women in the United States. San Francisco: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Messias, D. K. H., Gilliss, C. L., Sparacino, P. S. A., Tong, E. M., & Foote, D. (1995). Stories of transition: Parents recall the diagnosis of congenital heart defects. *Family Systems Medicine, 3*(3/4), 367-377.

Robinson, P. R., Ekman, S. L., Meleis, A. l., Wahlund, L. O., & Winbald, B. (1997). Suffering in silence: the experience of early memory loss. *Health Care in Later Life, 2*(2), 107-120.

Sawyer, L. (1997). Effects of racism on the transition to motherhood for African-American women. San Francisco: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Schumacher, K. L. (1994). Shifting patterns of self-care and caregiving during chemotherapy. San Francisco: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Schumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 9*, 211-271.

Schumacher, K. L., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health, 16*, 395-404.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In L. Swanson & T. Tripp Reimer (Eds.). Advances in Gerontological nursing: Life transitions in the older adult (pp. 1-26), *vol 3.* New York: Springer Publishing.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127.

Shaul, M. P. (1997). Transition in chronic illness: rheumatoid arthritis in women. *Rehabilitation Nursing, 22*, 199-205.

Shih, F. J., Meleis, A. I., Yu, P. J., Hu, W. Y., Lou, M. F., & Huang, G. S. (1998). Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transitions to cardiac surgery. *Heart and Lung, 27*(2), 82-98.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). Strategies for theory construction in nursing (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Strategies for theory construction in nursing (4th ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec, 21*(1), 31-42.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress (4th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Capítulos de libros

Brooten, D., & Naylor, M. D. (1999). Transitional Environments. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham & J. Shaver (Eds.), Handbook of clinical nursing research (pp. 641-654). Thousand Oaks: Sage Publications.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), Nursing research methodology (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Lipson, J. G., & Meleis, A. I. (1999). Research with immigrants and refugees. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham & J. Shaver (Eds.), Handbook of clinical nursing research (pp. 87-106). Thousand Oaks: Sage Publications.

Meleis, A. I. (1997). On transitions and knowledge development. Nursing Beyond Art and Science: Annotated Edition. Japan: Japan Academy of Nursing Science.

Meleis, A. I. (1998). Research on role supplementation. In J. J. Fitzpatrick (Ed.), Encyclopedia of Nursing Research. New Jersey: Springer Publishing.

Meleis, A. I., Lipson, J., & Dallafar, A. (1998). The reluctant immigrant: immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California. In D. Baxter & R. Krulfeld (Eds.). Selected Papers on Refugees and Immigrants (pp. 214-230), *Vol. V*. Arlington, VA: American Anthropological Association.

Meleis, A. I., Lipson, J. G., Muecke, M., & Smith, G. (1998). Immigrant women and their health: an olive paper. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.

Meleis, A. I., & Schumacher, K. L. (1998). Transitions and health. In J. J. Fitzpatrick (Ed.), Encyclopedia of Nursing Research (pp. 570-571). New Jersey: Springer Publishing.

Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1977). Does nursing intervention make a difference? A test of the ROSP. Communicating Nursing Research: Nursing Research Priorities: Choice or Chance, *vol. 8.* Boulder, CO: Western Interstate Commission for Higher Education. 308-324.

Meleis, A. I., Swendsen, L., & Jones, D. (1980). Preventive role supplementation: a grounded conceptual framework. In M. H. Miller & B. Flynn (Eds.). Current perspectives in nursing: Social issues and trends (pp. 3-14), *vol. 2.* St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1998). The elderly in transition: need and issues of care. In L. Swanson & T. Tripp Reimer (Eds.), Advances in

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gerentological Nursing. New York: Springer Publishing Comp.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In L. Swanson & T. Tripp Reimer (Eds.). Advances in Gerontological nursing: Life transitions in the older adult (pp. 1-26), *vol 3.* New York: Springer Publishing.

Disertaciones

Almendarez, B. L. (2007). Mexican American elders and nursing home transition. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas Health Science Center at San Antonio, TX.

Batty, M. L. E. (1999). Pattern identification and expanding consciousness during the transition of «low-risk» pregnancy. A study embodying Newman's health as expanding consciousness. Canada: Unpublished doctoral dissertation, University of New Brunswick.

Fowles, E. R. (1994). The relationship between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms, and maternal role attainment. Chicago, IL: Loyola University of Chicago.

Im, E-O. (1997). Negligence and ignorance of menopause within gender multiple transition context: Low income Korean immigrant women. San Francisco, CA: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Kelly, C. (1997). Restructuring public health nursing: experiences in Northern California. San Francisco, CA: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Lenz, B. K. (2002). Correlates of tobacco use and non-use among college students at a large university: Application of a transition framework. MN: Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.

McMillan, E. S. (2002). Education to practice questionnaire: A content analysis. Delaware: Unpublished doctoral dissertation, Wilmington College Division of Nursing.

Missal, B. E. (2003). The Gulf Arb woman's transition to motherhood. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.

O'Brien-Barry, P. (2003). The contribution of sex-role orientation and role commitment to interrole conflict in working first-time mothers at 6 to 9 months postpartum. New York: Unpublished doctoral dissertation, New York University.

Sawyer, L. (1997). Effects of racism on the transition to motherhood for African-American women. San Francisco: Unpublished doctoral dissertation, University of California.

Artículos de revistas

Aroian, K., & Prater, M. (1988). Transitions entry groups: easing new patients' adjustment to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 312-313.

Brackley, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study: a nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist, 6*(1), 14-19.

Dracup, K., & Meleis, A. I. (1982). Compliance: an interactionist approach. *Nursing Research, 31*, 31-36.

Dracup, K., Meleis, A. l., Baker, K., & Edlefsen, P. (1985). Family-focused cardiac rehabilitation: a role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America, 19*(1), 113-124.

Dracup, K., Meleis, A. I., Clark, S., Clyburn, A., Shields, L., & Staley, M. (1985). Group counseling in cardiac rehabilitation: effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling, 6*(4), 169-177.

Gaffney, K. F. (1992). Nurse practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences, 15*(2), 76-84.

Im, E. O. (2006). A Situation-Specific Theory of Caucasian Cancer Patients' Pain Experience. *Advances in Nursing Science, 29*(3), 232-244.

Im, E., & Meleis, A. I. (1999). A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 333-338.

Im, E., Meleis., Al., & Lee, K. (1999). Symptom experience of low-income Korean immigrant women during menopausal transition. *Women and Health, 29*(2), 53-67.

Im, E., & Meleis, A. I. (2000). Meanings of menopause: low-income Korean immigrant women. *Western Journal of Nursing Research, 22*(1), 84-102.

Im, E., & Meleis, A. I. (2001). Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health, 33*(1/2), 83-103.

Kaas, M. J., & Rousseau, G. K. (1983). Geriatric sexual conformity: assessment and intervention. *Clinical Gerontologist, 2*(1), 31-44.

Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (1988). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: a case study. *Public Health Nursing, 5*(3), 146-152.

Meleis, A. I. (1975). Role/insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing Research, 24*, 264-271.

Meleis, A. I. (1987). Role transition and health. *Kango Kenkyo: The Japanese Journal of Nursing Research, 20*(1), 81. 69-89.

Meleis, A. I. (1991). Between two cultures: identity, roles, and health. *Health Care For Women International, 12*, 365-378.

Meleis, A. I. (1997). Immigrant transitions and health care: an action plan. *Nursing Outlook, 45*(1), 42.

Meleis, A. I., & Rogers, S. (1987). Women in transition: being vs. becoming or being and becoming. *Health Care for Women International, 8*, 199-217.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research, 27*, 11-18.
Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook, 42*(6), 255-259.
Messias, D. K. H. (2002). Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health, 4*(4), 183-200.
Messias, D. K. H., Gilliss, C. L., Sparacino, P. S. A., Tong, E. M., & Foote, D. (1995). Stories of transition: Parents recall the diagnosis of congenital heart defect. *Family Systems Medicine, 13*(3;4). 367-277.
Robinson, P. R., Ekman, S. L., Meleis, A. I., Wahlund, L. O., & Winbald, B. (1997). Suffering in silence: the experience of early memory loss. *Health Care in Later Life, 2*(2), 107-120.
Schumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 9*, 211-271.
Schumacher, K. L. (1996). Reconceptualizing family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing & Health, 19*, 261-272.
Schumacher, K. L., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health, 16*, 395-404.
Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. Image: *Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127.
Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1998). Conceptualizing and measurement of doing family caregiving well. Image: *Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 63-69.
Shaul, M. P. (1997). Transition in chronic illness: rheumatoid arthritis in women. *Rehabilitation Nursing, 22*, 199-205.
Shih, F. J., Meleis, A. I., Yu, P. J., Hu, W. Y., Lou, M. F., & Huang, G. S. (1998). Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transitions to cardiac surgery. *Heart and Lung, 27*(2), 82-98.
Swendsen, L., Meleis, A. I., & Jones, D. (1978). Role supplementation for new parents: a role mastery plan. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 3*, 84-91.

Fuentes secundarias

Libros

Meleis, A. I. (2001). Guest editor of a special issue on News From The International Council On Women's Health Issues for Health Care for Women International, 22(3).
Meleis, A. I. (2001). Guest editor of a special issue on women and violence for Health Care for Women International, 22(4).
Meleis, A. I. (Ed.). (2001). Women's work, health and quality of life. Binghamton: Haworth Press, Inc.
Meleis, A. I., Isenberg, M., Koerner, J. E., Lacey, B., & Stern, P. (1995). Diversity, marginalization, and culturally competent health care: Issues in knowledge development. Washington: American Academy of Nursing.
Meleis, A. I., Lipson, J., G., Muecke, M., & Smith, G. (1998). Immigrant Women and their Health: An Olive Paper. Indianapolis, IN: Center for Nursing Press, Sigma Theta Tau.
St. Hill, P., Lipson, J. & Meleis, A. I. (Eds.). (2002). Caring for Women Cross-Culturally: A Portable Guide. Philadelphia: F.A. Davis.

Capítulos de libros

Meleis, A. I. (2002). Egyptians. In P. St. Hill, J. Lipson & A. I. Meleis (Eds.), Caring for Women Cross-Culturally: A Portable Guide. Philadelphia: F.A. Davis. [AJN Book of the Year Award 2004].
Meleis et al., Meleis, A. I., Lipson, J., & Dallafar, A. The reluctant immigrant: immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California. In D. Baxter & R. Krulfeld, (Eds.), Selected Papers on Refugees and Immigrants, Vol. V, (pp. 214-230). American Anthropological Association, Arlington, VA.

Artículos de revistas

Arruda, E. N., Larson., & Meleis, A. I. (1992). Comfort: Immigrant Hispanic patients' views. *Cancer Nursing, 15*(6), 387-394.
Barnes, D., Eribes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Sawyer, L., Shaul, M., & Meleis, A. I. (1995). Primary health care and primary care: A Confusion of philosophies. *Nursing Outlook, 43*, 7-16.
Bernal, P., & Meleis, A. I. (1995). Being a mother and a "por dia" domestic worker: Companionship and deprivation. *Western Journal of Nursing Research, 17*(4), 365-382.
Bernal, P., & Meleis, A. I. (1995). Self care actions of Colombian por día domestic workers: On prevention and care. *Women and Health, 22*(4), 77-95.
Budman, C. L., Lipson, J. G., & Meleis, A. I. (1992). The cultural consultant in mental health care: The case of an Arab adolescent. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*(3), 359-370.
Davidson, P., Meleis, A. I., Daly, J., & Douglas, M. (2003). Globalization as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice. *Contemporary Nurse, 15*(3), 162-174.
Davis, L. H., Flaherty, S., Meleis, A. I., et al. (1992). Culturally competent health care. *Nursing Outlook, 40*(6), 277-283.
Douglas, M. K., Meleis, A. I., Eribes, C., & Kim, S. (1996). The work of auxiliary nurses in Mexico: Stressors, satisfiers and coping strategies. *Journal of International Nursing Studies, 33*(5), 495-505.
Douglas, M. K., Meleis, A. I., & Paul, S. M. (1997). Auxiliary nurses in Mexico: Impact of multiple roles

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

on their health. *Health Care for Women International, 18*(44), 355-368.
Dracup, K., Cronenwett, L., Meleis, A. I., & Benner, P. E. (2005). Reflections on the Doctorate of Nursing Practice. *Nursing Outlook, 53*(4), 177-182.
Dracup, K., Cronenwett, L., Meleis, A. I., & Benner, P. E. (2005). Reply to Letter to the Editor on Reflections on the Doctorate of Nursing Practice. *Nursing Outlook, 53*(6), 269.
Facione, N. C., Dodd, M., Holzemer, W., & Meleis, A. I. (1997). Help seeking for self discovered breast symptoms: Implications for early detection. *Cancer Practice, 5*(4), 220-227.
Hall, J. M., Stevens, P. E., & Meleis, A. I. (1992). Developing the construct of role integration: A narrative analysis of women clerical workers' daily lives. *Research in Nursing & Health, 15*(6), 447-457.
Hall, J. M., Stevens, P. E., & Meleis, A. I. (1992). Experiences of women clerical workers in patient care areas. *Journal of Nursing Administration, 22*(5), 11-17.
Hall, J. M., Stevens, P. E., & Meleis, A. I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science, 16*(4), 23-41.
Hattar-Pollara, M., & Meleis, A. I. (1995). Stress of immigration and the daily lived experience of Jordanian immigrant women. *Western Journal of Nursing Research, 17*(5), 521-539.
Hattar-Pollara, M., & Meleis, A. I. (1995). Parenting adolescents: The experiences of Jordanian immigrant women in California. *Health Care for Women International, 16*(3), 195-211.
Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2000). A study of the spousal role of Egyptian women in clerical jobs. *Health Care For Women International, 21*(4), 305-317.
Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2003). Multiple role stress and patterns of coping of Egyptian Women in Clerical Jobs. *Transcultural Nursing, 14*(2), 125-133.
Im, E., Meleis, A. I., & Lee, K. A. (1999). Cultural competence of measurement scales of menopausal symptoms: use in research among Korean women. *International Journal of Nursing Studies, 36*, 455-463.
Im, E., Meleis, A. I., & Park, Y. S. (1999). A feminist critique of the research on menopausal experience of Korean women. *Research In Nursing and Health, 22*, 410-420.
Im, E., & Meleis, A. I. (2001). An international imperative for gender-sensitive theories in women's health. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(4), 309-314.
Jones, P., & Meleis, A. I. (2002). Caregiving Between Two Cultures: An Integrative Experience. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 202-209.
Jones, P. S., Jaceldo, K. B., Lee, J. R., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (2001). Role integration and perceived health in Asian American women caregivers. *Research in Nursing and Health, 24*, 133-144.
Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Science, 15*(3), 1-14.
Jones, P. S., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (1978). Transforming Vulnerability. *Western Journal of Nursing Research, 25*(7), 835-853.
Meleis, A. I. (1992). Community participation and involvement: Theoretical and empirical issues. *Health Services Management Research, 5*(10), 5-16.
Meleis, A. I. (1992). Directions for nursing theory development in 21st century. *Nursing Science Quarterly, 5*(3), 112-117.
Meleis, A. I. (1992). On the way to scholarship: From master's to doctorate. *Journal of Professional Nursing, 8*(6), 328-334.
Meleis, A. I. (1992, June). Nursing: A caring science with a distinct domain. *Sairaanhoitaja,* pp. 8, 10, 11 & 12.
Meleis, A. I. (1996). Culturally competent scholarship: Substance and rigor. *Advances in Nursing Science, 19*(2), 1-16.
Meleis, A. I. (2001). Small steps and giant hopes: violence on women is more than wife battering. *Health Care For Women International, 23*, 313-315. (Editorial).
Meleis, A. I. (2001). Women's work, health and quality of life: It is time we redefine women's work. *Women and Health, 33*(1/2), xv-xviii.
Meleis, A. I. (2002). Whither international research? Journal of Nursing Scholarship, First Quarter, 4-5. (Editorial).
Meleis, A. I. (2003). Brain Drain or Empowerment. Journal of Nursing Scholarship, *35*(2), 105. (Guest Editorial).
Meleis, A. I. (2005). Shortage of nurses means a shortage of nurse scientists. (Editorial). *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 111.
Meleis, A. I. (2005). Safe womanhood is not safe motherhood: policy implications. *Health Care for Women International, 26*(2), 464-471.
Meleis, A. I. (2005). Arabs. In J. Lipson & S. Dibble (Eds.), Culture and Clinical Care: A Practical Guide (pp. 42-57). *San Francisco: UCSF Nursing Press.*
Meleis, A. I. (2006, June-July). "Human Capital in Health Care: A Resource Crisis of a Caring Crisis?". Global Health Link, *6–7*(139), 21-22.
Meleis, A. I., Arruda, E. N., Lane, S., & Bernal, P. (1994). Veiled, voluminous and devalued: Narrative stories about low-income women from Brazil, Egypt & Colombia. *Advances in Nursing Science, 17*(2), 1-15.
Meleis, A. I., & Bernal, P. (1994). Domestic workers in Colombia as spouses: Security and servitude. *Holistic Nursing, 8*(4), 33-43.
Meleis, A. I., & Bernal, P. (1995). The paradoxical world of muchacha de por día in Colombia. *Human Organization, 54*, 393-400.

Meleis, A. I., Douglas, M., Eribes, C., Shih, F., & Messias, D. (1996). Employed Mexican women as mothers and partners: Valued, empowered and overloaded. *Journal of Advanced Nursing, 23*, 82-90.

Meleis, A. I. & Dracup, K. (2005, September 30). The Case Against the DNP: History, Timing, Substance, and Marginalization. Online Journal of Issues in Nursing. 10(3), Manuscript 2 www.nursingworld.org/ojin/topic28/tpc28_2.htm.

Meleis, A. I., & Fishman, J. (2001). Rethinking the work in health: gendered and cultural expectations. *Health Care For Women International, 22*, 195-197. (Editorial).

Meleis, A. I., Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. Image: *Journal of Nursing Scholarship, 26*(3), 177-180.

Meleis, A. I., & Im, E. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry, 6*(2), 94-102.

Meleis, A. I., & Im, E. (2002). Grandmothers and women's health: For Integrative and coherent models of women's health. *Health Care for Women International, 23*(2), 207-224.

Meleis, A. I., & Lindgren, T. (2001). Show me a woman who does not work!. Journal of Nursing, Third Quarter, 209-210.

Meleis, A. I., & Lipson, J. (2003). Cross-cultural health and strategies to lead development of nursing practice. In J. Daly, S. Speedy, & D. Jackson (Eds.), Nursing Leadership (pp. 69-88). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Meleis, A. I., Lipson, J. G., & Paul, S. M. (1992). Ethnicity and health among five Middle Eastern immigrant groups. *Nursing Research, 41*(2), 98-103.

Meleis, A. I., Messias, D. K. H., & Arruda, E. N. (1995). Women's work environment and health: Clerical workers in Brazil. *Research in Nursing and Health, 19*, 53-62.

Meleis, A. I., & Stevens, P. E. (1992). Women in clerical jobs: Spousal role satisfaction stress and coping. *Women & Health, 18*(1), 23-40.

Messias, D. K. H., Hall, J. M., & Meleis, A. I. (1996). Voices of impoverished Brazilian women: Health implications of roles and resources. *Women and Health, 24*(1), 1-20.

Messias, D. K. H., Im, E., Page, A., Regev, H., Spiers, J., & Meleis, A. I. (1997). Defining and redefining work: Implications for women's health. *Gender and Society, 11*(3), 296-323.

Messias, D. K. H., Regev, H., Im, E., Spiers, J., Van, P., & Meleis, A. I. (1997). Expanding the visibility of women's work: Policy implications. *Nursing Outlook, 45*, 258-264.

Nelson, M., Proctor, S., Regev, H., Barnes, D., Sawyer, L., Messias, D., Yoder, L., & Meleis, A. I. (1996). The Cairo action plan: A challenge to nursing. Image: *Journal of Nursing Scholarship, 28*(1), 75-80.

Sawyer, L., Regev, H., Proctor, S., Nelson, M., Messias, D., Barnes, D., & Meleis, A. I. (1995). Matching vs. cultural competence in research a methodological note. *Research in Nursing and Health, 18*, 531-541.

Siantz, M. L., & Meleis, A. I. (2007). Integrating Cultural Competence into Nursing Education & Practice: 21st Century Action Steps. *Journal of Transcultural Nursing, 18*(1), 86-90.

Stevens, P. E., Hall, J. M., & Meleis, A. I. (1992). Examining vulnerability of women clerical workers from five ethnic racial groups. *Western Journal of Nursing Research, 14*(6), 754-774.

Stevens, P. E., Hall, J. M., & Meleis, A. I. (1992). Narratives as a basis for culturally relevant holistic care: Ethnicity and everyday experiences of women clerical workers. *Holistic Nursing Practice, 6*(3), 49-58.

Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African-American Women. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing, 32*(1), 28-39.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 21

Nola J. Pender

1941-presente

Modelo de promoción de la salud

Teresa J. Sakraida

«Las teorías intermedias que se han comprobado en investigación aportan pruebas para la práctica basada en datos científicos, facilitando, por tanto, el traslado de la investigación a la práctica» (Pender, comunicación personal, abril de 2008).

BIOGRAFÍA

El primer contacto de Nola J. Pender con la enfermería profesional fue a los 7 años, cuando observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. «La experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a mi tía y a su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermera», afirmó Pender (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004). Esta experiencia y la educación que recibió posteriormente inculcaron en ella un deseo de cuidar de los demás e influyeron en su idea de que la meta de la enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaran ellos mismos. Pender contribuye al conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos.

Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, en Michigan. Era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. El apoyo de su familia en su objetivo de convertirse en enfermera la llevó a asistir a la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois). La elección de esta escuela vino dada por sus vínculos con el Wheaton College y su fuerte base cristiana. Obtuvo su diploma en enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y, posteriormente, en una unidad pediátrica en un hospital de Michigan (Pender, entrevista personal, 6 de mayo, 2004).

En 1964, Pender se graduó en enfermería en la Michigan State University en East Lansing. Menciona que Helen Penhale, la ayudante del decano, la ayudó a encarrilar su programa y a fomentar sus opciones para sus estudios posteriores. Como era normal en la década de 1960, Pender cambió su licenciatura en enfermería a medida que iba siguiendo los estudios posteriores.

Autora anterior: Lucy Anne Tillett.

La autora quiere expresar su agradecimiento a Nola J. Pender por la revisión del capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Completó un máster en el crecimiento y el desarrollo humano por la Michigan State University en 1965. «El máster en crecimiento y desarrollo influyeron en mi interés hacia la salud durante toda la vida. Ello contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes», afirmó Pender. Completó su programa de doctorado en psicología y educación en 1969 en la Northwestern University de Evanston (Illinois). En su tesis, Pender (1970) investigó los cambios que tienen lugar en el desarrollo de los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en los niños. La doctora Pender se siente agradecida a la doctora James Hall, una asesora del programa de doctorado, por «introducirme en consideraciones sobre cómo la gente piensa y en cómo los pensamientos de una persona motivan la conducta». Varios años más tarde, completó su trabajo en un máster en enfermería de salud comunitaria en la Rush University en Chicago (Pender, entrevista personal, 6 de mayo, 2004).

Tras obtener su título de doctorado, Pender cambió su definición de la meta de la enfermería como salud óptima del individuo. Las conversaciones con la doctora Beverly McElmurry de la Northern Illinois University y la lectura de *High-Level Wellness* de Halpert Dunn (1961) inspiraron las nociones ampliadas acerca de la salud y la enfermería. Su matrimonio con Albert Pender, un profesor asociado de dirección de empresas y economía que ha colaborado con su mujer en escritos sobre la economía del cuidado de la salud, además del nacimiento de un hijo y una hija, incentivaron su motivación personal para conocer más sobre la optimización de la salud humana.

En 1975, Pender publicó «A Conceptual Model for Preventive Health Behavior», que sirvió como base para el estudio de cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Este artículo identificaba factores que se encontraron ya en la investigación más temprana para influir en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. El modelo original de promoción de la salud (MPS) se presentó en su primera edición del texto *Health Promotion in Nursing Practice*, publicado en 1982 (Pender). Basado en la investigación subsiguiente, el MPS se revisó y se presentó en su segunda edición, publicada en 1987 y en una tercera edición, publicada en 1996. En el año 2002, se publicó una cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice*, escrita junto a las doctoras Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons, y la quinta edición más reciente se publicó en 2006.

En 1988, Pender y Susan Walker, Karen Sechrist y Marilyn Frank-Stromborg llevaron a cabo un estudio en la Northern Illinois University de DeKalb (Illinois) financiado por los National Institutes of Health. El estudio demostró la validez del MPS (Pender, Walker, Sechrist y Stromborg, 1988). El equipo de investigación desarrolló un instrumento, el perfil del estilo de vida promotor de salud, para estudiar la conducta de promoción de la salud de los adultos que trabajan, los adultos más mayores, los pacientes en rehabilitación cardíaca y los pacientes de cáncer tratados en el ambulatorio (Pender et al., 2002). Los resultados de estos estudios confirmaron el MPS (Pender, entrevista personal, 19 de julio, 2000). Posteriormente, más de 40 estudios han demostrado la capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud en el estilo de vida, ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección auditiva y supresión de la exposición al humo del tabaco en el entorno (Pender, 1996; Pender et al., 2002).

Pender ejerció un liderazgo importante en el desarrollo de la investigación enfermera en Estados Unidos. Su labor de apoyo al National Center for Nursing Research en los National Institutes of Health sirvió como instrumento para su formación en 1981. Ha promovido la actividad de aprendizaje de la enfermería mediante su implicación con la Sigma Theta Tau International, como ex presidenta de la Midwest Nursing Research Society (1985-1987) y como presidenta de la Cabinet on Nursing Research de la American Nurses Association. Persuadida como miembro de la American Academy of Nursing en 1981, ostentó el cargo de presidenta de esta academia desde 1991 hasta 1993 (N. Pender, currículum vítae, 2008). En 1998 fue asignada a un programa de cuatro años de duración en la U.S. Preventative Services Task Force, un órgano independiente, y se le encomendó la tarea de evaluar los datos científicos y establecer recomendaciones específicas relacionadas con la edad y el riesgo para los servicios clínicos de prevención (Pender, 2006).

Como receptora de numerosos premios y reconocimientos honoríficos, Pender ha desempeñado

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

el papel de experta distinguida en un gran número de universidades. Recibió un doctorado honorífico por la Universidad Widener en 1992. En 1988 recibió el Distinguished Research Award por la Midwest Nursing Research Society por su contribución a la investigación y al liderazgo de investigación, y en 1997 recibió el American Psychological Association Award por sus contribuciones destacadas a la enfermería y a la psicología de la salud. En 1998, la University of Michigan School of Nursing honró a Pender con el Mae Edna Doyle Award por su excelencia en la enseñanza (Pender, entrevista personal, 24 de mayo, 2004). Su texto más utilizado, *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender et al., 2002), fue el Book of the Year de la American Nurses Association por su contribución a la enfermería de la salud comunitaria (Pender, 2006).

Fue decana asociada para la investigación en la University of Michigan School of Nursing desde 1990 hasta 2001. En este cargo, la doctora Pender facilita la financiación externa de la investigación de la facultad, ofrece su apoyo a los centros emergentes dedicados a la investigación en la escuela de enfermería, fomenta la investigación interdisciplinaria, ofrece su apoyo a la investigación de traducción en la base de la práctica científica y relaciona la investigación en enfermería con la formulación de la política sanitaria (Pender, 2006). Los esfuerzos de Pender han visto su fruto en la creación de un centro de investigación de la conducta sanitaria en los niños y en los adolescentes, con un equipo mayor de investigación interdisciplinaria para estudiar e influir en las conductas de promoción de la salud de los individuos, partiendo de la base de que estas conductas se establecen por primera vez en la juventud (Pender, entrevista personal, 24 de mayo de 2000). Su programa de investigación actual y futuro se centra en dos temas principales:

1. La comprensión de cómo la autoeficacia afecta al esfuerzo y a las respuestas afectivas (de efecto relacionado con la actividad) de las niñas adolescentes en el reto de la actividad física.
2. El desarrollo de un programa informático interactivo como intervención para aumentar la actividad física en las niñas adolescentes (Pender, 2006).

El Design of a Computer Based Physical Activity Counseling Intervention for Adolescent Girls es un programa de investigación continua dirigido por la doctora Lorraine Robbins (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004).

Pender ha publicado numerosos artículos sobre el ejercicio físico, cambios en la conducta y prácticas de relajación como aspectos de la promoción de la salud, y ha trabajado como editora de revistas y libros. Pender es reconocida como experta presentadora y consultora en los temas relacionados con la promoción de la salud. Ha sido consultora de científicos enfermeros en Japón, Corea, México, Tailandia, República Dominicana, Jamaica, Inglaterra, Nueva Zelanda y Chile (N. Pender, currículum vítae, 2000; Pender, 2006). Actualmente, su libro también está disponible en japonés y coreano (Pender, 1997a, 1997b).

Como profesora emérita de la University of Michigan School of Nursing, Pender influye en la profesión enfermera aportando su liderazgo como consultora en centros de investigación y proporcionando asesorías escolares iniciales (Pender, 2006). Pender imparte conferencias y seminarios y colabora con el doctor Michael O'Donnell, editor del *American Journal of Health Promotion,* para defender la legislación de la subvención de investigaciones que fomenten la salud (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004).

Los planes futuros de Pender incluyen seguir sus viajes para proporcionar asesoría y participar en conferencias siempre que surja la ocasión. Espera intervenir en algún curso de graduación, impartiendo cursos a estudiantes universitarios sobre los temas de las teorías de enfermería y bibliografía científica como profesora invitada de la Loyola University de Chicago (N. Pender, correspondencia personal, 27 de febrero de 2008). Los planes de Pender siguen con la dirección activa a través de intercambios por correo electrónico con estudiantes que inician programas de investigación (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004).

FUENTES TEÓRICAS

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el MPS. El MPS (fig. 21-1) integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de

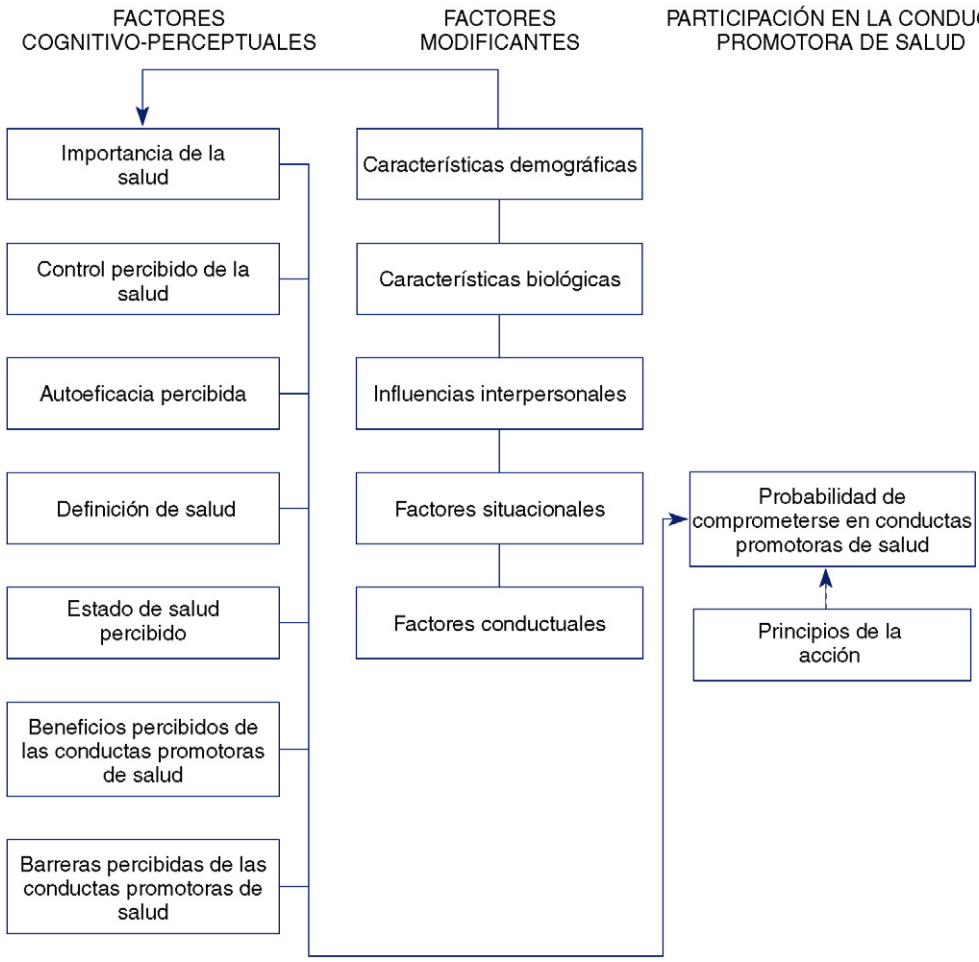


Figura 21-1 Modelo de promoción de la salud. (De Pender, N. J. [1987]. *Health promotion in nursing practice* [2.ª ed., p. 58]. New York: Appleton & Lange. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

gran importancia para el MPS. La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el MPS (Pender, 1996; Pender et al., 2002). Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

El MPS es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud (Becker, 1974), pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. El MPS se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria. Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida (Pender, 1996; Pender et al., 2002).

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

Los principales conceptos y definiciones que se presentan se encuentran en el MPS revisado (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004). A continuación, se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud (Pender, currículum vítae, 2000).

CONDUCTA PREVIA RELACIONADA

La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

FACTORES PERSONALES

Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

Factores personales biológicos

Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Factores personales psicológicos

Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Factores personales socioculturales

Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

A continuación, se detallan una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que están considerados como de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería (Pender, 1996).

BENEFICIOS PERCIBIDOS DE ACCIÓN

Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

BARRERAS PERCIBIDAS DE ACCIÓN

Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA

El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

AFECTO RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD

Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

INFLUENCIAS INTERPERSONALES

Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

INFLUENCIAS SITUACIONALES

Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

A continuación, se enumeran algunos antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales. Un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir (Pender, entrevista personal, 19 de julio, 2000).

COMPROMISO CON UN PLAN DE ACCIÓN

El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

DEMANDAS Y PREFERENCIAS CONTRAPUESTAS INMEDIATAS

Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para «picar» algo.

CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD

El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Como se puede observar en la figura 21-1, el MPS sirvió como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de salud globales y conductas específicas, como el ejercicio físico y el uso de la protección auditiva (Pender, 1987). Pender et al. han desarrollado un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para evaluar el MPS en cuatro poblaciones: *a)* adultos trabajadores; *b)* adultos más mayores que viven en la comunidad; *c)* pacientes ambulatorios de cáncer, y *d)* pacientes de rehabilitación cardíaca. Estos estudios demostraron la validez del MPS (Pender, entrevista personal, 24 de mayo, 2000). Un resumen de los hallazgos de los estudios más tempranos se ha incluido en la edición de 1996 de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender, 1996). Los estudios adicionales que demuestran el modelo se explican en la quinta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender et al., 2006). La quinta edición de este texto hace un mayor hincapié en el MPS aplicado a poblaciones diversas y vulnerables y examina la práctica basada en datos científicos.

La justificación de la revisión del MPS procedía de los estudios de investigación. El proceso de mejora del MPS, tal como se publicó en 1987, trajo consigo diversos cambios (v. fig. 21-1) (Pender, 1996). En primer lugar, la importancia de la salud, el control de la salud percibido y los inicios de acción se eliminaron de este modelo. En segundo lugar, la definición de la salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas se reclasificaron en la categoría de factores personales, como se explicó en la revisión del MPS de 1996 (Pender, 1996) y en la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender et al., 2002) (fig. 21-2). En último lugar, el MPS revisado

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

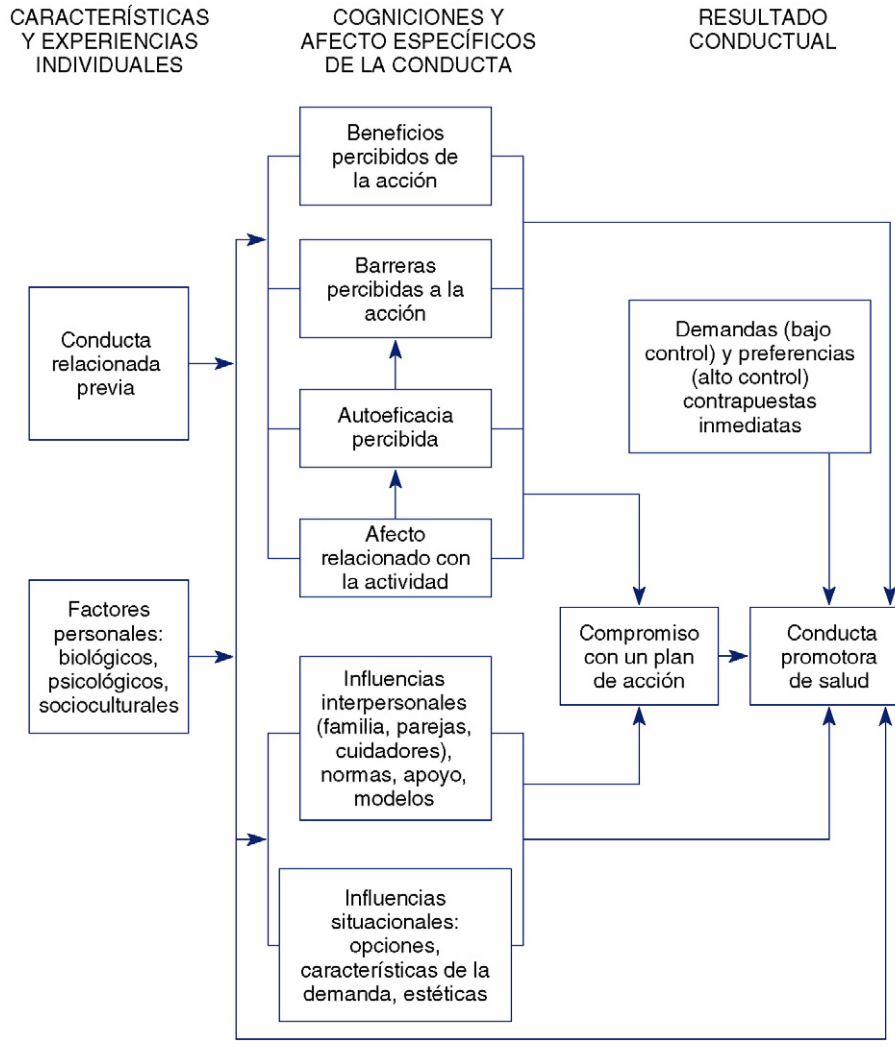


Figura 21-2 Modelo de promoción de la salud revisado. (De Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. [2002]. *Health promotion in nursing practice* [4.ª ed., p. 60]. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

(v. fig. 21-2) añade tres nuevas variables que influyen en el individuo y para que éste se comprometa con conductas de promoción de la salud (Pender, 1996):

1. El afecto relacionado con la actividad.
2. El compromiso por un plan de acción.
3. Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

El MPS se ha modificado para centrarse en 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud. El modelo revisado, que se está demostrando de forma empírica actualmente, identifica los conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de las hipótesis demostrables (Pender et al., 2002).

El MPS ofrece un paradigma para el desarrollo de los instrumentos. El perfil del estilo de vida promotor de la salud y la balanza de beneficios/barreras del ejercicio físico (BBBEF) son dos ejemplos de ello[a]. Ambos instrumentos sirven para demostrar el desarrollo del modelo y del modelo más desarrollado.

El objetivo del perfil del estilo de vida promotor de la salud es valorar el estilo de vida promotor de la salud (Pender, 1996). El perfil del estilo de vida promotor de la salud II (PEVPS-II), una revisión del instrumento original, se utiliza en la investigación[b]. El instrumento del ítem número 52, cuarto punto, de la escala de Likert consta de seis subescalas: *a)* responsabilidad de la salud; *b)* actividad física; *c)* nutrición; *d)* relaciones interpersonales; *e)* crecimiento espiritual, y *f)* tratamiento del estrés. Los significados pueden derivar de cada subescala o de un significado total que signifique un estilo de vida promotor de la salud global (Walker, Sechrist y Pender, 1987). El instrumento permite una valoración de los estilos de vida promotores de la salud de los individuos, que resulta clínicamente útil para las enfermeras en la asistencia, tanto en el apoyo como en la educación de los pacientes.

El MPS identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud. El BBBEF sirve para calibrar los factores cognitivos y perceptivos de los beneficios percibidos y de las barreras percibidas para el ejercicio físico (Sechrist, Walker y Pender, 1987). El instrumento del ítem número 43, cuarto punto, de la escala de Likert consta de una escala de beneficios de 29 ítems y de una escala de barreras de 14 ítems que se puede puntuar por separado o en total. Cuanto más alta es la puntuación global en el instrumento del ítem número 43, más positivamente percibe el individuo los beneficios para el ejercicio físico en relación con sus barreras para el ejercicio (Sechrist et al., 1987). El BBBEF ofrece un medio útil en la asistencia para la evaluación de las percepciones sobre el ejercicio físico.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. En la tercera edición de su libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996) presenta los principales supuestos del MPS:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta (pp. 54-55).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque (Pender, 1996). La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano (Pender, 1996). En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1982) afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo (Pender et al., 2002), especificadas a continuación:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.

[a]El BBBEF se puede conseguir en el Health Promotion Research Program, Social Science Research Institute, Northern Illinois University, DeKalb, IL, 60115.

[b]El PEVPS-II se puede conseguir por medio de la doctora Susan Noble Walker, EdD, RN, en el College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, 42nd and Dewey Avenue, Omaha, NE 68105-1065. Fax: (402) 559-6379; teléfono (402) 559-6561.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud (pp. 63-64).

FORMA LÓGICA

El MPS se ha formulado mediante la inducción del uso de la investigación disponible para formar una pauta de conocimiento sobre la conducta sanitaria. Las teorías intermedias están generadas habitualmente mediante este enfoque. El MPS es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la conducta de promoción de la salud para generar cuestiones y así realizar una demostración más profunda. Este modelo ofrece un marco para ver cómo los resultados de la investigación anterior encajan más claramente y cómo los conceptos pueden manipularse para un estudio adicional.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el MPS es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones (Pender, 1996; Pender et al., 2002).

El interés clínico en las conductas de salud representa un cambio filosófico que enfatiza la calidad de las vidas al lado de la salvación de éstas. Además, existen cargas financieras, humanas y del entorno en la sociedad cuando los individuos no se comprometen con la prevención y la promoción de la salud. El MPS aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender cómo los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal. Los futuros hallazgos empíricos aumentarán su importancia para los planificadores de la enfermería de la aportación de los cuidados de salud y para aquellos que ofrecen el cuidado.

Formación

El MPS se utiliza ampliamente en la formación de programas de posgrado y se está utilizando cada vez más en los estudios de licenciatura en Estados Unidos (Pender, entrevista personal, 24 de mayo de 2000). En el pasado, la promoción de la salud se situaba detrás del cuidado de enfermedades a medida

que la formación clínica se practicaba principalmente en unidades de cuidados intensivos (Pender, Baraukas, Hayman, Rice y Anderson, 1992). Cada vez más, el MPS se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de la valoración de la salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar (N. Pender, entrevista personal, 24 de mayo de 2000). Se están realizando unos esfuerzos cada vez mayores en un gran número de países para integrar el MPS a los planes de estudio de la enfermería (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004; Pender et al., 2002).

Investigación

El MPS es un instrumento para la investigación. El instrumento de investigación de Pender y otros investigadores han demostrado la precisión empírica del modelo. Los investigadores continúan informando acerca del uso del modelo como un marco de referencia en sus estudios. El perfil del estilo de vida promotor de salud, derivado del modelo sirve a menudo como definición operacional para las conductas promotoras de salud. Este modelo tiene implicaciones para la aplicación, destacando la importancia de la valoración en el individuo de los factores que se cree que influyen en los cambios de conductas de salud.

DESARROLLOS POSTERIORES

El modelo se sigue modificando y comprobando por su poder de explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en un amplio despliegue de conductas de salud. Ahora existe un apoyo empírico suficiente para las variables del modelo, de modo que algunas conductas garanticen y lleven a cabo los estudios de intervención para comprobar las intervenciones enfermeras basadas en el modelo. Lusk et al. (Lusk, Hong, Ronis, Eakin, Kerr y Early, 1999; Lusk, Kwee, Ronis y Eakin, 1999) utilizaron predictores importantes del uso por parte de los empleados de la construcción de protección auditiva del MPS (autoeficacia, barreras, influencias interpersonales e influencias situacionales) para desarrollar un programa interactivo, utilizando un vídeo, para aumentar el uso de protección auditiva por parte de los empleados de la construcción. Este gran estudio, multicéntrico, descubrió que la intervención aumentó el uso de la protección auditiva por parte de los empleados de la construcción en un 20% comparado con el mismo grupo sin intervención: una mejora estadísticamente significativa (Lusk, Hong et al., 1999). Los estudios de intervención adicionales representan el paso siguiente en el uso del modelo para construir la ciencia enfermera.

CRÍTICA

Simplicidad

El MPS es fácil de comprender. Las definiciones conceptuales ofrecen claridad y llevan a una mayor comprensión de la complejidad de los fenómenos de la conducta de salud. Los diversos factores de cada conjunto están relacionados de forma lógica. Las relaciones se clarifican con las afirmaciones teóricas. El conjunto de factores, que son influencias directas o indirectas, está ubicado en un diagrama visualmente simple que muestra su asociación. Los factores se ven como un efecto interactivo que lleva a la acción.

Generalidad

El modelo es intermedio en cuanto a su objetivo. Es muy generalizable en las poblaciones de adultos. La investigación utilizada para obtener el modelo se basó en muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos. El instrumento de investigación incluye la aplicación en una gran variedad de situaciones. Se ha comprobado la aplicación del modelo en niños de 10 a 16 años de edad con un programa de investigación (Robbins, Gretebeck, Kazanis y Pender, 2006). Las consideraciones respecto a la cultura y a la diversidad apoyan la comprobación del modelo en diversas poblaciones.

Precisión empírica

El modelo ha recibido el apoyo de la demostración por parte de Pender y otros autores como marco de la explicación de la promoción de la salud. El modelo sigue evolucionando mediante programas planificados de investigación. La investigación empírica continuada, especialmente los estudios de intervención, se encargará de mejorar el modelo. El perfil del estilo de vida de la promoción de la salud se usa como instrumento para valorar las conductas de promoción de la salud (Pender et al., 2006).

Consecuencias deducibles

Pender ha identificado la promoción de la salud como meta para el siglo XXI, del mismo modo que

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la prevención de la enfermedad fue una tarea del siglo xx. El modelo podría influir en la interacción entre la enfermera y el consumidor. Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para definir el papel de la enfermera a la hora de suministrar servicios de promoción de la salud a personas de todas las edades.

RESUMEN

El movimiento hacia una mayor responsabilidad para el éxito de las prácticas en la salud personal requiere el apoyo de la profesión enfermera a través del desarrollo de la práctica basada en datos científicos. El MPS evolucionó a partir de un programa de investigación, y sigue para proporcionar la dirección de unas mejores prácticas de salud. El modelo guía la investigación posterior en diversas poblaciones. El liderazgo visionario de la doctora Pender continúa influyendo en la formación, la investigación y las políticas sanitarias relacionadas con la promoción de la salud.

Caso clínico

Thomas, un estudiante graduado de 26 años de ascendencia cubana, acude al centro de salud de la escuela para comentar su problema percibido de peso. Dice que quiere tener un aspecto más serio y tener más energía. Dice que está cansado de que la barriga le cuelgue encima del cinturón. En la exploración física se observa que Thomas mide 1,80 m, pesa 118 kg y tiene una ligera hipertensión (132/90 mmHg). Su madre tiene una historia de diabetes mellitus y dice que la presión arterial alta es cosa de familia. Su padre, de 64 años, sufrió un ataque cardíaco el año pasado. Su electrocardiograma muestra un ritmo sinusal normal. No fuma. Dice que tiene un nivel de estrés alto porque está trabajando en la tesis de su máster. Thomas se marcha para que le hagan una analítica sanguínea y concierta una cita para la semana siguiente. Mientras tanto, empiece con cierta planificación preliminar.

1. ¿Qué recursos estatales *on line* utilizaría para ayudar a planificar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud?
   - La Agency for Healthcare Research and Quality proporciona una *Guide to Clinical Preventive Services* en la que se enumeran las recomendaciones más recientes disponibles sobre intervenciones preventivas: pruebas de detección, asesoría, vacunaciones y regímenes farmacológicos para más de 80 afecciones. En la página web hay pruebas de detección periódicos específicos de la edad basados en el sexo y en factores de riesgo individuales (http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd09/). El apartado del consumidor para descargar archivos para el asistente digital personal es otra fuente.
   - Ir a http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm. Buscar en la Clinical Category: Metabolic, Nutritional and Endocrine Conditions para encontrar Obesity in Adults: Screening.
   - *Healthy People 2010* incluye un conjunto global de objetivos de prevención de enfermedades y de promoción de la salud desarrollado para mejorar la salud de todas las personas en Estados Unidos durante la primera década del siglo xxi (http://www.healthypeople.gov).
   - La página web del U.S. Department of Health and Human Services contiene información sobre seguridad y bienestar, entra otras (http://www.hhs.gov).
2. ¿Cuáles son algunas de las pistas emocionales y conductuales que sugieren que ya está preparado para un plan de pérdida de peso?
   - Thomas demostró autodirección, dado que acudió al centro por sí mismo.
   - Explicó que quería tener un aspecto más serio y tener más energía.
   - Afirmó que estaba cansado de que su barriga le sobresaliera por encima del cinturón.
   - Afirmó que su nivel de estrés es alto.
3. Al establecer el plan de cambio de conducta con Thomas, ¿cuáles son algunos de los facilitadores personales y de las posibles barreras para el cambio?
   - *Facilitadores:* autodirección, motivación a partir de la historia médica familiar, deseo de cambio.
   - *Barreras potenciales:* los estudiantes graduados pueden tener recursos económicos limitados; el nivel de estrés es alto y Thomas puede considerar que tiene poco tiempo para realizar actividad física, utilizando posiblemente la comida como mecanismo de afrontamiento.

(La valoración adicional está indicada para validar las barreras.)

4. Hacer una lista con algunas alternativas en el plan de cambio de conducta que comentará con Thomas en la próxima visita. En general, comentar el control de la dieta, la actividad física y el estrés.
   - Realizar un contrato conductual como acuerdo para un plan de acción. En el plan, establecer un objetivo de pérdida de peso a largo plazo y objetivos de progreso a corto plazo.
   - Revisar los tipos de comida que le gustan, valorando al mismo tiempo los aspectos dietéticos.
   - Comentar formas de aumentar la actividad física y qué actividades intenta llevar a cabo y fijar un calendario.
   - Proporcionar una derivación al entrenador de actividad física del campus.
   - Comentar el control del estrés.
   - Establecer un seguimiento.
   - Empezar una planificación de refuerzo-recompensa.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Elija una conducta de promoción de la salud con la que usted personalmente no esté comprometido/a. Identifique sus propios factores, cómo se definen en el MPS, qué contribuye a su decisión de no participar. Incluya las alternativas contrapuestas inmediatas.
2. Analice los factores presentes en su vida que contribuyan a su participación en cualquier actividad de promoción de la salud con la que esté actualmente comprometido/a. Defina cada factor bajo la etiqueta adecuada del MPS.
3. Exponga su propia descripción del bienestar. ¿Es la ausencia de la enfermedad más frecuente que las definiciones positivas, activas, de la salud?
4. Anticipe las conductas de promoción de la salud importantes en varias etapas del desarrollo a lo largo de la vida. ¿Qué temas de promoción de la salud incluiría en su práctica?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Nola J. Pender. Perfil de la University of Michigan. Último acceso 18 de julio de 2008: http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender_nola.html
- Pender, N. J. (2006). *Biographic sketch* (Online). Ann Arbor, MI: University of Michigan. Recuperado el 4 de agosto de 2008 de: http://www.nursing.umich.edu/faculty/Pender/pender_bio.html
- Pender, N. J. (2008). Portraits of Excellence: The Nurse Theorists, Vol. 2. Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Pender, N. J. (1986, Oct.). *Enhancing wellness through nursing research (Videotape)*. Grabado en la Nursing Conference, 16-17 de octubre, Menfis, TN. Disponible a petición a la University of Tennessee, Memphis, School of Nursing.
- Pender, N. J. (1989, May). *Expressing health through beliefs and actions (Videotape)*. Grabado en directo en Discovery Inter-national, Inc.'s Nurse Theorist Conference, 11-12 de mayo, Pittsburgh. Disponible a través de Meetings Internationale, Louisville, KY.

REFERENCIAS

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review, 84*(2), 191-215.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal behavior.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Dunn, H. L. (1961). *High-level wellness.* Arlington, VA: Beatty.

Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lusk, S. L., Hong, O. S., Ronis, S. L., Eakin, B. L., Kerr, M. J., & Early, M. R. (1999). Effectiveness of an intervention to increase construction worker's use of hearing protection. Human Factors, *41*(3), 487-494.

Lusk, S. L., Kwee, M. J., Ronis, D. L., & Eakin, B. L. (1999). Applying the health promotion model to development of a worksite intervention. *American Journal of Health Promotion, 13*(4), 219-226.

Pender, N. J. (1970). A developmental study of conceptual, semantic differential, and acoustical dimensions as encoding categories in short-term memory (Doctoral dissertation Northwestern University, 1970). *Dissertation Abstracts International, A, 30*(10), 4283.

Pender, N. J. (1975). A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook, 23*(6), 385-390.

Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
Pender, N. J. (1997). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange. [Japanese translation].
Pender, N. J. (1997b). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange. [Korean translation].
Pender, N. J. (2006). *Biographic sketch* (Online). Ann Arbor, MI: University of Michigan. Retrieved August 4, 2008, from *http://www.nursing.umich.edu/faculty/Pender/pender_bio.html*.
Pender, N. J., Baraukas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook, 40*(3), 106-120.
Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Stromborg, M. F. (1988). Development and testing of the health promotion model. *Cardiovascular Nursing, 24*(6), 41-43.
Robbins, L. B., Gretebeck, K. A., Kazanis, A. S., & Pender, N. J. (2006). Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nursing Research, 55*(3), 206-216.
Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and psychometric evaluation of the exercise/barriers scale. *Research in Nursing and Health, 10*, 357-365.
Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 76-80.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice.* New York: Appleton-Century-Crofts.
Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.
Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Capítulos de libros

Pender, N. J. (1984). Health promotion and illness prevention. In H. Werley & J. Fitzpatrick (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 83-105). New York: Springer.
Pender, N. J. (1985). Self modification. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.), *Interventions: Treatments for nursing diagnosis* (pp. 80-91). Philadelphia: Saunders.
Pender, N. J. (1986). Health promotion: Implementing strategies. In B. Logan & C. Dawkins (Eds.), *Family-centered nursing in the community* (pp. 295-334). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
Pender, N. J. (1987). Health and health promotion: The conceptual dilemmas. In M. E. Duffy & N. J. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion: Report of proceedings of a wingspread conference* (pp. 7-23). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
Pender, N. J. (1989). Languaging a health perspective for NANDA taxonomy on research and theory. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses (pp. 31-36). Philadelphia: Lippincott.
Pender, N. J. (1989). The pursuit of happiness, stress, and health. In S. Wald (Ed.), *Community health nursing: Issues and topics* (pp. 145-175). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Pender, N. J. (1998). Motivation for physical activity among children and adolescents. In J. Fitzpatrick & J. S. Stevenson (Eds.), *Annual review of nursing research* (*Vol. 16*, pp. 139-172). New York: Springer.
Pender, N. J. (2004). Health promotion interventions for culturally diverse populations: Can we meet the challenge? In W. Kunaviktikul (Ed.). Improving life through health promotion: Nurse making a difference (pp. 11-26). Chaing Mai, Thailand: Chotana Press.
Pender, N. J. (2005). A Global Agenda for health promotion. In W. Kunaviktikul (Ed.). Toward success in health promotion (pp. 11-23). Chaing Mai, Thailand: Chotana Press.
Pender, N. J., & Pender, A. R. (1989). Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. In C. A. Tanner (Ed.), *Using nursing* research (NLN Pub. No. 15-2232, pp. 466-472). New York: National League for Nursing Publications.
Pender, N. J., & Sallis, J. (1995). Exercise counseling by health professionals. In R. Dishman (Ed.), *Exercise adherence* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
Pender, N. J., Sallis, J., Long, B. J., et al. (1994). Health care provider counseling to promote physical activity. In R. K. Dishman (Ed.). Advances in exercise adherence (pp. 213-235). Champaign, IL: Human Kinetics.
Pender, N. J., & Stein, K. F. (2002). Social support, the self system and adolescent health and health behaviors. In L. L. Hayman, M. M. Mahon, & J. R.

Turner (Eds.). Health behavior in childhood and adolescence (pp. 37-66). New York: Springer.

Tesis

Pender, N. J. (1970). A developmental study of conceptual, semantic differential, and acoustical dimensions as encoding categories in short-term memory (Doctoral dissertation Northwestern University, 1970). *Dissertation Abstracts International*, A, *30*(10), 4283.

Artículos de revistas internacionales

Adeyemi, A. A., Jarad, F., Pender, N., & Higham, S. M. (2007). Assessing the efficacy of denture cleaners with quantitative light-induced fluorescence (qlf). *European Journal of Prosthodontics & Restorative Dentistry*, *15*(4), 165-170.

Garcia, A. W., Broda, M. A., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L. (1997). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior [Japanese translation]. *The Japanese Journal of Nursing Research*, *30*(3), 51-61.

Garcia, A. W., George, T. R., Coviak, C., & Pender, N. J. (1997). Development of the child/adolescent activity log: A comprehensive and feasible measure of leisure-time physical activity. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 323-338.

Shin, Y. H., Hur, H. K., Pender, N. J., Jang, H. J., & Kim, M. (2006). Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(1), 3-10.

Waring, D. T., Pender, N., & Counihan, D. (2005). Mandibular arch changes following nonextraction treatment. [see comment]. *Australian Orthodontic Journal, 21*(2), 111-116.

Wu, T. Y., & Pender, N. (2005). A panel study of physical activity in Taiwanese youth: Testing the revised health-promotion model. *Family & Community Health*, *28*(2), 113-124.

Wu, T. Y., Pender, N., & Noureddine, S. (2003). Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among Taiwanese adolescents: A structural equation modeling approach. *International Journal of Behavioral Medicine*, *10*(2), 93-105.

Artículos de revistas

Brimmer, P. F., Skoner, M., Pender, N. J., Williams, C. A., Fleming, J. W., & Werley, H. H. (1983). Nurses with doctoral degrees: Education and employment characteristics. *Research in Nursing and Health*, *6*, 157-165.

Eden, K. B., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., Pender, N. J., & Teutsch, S. M. (2002). Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, *137*(3), E208-E215.

Educating APHs for implementing the guidelines for adolescents in bright futures: Guidelines of health supervision of infants, children, and adolescents. *Nursing Outlook, 45*(6), 252-257.

Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine*, *31*(10), 1159-1168.

Garcia, A. W., Broda, M. A. N., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L. (1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior. *Journal of School Health*, *65*(6), 213-219.

Garcia, A. W., Broda, M. A. N., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L. (1997). Gender differences: Exercise beliefs among youth. *Reflections*, *23*(1), 21-22.

Garcia, A. W., Pender, N. J., Antonakos, C. L., & Ronis, D. L. (1998). Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. *Journal of Adolescent Health*, *5*, 394-402.

Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. (2006). The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association*, *17*(2), 1-5.

Pender, N. J. (1967). The debate as a teaching and learning tool. *Nursing Outlook*, *15*, 42-43.

Pender, N. J. (1971). Students who choose nursing: Are they success oriented? *Nursing Forum*, *16*(1), 64-71.

Pender, N. J. (1974). Patient identification of health information received during hospitalization. *Nursing Research*, *23*(3), 262-267.

Pender, N. J. (1975). A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook, 23*(6), 385-390.

Pender, N. J. (1984). Physiologic responses of clients with essential hypertension to progressive muscle relaxation training. *Research in Nursing and Health*, *7*, 197-203.

Pender, N. J. (1985). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and health locus of control among hypertensive adults. *Research in Nursing and Health*, *8*, 67-72.

Pender, N. J. (1987). Interview: James Michael McGinnis, MD, MPP. *Family and Community Health, 10*(2), 59-65.

Pender, N. J. (1988). Research agenda: Identifying research ideas and priorities. *American Journal of Health Promotion*, *2*(4), 42-51.

Pender, N. J. (1988). Research agenda: The influences of health policy on an evolving research agenda. *American Journal of Health Promotion*, *2*(3), 51-54.

Pender, N. J. (1989). Health promotion in the workplace: Suggested directions for research. *American Journal of Health Promotion*, *3*(3), 38-43.

Pender, N. J. (1990). Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*, *3*(3), 115-122.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Pender, N. J. (1990). Research agenda: A revised research agenda model. *American Journal of Health* Promotion, *4*(3), 220-222.
Pender, N. J. (1992). Making a difference in health policy . . . from AAN president. *Nursing Outlook, 40*(3), 104-105.
Pender, N. J. (1992). Reforming health care: Future direction . . . from AAN president. *Nursing Outlook*, *40*(1), 8-9.
Pender, N. J. (1992). The NIH strategic plan: How will it affect the future of nursing science and practice? *Nursing Outlook, 40*(2), 55-56.
Pender, N. J. (1993). Creating change through partnerships . . . from AAN president. *Nursing Outlook*, *41*(1), 8-9.
Pender, N. J. (1993). Health care reform: One view of the future . . . from AAN president. *Nursing Outlook*, *41*(2), 56-57.
Pender, N. J. (1993). Reaching out (from AAN president). *Nursing Outlook*, *41*(3), 103-104.
Pender, N. J., Barkaukas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook, 40*(3), 106-112, 120.
Pender, N. J., Bar-Or, O., Wilk, B., & Mitchell, S. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*, *51*(2), 86-91.
Pender, N. J., & Pender, A. R. (1980). Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health, 70*(8), 798-803.
Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research, 35*(1), 15-18.
Pender, N. J., Sechrist, K. R., Stromborg, M., & Walker, S. N. (1987). Collaboration in developing a research program grant. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 19*(2), 75-77.
Pender, N. J., Smith, L. C., & Vernof, J. A. (1987). Building better workers. *American Association of Occupational Health Nurses Journal, 35*(9), 386-390.
Pender, N. J., Walker, S. N., Frank-Stromborg, M., & Sechrist, K. R. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research, 39*(6), 326-332.
Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1988). Development and testing of the health promotion model. *Cardiovascular Nursing*, *24*(6), 41-43.
Pignone, M. P., Ammerman, A., Fernandez, L., Orleans, C. T., Pender, N., Woolf, S., et al. (2003). Counseling to promote a healthy diet in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, *24*(1), 75-92.
Porter, C. P., Pender, N. J., Hayman, L. L., Armstrong, M. L., Riesch, S. K., & Lewis, M. A. (1997). Educating APNs for implementing the guidelines for adolescents in bright futures: Guidelines of health supervision of infants, children, and adolescents. *Nursing Outlook*, *45*(6), 252-257.
Robbins, L. B., Pender, N. J., Conn, V. S., Frenn, M. D., Neuberger, G. B., Nies, M. A., et al. (2001). Physical activity research in nursing. *Journal of Nursing* Scholarship, *33*(4), 315-321.
Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. *Research in Nursing* and Health, *10*, 357-365.
Shin, Y., Jang, H., & Pender, N. J. (2001). Psychometric evaluation of the Exercise Self-Efficacy Scale among Korean adults with chronic diseases. *Research in Nursing & Health, 24*(1), 68-76.
Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Nursing Research, 39*(5), 268-273.
Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 76-81.
Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *ANS Advances in Nursing Science, 11*(1), 76-90.
Whitehead, D., Shin, Y., Yun, S., Pender, N. J., & Jang, H. (2005). Letter to the editor. "Test of the Health Promotion Model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease" (Shin, Pender, & Yun, 2003. published in your April 2005 issue. *Research in Nursing & Health, 28*(4), 357-361.
Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine, 22*(4), 267-284.
Wu, T. Y., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the health promotional model. *Research in Nursing & Health, 25*(1), 25-36.
Wu, T. Y., Pender, N., & Yang, K. P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *The Journal of Nursing Research: JNR, 10*(1), 57-64.
Wu, T. Y., Ronis, D. L., Pender, N., & Jwo, J. (2002). Development of questionnaires to measure physical activity cognitions among Taiwanese adolescents. *Preventive Medicine, 35*(1), 54-64.

Fuentes secundarias

Tesis y tesis doctorales

Al-Obeisat, S. M. (1999). Prenatal care utilization among Jordanian women (health care utilization, health promotion model). Dissertation Abstracts International, *60-04B*, 1525.

Anthony, J. S. (1999). Mental health correlates of self-advocacy in health care decision-making among elderly African-Americans (Doctoral dissertation, George Mason University, 1999). *Dissertation Abstracts International, 59-12B*, 6259.

Bagwell, M. M. (1988). Wellness in two *developmental phases of employed adults.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Baker, O. G. (2003). Relationship of parental tobacco use, peer influence, self-esteem, and tobacco use among Yemeni American adolescents: Mid-range theory testing. *Dissertation Abstracts International, 64-03B*, 1175. (University Microfilms No. AAT3086416).

Barnett, F. C. (1989). *The relationship of selected cognitive-perceptual factors to health-promoting behaviors of adolescents.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Beunting, J. A. (1990). *Psychosocial variables and gender as factors in wellness promotion.* Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo.

Bilderback, L. K. (1990). Health-promoting behaviors and perceived health status of rural families: A descriptive-correlational study. *Masters Abstracts International, 29-01*, 0089.

Bolio, S. M. (1999). Reported health-promoting behaviors of incarcerated males (prisoner health, family support). *Dissertation Abstracts International, 60-02B*, 0575.

Bond-Kinkade, M. A. (1999). The relationship of locus of control and participation in health-promoting behaviors among kidney transplant recipients. Masters Abstracts International, *37-06*, 1815.

Bruna, A. C. (1998). Health promoting behaviors of rural Kansas women throughout the lifespan. *Masters Abstracts International, 37-01*, 234.

Burrill, E. B. (1998). Health conception, family health work and health promoting lifestyle practices in Latin American Mennonite families. *Masters Abstracts International, 37-01*, 239.

Butler, M. R. (1995). *Self-esteem and health-promoting lifestyle as predictors of health-risk behavior among older adolescents.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Carroll, S. A. (1995). The relationship of choice of infant feeding method and influencing factors among Hispanic mothers of the Permian basin. *Masters Abstracts International, 34-03*, 1147.

Carter, L. M. (1990). *Functional wellness among older adults: The interface of motivation, lifestyle, and capability.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Chandrasekhar, R. (1999). Cues to action which influence engagement in health-promoting behaviors among nursing students. *Masters Abstracts International, 37-02*, 0587.

Chen, C. (1995). *Physical exercise and sense of well-being among Chinese elderly in Taiwan.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Costanzo, C. (2005). *Physical activity counseling intervention for women age 50-75 within the community.* University of Nebraska Medical Center, In ProQuest Digital Dissertations [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT: 3165167 accessed July 10, 2008).

Cunningham, G. D. (1989). Health promoting self care behaviors in an older adult community. *Dissertation Abstracts International, 50-11B*, 4968.

Dunham, K. L. (1992). Health promoting lifestyles of nursing faculty. *Masters Abstracts International, 31-02*, 0760.

Easom, L. R. (2003). Determinants of participation in health promotion activities in rural elderly caregivers. *Dissertation Abstracts International, 64-02B*, 636. (University Microfilms No. AAT3081342).

Edmonds, J. C. (2006). The relationship of weight, body image, self-efficacy, and stress to health-promoting behaviors: A study of college educated African American women. The Catholic University of America, Washington, D. C. In ProQuest Digital Dissertations [database on-line]; available from http://www.proquest.com/(publication number AAT 3214670: accessed July 10, 2008).

Ellis, J. R. (1990). *Health status, health behavior, multidimensional health locus-of-control and factors in the development of personal control in individuals with rheumatoid arthritis.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Fehir, J. S. (1988). Motivation, and selected demographics as determinants of health-promoting lifestyle behavior in men 35 to 64 years old: A nursing investigation. *Dissertation Abstracts International, 50-05B*, 1851.

Gabry, H. (2005). *Understanding the relationship between health behavior during pregnancy and health locus of control among Arab and non-Arab women to reduce high risk pregnancy.* George Mason University, Washington, D.C. In ProQuest Digital Dissertations [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3167540: accessed July 10, 2008).

Gasalberti, D. (1999). Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception (cancer detection). *Dissertation Abstracts International, 60-01B*, 0129.

Gava, M. Z. (1996). The AIDS crisis: *Examining factors that influence use of condoms by young adult Zimbabwean males.* Unpublished doctoral dissertation. University of Michigan, Ann Arbor.

Gerard, M. S. (1993). *Factors related to long-term physical activity following coronary artery bypass graft surgery.* Unpublished doctoral dissertation, Rush University College of Nursing, Chicago.

Gillis, A. J. (1993). *The relationship of definition of health, perceived health status, self-efficacy, parental health-promoting lifestyle, and selected demographics to health-promoting lifestyle in adolescent females.* Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Grabowski, B. J. (1997). Determinants of health promotion behavior in active duty Air Force personnel. *Masters Abstracts International, 36-01*, 0156.

Harms, J. M. (1995). Health-promoting behaviors in exercising and nonexercising seniors: A comparison. *Masters Abstracts International, 34-02*, 0719.

Harrison, R. L. (1993). *The relationship among hope, perceived health status, and health-promoting lifestyle among HIV seropositive men.* Unpublished doctoral dissertation, New York University. New York.

Hatmaker, D. D. (1993). *The effects of individual factors and health promotion during pregnancy on maternal-child health.* Unpublished doctoral dissertation, Medical College of Georgia, Augusta.

Haus, C. S. (2003). Medication management strategies used by community-dwelling older adults living alone. *Dissertation Abstracts International, 64-07B*, 3188. (University Microfilms No. AAT3097641).

Hemstron, M. M. (1993). *Relationships and differences in definition of health, perceived personal competence, perceived health status and health-promoting lifestyle profile in three elderly cohorts.* Unpublished doctoral dissertation, Rush University College of Nursing, Chicago.

Hubbard, A. B. (2002). The impact of curriculum design on health promoting behaviors at a community college in south Florida. *Dissertation Abstracts International, 63-06*, 2112.

Hubbard, D. (1987). The patterns of family interaction that promote positive child health behaviors. *Masters Abstracts International, 26-04*, 0419.

Hudak, J. W. (1988). A comparative study of the health beliefs and health-promoting behaviors of normal weight and overweight male Army personnel. *Dissertation Abstracts International, 50-06B*, 2337.

Jadalla, A. A. (2007). *Acculturation, health, and health behaviors of adult Arab Americans.* Loma Linda University, United States—California. In ProQuest Digital Dissertations [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3282707: accessed July 10, 2008).

Jones, C. J. (1991). *Relationship of participation in health promotion behaviors to health-related hardiness and other selected factors in older adults.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Kalampakorn, S. (2000). Stages of constructions workers use of hearing protection. *Dissertation Abstracts International, 61-07B*, 3508.

Kerr, M. J. (1994). Factors related to Mexican-American workers use of hearing protection (noise). *Dissertation Abstracts International, 50-08B*, 3238.

Kohlbry, P. W. (2006). *Exercise self-efficacy, stages of exercise change, health promotion behaviors, and physical activity in postmenopausal Hispanic women.* Unpublished Ph.D., University of Illinois at San Diego. United States—California. In *ProQuest Digital Dissertations* [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3218201: accessed August 1, 2008).

Kurtz, A. C. (1996). *Correlates of health-promoting lifestyles among women with rheumatoid arthritis.* Unpublished doctoral dissertation, Columbia University Teachers College, New York.

Lee, N. (1987). Health knowledge and health-promoting behavior in Chinese students. *Masters Abstracts International, 27-01*, 0086.

Lewallen, L. P. (1995). *Barriers to prenatal care in low-income women.* Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill.

Luther, C. H. (2003). Living the coming of osteoporosis: Health promotion behaviors of women at risk for osteoporosis in Mississippi. *Dissertation Abstracts International, 64-08B*, 3746. (University Microfilms No. AAT3101544).

Martinelli, A. M. (1996). *A study of health locus of control, self-efficacy, health promotion behaviors, and environmental factors related to the self-report of the avoidance of environmental smoke in young adults.* Unpublished doctoral dissertation, Catholic University of America, Washington, D. C.

McCullagh, M. C. (1999). Factors affecting hearing protector use among farmers. *Dissertation Abstracts International, 61-02B*, 780.

McKeon, F. M. (1997). Health-promoting behaviors: Predictors of early vs. late initiation to prenatal care. *Masters Abstracts International, 35-05*, 1390.

McMemamin, C. A. (2002). Parental perception concerning the use of peak flow meters in the child with asthma. *Masters Abstracts International, 41-05*, 1420.

Medcalf, P. L. (1988). Value placed on health and number of health promoting behaviors of adults. *Masters Abstracts International, 27-04*, 0492.

Merren, V. A. (1991). Determinants of health promotion in the elderly. *Masters Abstracts International, 29-04*, 0648.

Mitchell, M. L. (1993). *Effects of a self-efficacy intervention on adherence to antihypertensive regimens.* Unpublished doctoral dissertation, University of Rochester, Rochester, NY.

Moore, E. J. (1992). *The relationship among self-efficacy, health knowledge, self-rated health status, and selected demographics as determinants of health promoting behavior of older adults.* Unpublished doctoral dissertation, University of Akron, Akron, OH.

Oh, H. (1993). Health promoting behaviors and quality of life of Korean women with arthritis. *Dissertation Abstracts International, 54-08B*, 4083.

Phillips, P. S. (1993). Health promoting behaviors of adults attending a worksite health fair. *Masters Abstracts International, 32-05*, 1375.

Pichayapinyo, P. (2005). The relationship of perceived benefits, perceived barriers, social support, and sense of mastery on adequacy of prenatal care for first-time Thai mothers. The Catholic University of America,

United States-Washington, D.C. In *ProQuest Digital Dissertations* [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3169867: accessed August 1, 2008).

Rothschild, S. L. (1996). *Mental health representations of attachment: Implications for health-promoting behavior and perceived stress.* Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University, Columbus.

Rummel, C. B. (1991). *The relationship of health value and hardiness to health-promoting behavior in nurses.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York.

Sakraida, T. J. (2002). Divorce transition, coping responses, and health promoting behavior of midlife women. *Dissertation Abstracts International, 62-12B*, 5646. (University Microfilms No. AAT3037817).

Sallee, A. M. (1996). The relationship of health locus of control and participation in health-promoting behaviors among older hypertensive persons. *Masters Abstracts International, 34-18*, 2349.

Sapp, C. J. (2003). Adolescents with asthma: Effects of personal characteristics and health-promoting lifestyle behaviors on health-related quality of life. *Dissertation Abstracts International, 64-05B*, 2131. (University Microfilms No. AAT3092071).

Smith Hendricks, C. K. (1992). *Perceptual determinants of early adolescent health promoting behaviors in one Alabama black belt country.* Unpublished doctoral dissertation, Boston College, Boston.

Spencer, S. A. (2007). *Effects of physiological and cognitive perceptual factors on health promotion practices in Army reservists.* Unpublished Ph.D., University of Illinois at Chicago, United States – Illinois. In *ProQuest Digital Dissertations* [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3267048: accessed July 16, 2008).

Stone, S. A. (1990). The relationship between self-esteem and health promoting behaviors in working women. *Masters Abstracts International, 30-04*, 1326.

Stutts, W. C. (1997). *Use of the health promotion model to predict physical activity in adults.* Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill.

Suwonnaroop, N. (1999). Health-promoting behaviors in older adults: The effect of social support, perceived health status, and personal factors. *Dissertation Abstracts International, 60-08B*, 3854.

Tapler, D. A. (1996). *The relationship between health value, self-efficacy, health barriers, and health behavior practices in mothers.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Tashiro, J. (1996). Health promoting lifestyle behaviors of college women in Japan: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International, 57-04B*, 2486.

Thompson, E. M. (1995). *A descriptive study of women who successfully quit smoking.* Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta.

Turner, S. J. (1989). Health protective behavior and the elderly: Hemoccult testing for early colorectal cancer detection. *Masters Abstracts International, 28-02*, 0277.

Vines, W. R. (1991). *Psychological stress reaction, coping strategies, and health promotion lifestyles among hospital nurses.* Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham.

Warner, K. D. (2000). Health-related lifestyle behaviors of twins: Interpersonal and situational influences. *Dissertation Abstracts International, 61-03B*, 1331.

Warren, M. T. (1993). *The relationships of self-motivation and perceived personal competence to engaging in a health-promoting lifestyle for men in cardiac rehabilitation programs.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York.

White, D. A. (1994). The relationship of intrinsic motivation and health beliefs on positive health behavior in pregnant adolescents. *Masters Abstracts International, 34-02*, 0730.

White, D. E. (2005). *Women's expectations and experiences of role performance following coronary artery bypass surgery.* Unpublished Ph.D., Georgia State University , United States—Georgia, In *ProQuestDigital Dissertations* [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3194604: accessed July 16, 2008).

White, J. L. (1996). *Outcomes of an individualized health promotion program for homebound older community residents.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Willis, J. L. (2001). The effect of multiple roles in the health promotion activities of college women. *Masters Abstracts International, 39-05*, 1382.

Wilson, A. H. (1991). Health promoting behaviors among married and unmarried mothers. *Dissertation Abstracts International, 52-06B*, 2999.

Wisnewski, C. A. (1996). *A study of the health-promoting behavioral effects of an exercise educational intervention in adult diabetics.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Woman's University, Houston.

Yang, K. (2005). *Physical activities among Korean midlife immigrant women in the United States.* Unpublished Ph.D., The University of Texas at Austin, United States — Texas. In *ProQuestDigital Dissertations* [database on-line]; available from http://www.proquest.com/ (publication number AAT 3184818: accessed August 1, 2008).

Yue, S. P. (1998). Assessing the needs of the post-cardiac event population in a rural southeastern New Mexico community. *Masters Abstracts International, 36-06*, 1594.

Yuhos, J. L. (1997). Health patterns of nurses who smoke. *Masters Abstracts International, 36-01*, 0166.

Artículos de revistas

Agazio, J. G., Ephraim, P. M., Flaherty, N. B., & Gurney, C. A. (2002). *Health promotion in active-duty military women with children, 35*(1), 65-82.

Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

adults. *Journal of Community Health Nursing, 22*(3), 169-178.
Callaghan, D. M. (2005). The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing, 31*(2), 91-95.
Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(4), 191-204.
Callaghan, D. (2006). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults. *Journal of Holistic Nursing, 24*(3), 178-185.
Calvert, W. J., & Bucholz, K. K. (2008). Adolescent risky behaviors and alcohol use. *Western Journal of Nursing Research, 30*(1), 147-148.
Campbell, J., & Kreidler, M. (1994). Older adults' perceptions about wellness. *Journal of Holistic Nursing, 12*(4), 437-447.
Campbell, M., & Torrance, C. (2005). Coronary angioplasty: Impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition. *Australian Journal of Advanced Nursing, 22*(4), 26-31.
Chen, C., Kuo, S., Chou, Y., & Chen, H. (2007). Postpartum Taiwanese women: Their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1550-1560.
Chen, M., James, K., Hsu, L., Chang, S., Huang, L., & Wang, E. K. (2005). Health-related behavior and adolescent mothers. *Public Health Nursing, 22*(4), 280-288.
Conway, A. E., McClune, A. J., & Nosel, P. (2007). Down on the farm: Preventing farm accidents in children. *Pediatric Nursing* 2007, *33*(1), 45-48.
Costanzo, C., Walker, S. N., Yates, B. C., McCabe, B., & Berg, K. (2006). Physical activity counseling for older women . . . including commentary by Pomeroy SH and Quinn ME with author response. *Western Journal of Nursing Research, 28*(7), 786-810.
Daggett, L. M., & Rigdon, K. L. (2006). A computer-assisted instructional program for teaching portion size versus serving size. *Journal of Community Health Nursing, 23*(1), 29-35.
Esperat, C., Feng, D., Zhang, Y., & Owen, D. (2007). Health behaviors of low-income pregnant minority women. *Western Journal of Nursing Research, 29*(3), 284-300.
Evio, B. D. (2005). The relationship between selected determinants of health behavior and lifestyle profile of older adults. *Philippine Journal of Nursing, 75*(1), 23-31.
Guarnero, P. A. (2006). Health promotion behaviors among a group of 18-29 year old gay and bisexual men. *Communicating Nursing Research, 39*, 298.
Guarnero, P. A. (2007). Staying healthy: How are young gay and bisexual men doing? *Communicating Nursing Research, 40*, 429.
Gusain, S. (2008). Nursing and self-motivation for elderly. *Nursing Journal of India, 99*(1), 5-7.
Hageman, P. A., Walker, S. N., & Pullen, C. H. (2005). Tailored versus standard internet-delivered interventions to promote physical activity in older women. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 28*(1).
Hensley, R. D., Jones, A. K., Williams, A. G., Willsher, L. B., & Cain, P. P. (2005). One-year clinical outcomes for Louisiana residents diagnosed with type 2 diabetes and hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17*(9), 363-369.
Huang, T., & Dai, F. (2007). Weight retention predictors for Taiwanese women at six-month postpartum. *Journal of Nursing Research, 15*(1), 11-20.
Hui, W. H. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing, 18*(2), 101-111.
Hulstein, P., & Berg, J. A. (2007). Premenstrual symptoms and academic stress in rural college women. *Communicating Nursing Research, 40*, 540.
Johnson, R. L. (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing, 22*(2), 130-137.
Johnson, R. L., & Nies, M. A. (2005). A qualitative perspective of barriers to health-promoting behaviors of African Americans. *ABNF Journal, 16*(2), 39-41.
Kaewthummanukul, T., Brown, K. C., Weaver, M. T., & Thomas, R. R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 663-675.
Kahawong, W., Phancharoenworakul, K., Khampalikit, S., Taboonpong, S., & Chittchang, U. (2005). Nutritional health-promoting behavior among women with hyperlipidemia. *Thai Journal of Nursing Research, 9*(2), 91-102.
Kerr, M. J., Lusk, S. L., & Ronis, D. L. (2002). Explaining Mexican American worker's hearing protection use with the health promotion model. *Nursing Research, 51*(2), 100-109.
Kerr, M. J., Savik, K., Monsen, K. A., & Lusk, S. L. (2007). Effectiveness of computer-based tailoring versus targeting to promote use of hearing protection. *Canadian Journal of Nursing Research, 39*(1), 80-97.
Lohse, J. L. (2003). A bicycle safety education program for parents of young children. *Journal of School Nursing, 19*(2), 100-110.
Lucas, J. A., Orshan, S. A., & Cook, F. (2000). Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 14*(1), 77-100.
Maes, C., & Louis, M. (2007). Advanced nurse practitioners and sexual history taking practices among older adults. *Communicating Nursing Research, 40*, 464.
McCullagh, M., Lusk, S. L., & Ronis, D. L. (2002). Factors influencing use of hearing protection among farmers: A test of the Pender health promotion model. *Nursing Research, 51*(1), 33-39.

McDonald, P. E., Brennan, P. F., & Wykle, M. L. (2005). Perceived health status and health-promoting behaviors of African-American and white informal caregivers of impaired elders. *Journal of National Black Nurses' Association, 16*(1), 8-17.

McMurry, T. B. (2006). A comparison of pharmacological tobacco cessation relapse rates. *Journal of Community Health Nursing, 23*(1), 15-28.

Mendias, E. P., & Paar, D. P. (2007). Perceptions of health and self-care learning needs of outpatients with HIV/AIDS. *Journal of Community Health Nursing, 24*(1), 49-64.

Milne, J. L., & Moore, K. N. (2006). Factors impacting self-care for urinary incontinence. *Urologic Nursing, 26*(1), 41-51.

Montgomery, K. S. (2002). Health promotion with adolescents: Examining theoretical perspectives to guide research. *Research & Theory for Nursing Practice, 16*(2), 119-134.

Morowatisharifabad, M. A., & Shirazi, K. K. (2007). Determinants of oral health behaviors among preuniversity (12th-grade) students in Yazd (Iran): an application of the health promotion model. *Family & Community Health, 30*(4), 342-350.

Nies, M. A., & Motyka, C. L. (2006). Factors contributing to women's ability to maintain a walking program. *Journal of Holistic Nursing, 24*(1), 7-14.

Olson, A. F., & Berg, J. A. (2006). Theoretical foundations of promoting perimenopausal bone health. *Communicating Nursing Research, 39*, 279.

Phuphaibul, R., Leucha, Y., Putwattana, P., Nuntawan, C., Tapsart, C., Tachudhong, A., et al. (2005). Health promoting behaviors of Thai adolescents, family health related lifestyles and parent modeling. Thai *Journal of Nursing Research, 9*(1), 28-37.

Piazza, J., Conrad, K., & Wilbur, J. (2001). Exercise behavior among female occupational health nurses. Influence of self efficacy, perceived health control, and age. *AAOHN Journal, 49*(2), 79-86.

Pichayapinyo, P., O'Brien, M. E., Duffy, J. R., & Agazio, J. (2007). The relationship of perceived benefits, perceived barriers, social support, and sense of mastery on adequacy of prenatal care for first-time Thai mothers. *Thai Journal of Nursing Research, 11*(2), 106-117.

Robbins, L. B., Gretebeck, K. A., Kazanis, A. S., & Pender, N. J. (2006). Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nursing Research, 55*(3), 206-216.

Ronis, D. L., Hong, O., & Lusk, S. L. (2006). Comparison of the original and revised structures of the health promotion model in predicting construction workers' use of hearing protection. *Research in Nursing & Health, 29*(1), 3-17.

Rothman, N. L., Lourie, R. J., Brian, D., & Foley, M. (2005). Temple Health Connection: a successful collaborative model of community-based primary health care. *Journal of Cultural Diversity, 12*(4), 145-151.

Schlickau, J. M., & Wilson, M. E. (2005). Breastfeeding as health-promoting behaviour for Hispanic women: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 52*(2), 200-210.

Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., Cho, M. O., & Heitkemper, M. (2008). Testing and developing the health promotion model in low-income, Korean elderly women. *Nursing Science Quarterly, 21*(2), 173-178.

Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies, 37*(1), 37-43.

Smith, A. B., & Bashore, L. (2006). The effect of clinic-based health promotion education on perceived health status and health promotion behaviors of adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23*(6), 326-334.

Smith, S. A., & Michel, Y. (2006). A pilot study on the effects of aquatic exercises on discomforts of pregnancy. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(3), 315-323.

Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: a review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly, 19*(4), 366-373.

Victor, J. F., de Oliveira Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender [Portuguese]. *ACTA Paulista de Enfermagem, 18*(3), 235-240.

Walker, S. N., Pullen, C. H., Hertzog, M., Boeckner, L., & Hageman, P. A. (2006). Determinants of older rural women's activity and eating including commentary by Wilbur J, Zenk SN with response by Walker, Pullen, Boeckner, and Hageman. *Western Journal of Nursing Research, 28*(4), 449-474.

Wang, H. H. (2001). A comparison of two models of health-promoting lifestyle in rural elderly Taiwanese women. *Public Health Nursing, 18*(3), 204-211.

Wang, W., Wang, C., Tung, Y., & Peng, J. (2007). Factors influencing adolescent second-hand smoke avoidance behavior from the perspective of Pender's health promotion model [Chinese]. *Journal of Evidence-Based Nursing, 3*(4), 280-288.

Wilson, M. (2005). Health-promoting behaviors of sheltered homeless women. Family & Community Health, *28*(1), 51-63.

Yang, K., Laffrey, S. C., Stuifbergen, A., Im, E., May, K., & Kouzekanani, K. (2007). Leisure-time physical activity among midlife Korean immigrant women in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(4), 291-298.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Crédito de la fotografía: Kathleen Leininger, Austin, TX

CAPÍTULO 22

Madeleine M. Leininger

Década de 1920-presente

Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Marilyn R. McFarland

«El cuidado es la esencia de la enfermería y un centro de atención característico, dominante, básico y unificador» Madeleine M. Leininger (2002e, p. 192).

BIOGRAFÍA

Madeleine M. Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en antropología cultural y social. Nació en Sutton (Nebraska) y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la St. Anthony's School of Nursing de Denver (Colorado). Ella estuvo en la U.S. Army Nurse Corps mientras estudiaba enfermería. En 1950 obtuvo un grado en biología en el Benedictine College de Atchison, en Kansas, donde cursó materias de filosofía y humanidades. Tras licenciarse trabajó como instructora, enfermera de plantilla y supervisora en una unidad médico-quirúrgica y, como directora de enfermería en el St. Joseph's Hospital de Omaha, participó en la apertura de una unidad de psiquiatría. Durante ese período, en la Creighton University de Omaha (Nebraska) llevó a cabo estudios avanzados en enfermería, en administración de enfermería y en la enseñanza y en el plan de estudios de enfermería, además de realizar pruebas e instrumentos de medida (Leininger, 1995c, 1996b).

En 1954, obtuvo un máster en enfermería especializada en atención psiquiátrica en la Catholic University of America en Washington DC. Posteriormente consiguió un contrato en la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Cincinnati, en Ohio, donde dio comienzo el primer programa universitario del mundo de la especialidad clínica de enfermería dedicada a los cuidados psiquiátricos en niños. También inició y dirigió el primer programa universitario de enfermería especializada en cuidados psiquiátricos en la Universidad de Cincinnati y en el Therapeutic Psychiatric Nursing Center at the University Hospital (Cincinnati). Durante ese período, escribió, junto con Hofling, uno de los textos

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

básicos en enfermería especializada en psiquiatría, *Basic Psychiatric Concepts in Nursing*, que se publicó en 1960 en 11 idiomas diferentes y se utilizó en todo el mundo (Hofling y Leininger, 1960).

En la década de 1950 y mientras trabajaba en un centro de orientación infantil, Leininger percibió la falta de comprensión de los factores culturales por parte del personal, que influían en el comportamiento de los niños. En estos niños de procedencias culturales distintas, observó diferencias en las respuestas al cuidado y al tratamiento psiquiátrico que la inquietaron profundamente. Las teorías psicoanalíticas y las estrategias terapéuticas no parecían cubrir las necesidades de los niños que provenían de diferentes estratos sociales. Llegó a la conclusión de que sus decisiones y acciones, al igual que las de sus compañeros, no ayudaban adecuadamente a esos niños. Leininger se planteó numerosas preguntas a sí misma y al personal acerca de las diferencias culturales de los niños y acerca de los resultados de las terapias. Percibió que algunos miembros nuevos del personal mostraban interés o conocían la influencia de los factores culturales en los diagnósticos y en los tratamientos para los pacientes. Poco tiempo después, Margaret Mead trabajó como profesora visitante en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Cincinnati y Leininger aprovechó para tratar con ella sobre las relaciones potenciales entre la enfermería y la antropología. Aunque no obtuvo de Mead ni ayuda directa, ni apoyo, ni posibles soluciones, Leininger decidió seguir tratando los temas que le interesaban en un doctorado que se centró en antropología cultural, social y psicológica en la Universidad de Washington, en Seattle.

Durante su doctorado, Leininger estudió un gran número de culturas. La antropología le pareció fascinante y consideró que esta área del saber debería ser de interés común para todas las enfermeras. Enfocó su estudio en el pueblo Gadsup de las tierras altas en el Este de Nueva Guinea, donde vivió con los indígenas alrededor de 2 años y llevó a cabo un estudio en etnografía y etnoenfermería en dos aldeas (Leininger, 1995c, 1996b). No sólo pudo percibir las características exclusivas de la cultura, sino que observó también un gran número de divergencias entre la cultura occidental y las demás culturas con respecto al cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar. Tras su profundo estudio y su experiencia directa con el pueblo Gadsup, continuó con la elaboración de su teoría de la diversidad y de la universalidad (teoría de los cuidados culturales) y el método de la etnoenfermería (Leininger, 1978, 1981, 1991b, 1995c). Su investigación y su teoría han ayudado a los estudiantes de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. Ha sido el personaje de la enfermería que más ha influido en que estudiantes y profesores sigan estudios universitarios básicos de antropología y a relacionar este saber con la educación y la práctica de la enfermería transcultural. Su entusiasmo e interés por desarrollar este campo de la enfermería transcultural desde un enfoque de los cuidados humanos se han mantenido durante más de cinco décadas.

Durante las décadas de 1950 y 1960, Leininger (1970, 1978) identificó varias áreas comunes del saber y de intereses en la investigación teórica entre la enfermería y la antropología, formulando conceptos de enfermería transcultural, teoría, principios y prácticas. El libro *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970), que fue el primer libro que trató sobre la enfermería transcultural, sirvió de base para el desarrollo del campo de la enfermería transcultural, de su teoría y de un cuidado sanitario basado en la cultura. Su siguiente libro, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice* (1978), identificó los principales conceptos, las ideas teóricas y las prácticas de la enfermería transcultural, y constituyó la primera publicación sobre enfermería transcultural. Durante los últimos 50 años, Leininger ha establecido, explicado y utilizado la teoría de los cuidados culturales con el fin de estudiar un gran número de culturas tanto dentro como fuera de Estados Unidos. Elaboró un método de investigación cualitativa en etnoenfermería para encajar la teoría pero, sobre todo, para captar el punto de vista interno de las culturas (Leininger, 1991b, 1995c). El método de investigación de la etnoenfermería fue el primer método de investigación enfermera realizado en el campo de la enfermería para que el personal enfermero analizase los complejos cuidados y los fenómenos culturales. En las últimas cinco décadas, alrededor de 50 enfermeras con un doctorado y numerosos estudiantes de másteres y de enfermería se han preparado en enfermería transcultural y han puesto en práctica la teoría de los cuidados culturales de Leininger (Leininger, 1990a, 1991b; Leininger y McFarland, 2002a; Leininger y Watson, 1990).

El primer curso de enfermería transcultural que se impartió fue en 1966 en la Universidad de Colorado, donde Leininger era profesora de enfermería y antropología. Era la primera vez que en Estados Unidos se concedía un cargo conjunto como profesor de enfermería y de otra disciplina. A su vez,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

inició y ejerció de directora del primer programa de doctorado del país para enfermeras científicas. En 1969, fue nombrada decana, profesora de enfermería y profesora ayudante de antropología en la Universidad de Washington, en Seattle. En esta universidad, Leininger creó el primer departamento académico de enfermería de sistemas comparativos de los cuidados enfermeros, con el fin de apoyar las maestrías y los programas de doctorado que tratasen la enfermería transcultural. Bajo su dirección, entre 1968 y 1969, se estableció la oficina de ayuda a la investigación. Puso en marcha varios cursos sobre enfermería transcultural y dirigió a las primeras enfermeras que realizaron un programa especial de doctorado en enfermería transcultural. En 1968, junto con la American Anthropological Association creó el Comité de Enfermería y Antropología.

En 1974, fue nombrada decana, profesora de enfermería del College of Nursing y profesora adjunta de antropología en la Universidad de Utah, en Salt Lake City. En esta institución inició los primeros másteres y programas de doctorado impartidos en enfermería transcultural y presentó las primeras ofertas en programas de doctorado de esta universidad (Leininger, 1978). Los cursos de enfermería transcultural fueron los primeros en todo el mundo en que se ofrecían clases y programas de investigación sustanciales centrados específicamente en la enfermería transcultural. Además, fue precursora y directora de la oficina de ayuda a la investigación en la Universidad de Utah.

En 1981, la Wayne State University de Detroit contrató a Leininger como profesora de enfermería y como profesora adjunta de antropología, además de ejercer como directora de enfermería transcultural hasta que se jubiló parcialmente en 1995. También fue la directora del centro para la investigación de la salud de esta universidad durante 5 años. Mientras estuvo en la Wayne State University, volvió a organizar varios cursos y seminarios de enfermería transcultural, cuidados y métodos cualitativos de investigación para estudiantes de enfermería, de maestría, de doctorado y de estudios posdoctorales. En la actualidad, este programa de doctorado acoge al mayor número en todo el mundo de estudiantes de máster y de doctorado que estudian enfermería transcultural. Aparte de dirigir las ofertas de estudio en enfermería transcultural en la Wayne State University, Leininger fue profesora y tutora de numerosos estudiantes y enfermeras en el campo de la investigación de la enfermería transcultural. Al ser una de las primeras enfermeras destacadas en el uso de métodos cualitativos de investigación en la década de 1960, en los años consecutivos continuó enseñando estos métodos en diferentes universidades de dentro y fuera de Estados Unidos. Hasta la fecha, ha realizado estudios de 14 culturas diferentes y sigue ejerciendo como asesora en numerosos proyectos de investigación en instituciones, sobre todo en los que se hace uso de su teoría de los cuidados culturales.

Debido al creciente interés por la enfermería transcultural y la atención sanitaria, desde 1965 Leininger (comunicación personal, 1996) ha ofrecido cada año charlas orientadas a esta materia, además de talleres y consultas como consultora dentro y fuera de Estados Unidos. Su carrera académica incluye alrededor de 600 de estas conferencias, charlas, talleres y servicios de asesoría en Estados Unidos, Canadá, Europa, las islas del Pacífico, Asia, África, Australia y en los países escandinavos. Ha sido invitada como especialista en muchas culturas y países del mundo entero, y aún se solicita su asesoramiento en centros de formación y de atención sanitaria para centrarse en la enfermería transcultural, los cuidados humanos, la investigación de la etnoenfermería, su teoría de los cuidados culturales y futuras tendencias en atención sanitaria en el ámbito mundial.

Puesto que Leininger fue la primera enfermera que completó un doctorado en antropología y puso en marcha diferentes másteres y programas de doctorado en formación enfermera, es experta en varias áreas y muestra interés por otras muchas. Ha estudiado 14 culturas en profundidad y ha tenido experiencia con un gran número de otras culturas. Además de la enfermería transcultural, que tiene el cuidado como punto clave, sus otras áreas de interés son la formación comparativa y la administración, las teorías en enfermería, la política, los dilemas éticos en enfermería y en la atención sanitaria, los métodos cualitativos de investigación, el futuro de la enfermería y de la atención sanitaria, y la dirección en la enfermería. Su teoría de los cuidados culturales se utiliza ahora en todo el mundo y se le tiene una consideración cada vez mayor, ya que lo que se pretende es obtener datos culturales bien fundados de diversas culturas.

En 1974, fundó la organización National Transcultural Nursing Society y, desde su fundación, Leininger ha sido una de las dirigentes de esta sociedad. En 1978, fundó también la National Research Care Conference, con el propósito de ayudar a las enfermeras que estaban especializadas principalmente en el estudio de los fenómenos de los cuidados humanos (Leininger, 1981, 1984a, 1988a, 1990a, 1991b; Leininger y Watson, 1990). En 1989, inició la publicación del *Journal of Transcultural Nursing,* del que fue editora hasta 1995.

La doctora Leininger goza del reconocimiento internacional por su labor en enfermería y en otros campos relacionados, gracias a sus publicaciones sobre la enfermería transcultural y los cuidados, su teoría, investigación, asesoramiento, cursos y charlas sobre el tema. Ha trabajado con entusiasmo para convencer a los docentes de enfermería y al personal sanitario de que incorporasen los conceptos de enfermería transcultural y de los cuidados culturales específicos, junto con los descubrimientos fruto de la investigación, en los planes de estudio de enfermería y en la práctica clínica, al tratarse de la nueva y futura dirección que tomarán todos los ámbitos de la enfermería (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a; Leininger y Watson, 1990). Por otra parte, ha tenido suficiente tiempo para impartir clases a antropólogos, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos y personal docente, además de llevar a cabo investigaciones con otros colaboradores. Es una de las pocas enfermeras que ha trabajado de forma activa en dos disciplinas y que ha seguido contribuyendo en ambos campos, con su participación en conferencias transculturales y en reuniones de asociaciones dentro y fuera de Estados Unidos. En la actualidad, Leininger reside en Omaha (Nebraska), y sólo está parcialmente jubilada, ya que sigue activa ofreciendo asesoramiento en el ámbito mundial, publicando e impartiendo clases. Actualmente, su objetivo es fundar institutos de enfermería transcultural con el fin de formar a las enfermeras e investigar en enfermería transcultural y en los fenómenos de la salud.

Leininger es autora editora de más de 30 obras. Algunos de estos libros son: *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (Leininger y McFarland, 2002a), *Caring: An Essential Human Need* (Leininger, 1981), *Care: The Essence of Nursing and Health* (1984a), *Qualitative Research Methods in Nursing* (1985a), *Ethical and Moral Dimensions of Care: Chapters from Conference on the Ethics and Morality of Caring* (1990a), *The Caring Imperative in Education* (Leininger y Watson, 1990), *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (1991b) y *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (Leininger y McFarland, 2006), que consiste en una descripción de su teoría y de su método. Ha publicado también más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, y ha realizado gran cantidad de documentales, DVD y reportajes de investigación sobre la enfermería transcultural, los fenómenos de los cuidados humanos y de la salud, el futuro de la enfermería y otros temas relevantes para la enfermería y la antropología. Ha sido miembro de ocho comités editoriales y varias publicaciones de referencia y participa activamente en el Transcultural Nursing Scholars Group y su propia página web (www.madeleine-leininger.com). Se la conoce como una de las autoras más creativas, productivas, innovadoras y modernas en el campo de la enfermería, ya que ofrece un nuevo y sustancial contenido e ideas basados en la investigación en enfermería que ayudan a que la enfermería avance, tanto como disciplina como profesión.

Leininger ha recibido numerosos premios y honores por su trayectoria profesional y por sus logros académicos. Su nombre se halla en el *Who's Who of American Women, Who's Who in Health Care, Who's Who in Community Leaders, Who's Who of Women in Education, International Who's Who in Community Service, Who's Who in International Women* y en muchas otras listas publicadas. Su nombre también aparece en el National Register of Prominent Americans and International Notables, International Women y el National Register of Prominent Community Leaders. Se le han otorgado varios títulos honoris causa, como un doctorado del Benedictine College, en Atchison (Kansas), un doctorado de la Universidad de Kuopio (Finlandia) y un doctorado de la Universidad de Indiana (Indianápolis). En 1976 y en 1995 se reconoció su contribución única al ser nombrada la primera presidenta a tiempo completo de la American Association of Colleges of Nursing. Leininger recibió el premio Russell Sage Outstanding Leadership en 1995 y es miembro de la American Academy of Nursing, de la American Anthropology Society y de la Society for Applied Anthropology. También es socia de la Sigma Theta Tau, del National Honor Society of Nursing, de la Delta Kappa Gamma, de la National Honor Society in Education y del colegio escandinavo de ciencias de los cuidados en Estocolmo (Suecia). Ha trabajado como especialista y profesora ayudante visitante en 85 universidades dentro y fuera de Estados Unidos, entre otras en universidades de Suecia, Gales, Japón, China, Australia, Finlandia, Nueva Zelanda y Filipinas. Durante su estancia en la Wayne State University recibió el premio de la Board of Regents' Distinguished Faculty, el Distinguished Research Award y el President's Excellence in Teaching, además del Outstanding

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Graduate Faculty Mentor. En 1996, la Madonna University, Livonia, Michigan, honró a Leininger dando su nombre a una colección de libros y a una sala de lectura por su incalculable contribución a la enfermería, las ciencias sociales y las humanidades.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland 2002b, 2006). Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta.

El propósito de la teoría era descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada (Leininger, 1985b, 1988b, 1988c, 1988d; como se menciona en 1991b). El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas de forma que les sean beneficiosos, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural (Leininger, 1991b).

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables (Leininger, 1991b, 1995c). Leininger declara que, con el tiempo, habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejará los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Además, comenta que la enfermería transcultural se ha convertido en una de las áreas más relevantes de los estudios formales, investigación y práctica puesto que las personas conviven en un mundo multicultural (Leininger, 1984a, 1988a, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar todas las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces (Leininger, 1991b, 1995c, 1996a, 1996b; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

Leininger (2002a) distingue entre la enfermería transcultural y la enfermería intercultural. La primera se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural, mientras que la enfermería intercultural se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están obligadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación (Leininger, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a). También distingue entre la enfermería internacional y la enfermería transcultural. La enfermería internacional se centra en el funcionamiento de las enfermeras entre dos culturas; sin embargo, la enfermería transcultural se centra en varias culturas con una base teórica y práctica comparativa (Leininger, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a).

Leininger describe a la enfermera transcultural como una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas (Leininger, 1989a, 1989b, 1991c, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a). La enfermera transcultural especialista con formación universitaria recibe una preparación profunda y una tutoría en los conocimientos y en la práctica de la enfermería transcultural. Esta especialista profesional ha adquirido una formación competente en sus estudios postuniversitarios. «Esta especialista ha estudiado en profundidad culturas previamente seleccionadas (valores, creencias, estilos de vida) y posee abundantes conocimientos, además de gozar de una base teórica sobre los cuidados, la salud y los factores del entorno, que tienen que ver con las perspectivas de la enfermería transcultural» (Leininger, 1984b, p. 252).

La persona especialista en enfermería transcultural trabaja como una experta de campo, ya sea en la asistencia o como profesora, investigadora o asesora con respecto a las culturas seleccionadas. Esta profesional también valora y usa la teoría de la enfermería transcultural con el fin de desarrollar y conseguir progresos en el conocimiento de la disciplina de la enfermería transcultural, campo que, según Leininger (1995c, 2001), debe ser el punto central de la formación y la práctica enfermeras.

Leininger (1996b) defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que habitualmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y de proposiciones hipotéticas que se pueden probar con el fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos. Leininger cree que la teoría de la enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados en sus estilos de vida según su cultura, para así conseguir una atención enfermera eficaz, satisfactoria y coherente con la cultura. En caso de que las prácticas enfermeras no reconocieran los aspectos de los cuidados culturales reflejados en las necesidades humanas, estaríamos ante unas prácticas enfermeras menos beneficiosas y eficaces e incluso seríamos testigos del descontento por los servicios de enfermería, lo que limita la recuperación de la salud y el bienestar (Leininger, 1991b, 1995a, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

Leininger (1991b) creó la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que éstas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada (conocimiento profesional), como bases para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura (Leininger, 1991b, 1995c). Es más, el cuidado cultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, puesto que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural y los valores, el contexto del entorno (Leininger, 1981), las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales (genéricos) y profesionales. Éstas son algunas de las bases imprescindibles para descubrir que el conocimiento principal del cuidado es la esencia de la enfermería que puede devolver la salud y el bienestar a los pacientes y puede guiar las prácticas terapéuticas de enfermería. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva o deductiva, y proviene tanto de dentro como de fuera del conocimiento. No obstante, Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturas, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad (1991b).

La teoría no tiene por qué ser necesariamente de nivel medio ni una gran teoría, aunque sí se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría con campos específicos de interés. Leininger considera que las teorías intermedias y las grandes teorías están desfasadas para el desarrollo actual de las teorías y para las aplicaciones de éstas (1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

Características únicas de la teoría

Según Leininger (2002c), la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural tiene algunas características distintivas, diferentes de las de otras teorías enfermeras. Es la única teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural y es una teoría que puede utilizarse en culturas occidentales y orientales, dado que incluye múltiples factores holísticos que se encuentran universalmente en las culturas. Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden examinarse sistemáticamente para llegar a resultados de cuidados culturalmente congruentes. Es la única teoría en enfermería que se centra explícitamente en la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cultura y el cuidado de diversas culturas, con tres modalidades prácticas para llegar a decisiones y acciones de cuidados culturalmente congruentes que apoyen el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias para las personas. La teoría está diseñada para finalmente descubrir el cuidado –qué es particular y qué está universalmente con el cuidado y la salud– y tiene un centro de atención comparativo para identificar prácticas de cuidados enfermeros diferentes o contrastadas con constructos de cuidados específicos. La teoría puede generar conocimiento nuevo en enfermería y atención sanitaria para llegar a cuidados culturalmente congruentes, seguros y responsables.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

Leininger ha desarrollado varios términos que son relevantes para su teoría. A continuación se definen los principales. El lector puede estudiar su teoría completa en su obra más representativa (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

CUIDADOS Y PRESTACIÓN DE CUIDADOS HUMANOS

Hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o la muerte.

CULTURA

Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.

CUIDADOS CULTURALES

Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

DIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

UNIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

CONCEPCIÓN DEL MUNDO

Se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.

DIMENSIONES CULTURALES Y DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

Hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua.

CONTEXTO DEL ENTORNO

Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

ETNOHISTORIA

Hace referencia a la secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

o documentados sobre una población diseñada de una cultura.

SISTEMA DE CUIDADOS GENÉRICOS (TRADICIONALES O POPULARES)

Hace referencia a puntos de vista y valores locales, indígenas o interiores sobre un fenómeno.

SISTEMAS DE CUIDADOS PROFESIONALES

Hace referencia a puntos de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

SALUD

Significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.

CONSERVACIÓN O MANTENIMIENTO DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte.

ADAPTACIÓN O NEGOCIACIÓN DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Hace referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

REORIENTACIÓN O REESTRUCTURACIÓN DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.

CUIDADOS ENFERMEROS COMPETENTES CON LA CULTURA

Hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Durante más de cinco décadas, Leininger ha defendido que los cuidados son la parte esencial de la enfermería, además de su rasgo dominante, distintivo y unificador (1970, 1981, 1988a, 1991b; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Considera que los cuidados son complejos, elusivos y, a menudo, están arraigados en la estructura social y en otros aspectos de la cultura (1991b; Leininger y McFarland, 2006). Leininger mantiene que existen diferentes formas, expresiones y modelos de cuidados, algunos de ellos particulares y otros universales (Leininger, 1991b; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Leininger (1985a, 1990b) está a favor de los métodos cualitativos etnológicos, en especial de la etnoenfermería, con la que se pueden estudiar los cuidados. Estos métodos están dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizados de las personas. Durante la década de 1960, Leininger elaboró los métodos de la etnoenfermería con el fin

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de estudiar los fenómenos de la enfermería transcultural de modo específico y sistemático. Este método se centra en el estudio sistemático y en la clasificación de las creencias, valores y prácticas de los cuidados enfermeros sobre los valores reales y posibles de los fenómenos de la enfermería, como los cuidados, la salud y los factores del entorno, a cuyo conocimiento ha llegado cognitiva y subjetivamente una cultura específica (o sus representantes culturales), por medio del lenguaje orientado en las personas, experiencias, creencias y sistema de valores locales e intrínsecos (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Si bien la enfermería viene usando los términos cuidado y prestación de cuidados durante más de un siglo, sus definiciones y usos han sido siempre vagos y los términos se han utilizado como clichés sin darles un significado específico en la cultura del paciente o de la enfermera (Leininger, 1981, 1984a). «Es más, los conceptos relacionados con la prestación de cuidados se cuentan entre los menos comprendidos y estudiados de todo el conocimiento humano y de las áreas de investigación dentro y fuera de la enfermería» (Leininger, 1978, p. 33). Gracias a la teoría transcultural de los cuidados culturales y del método de la etnoenfermería basados en las creencias internas, la persona se aproxima más al descubrimiento de los cuidados básicos u orientados a las personas, ya que se trata de información facilitada directamente por los informantes y no por las creencias y prácticas externas de los investigadores. Un propósito importante para la teoría consiste en documentar, saber, predecir y explicar sistemáticamente, por medio de la información de campo conseguida, qué es particular y qué es universal en los cuidados genéricos o profesionales de las culturas que se analizan (Leininger, 1991b).

Leininger (1984a, 1988a) considera que el conocimiento y las prácticas específicas basadas en los cuidados culturales deberían hacer una distinción entre la enfermería y el resto de disciplinas. La primera razón por la que se estudia la teoría de los cuidados es que la idea de los cuidados parece ser vital para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos ya desde la aparición de la raza humana (Leininger, 1981, 1984a). La segunda razón es que se quiere explicar y entender a la perfección el conocimiento cultural y los papeles que desempeñan los prestadores de cuidados y los pacientes que los reciben en las diferentes culturas, por lo que se podrán ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura (Leininger, 1991b, 1995c, 2002a, 2002b, 2002c). La tercera razón es el descubrimiento del conocimiento y el uso de éste para fomentar la recuperación de la salud y el bienestar de los pacientes, para afrontar la muerte o para asegurar la preservación de las culturas humanas a través del tiempo (Leininger, 1981, 1984a, 1991b). Cuarta razón: la profesión enfermera necesita estudiar los cuidados sistemáticos desde una perspectiva cultural amplia y holística, con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar como conocimiento de la enfermería (Leininger, 1991b, 1995c, 2002a, 2002b, 2002c). Leininger (1991b, 1995c, 2002a, 2002b, 2002c) piensa que los cuidados son un fenómeno principalmente elusivo y que a menudo se hallan arraigados al estilo cultural de vida y a los valores. Sin embargo, este conocimiento constituye una base sólida para que las enfermeras guíen sus prácticas y consigan así cuidados coherentes con las culturas y métodos terapéuticos específicos para preservar la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud o ayudar a los pacientes a afrontar la muerte (Leininger, 1994). Una proposición importante de la teoría es que, si se puede obtener el significado completo de los cuidados culturales, se podrá predecir el bienestar o la salud de las personas, familias y grupos y, por tanto, se podrán ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura (Leininger, 1991b). Leininger ve los cuidados como uno de los principios con mayor influencia y como el fenómeno más importante de la enfermería. No obstante, estos principios y modelos de los cuidados deben documentarse, entenderse y usarse por completo para cerciorarse de que los cuidados basados en la cultura se conviertan en la guía principal de la terapia de la enfermería transcultural y se usen para explicar y predecir las prácticas enfermeras (Leininger, 1991b).

Hasta la fecha, Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras más en colaboración con estudiantes, universitarios y licenciados, y profesores, por medio de métodos cualitativos de investigación. Ha explicado principios diferentes de los cuidados en numerosas culturas, cada una con diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Las enfermeras transculturales no cesan de profundizar en un nuevo cuerpo de conocimientos durante el desarrollo de las prácticas de cuidados transculturales con culturas similares o diversas. Leininger (1991b) cree que, con el tiempo, las características tanto particulares como universales de los cuidados y de la salud se interpretarán como la esencia del conocimiento y la práctica en la enfermería.

Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean

coherentes con la cultura (1991b, 1995c, 2002a, 2002b, 2002c; Leininger y McFarland, 2006). Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y los significados, así como los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida que puedan facilitar bases fiables y exactas para planificar y aplicar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar cualquier característica, universal o común, relacionada con los cuidados. Leininger sostiene que las enfermeras no pueden separar las concepciones del mundo, la estructura social ni las creencias culturales (tradicionales o profesionales) de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas diferentes entre sí, ya que todos estos factores están estrechamente relacionados. Los factores procedentes de la estructura social (a saber, religión, política, cultura, economía y paren- tesco) son fuerzas relevantes que influyen en los modelos, bien de bienestar, bien de enfermedad. También hace hincapié en la importancia de descubrir cuidados genéricos (tradicionales, locales o indígenas) en las culturas y compararlos con los cuidados profesionales (Leininger, 1991b).

Leininger considera que la ceguera, el choque y la imposición culturales, aparte del etnocentrismo que muestran las enfermeras, aún disminuyen la calidad de la atención a los pacientes de culturas diferentes (Leininger, 1991a, 1994, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Además, los diagnósticos enfermeros y médicos sin base ni conocimiento cultural se convierten en serios problemas para las culturas, puesto que conducen a resultados desfavorables e incluso, a veces, graves (Leininger, 1990c). Al facilitar cuidados culturalmente coherentes, los pacientes se sienten satisfechos porque reciben una buena atención, lo que se transforma en una fuerza de recuperación de la calidad de la salud. Lo que más desean encontrar los clientes cuando acuden a los servicios de enfermería es la calidad de los cuidados, que se consigue únicamente cuando se tiene conocimiento de los cuidados culturales y éstos se llevan a cabo.

PRINCIPALES SUPUESTOS

A continuación, se incluyen los principales supuestos de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. Las definiciones que se muestran proceden del libro más representativo que Leininger ha escrito acerca de su teoría (Leininger, 1991b; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

1. Los cuidados son la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador.
2. Los cuidados (prestación de cuidados) culturales son vitales para el bienestar, la salud, el crecimiento y la supervivencia, y para afrontar los impedimentos físicos o mentales o la muerte.
3. Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y, de este modo, guiar la práctica de éstos.
4. La enfermería transcultural es una disciplina y una profesión de los cuidados humanística y científica, cuyo principal objetivo es servir a los individuos, grupos, comunidades, sociedades e instituciones.
5. Los cuidados (prestación de cuidados) culturales son imprescindibles para curar y recuperar la salud, puesto que no puede haber curación sin previo cuidado, aunque puede existir el cuidado sin curación.
6. Los conceptos, significados, expresiones, modelos, procesos y las formas estructurales de los cuidados culturales varían transculturalmente con diversidades (diferencias) y ciertas universalidades (similitudes).
7. Cada cultura humana tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos (profanos, tradicionales o indígenas) y, normalmente, conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales, que varían de forma transcultural e individual.
8. Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión (o espiritualidad), parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas.
9. Los cuidados enfermeros basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades dentro del entorno y de sus contextos.
10. Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura y beneficiosos sólo se dan cuando la enfermera tiene conocimiento y hace un uso adecuado y coherentemente de los valores, expresiones y modelos.
11. Las diferencias y similitudes de los cuidados culturales entre un profesional de la salud y un paciente (genérico) que recibe la atención sanitaria existen en todas las culturas del mundo.
12. Los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles mostrarán signos de conflictos culturales, prácticas de imposiciones culturales, estrés y dolor sensible.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

13. El método de investigación cualitativo de la etnoenfermería proporciona vías importantes para descubrir e interpretar las dimensiones epistemológicas y ontológicas de los cuidados (Leininger, 1991b, pp. 44-45).

La universalidad de los cuidados revela la naturaleza común de los seres humanos y de la humanidad, mientras que la diversidad de los cuidados pone de manifiesto la variabilidad y las características únicas de los seres humanos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Los principios constituyen la base en la que se apoya o que el teórico utiliza con una teoría. Al desarrollar la teoría, con la teoría de los cuidados culturales se conceptualizaron y formularon cuatro principios (Leininger, 2002c, 2006):

1. Las expresiones, significados, modelos y prácticas de los cuidados culturales son diversos y aun así siguen compartiendo aspectos en común y algunos atributos universales.
2. El punto de vista del mundo consta de múltiples factores de estructura social, como la religión, la economía, los valores culturales, la etnohistoria, el contexto ambiental, la lengua y el cuidado profesional y genérico que influyen en los modelos de los cuidados culturales para predecir la salud, el bienestar, la enfermedad, la curación y las formas como las personas afrontan las discapacidades y la muerte.
3. El cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno puede influir en gran manera en los resultados de la salud y la enfermedad.
4. A partir del análisis de los factores influyentes anteriormente mencionados, se predijeron tres guías principales de acciones y decisiones para proporcionar vías para ofrecer cuidados culturalmente coherentes, seguros y significativos. Los tres modos de acción y decisión con base cultural son los siguientes: *a)* preservación o mantenimiento de los cuidados culturales; *b)* acomodación o negociación de los cuidados culturales, y *c)* reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. Se predijo que los modos de acción y decisión basados en los cuidados culturales eran factores clave para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo.

Al conceptualizar la teoría, el primer principio teórico fue que «existen diversidades (diferencias) y universalidades (aspectos en común) en los cuidados entre culturas en todo el mundo» (Leininger, 2002c, p. 78). Sin embargo, Leininger afirmó que debían descubrirse los significados y los usos de los cuidados culturales para establecer un cuerpo de conocimiento transcultural. Un segundo principio teórico era «[que el] punto de vista del mundo, los factores de la estructura social como la religión, la economía, la educación, la tecnología, la política, las relaciones familiares (sociales), la etnohistoria, el entorno, la lengua y los cuidados genéricos y profesionales influirán en gran manera en los significados, las expresiones y los modelos de los cuidados culturales en culturas diferentes» (Leininger, 2002c, p. 78).

Leininger ha mantenido que era necesario documentar estos factores para proporcionar cuidados significativos y satisfactorios para la gente y se ha pronosticado que son importantes factores influyentes sobre los cuidados culturales. Estos factores también han de descubrirse directamente a partir de informantes como factores influyentes relacionados con la salud, el bienestar, la enfermedad y la muerte. El tercer principio teórico era «tanto el cuidado profesional como el genérico ha de enseñarse, investigarse y reconciliarse en las prácticas de cuidados para satisfacer a los clientes que se dirigen hacia la salud y el bienestar» (Leininger, 2002c).

El cuarto principio teórico fue la conceptualización de las «tres principales acciones y decisiones de los cuidados para llegar a un cuidado culturalmente coherente para la salud y el bienestar general de los clientes, o para ayudarles a afrontar la muerte o las discapacidades» (Leininger, 2002c, p. 78). Estos modos son preservación o mantenimiento del cuidado cultural, acomodación y negociación del cuidado cultural y reorientación o reestructuración del cuidado cultural. El investigador aprovecha los hallazgos a partir de la estructura social, las prácticas profesionales y genéricas y otros factores influyentes, mientras estudia cuidados basados en la cultura para individuos, familias y grupos. Estos factores deberían ser estudiados, valorados y respondidos en una relación enfermera-cliente dinámica y participativa (Leininger 1991a, 1991b, 2002b; Leininger y McFarland, 2002a).

FORMA LÓGICA

La teoría de Leininger (1995c) se basa en la antropología y en la enfermería aunque, al reformularse, ha pasado a una teoría de enfermería transcultural bajo una perspectiva del cuidado humano. Leininger elaboró el método de investigación de la etnoenfermería, y ha destacado la importancia del estudio de las personas, basándose en sus conocimientos o experiencias propias o locales y, posteriormente, contrastando lo anterior con las creencias y prácti-

cas externas. En su libro *Qualitative Research Methods in Nursing* (Leininger, 1985a) y en publicaciones relacionadas (Leininger, 1990b, 1995c, 2002c, 2006), Leininger aporta conocimientos importantes sobre los métodos cualitativos en la enfermería.

En su propia investigación, Leininger usa hábilmente la etnoenfermería, la etnografía, las historias y las anécdotas de personas, las fotografías y los métodos en los que se utilizan los fenómenos que aportan una valoración holística para poder estudiar la conducta cultural en diversos contextos del entorno. Con estos métodos cualitativos, el investigador está cerca de las personas durante las actividades de su vida diaria, y así comprende su mundo, por lo que la enfermera investigadora obtiene de modo inductivo información de las explicaciones descriptivas e interpretativas registradas en los informantes, por medio de la observación o de la participación, o bien por otras vías en las que los cuidados se entienden como la cuestión principal del método. La valoración cualitativa es importante para desarrollar un conocimiento fundamental, básico, sustancial y basado en la información recogida sobre los cuidados culturales, gracias al cual se podrá orientar a las enfermeras en su trabajo. Desde el inicio, la etnoenfermería se ha fundamentado primordialmente en información recogida de las culturas bajo estudio, por lo que la hace diferente de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss (1967).

Si bien otros métodos de investigación, como la comprobación de hipótesis y los métodos cuantitativos experimentales, se pueden utilizar para los cuidados transculturales, el método de la elección depende del propósito del investigador, de los objetivos del estudio y de los fenómenos que se vayan a estudiar. Se intenta motivar la creatividad y la disposición de la enfermera investigadora, con el fin de usar diversos métodos de investigación para llegar al conocimiento de la enfermería. Sin embargo, Leininger mantiene que los métodos cualitativos resultan relevantes para establecer los significados y un buen conocimiento cultural. Cuando se han realizado estudios sobre las culturas y los cuidados, generalmente se ha dado un valor limitado a los métodos cuantitativos. El hecho de combinar el método cualitativo con el cuantitativo tiende a ofuscar los descubrimientos y produce un uso incorrecto de ambos paradigmas (Leininger, 1991b, 1995c).

En la década de 1970, Leininger elaboró el modelo del sol naciente (fig. 22-1) para representar los componentes esenciales de la teoría. Ha ido retocando el modelo, pero el actual es el definitivo y resulta un instrumento valioso para estudiar exhaustivamente los diversos elementos o componentes de la teoría y para realizar valoraciones clínicas que sean lógicas para la cultura. Ni este modelo ni la teoría completa de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales se reproducen aquí. Se han incluido únicamente ideas seleccionadas que sirven para introducir al lector en el trabajo pionero y creativo de Leininger en que se desarrolla la teoría con el paso del tiempo. El modelo del sol naciente simboliza la salida del sol (cuidados) (Leininger, 1991b,Leininger, 1995c 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros, que se hallan en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Según Leininger, la enfermera actúa como puente de unión entre el sistema (genérico) y el profesional. Según esta teoría, pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación y/o negociación de los cuidados culturales y reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006).

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). El sexo, la raza, la edad y el estatus social son factores de la estructura social y, por tanto, están sometidos a estudio. La dimensión biológica, la emocional y otras dimensiones se estudian bajo una perspectiva holística, por lo que ni se fragmentan ni se separan. La creación de la teoría, teniendo como base este modelo, puede tener lugar en varios niveles: a muy pequeña escala (personas en particular) para estudiar grupos, familias o comunidades, o fenómenos a gran escala (el estudio de varias culturas). Leininger también ha desarrollado varios modelos para facilitar el estudio de fenómenos utilizando las cuatro fases del análisis cualitativo de los datos. Lo más importante es que los criterios cualitativos se utilizan para analizar los datos; son credibilidad, confirmación, significado en el contexto, saturación, reestructuración y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

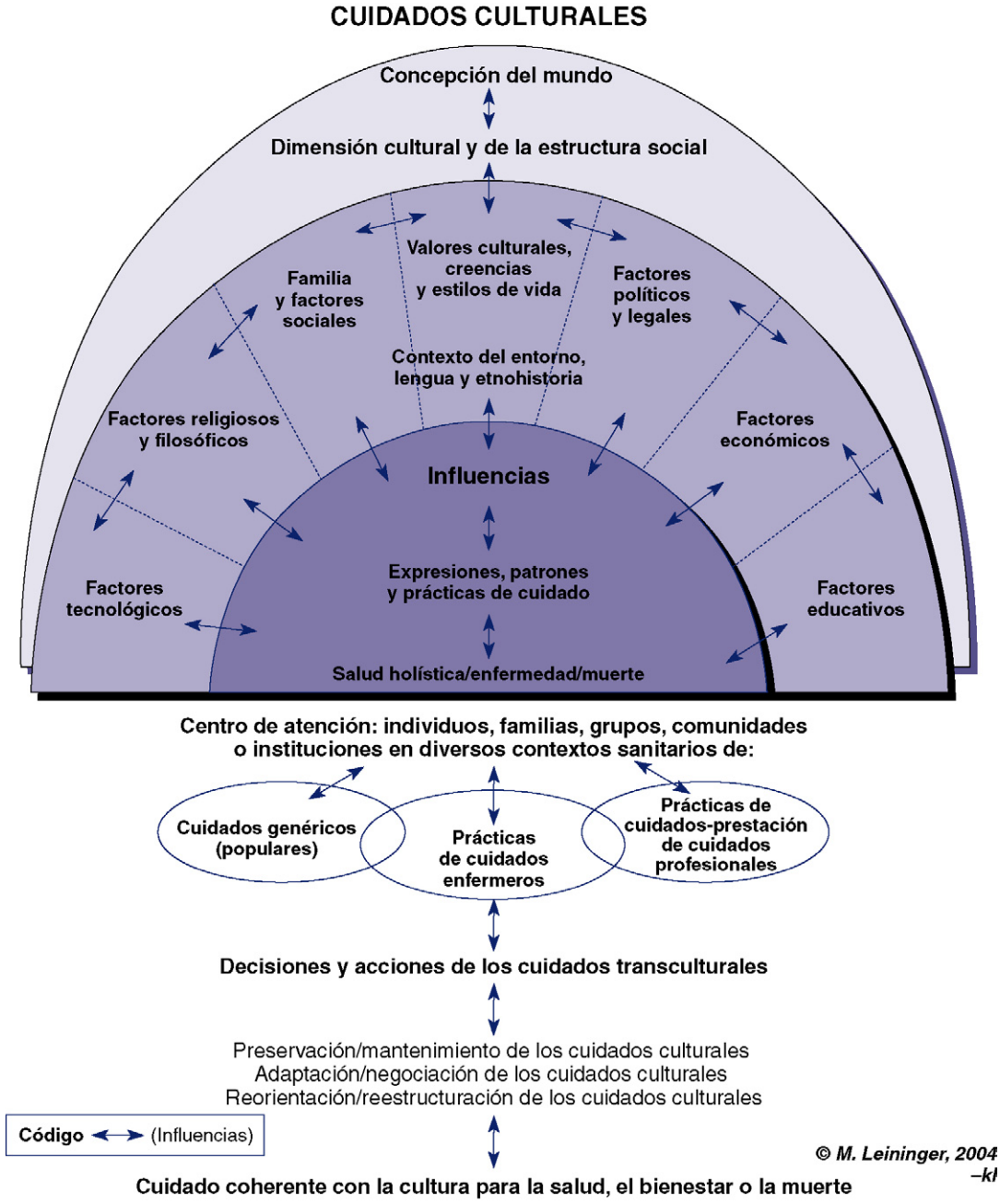


Figura 22-1 Modelo del sol naciente de Leininger. (© Madeleine Leininger, 2004. Utilizado con autorización.)

posibilidad de transferir (Leininger, 1995c, 2002c). Los criterios cuantitativos no deberían usarse en métodos cualitativos, puesto que los métodos cuantitativos tienen criterios específicos para medirlos.

Leininger también ha desarrollado otros cuatro modelos para ayudar a las investigadoras enfermeras en el uso del método de la etnoenfermería. «Los modelos contrastan con los mecanismos mecánicos como herramientas, escalas, instrumentos de medición y otras herramientas objetivas impersonales generalmente utilizadas en estudios cuantitativos. Estas herramientas a menudo se consideran poco naturales y [son] aterradoras para los informadores culturales» (Leininger, 2002c, p. 89).

El modelo de la observación, participación y reflexión se utiliza para facilitar que el investigador entre y esté con los informadores en su contexto familiar o natural durante el estudio. El informador pasa gradualmente del papel de observador y oyente al de participante y agente de reflexión con los informadores. Moviéndose lentamente y correctamente con permiso, el investigador no interfiere y, por tanto, es capaz de observar lo que está ocurriendo de forma natural en el entorno o con las personas.

Con el modelo del verdadero amigo desconocido, el investigador enfermero es capaz de aprender mucho sobre sí mismo, sobre las personas y sobre la cultura que se está estudiando. El objetivo es convertirse en un amigo de confianza a medida que se pasa de ser un extraño a ser un amigo de confianza, y pueden identificarse diferentes actitudes, conductas y expectativas. Este proceso de convertirse en alguien de confianza es esencial para que el investigador pueda descubrir datos honestos, creíbles y en profundidad de los informadores.

El dominio del «modelo de la demanda» es un proceso utilizado por investigadoras enfermeras en cada estudio para establecer claramente el interés y el centro de atención. El dominio de examen es un «sastre sucinto hecho directamente y específicamente basándose en los cuidados culturales y los fenómenos de salud» (Leininger, 2002c, p. 92), afirmando cuestiones o ideas relacionadas con el centro de interés del estudio, su propósito y sus objetivos.

El modelo de valoración de la cultura de la salud es otra guía importante utilizada con el método. Cuando se estudian culturas es esencial, para valorar la extensión de la aculturación de los informadores, saber si están «tradicionalmente o no tradicionalmente orientados en sus valores, creencias y formas de vida generales» (Leininger, 2002c, p. 92). Este modelo se utiliza para valoraciones culturales y para estudios de investigación de etnoenfermería.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Leininger identifica varios factores que están relacionados con la lentitud que muestran las enfermeras a la hora de reconocer y valorar la enfermería transcultural y los factores culturales en la práctica y en la formación de la enfermería (Leininger, 1991b; Leininger y McFarland, 2006). Primero se formuló la teoría en la década de 1950 cuando, en realidad, aún no había enfermeras que estuviesen preparadas en antropología o en conocimientos culturales para entender los conceptos o modelos transculturales ni su teoría. En primer lugar, la mayoría de las enfermeras desconocía la naturaleza de la antropología y el modo en que el conocimiento antropológico podía contribuir a los cuidados humanos y a las conductas frente a la salud, o cómo podía servir como marco para comprender los fenómenos o los problemas de la enfermería. En segundo lugar, si bien las personas tenían necesidades culturales inherentes desde hacía mucho tiempo, la mayoría de los pacientes se opusieron a presionar para que el personal sanitario tratase sus necesidades culturales y, por tanto, no pidieron que se tratasen ni reconociesen sus necesidades culturales y sociales (Leininger, 1970, 1978, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a). En tercer lugar, hasta hace una década, los artículos sobre enfermería transcultural presentados para su publicación a menudo se rechazaban, ya que los editores no conocían, valoraban ni entendían la relevancia que el conocimiento cultural podía tener para la enfermería transcultural ni lo esencial que podía ser para la enfermería. Además, hasta finales de la década de 1970, el concepto de cuidado no fue de mucho interés para las enfermeras, momento en el cual Leininger comenzó a promover la importancia de que las enfermeras estudiasen los cuidados a las personas, obtuviesen una base en conocimientos de antropología y recibiesen formación universitaria en enfermería, investigación y práctica transculturales. Leininger defiende que la enfermería tiende a ser demasiado etnocéntrica y se dedica excesivamente a seguir los intereses y las directrices de la medicina. La enfermería ha reaccionado muy lentamente en la realización de progresos importantes para la creación de su propio cuerpo de conocimientos, puesto que muchas enfermeras dedicadas a la investigación han dependido demasiado de los métodos cuantitativos de investigación para obtener resultados medibles, en vez de obtener resultados con datos cualitativos. La aceptación y el

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

uso recientes en enfermería de métodos cualitativos de investigación aportarán una nueva percepción y conocimientos relacionados con la enfermería y la enfermería transcultural (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a). Cada vez hay más enfermeras en todo el mundo que quieren hacer uso de los conocimientos, la investigación y la práctica de la enfermería transcultural.

Las enfermeras son ahora conscientes de la importancia que tiene la enfermería transcultural, los cuidados humanos y los métodos cualitativos. Leininger (comunicación personal, abril de 2002) afirma:

> Estamos comenzando una nueva fase de la enfermería, puesto que valoramos y utilizamos el conocimiento de la enfermería transcultural, que se centra en la prestación de cuidados a los seres humanos, la salud y los focos de los comportamientos ante la enfermedad. A causa de la emigración de muchos grupos culturales, de la creciente identidad cultural de consumo y de las demandas por recibir cuidados basados en la cultura, las enfermeras se han dado cuenta de la necesidad de ofrecer prácticas enfermeras sensatas y competentes. Hoy día, casi todos los países y comunidades del mundo son multiculturales, por lo que el personal sanitario debe comprender y atender a personas de culturas diversas o similares. Los inmigrantes y las personas de culturas ajenas esperan de las enfermeras que respeten y sepan reaccionar ante sus valores, creencias, modos de vida y necesidades. Las enfermeras ya no pueden practicar una enfermería unicultural.

A medida que nuestro mundo se vuelve cada vez más diverso culturalmente, las enfermeras tienen la imperiosa necesidad de formarse para poder ofrecer cuidados culturalmente competentes. Algunas enfermeras experimentan choques y conflictos culturales al moverse de un área a otra y de una comunidad rural a una urbana, por no haberse formado en enfermería transcultural. Debido a que aumentan los conflictos familiares, las familias se muestran menos contentas con los servicios de enfermería y con los médicos (Leininger, 1991b). Las enfermeras que viajan y buscan trabajo en tierras extranjeras se ven clasificadas como inmigrantes. La formación en enfermería transcultural se ha convertido en imprescindible en todo el mundo. El certificado otorgado a las enfermeras transculturales por la sociedad de enfermería transcultural ha dado un fuerte impulso para que el público se sienta a salvo de las prácticas enfermeras no del todo seguras ni culturalmente competentes (Leininger, 1991a, 2001). Por consiguiente, cada vez existen más enfermeras que desean obtener el certificado en enfermería transcultural, con el fin de protegerse a sí mismas y a sus pacientes. El *Journal of Transcultural Nursing* también ha facilitado a las enfermeras transculturales perspectivas investigadoras y teóricas de más de 100 culturas de todo el mundo para orientarlas en sus prácticas.

Formación

La primera vez que se incluyeron los cuidados culturales y comparativos en el plan de estudios de enfermería fue en el año 1966 en la Universidad de Colorado, donde Leininger ejercía de profesora de enfermería y antropología. La concienciación de la importancia de los cuidados culturales para la enfermería comenzó progresivamente a finales de la década de 1960, pero muy pocas enfermeras docentes estaban adecuadamente preparadas para impartir clases de enfermería transcultural. Desde que, en 1977, la Universidad de Utah aprobó y aplicó los primeros másteres y programas de doctorado de enfermería transcultural, existe un mayor número de enfermeras formadas específicamente en enfermería transcultural. En la actualidad, y dado que el público está más concienciado del coste de la atención sanitaria, de las diferencias culturales y de los derechos humanos, se ha visto incrementada la necesidad de un personal sanitario comprensivo, holístico y transcultural que se encargue de proteger y facilitar cuidados de calidad y de evitar demandas interpuestas por prestaciones de cuidados inadecuadas para el paciente. La exigencia que expuso Leininger acerca de los cuidados culturales específicos basados en reflexiones teóricas ha sido crucial para descubrir los aspectos particulares y universales de los cuidados (Leininger, 1995c, 1996a, 1996b; Leininger y McFarland, 2002b). Queda por resolver la gran necesidad de formar en enfermería transcultural a las enfermeras que están en programas universitarios y de posgrado. También se necesita personal docente formado en enfermería transcultural que pueda enseñar y orientar la investigación en escuelas de enfermería de Estados Unidos y de otros países (Leininger, 1995c, 1996b; Tom-Orne, 2002).

Desde 1980, ha crecido el número de planes de estudios de enfermería que dan importancia a la enfermería transcultural y a los cuidados humanos. Uno de los primeros programas que se centró en los cuidados se presentó en el Cuesta College de California durante la década de 1970, donde los cuidados se

desarrollaron como una materia central de un programa universitario de enfermería. Los títulos de los cursos son: Conceptos de los cuidados I y II, El cuidado de las familias y El autocuidado profesional (Leininger, 1984a). A finales de la década de 1980, en Estados Unidos había cuatro másteres y cuatro programas de doctorado que ofrecían cursos de enfermería transcultural, experiencia en investigaciones y experiencia en estudios de campo guiados (Leininger, 1995c). Leininger aún recibe ofertas en Estados Unidos y otros países para impartir cursos, pronunciar conferencias y dirigir talleres sobre los cuidados humanos y la enfermería transcultural. La demanda de enfermeras transculturales sobrepasa el número de docentes disponibles, el presupuesto y otros recursos. Por todo ello, en 1996 Leininger lanzó un llamamiento a todas las escuelas de enfermería para que ofreciesen programas de estudio de enfermería transcultural con el fin de cubrir la demanda existente a nivel mundial por parte de muchas enfermeras y culturas (Leininger, 1995a, 1995b, 1996b). Estos programas de enfermería se requieren de forma inmediata en la práctica y en la preparación para obtener el certificado en enfermería transcultural. También son necesarios para la investigación y para la asesoría en todo el mundo. Actualmente todavía existen fondos insuficientes para investigación con el fin de estudiar la formación y la práctica de la enfermería transcultural. Aunque la demanda social de enfermeras transculturales es evidente, la preparación formativa resulta poco sólida y limitada para muchas enfermeras de todo el mundo. Aún hay algunos programas de posgrado de enfermería y personal docente en los que no se comprende la teoría de los cuidados culturales, por lo que no se permite que los estudiantes estudien o investiguen acerca de los fenómenos, lo que es una fuente de intenso malestar entre los estudiantes (Leininger, 2002d).

Investigación

Hoy día, existe un gran número de enfermeras en todo el mundo que utilizan la teoría de los cuidados culturales de Leininger. Esta teoría de enfermería es la única que se centra específicamente en los cuidados culturales y que hace uso de un método de investigación (etnoenfermería) para estudiar la teoría (Leininger, 1991b, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Hasta 1995, se estudiaron alrededor de 100 culturas y subculturas y, desde entonces, se han estudiado más (Leininger, 1991b, 1995c, 1996a; Leininger y McFarland, 2002a). Los fondos con los que se financia la enfermería transcultural son insuficientes y limitados en la mayoría de las sociedades, puesto que se da prioridad a las investigaciones biomédicas y técnicas. En Estados Unidos, pocas escuelas de enfermería reciben subvenciones del gobierno para las investigaciones en enfermería o en enfermería transcultural, a menos que estas investigaciones sean cuantitativas y objetivas (medibles). Las enfermeras transculturales y otras enfermeras que están interesadas en la investigación de la enfermería transcultural continúan investigando, a pesar de que los fondos son escasos o incluso inexistentes. No obstante, estas enfermeras son las primeras en compartir los hallazgos de sus investigaciones en conferencias y programas de formación sobre enfermería transcultural. Su labor ha sido fundamental para abrir las puertas a la enfermería transcultural en numerosas organizaciones. A pesar de las demandas sociales de la prestación de cuidados de forma competente, sensata y responsable, las organizaciones nacionales e internacionales comenzaron a apoyar la enfermería transcultural sólo a partir de la década de 1990. Gracias a la persistencia en su esfuerzo y a la rigurosa competencia de las enfermeras transculturales especialistas, se ha observado un progreso en la materia. Las enfermeras transculturales han animado a muchas otras enfermeras a investigar y a descubrir conocimientos totalmente nuevos para la enfermería, que contribuirán a remodelar y transformar la enfermería en el futuro.

APLICACIÓN CLÍNICA DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

El estudio de la etnoenfermería por parte de McFarland (1995, 2002), que se inició a finales de la década de 1980 y duró 2 años comparó a grupos de angloamericanos y de afroamericanos que vivían en una residencia para ancianos en una gran ciudad del Medio Oeste de Estados Unidos. Otra de las investigaciones sobre cuidados culturales realizada en profundidad y reveló algunos hallazgos importantes y la relevancia del uso de los tres modos de acción y decisión de la teoría cuando se cuidan ancianos. Los hallazgos sobre los cuidados culturalmente coherentes fueron los siguientes:

- Los ancianos angloamericanos y los afroamericanos esperan la preservación y el mantenimiento de los cuidados culturales de sus modelos de cuidados genéricos.
- Que lo hagan para otros residentes, más que tener un centro de atención de los autocuidados, fue un valor de mantenimiento de los cuidados importante para ambas culturas y fue un hallazgo dominante.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- El cuidado protector era más importante para los ancianos afroamericanos que para los angloamericanos, aunque el personal enfermero proporcionó cuidados protectores y practicó la acomodación al cuidado cultural para ambos grupos de ancianos, como acompañarles cuando querían ir a pasear por el barrio.
- Las enfermeras afroamericanas practicaron la acomodación cultural cuando relacionaron sus cuidados con valores y prácticas genéricas del cuidado.

La preservación-mantenimiento del cuidado cultural y la acomodación-negociación del cuidado cultural fueron formas nuevas para que las enfermeras proporcionaran prácticas seguras y culturalmente coherentes para los ancianos de ambas culturas. Basándose en los hallazgos de este estudio, se desarrollaron algunas políticas institucionales de cuidados culturales para guiar el cuidado profesional de los ancianos.

McFarland y Eipperle (2008) han explicado la aplicación de la teoría de los cuidados culturales a la enfermería de práctica avanzada en su artículo, que propone la teoría como una «...base fundacional para la preparación educativa, la práctica contextual en asistencia primaria y los esfuerzos de investigación centrados en los resultados de la enfermería de práctica avanzada» usando los tres modos de cuidado, los modelos y el método de etnoenfermería. Las autoras hicieron hincapié en la integración de cuidados culturalmente sensibles o coherentes mediante abordajes explícitos y directos utilizados por la enfermera, quien «... debe poder integrar de forma sensible y competente los cuidados culturales en las actividades contextuales, las vías clínicas y los abordajes a la práctica de la asistencia primaria a través del modelado del rol, políticas, rendimiento de los procedimientos y evaluación del rendimiento, y la utilización del proceso enfermero de práctica avanzada» (McFarland y Eipperle, 2008). Se presentan los conceptos y los métodos para integrar los abordajes de cuidados genéricos y profesionales en las modalidades de la práctica de asistencia primaria y el uso de un continuo educación-investigación-práctica como base para las acciones y las decisiones clínicas.

DESARROLLOS POSTERIORES

Leininger considera que todas las enfermeras profesionales del mundo deberían formarse en enfermería transcultural y demostrar su competencia en este campo (Leininger, 1981, 1995c; Leininger y McFarland, 2002a, 2006). La enfermería transcultural debe ser parte integral de la formación y la práctica de las enfermeras para dar respuesta a las exigencias del siglo XXI. En la actualidad, la demanda de enfermeras transculturales preparadas sobrepasa el número de enfermeras, profesorado y personal clínico especializado que hay en el mundo. Y hay numerosos teóricos, investigadores y especialistas de la enfermería transcultural que necesitan continuar de forma urgente con el desarrollo de un nuevo cuerpo de conocimiento transcultural, y transformar la formación y la práctica enfermeras. Hacia el año 2010, todas las enfermeras necesitarán tener conocimientos básicos sobre las diversas culturas que conviven en el mundo y deberán poseer un conocimiento profundo de, por lo menos, dos o tres culturas (Leininger, 1995c, 1996a). Leininger considera que la investigación de la enfermería transcultural sólo acaba de empezar a seguir caminos diferentes y más prometedores para conseguir progresos en la formación y en la práctica (Leininger y McFarland, 2002a, 2006). Todas las disciplinas que guardan relación con la salud, como la medicina, la farmacia y el trabajo social, acabarán incorporando, en un futuro muy cercano y paulatinamente, el conocimiento y la práctica de la salud transcultural en sus planes de estudios. Esta tendencia provocará un aumento de la demanda de personal docente competente en asistencia sanitaria transcultural. Leininger (1995c) opina que será esencial que se creen institutos transculturales para cubrir la creciente necesidad de enfermeras transculturales con la adecuada formación para trabajar en otras disciplinas.

Las teorías y los estudios actuales y futuros sobre la enfermería transcultural serán esenciales para cubrir las necesidades de las personas con culturas diversas. La importancia de la teoría de los cuidados culturales aumentará en todo el mundo. Los conocimientos universales y particulares de los cuidados resultarán imprescindibles para establecer el cuerpo de conocimientos de la enfermería transcultural y para hacer de la enfermería transcultural una profesión y una disciplina. La teoría de Leininger ha suscitado interés en todo el mundo, y su uso se ha generalizado, ya que se trata de una teoría holística, relevante y futurista, que utiliza un conocimiento de los cuidados específicos, aunque también abstracto. El modelo del sol naciente resulta de inestimable valor como imagen influyente que es y como orientación en el estudio y la valoración de las personas que presentan necesidades culturales, sean similares o diversas.

CRÍTICA

Simplicidad

La teoría de la enfermería transcultural es, realmente, una perspectiva amplia, holística y completa de los grupos de personas, poblaciones y especie humana. Esta teoría continúa generando muchas áreas de investigación en las enfermeras investigadoras, con el fin de obtener conocimientos científicos y humanísticos. La teoría brinda la oportunidad a las enfermeras de investigar en diferentes culturas los fenómenos, tanto universales como diversos, de los cuidados basados en la cultura, además de la cultura en la enfermería y de las culturales con inestabilidad social del mundo. La teoría es genuinamente transcultural y el objetivo que persigue es global; la teoría es compleja y práctica a la vez. Resultan necesarios el conocimiento de la enfermería transcultural y de los métodos de investigación apropiados para dar una explicación a los fenómenos. La teoría de los cuidados culturales de Leininger se considera importante en todo el mundo, puesto que orienta a las enfermeras investigadoras a conceptualizar la teoría y las valoraciones de la investigación, además de guiar la práctica. Esta teoría tiene una naturaleza comprensible y holística, por tanto, varios conceptos e ideas, que guardan relación con la estructura social, el entorno y la lengua, son de vital importancia para descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura o un conocimiento fundamentado en el mundo de las personas. La teoría muestra un gran número de relaciones entre los mismos conceptos y la diversidad de los conceptos y relaciones clave, en particular para los factores de la estructura social. Si se quiere hacer un uso correcto y científico de la teoría, se requieren conocimientos básicos en antropología, aunque también buenos conocimientos en enfermería transcultural. Una vez se ha conceptualizado por completo la teoría, Leininger ha comprobado que los estudiantes de la carrera de enfermería o los que ya están licenciados se muestran muy interesados en usar la teoría y descubren lo práctica, relevante y útil que llega a convertirse para su trabajo. La utilización del modelo del sol naciente se queda grabado en las mentes de estos estudiantes como un método para acceder al conocimiento.

Generalidad

La teoría de la enfermería transcultural demuestra el criterio de generalidad, puesto que se trata de una teoría cualitativa que sigue un objetivo amplio, completo y que se aplica al mundo entero. De hecho, la teoría de la enfermería transcultural dirige los cuidados enfermeros con una perspectiva multicultural y del mundo en su totalidad. Esta teoría resulta útil y puede aplicarse a grupos y personas, con el propósito de ofrecer cuidados culturales específicos de enfermería. Los conceptos, amplios o genéricos, se hallan bien organizados y definidos para el estudio de culturas específicas. Las investigaciones han llevado a un vasto conocimiento especializado, desconocido en gran parte en el pasado. Se está identificando una gran cantidad de aspectos de la cultura, los cuidados y la salud, ya que estos factores influyen, en gran medida, en la enfermería. Cada vez se requiere más investigación para conseguir objetivos comparativos, tanto con información específica sobre la cultura, como con conocimientos universales de los cuidados. Se necesitaría estudiar y contrastar muchos de los grupos existentes en el mundo y así, en un futuro, se podrían validar las ideas de la prestación de cuidados. La teoría es útil sobre todo para orientar el estudio de una cultura y el estudio comparativo de varias culturas. Los descubrimientos que aporta la teoría se aplican al cuidado de los pacientes en varios centros sanitarios públicos de todo el mundo, con el fin de obtener un cambio en la formación y en los servicios enfermeros. En especial, esta teoría se tiene en gran consideración para el desarrollo de una aproximación nueva y diferente de la perspectiva de la comunidad enfermera tradicional.

Precision empírica

La teoría de la enfermería transcultural puede someterse a investigación. La investigación cualitativa ha sido el primer paradigma que ha servido para descubrir principalmente fenómenos desconocidos de los cuidados y de la salud en diversas culturas. Esta aproximación cualitativa difiere del método de investigación cuantitativo tradicional, que convierte el cálculo en el objetivo de la investigación. Sin embargo, los métodos de investigación de la etnociencia y de la etnoenfermería son muy rigurosos y lingüísticamente precisos en su naturaleza y resultados. Se han identificado 135 conceptos de los cuidados y cada día se están descubriendo más, aparte de una gran cantidad de otros conocimientos sobre enfermería transcultural. Una propiedad importante es que la exactitud de la información de los datos derivada del uso de etnométodos, o del punto de vista interno, o bien de las personas, conduce a aumentar la credibilidad, la confirmación y a gran cantidad de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

información empírica. Las investigaciones en curso y las futuras desembocarán en descubrimientos y repercusiones adicionales de los cuidados y de la salud para la práctica y la formación en etnoenfermería, con el fin de encajar las culturas específicas y las características universales. Cada vez están más claros los criterios cualitativos de credibilidad y de confirmación seguidos en estudios profundos sobre los informantes y su entorno. Sin lugar a dudas, en la década anterior se estableció un cuerpo de conocimientos en enfermería transcultural que ha tenido gran influencia en la enfermería y en muchos sistemas sanitarios (Leininger, 1995c; Leininger y McFarland 2002a, 2006).

Consecuencias deducibles

La teoría de la enfermería transcultural ha obtenido importantes resultados para las enfermeras. Éstas ahora tienen por objetivo primordial ofrecer cuidados culturales específicos. De este modo, la teoría de la enfermería transcultural se sitúa como punto clave en la adquisición y uso del dominio del conocimiento de la enfermería. La teoría resulta ser de gran utilidad, aplicable y esencial en la práctica, formación e investigación enfermeras. El concepto del cuidado como principal objetivo de la enfermería y la base del conocimiento y la práctica enfermera se consideran imprescindibles para avanzar en el conocimiento y la práctica de la enfermería. Leininger (1991a) indica que, si bien la enfermería ha reclamado siempre el concepto del cuidado, hasta hace tres décadas las investigaciones de carácter riguroso se veían limitadas. Esta teoría podría servir como instrumento para establecer una disciplina y una profesión sólidas y defendibles, al orientar la práctica de tal modo que cubra un mundo multicultural, gracias a su enfoque amplio y multicultural.

RESUMEN

En este capítulo se comenta la naturaleza, la importancia y las características principales de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Se presenta el método de investigación de la etnoenfermería y los modelos para demostrar la adaptación entre la teoría y el método. Antes de lanzarse a un estudio etnoenfermero deben conocerse la teoría y el método. La comprensión total de la teoría y del método (con los modelos) conduce a hallazgos creíbles y significativos. A través de la comprensión completa, la investigación se vuelve significativa, excitante y recompensante y el investigador desarrolla confianza y competencia en el uso de la teoría y del método.

Como primera teoría en enfermería, el cuidado cultural es muy valorado a nivel mundial. Otras disciplinas han considerado que la teoría y el método son muy útiles y valiosos. Las enfermeras que utilizan la teoría y el método con frecuencia expresan lo valiosos y lo importantes que son para descubrir formas culturalmente basadas en conocer y practicar la enfermería y la asistencia sanitaria. Actualmente las prácticas enfermeras son holísticas, hallazgos de investigación basados en la cultura para utilizar en el cuidado de clientes de culturas o subculturas diferentes o semejantes en diferentes países. Cuando el investigador comprende la teoría y el método y tiene la guía de un director, la teoría no es difícil de utilizar. Aquellos para quienes la teoría y el método son nuevos pueden beneficiarse de la experiencia, directores expertos junto con el estudio de la investigación transcultural dirigido utilizando la teoría y el método. Todavía más importante, las enfermeras con frecuencia expresan que esta teoría y este método son los únicos que consideran que tiene sentido utilizar en enfermería. Afirman que la teoría es muy natural para la enfermería y las ayudan a obtener nuevos puntos de vista sobre el cuidado, la salud y el bienestar. Indudablemente, es la teoría de hoy y del mañana y su uso irá en aumento en nuestro mundo cada vez más multicultural. La investigación y la teoría proporcionan una nueva vía para avanzar la profesión de la enfermería y el cuerpo de conocimiento transcultural para aplicar en la práctica, la formación, la investigación y la consulta clínica enfermera mundialmente.

Caso clínico

Un anciano musulmán árabe-americano que habla poco inglés ingresó en el hospital a causa de un dolor creciente en reposo en el pie izquierdo. Tenía el pie frío y pálido, y una historia de procedimientos de cirugía vascular. Tenía muchos problemas de salud crónicos, incluyendo diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También había sufrido un infarto de miocardio y varios accidentes vasculares cerebrales. Mientras estaba en el hospital, desarrolló dolor abdominal y fue sometido a una colecistectomía. Este abuelo tenía una gran familia, incluyendo una esposa, nueve hijos y muchos nietos. Su esposa insistía en que todos los miembros de la familia le visitaran cada día mientras estuviese en el hospital. La familia quería que el hombre dirigiese la cara hacia La Meca (hacia el este) mien-

tras rezaban con él. Trajeron diversos pasajes del Corán grabados en una cinta y se la ponían al lado de la cama. Otras familias que visitaban a sus familiares enfermos se quejaban a las enfermeras de que la familia árabe ocupaba toda la habitación y no dejaba sitio para que nadie más se sentara.

Como enfermera, ¿cómo podría utilizar los tres modos de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales para proporcionar cuidados culturalmente coherentes para este anciano y su familia, así como para los demás clientes y sus familias en la unidades de cuidados intensivos?

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Elija cuatro estudios del *Journal of Transcultural Nursing* en los que se aplicó la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y universalidad de Leininger. En cada uno de los estudios deben estar representadas culturas diferentes, ámbitos de investigación distintos y culturas distintas de la del estudiante.
   a. Revise todos los estudios e identifique la relación entre la teoría y las áreas de investigación, el objetivo, las afirmaciones, las definiciones, los métodos, la estructura de la investigación, los análisis de información, las decisiones enfermeras y las conclusiones.
   b. Aporte pruebas con las que se verifique que los descubrimientos de estos estudios confirman los de la teoría en lo que concierne al área de la investigación, los principios teóricos y las consecuencias deducibles.
2. Hable acerca de la utilidad de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales para descubrir los conocimientos de las enfermeras y ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura en el siglo XXI. Considere las tendencias actuales de las personas que reciben atención sanitaria, los factores de la diversidad cultural y los cambios que han tenido lugar en los planes de estudios de medicina y enfermería. A continuación, se ofrecen ejemplos de las tendencias y cambios que debería tener en cuenta en sus reflexiones:
   a. La importancia del conocimiento en enfermería transcultural en un mundo que es cada vez más diverso.
   b. El creciente apoyo por parte de grupos de personas que no son expertas al aportar información, compartir sus experiencias y ofrecer su ayuda a pacientes o familiares de pacientes procedentes de culturas distintas o similares (comunes), que padecen enfermedades crónicas, terminales o que hagan peligrar su vida, o que están sometidos a tratamientos.
   c. El uso de los valores culturales, creencias, prácticas sanitarias e investigaciones sobre el conocimiento en planes de estudios para estudiantes universitarios y licenciados.
   d. La inclusión de cuidados alternativos o genéricos en los planes de estudios de enfermería, como curanderos (nativos americanos y herboristas del sudoeste de Estados Unidos) y la utilización de métodos chinos seleccionados anteriormente, validados para el tratamiento de la enfermedad crónica.
   e. El uso del conocimiento, fruto de la investigación sobre la prestación de cuidados culturales como la nueva y futura dirección de la enfermería para el siglo XXI.
   f. El aumento en el número de libros, grabaciones de audio y cintas de vídeo existentes en el mercado en los que se habla de la preservación de la salud, la medicina alternativa, hierbas, vitaminas, minerales y otros productos a la venta sin receta, lo que conlleva la necesidad de tener una base en conocimientos transculturales.
   g. El creciente aumento en el coste de la salud; el uso forzoso de las organizaciones que ayudan en la preservación de la salud; la falta de seguros médicos; la creciente confianza de las personas a la hora de decidir sobre su propio diagnóstico, tratamiento y cuidado; la creciente oferta en técnicas de diagnóstico, como la prueba del sida, el control de la glucemia, la detección del colesterol y la presencia de sangre oculta en heces.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

h. Problemas relacionados con los conflictos culturales, estrés, dolor y prácticas de imposición cultural.

3. Prepare varias entrevistas y prácticas de observación en un centro de salud para estudiantes de alguna universidad local o en un departamento de salud pública en el que haya personas de diferentes culturas. Determine lo siguiente:
   a. Identifique las culturas que representan los pacientes, por medio de la teoría de Leininger y de su modelo del sol naciente.
   b. Defina cómo es la mezcla cultural entre el personal (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y religiosos) del centro o del departamento de salud. Explicite en qué difiere la procedencia del personal de la procedencia de los pacientes.
   c. Organice una conferencia con los miembros del personal enfermero y determine sus actitudes, valores y creencias con respecto a la cultura, y haga lo mismo con los pacientes del centro o departamento. Compare y contraste los valores, actitudes y creencias del personal y de los clientes e indique las similitudes o diferencias culturales observadas.
   d. Organice una entrevista con el director del centro o departamento y determine los factores económicos, políticos, legales y demás del modelo del sol naciente de Leininger que afecten al uso del centro o departamento por parte de los pacientes.
   e. Examine los materiales expuestos, como soporte de material visual, objetos y cuadros, en las salas de espera y de exploración y en las aulas para identificar las culturas y lenguas que aparecen.
   f. Basándose en la información obtenida en los puntos anteriores, explique el modo en que la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales puede ayudar a la organización para que ofrezca cuidados que sean sensibles y coherentes con la cultura de los pacientes que acuden al centro o departamento, además de aumentar la satisfacción producida al recibir una buena atención.
4. Reflexione acerca del tipo de conocimientos previos, la experiencia, la actitud y la habilidad que se requieren para hacer un uso eficaz de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales.
5. Reflexione acerca de la relevancia que tiene la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales para las enfermeras que trabajan en centros de prácticas diferentes y que ocupan puestos diversos.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Leininger, M. M. (2006). Envisioning the future of the culture care theory and the ethnonursing method. In M. M. Leininger and M. R. McFarland (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2nd ed., pp. 389-394). Jones & Bartlett, Sudbury, MA, USA.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Transcultural nursing: The theory of culture care.* Colección de tres DVD.
- Morgan, M. G. (2006). Leininger's theory of culture care diversity and universality in nursing practice. In M. R. Alligood and A. M. Tomey (Eds.). *Nursing Theory: Utilization and Application, 3rd edition* (pp. 413-430), St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Leininger, M. M. (1998). Página web de la Transcultural Nursing Society: www.tcns.org
- Leininger, M. M. (2007). *The evolution of transcultural nursing with breakthroughs to discipline status.* Manuscrito inédito, accesible en www.madeleine-leininger.com
- Leininger, M. M. (2008). *TCN certification: A global mandate.* Manuscrito inédito, accesible en www.madeleine-leininger.com.
- Leininger, M. M. (2005). *Major contributions of qualitative and quantitative criteria to evaluate research.* Presentación de PowerPoint, accesible en www.madeleine-leininger.com
- Miller, J. E., Leininger, M. M., Leuning, C., Paquiao, D., Andrews, M., Ludwig-Beymer, P., Papadopoulos, I. (2008). Transcultural nursing society position statement on human rights. Manuscrito inédito, accesible en www.madeleine-leininger.com

REFERENCIAS

Glasser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theories: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.

Hofling, C. K., & Leininger, M. M. (1960). Basic psychiatric concepts in nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Leininger, M. M. (1970). Nursing and anthropology: Two worlds to blend. New York: John Wiley & Sons.

Leininger, M. M. (Ed.). (1978). Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice. New York: John Wiley & Sons.

Leininger, M. M. (Ed.). (1981). Caring: An essential human need. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (Ed.). (1984a). Care: The essence of nursing and health. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (1984b). Reference sources for transcultural health and nursing for teaching, curriculum, and clinical-field practice. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (Ed.). (1985a). Qualitative research methods in nursing. New York: Grune & Stratton.

Leininger, M. M. (1985b). Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing and Health Care*, *6*(4), 202-212.

Leininger, M. M. (1988a). Care: Discovery and uses in clinical and community nursing. Detroit: Wayne State University Press.

Leininger, M. M. (Ed.). (1988b). Care: The essence of nursing and health. Detroit: Wayne State University Press.

Leininger, M. M. (Ed.). (1988c). Caring: An essential human need. Detroit: Wayne State University Press.

Leininger, M. M. (Ed.). (1988d). Leininger's theory of nursing: Cultural diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, *2*(4), 11-20.

Leininger, M. M. (1989a). Transcultural nurse specialists and generalists: New practitioners in nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 1*, 4-16.

Leininger, M. M. (1989b). Transcultural nurse specialists and generalists: Imperative in today's world. *Nursing and Health Care*, *10*(5), 250-256.

Leininger, M. M. (1990a). Ethical and moral dimensions of care: Chapters from conference on the ethics and morality of caring. Detroit: Wayne State University Press.

Leininger, M. M. (1990b). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing, 1*(2), 40-51.

Leininger, M. M. (1990b). Issues, questions, and concerns related to the nursing diagnosis cultural movement from transcultural nursing perspective. *Journal of Transcultural Nursing*, *2*(1), 23-32.

Leininger, M. M. (1991a). Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, *2*(2), 32-49.

Leininger, M. M. (1991b). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. M. (1991c). The transcultural nurse specialist: Imperative in today's world. *Perspective in Family and Community Health*, *17*, 137-144.

Leininger, M. M. (1994). Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, *7*(1), 22-28.

Leininger, M. M. (1995a). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, *9*(20), 71-78.

Leininger, M. M. (1995b). Editorial: Teaching transcultural nursing to transform nursing for the 21st century. *Journal of Transcultural Nursing, 6*(2), 2-3.

Leininger, M. M. (1995c). Transcultural nursing: Concepts, theories and practice (2nd ed.). Columbus, OH: McGraw-Hill College Custom Series.

Leininger, M. M. (1996a). Major directions for transcultural nursing: A journey into the 21st century. *Journal of Transcultural Nursing*, *7*(2), 37-40.

Leininger, M. M. (1996b). Future directions for transcultural nursing in the 21st century. *International Nursing Review*, *44*(1), 19-23.

Leininger, M. M. (2001). Founder's focus: Certification of transcultural nurses for quality and safe consumer care. *Journal of Transcultural Nursing, 12*(3), 242.

Leininger, M. M. (2002a). Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 3-43). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002b). Essential transcultural nursing concepts, principles, examples, and policy statements. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 45-69). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002c). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 71-98). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002d). The future of transcultural nursing: A global perspective. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 577-595). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002e). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 189-192.

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002f). Transcultural nursing: Concepts, theories, research. & practice (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

21st century. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 527-561). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (Eds.). (2006). Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Leininger, M. M. & Watson, J. (Eds.). (1990). The caring imperative in education. New York: National League for Nursing Press.
McFarland, M. R. (1995). Cultural care of Anglo and African American elderly residents within the environmental context of a long term care institution. Detroit: Wayne State University Press.
McFarland, M. R. (2002). Part II: Selected research findings from the culture care theory. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice (3rd ed., pp. 99-116). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
McFarland, M. R., & Eipperle, M. K. (2008 in press). Culture care theory: A proposed theory guide for nurse practitioner practice in primary care settings. *Contemporary Nurse, 28.*(2).
Tom-Orne, L. (2002). Transcultural nursing and health care among Native American peoples. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 429-440). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales seleccionadas

Libros

Leininger, M. M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend.* New York: John Wiley & Sons.
Leininger, M. M. (1973). *Contemporary issues in mental health nursing.* Boston: Little, Brown & Co.
Leininger, M. M. (Ed.). (1978). *Transcultural nursing care of the elderly*. Salt Lake City, UT: University of Utah, College of Nursing.
Leininger, M. M. (Ed.). (1979). *Transcultural nursing care of the adolescent and middle age adult.* Salt Lake City, UT: University of Utah, College of Nursing.
Leininger, M. M. (Ed.). (1979). *Transcultural nursing: Proceedings from four transcultural nursing conferences.* New York: Masson.
Leininger, M. M. (Ed.). (1981). *Caring: An essential and human need. Thorofare,* NJ: Charles B. Slack.
Leininger, M. M. (Ed.). (1984). *Caring: The essence of nursing and health.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
Leininger, M. M. (Ed.). (1984). *Reference sources for transcultural health and nursing for teaching, curriculum, and clinical-field practice.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
Leininger, M. M. (Ed.). (1985). *Qualitative research methods in nursing.* New York: Grune & Stratton.
Leininger, M. M. (Ed.). (1988). *Care: Discovery and uses in clinical and community nursing.* Detroit: Wayne State University Press.
Leininger, M. M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care:* Chapters from conference on the ethics and morality of caring. Detroit: Wayne State University Press.
Leininger, M. M. (1991). *Culture care universality and diversity:* A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.
Leininger, M. M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, theories and practice* (2nd ed.). Columbus, OH: McGraw-Hill College Custom Series.
Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Leininger, M. M. & Watson, J. (Eds.). (1990). *The caring imperative in education.* New York: National League for Nursing Press.

Capítulos seleccionados de libros

Leininger, M. M. (1988). Culture care and nursing administration. In B. Henry, C. Arndt, M. DiVincenti, & A. Marriner Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration.* Boston: Blackwell Scientific.
Leininger, M. M. (1990). Introduction: Care: The imperative of nursing education and service. In M. M. Leininger & J. Watson (Eds.), *The caring imperative in education.* New York: NLN Publication, Center for Human Caring.
Leininger, M. M. (1992). Reflections on Nightingale with a focus on human care theory and leadership. In E. Nightingale & B. S. Barnum (Eds.), *Nightingale: Notes on nursing: What it is, and what it is not.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
Leininger, M. M. (1992). Theory of culture care and uses in clinical and community contexts. In M. Parker (Ed.), *Theories on nursing* (pp. 345-372). New York: National League for Nursing Press.
Leininger, M. M. (1992). Transcultural mental health nursing assessment of children and adolescents. In P. West & C. Sieloff Evans (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing with children and adolescents* (pp. 53-58). Gaithersburg, MD: Aspen Publications.
Leininger, M. M. (1993). Culture care theory: The comparative global theory to advance human care nursing knowledge and practice. In D. Gaut (Ed.), *A global agenda for caring* (pp. 3-18). New York: National League for Nursing.
Leininger, M. M. (1993). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In J. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 393-414). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Leininger, M. M. (2002). Essential transcultural nursing concepts, principles, examples, and policy statements. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 45-69). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 71-98). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002). The future of transcultural nursing: A global perspective. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 577-595). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2002). Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 3-43). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. M. (2006). Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2nd ed., pp. 1-41). Sudbury, MA, USA: Jones & Bartlett.

Leininger, M. M. (2006). Culture care of the Southern Sudanese of Africa. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2nd ed., pp. 255-279). Sudbury, MA, USA: Jones & Bartlett.

Leininger, M. M. (2006). Ethnonursing method and enablers. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2nd ed., pp. 43-81). Sudbury, MA, USA: Jones & Bartlett.

Prólogos y prefacios seleccionados de libros

Leininger, M. M. (1978). Foreword. In J. Watson. *Nursing: The philosophy and science of caring.* Boston: Little, Brown & Co.

Leininger, M. M. (1983). Preface. In M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (1984). Preface. In M. Leininger (Ed.), *Reference sources for transcultural health and nursing for teaching, curriculum, and clinical-field practice.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (2003). Foreword. In M. R. Andrews & J. S. Boyle (Eds.), Trancultural Concepts in Nursing Care (4th ed.). Philadelphia, Lippincott PA, USA.

Leininger, M. M. (2008). Foreword. *Contemporary Nursing Journal, 28*(2). in press.

Artículos de revistas seleccionados

Leininger, M. M. (1984). Qualitative research methods—to document and discover nursing knowledge. *Western Journal of Nursing Research, 6*(2), 151-152.

Leininger, M. M. (1987). Importance and uses of ethnomethods: Ethnography and ethnonursing research. *Recent Advances in Nursing, 17*, 12-36.

Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly, 1*(4), 152-160.

Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly, 1*(4), 152-160.

Leininger, M. M. (1989). The Journal of Transcultural Nursing has become a reality. J*ournal of Transcultural Nursing, 1*(1), 1-2.

Leininger, M. M. (1989). The transcultural nurse specialist: Imperative in today's world. *Nursing and Health Care, 10*(5), 250-256.

Leininger, M. M. (1989). Transcultural nurse specialists and generalists: New practitioners in nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 1*(1), 4-16.

Leininger, M. M. (1989). Transcultural nursing: Quo vadis (where goeth the field)? *Journal of Transcultural Nursing, 1*(1), 33-45.

Leininger, M. M. (1990). A new and changing decade ahead: Are nurses prepared? *Journal of Transcultural Nursing, 1*(2), 1.

Leininger, M. M. (1990). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing, 1*(2), 40-51.

Leininger, M. M. (1990). Issues, questions, and concerns related to the nursing diagnosis cultural movement from a transcultural nursing perspective. *Journal of Transcultural Nursing, 2*(1), 23-32.

Leininger, M. M. (1990). Leininger clarifies transcultural nursing (Letter to the Editor). International Nursing Review, *36*(6), 356.

Leininger, M. M. (1990). The significance of cultural concepts in nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 2*(1), 52-59, 1966.

Leininger, M. M. (1991). Transcultural nursing goals and challenges for 1991 and beyond. *Journal of Transcultural Nursing, 2*(2), 1-2.

Leininger, M. M. (1991). Becoming aware of the types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing, 2*(2), 32-39.

Leininger, M. M. (1991). Second reflection: Comparative care as central to transcultural nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 3*(1), 2.

Leininger, M. M. (1991). Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations. *Journal of Transcultural Nursing, 3*(1), 21-23.

Leininger, M. M. (1992). Transcultural nursing care values, beliefs, and practices of American (USA) gypsies. *Journal of Transcultural Nursing, 4*(1), 17-28.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Leininger, M. M. (1994). Nursing's agenda of health reform: Regressive or advanced—Discipline status. *Nursing Science Quarterly, 7*(2), 93-94.
Leininger, M. M. (1994). Reflections: Culturally congruent care: Visible and invisible. *Journal of Transcultural Nursing, 6*(1), 23-25.
Leininger, M. M. (1995). Culture care theory, research, and practice. Nursing Science Quarterly, *9(2)*, 71-78.
Leininger, M. M. (1995). Founder's focus: *Nursing theories and cultures:* Fit or misfit. *Journal of Transcultural Nursing, 7(1),* 41-42.
Leininger, M. M. (1996). Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly, 9*(2), 71-78.
Leininger, M. M. (1996). Founder's focus: Transcultural nurses and consumers tell their stories. *Journal of Transcultural Nursing, 7(2),* 32-36.
Leininger, M. M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing, 8*(2), 32-52.
Leininger, M. M. (1999). Transcultural nursing: An imperative for nursing practice. *Imprint, 46*(5), 50-52.
Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing and practices. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 189-192.
Leininger, M. M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing Science Quarterly, 20*(1), 9-13.
Leininger, M. M., & Cummings, S. H. (1996). Nursing's new paradigm is transcultural nursing: An interview with Madeleine Leininger. *Advanced Nursing* Practice *Quarterly, 2*(2), 62-70.

Fuentes secundarias seleccionadas

Libros

Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2007). Transcultural concepts in nursing care (5th ed.). Lippincott: Philadelphia, PA.
Fawcett, J. (2005). In Leininger's theory of culture care diversity and universality. In Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories (pp. 511-547). Philadelphia: F. A. Davis Company.
Gaut, D., & Leininger, M. M. (1991). *Caring: The compassionate healer.* New York: National League for Nursing Press.
Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and Progress* (3rd ed., pp. 245-274). Philadelphia: Lippincott.

Artículos de revistas seleccionados

Andrews, M. M. (2008). Global leadership in transcultural practice, education, and research. *Contemporary Nursing Journal, 2*(28). in press.
Berry, A. (1999). Mexican American women's expressions of the meaning of culturally congruent prenatal care. *Journal of Transcultural Nursing, 10*(3), 203-212.
Bialoskurski, M., Cox, C. L., & Hayes, J. A. (1999). The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 10*(3), 66-77.
Brooke, D., & Omeri, A. (1999). Beliefs about childhood immunization among Lebanese Muslim immigrants in Australia. *Journal of Transcultural Nursing, 10*(3), 229-236.
Higgins, B. (2000). Puerto Rican cultural beliefs: Influence on infant feeding practices in western New York. *Journal of Transcultural Nursing, 11*(1), 19-30.
Hubbert, A. (2008). A partnership of a Catholic-based health system, nursing, and American Indian traditional medicine practitioners. *Contemporary Nursing Journal, 2*(28). in press.
Leuning, C. L., Swiggum, P. D., Wiegert, H. M. B., & McCullough-Zander, K. (2002). Proposed standards for transcultural nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(1), 40-46.
McFarland, M. R. (1997). Use of the culture care theory with Anglo- and African Americans in a long-term care setting. *Nursing Science Quarterly, 10*(4), 186-192.
Omeri, A. (1997). Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia: Sharing transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing, 8*(2), 5-16.
Pacquiano, D. A., Archeval, L., & Shelley, E. E. (1999). Transcultural nursing study of emic and etic care in the home. *Journal of Transcultural Nursing, 2*(10), 112-119.
Ray, M. A. (1999). Transcultural caring in primary health care. *National Academies of Practice Forum, 1*(3), 177-182.
Rosenbaum, J. N. (1997). Leininger's theory of culture care diversity and universality: Transcultural critique. *The Journal of Multicultural Nursing & Health, 3*(3), 24-30.
Webbe-Alamah, H. (2008). Bridging the gap between generic and professional care practices for Muslim patients through the use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nursing Journal, 2*(28), in press.

*Tesis seleccionadas que utilizan la teoría de Leininger (*dirigidas por Leininger)*

*Berry, A. (1995). Culture care statements, meanings, and expressions of Mexican American women within Leininger's culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Cameron, C. (1990). An ethnonursing study of health status of elderly Anglo Canadian wives providing extended care giving to their disabled husbands. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Curtis, M. (1997). Cultural care by private practice APRNs in community contexts. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
deRuyter, L. (2008). Cultural care education and experiences of African American students in predominantly Euro American associate degree nursing programs. Unpublished doctoral dissertation, Duquesne University, Pittsburgh, PA, USA.

*Ehrmin, J. (1998). Culture care meanings and statements, and experiences of care of African American women residing in an inner city transitional home for substance abuse. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Finn, J. (1993). Professional nurse and generic caregiving of childbearing women conceptualized with Leininger's theory of culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Gates, M. (1988). Care and meanings, experiences and orientations of persons dying in hospitals and hospital settings. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Gelazis, R. (1994). Lithuanian care: Meanings and experiences with humor using Leininger's culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*George, T. (1998). Meanings and statements and experiences of care of chronically mentally ill in a day treatment center using Leininger's culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Horton, G. (1998). Culture care by private practice APRN in a community context. Unpublished doctoral dissertation. Wayne State University, Detroit.
*Lamp, J. (1998). Generic and professional care meanings and practices of Finnish women in birth within Leininger's theory of culture care diversity and universality. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Luna, L. (1989). Care and cultural context of Lebanese Muslims in an urban US community within Leininger's culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*MacNeil, J. (1994). Cultural care: Meanings, patterns, and expressions for Baganda women as AIDS caregivers within Leininger's theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*McFarland, M. R. (1995). Cultural care of Anglo and African American elderly residents within the environmental context of a long term care institution. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Miller, J. E. (1996). Politics and care: A study of Czech Americans within Leininger's theory of culture care diversity and universality. Unpublished doctoral disser-tation, Wayne State University, Detroit.
Mixer, S. (2008). Faculty care expressions, patterns, and practices related to teaching culture care. Unpublished doctoral dissertation, University of Northern Colorado School of Nursing, Greeley, CO, USA.
*Morgan, M. (1994). African American neonatal care in northern and southern contexts using Leininger's culture care theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Morris, E. (2004). Culture care values, meanings, and experiences of African American adolescent gang members. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Omeri, A. S. (1996). Transcultural nursing care values, beliefs, and practices of Iranian immigrants in New South Wales, Australia. Unpublished doctoral dissertation, University of Sydney, Sydney. Australia.
*Rosenbaum, J. (1990). Cultural care, culture health and grief phenomena related to older Greek Canadian widows with Leininger's theory of culture care. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Spangler, Z. (1991). Nursing care values and practices of Philippine American and Anglo American nurses. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Stitzlein, D. (1999). The phenomenon of moral care/caring conceptualized within Leininger's theory of culture care diversity and universality. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Thompson, T. (1990). A qualitative investigation of rehabilitation nursing care in an inpatient rehabilitation unit using Leininger's theory. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
*Villarruel, A. (1993). Mexican American cultural meanings, expressions: Self care and dependent care actions associated with experiences of pain. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
Webhe-Alamah, H. (2005). Culture care of Syrian American immigrants living in Midwestern United States. Unpublished doctoral dissertation, Duquesne University, Pittsburgh, PA, USA.
Welch, A. (1987). Concepts of health, illness, caring, aging, and problems of adjustment among elderly Filipinas residing in Hampton Roads, Virginia. Unpublished doctoral dissertation, University of Utah, Salt Lake City.
*Wenger, A. F. (1988). The phenomenon of care of old order Amish: A high context culture. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cortesía de la Universidad de Nueva York, 2009.

CAPÍTULO 23

Margaret A. Newman

1933-presente

Modelo de la salud como expansión de la conciencia

Janet Witucki Brown

«Tenemos que adoptar una nueva visión de la salud. Nuestro cuidado debe relacionarse con un concepto de salud que engloba y va más allá de la enfermedad. La teoría de la salud como expansión de la conciencia ofrece esa perspectiva» (Newman, 2008, p. 2).

BIOGRAFÍA

Margaret A. Newman nació el 10 de octubre de 1933 en Memphis (Tennessee). Obtuvo una licenciatura en economía doméstica e inglés por la Baylor University de Waco (Texas) y una segunda licenciatura en enfermería por la Universidad de Tennessee en Memphis (M. Newman, currículum vítae, 1996). Newman consiguió su máster en enfermería médico-quirúrgica y formación por la Universidad de California (San Francisco). En 1971 obtuvo su doctorado en ciencia enfermera y enfermería de rehabilitación por la Universidad de Nueva York.

Después de ocupar puestos académicos en la Universidad de Tennessee, la de Nueva York y la Pennsylvania State University, Newman fue catedrática en la Universidad de Minnesota de Minneapolis hasta que se jubiló en 1996, después de lo que fue catedrática emérita. También fue directora enfermera para el Clinical Research Center de la Universidad de Tennessee, la directora en funciones del programa de doctorado del departamento de enfermería de la Universidad de Nueva York y catedrática responsable del programa Graduate Program and Research in Nursing en la Pennsylvania State University (M. Newman, currículum vítae, 2000).

Newman ha conseguido numerosos honores, como el ingreso en la American Academy of Nursing en 1976; el Outstanding Alumnus Award del College of Nursing de la Universidad de Tennessee en Memphis en 1975 y 2002; el Distinguished Alumnus Award del departamento de enfermería de la Universidad de Nueva York en 1984; el ingreso en el Hall of Fame de la School of Nursing

Autoras anteriores: Snehlata Desai, M. Jan Keffer, DeAnn M. Hensley, Kimberly A. Kilgore-Keever, Jill Vass Langfitt y LaPhyllis Peterson.

La autora quiere dar las gracias a Margaret A. Newman por sus contribuciones al capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

de la Universidad de Mississipi en 1988; el Latin-American Teaching Fellow en 1976 y en 1977, y pasó a ser miembro del *American Journal of Nursing* en 1979. Además, fue Distinguished Faculty en la Seventh International Conference on Human Functioning en Wichita (Kansas) en 1983; recibió el E. Louise Grant Award for Nursing Excellence de la Universidad de Minnesota en 1996; aparece en la lista del *Who's Who in American Women, Who's Who in America* y *Who's Who in American Nursing* y fue incluida como enfermera teórica característica en una serie de vídeos patrocinada por la Helene Fuld Health Trust en 1990 (M. Newman, currículum vítae, 2000; correspondencia personal, 2004). Fue Distinguished Resident en el Westminster College en Salt Lake City (Utah) en 1991; recibió el Distinguished Scholar in Nursing del departamento de enfermería de la Universidad de Nueva York en 1992, el Sigma Theta Tau Founders Elizabeth McWilliams Miller Award for Excellence in Research en 1993 y el Nurse Scholar Award en la escuela de enfermería de la Saint Xavier University en 1994 (M. Newman, currículum vítae, 2000).

Newman presentó por primera vez sus ideas sobre una teoría de la salud en 1978 en una conferencia de teoría enfermera en Nueva York. En aquel tiempo, también estaba llevando a cabo una investigación sobre la relación entre el movimiento, el tiempo y la conciencia, y fue ampliando el desarrollo de la teoría de la salud como expansión de la conciencia. En 1985, como miembro del Travelling Research Fellow en Nueva Zelanda llevó a cabo algunos trabajos en cuatro situaciones distintas. Además en 1985, en la Universidad de Tampere (Finlandia), Newman fue la principal ponente en una conferencia de una semana sobre la teoría de la conciencia en lo que concierne a la enfermería (M. Newman, correspondencia personal, 1988).

Newman ha presentado varias ponencias sobre temas relacionados con su teoría de la salud como expansión de la conciencia. Publicó *Theory Development in Nursing* (1979), *Health as Expanding Consciousness* (1986, 1994), *A Developing Discipline: Selected Works of Margaret Newman* (1995a) y *Transforming Presence: The Difference That Nursing Makes* (2008). Ha escrito numerosos artículos en revistas y numerosos capítulos de libros.

En 1986 realizó el análisis de un caso de estudio de la práctica en tres sitios dentro del área de Minneapolis-St. Paul y debatió las conclusiones relativas a los cambios necesarios para la práctica enfermera en el hospital (Newman y Autio, 1986). De 1986 a 1997, Newman investigó los patrones secuenciales de las personas que padecen enfermedades cardíacas y cáncer (Newman, 1995c; Newman y Moch, 1991). Otras publicaciones reflejan su pasión por la integración de la teoría enfermera, la práctica y sus puntos de vista evolutivos en investigación sobre las tendencias en la filosofía de la enfermería y el análisis de los modelos teóricos de la práctica enfermera y la investigación enfermera (Newman, 1992, 1997b, 1999, 2003). Durante 1989 y 1990, Newman fue la investigadora principal de un proyecto que exploraba la teoría y la estructura de un modelo profesional de la práctica enfermera en los Carondelet St. Mary's Community Hospitals y en los centros de salud de Tucson, Arizona (Newman, 1990b; Newman, Lamb y Michaels, 1991).

Newman ha asesorado acerca de la expansión de su teoría de la salud en más de 40 estados y en numerosos países de todo el mundo. Ha trabajado en distintos órganos editoriales, entre ellos el *Nursing Research,* el *Western Journal of Nursing Research,* el *Nursing and Health Care,* el *Advances in Nursing Science* y el *Nursing Science Quarterly* y en la junta asesora de *Advances in Nursing Science* (M. Newman, correspondencia personal, 2004). También participó como miembro del grupo de trabajo de teóricos enfermeros de 1978 a 1982 con la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

RELACIÓN CON LOS CONCEPTOS DE METAPARADIGMA

Newman ha diseñado «el cuidado en la experiencia de la salud humana» (M. Newman, correspondencia personal, 2004; Newman, Sime y Corcoran-Perry, 1991, p. 3) como el centro de atención de la enfermería y ha especificado este centro de atención como el metaparadigma de la disciplina. Afirma que los conceptos interrelacionados de enfermería, persona, salud y entorno son inherentes en este centro de atención (M. Newman, correspondencia personal, 2004). A partir de un paradigma unitario transformador de la disciplina, Newman no considera estos conceptos aisladamente. Por tanto, en sus obras no los comenta por separado, aunque ha elaborado algunas de estas dimensiones, especialmente la enfermería y la salud, en explicaciones de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

su posición. En los siguientes párrafos se utilizan definiciones implícitas en el trabajo de Newman para comentar los cuatro componentes.

Enfermería

Newman hace hincapié en la primacía de las relaciones como centro de atención de la enfermería, las relaciones enfermera-cliente y las relaciones en las vidas de los clientes (Newman, 2008). Durante las relaciones dialécticas enfermera-cliente, los clientes se ponen en contacto con el significado de sus vidas por identificación de los significados en el proceso de sus patrones evolutivos de relación (Newman, 2008). «El énfasis de este proceso se centra en conocer/cuidar a través del reconocimiento de patrones» (Newman, 2008, p. 10). El consejo acerca de estas pautas ofrece a los clientes una iluminación de posibilidades de acción, que entonces abre la forma en la que tiene que suceder la transformación (Newman, 1990a).

La enfermera ofrece el reconocimiento de patrones en los clientes estableciendo relaciones con ellos en situaciones críticas en sus vidas y conectando con ellos de forma rítmica y auténtica. La relación enfermera-cliente se caracteriza por «un acercamiento y separación mutuos a medida que los clientes se encuentran con una interrupción de su estado organizado y predecible, y se dirigen hacia una desorganización e impredictibilidad de forma mayor, más organizada» (Newman, 1999, p. 228). Más adelante afirma que la enfermera seguirá conectada con los clientes a medida que pasan de períodos de desorganización y falta de predicción a un estado organizado superior (Newman, 1999). La enfermera se acerca a los clientes en estas situaciones de decisión crítica en sus vidas y participa con ellos en el proceso de expandir la conciencia. La relación es de un cierto ritmo y tiempo determinado con la enfermera, dejando escapar la necesidad de dirigir la relación o de fijar los elementos. A medida que la enfermera siente la necesidad de manipular o controlar, existe una mayor capacidad para entrar en esta fluctuación, asociación rítmica con el cliente (Newman, 1999). Newman ha representado gráficamente esta interacción enfermera-cliente de acercarse y alejarse a través de los procesos de reconocimiento, comprensión y transformación (fig. 23-1). Las enfermeras se

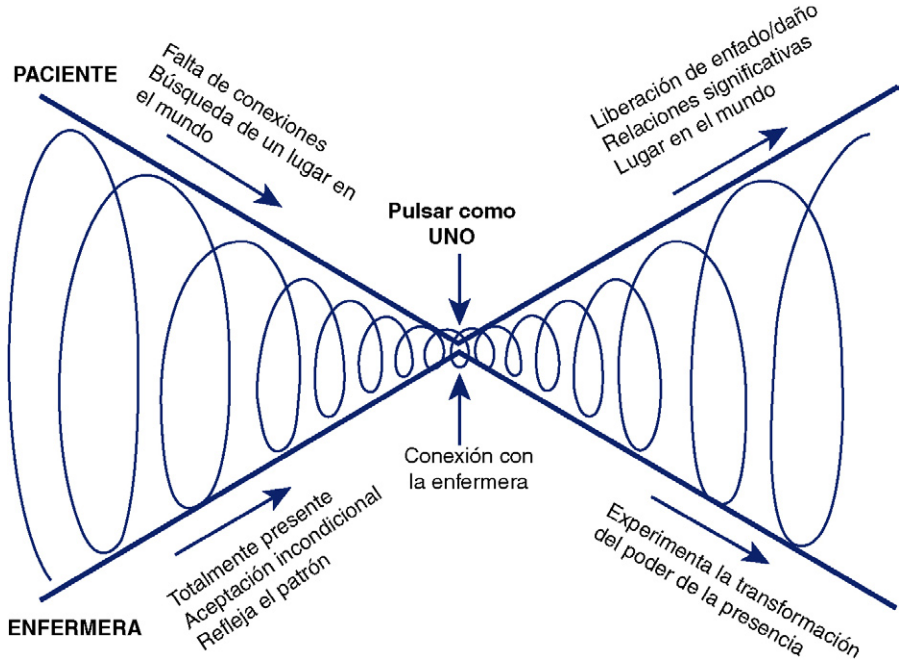


Figura 23-1 Enfermera y paciente se acercan y se alejan en el proceso de reconocimiento, compresión y transformación. (De Newman, M. A. [2008]. *Transforming presence: The difference that nursing makes.* Philadelphia: F. A. Davis Company.)

ven como socias en el proceso de expansión de la conciencia y se transforman y mejoran sus vidas en el proceso de diálogo (Newman, 2008). Como facilitadora, la enfermera ayuda al individuo, a la familia o a la comunidad a centrarse en sus patrones (M. Newman, entrevista telefónica, 2004). El proceso enfermero es de reconocimiento de patrones.

La sugerencia temprana de Newman (Newman, 1995b) fue que el marco de valoración de la salud de la NANDA, basado en los patrones unitarios de interacción persona-entorno, fuera utilizado para ofrecer al cliente el reconocimiento de sus patrones (Roy, Rogers, Fitzpatrick, Newman y Orem, 1982). Al mismo tiempo, se intentó que los patrones guiaran a las enfermeras para realizar observaciones holísticas de «conductas persona-entorno que trazan conjuntamente un patrón muy específico del todo para cada persona» (Newman, 1995b, p. 261). Newman (2008) ha destacado desde entonces la concentración en lo que es más significativo para los clientes en sus propias historias y patrones de relación.

En la teoría, el rol de la enfermera en las interacciones enfermera-cliente se ve como una «presencia de cuidado, reconocedora de patrones» (Newman, 2008, p. 16). La enfermera percibe patrones en las historias o secuencias de acontecimientos del cliente, y el patrón de los cambios individuales que tienen lugar con la nueva información. Según Newman (2008), es importante que las enfermeras consideren las historias de los clientes de forma exhaustiva. A través de la escucha activa, las enfermeras pueden entrar en el todo a través de las partes e intuir el todo a partir del patrón. Las diferencias se consideran como parte de un todo unificado. La enfermera puede facilitar la comprensión del cliente al compartir el proceso de reconocimiento del patrón, abriendo, por tanto, las posibilidades de acción (Newman, 1987b).

Persona

A lo largo de la labor de Newman, los términos *cliente, paciente, persona, individuo* y *ser humano* se utilizan indistintamente. Se considera que los clientes son participantes del proceso de transformación.

Las personas como individuos se identifican por sus patrones individuales de conciencia (Newman, 1986). Además, las personas se definen como «centros de conciencia dentro de una pauta global de conciencia en expansión» (Newman, 1986, p. 31). La definición de *persona* también se ha ampliado para que se incluyera en ella la familia y la comunidad (Newman, 1994).

Entorno

Aunque el entorno no se define de forma explícita, se describe como una parte de un conjunto más amplio que contiene la conciencia del individuo. El patrón de la conciencia de la persona interacciona junto con el patrón de conciencia de la familia y dentro del patrón de las interacciones comunitarias (Newman, 1986). Un supuesto principal es que «la conciencia es coextensiva en el universo y reside en toda materia» (Newman, 1986, p. 33). Cliente y entorno se ven como patrones evolutivos unitarios (Newman, 2008).

Newman identifica las interacciones entre las personas y el entorno como un proceso clave que crea configuraciones exclusivas para cada individuo. Los patrones persona-entorno evolucionan hacia más altos niveles de conciencia. El supuesto es que toda materia en el universo-entorno goza de conciencia, pero en distintos niveles. La interpretación del punto de vista de Newman aclara que se trata del patrón de interacción de una persona con el entorno. La enfermedad en un campo energético humano es una manifestación del patrón único de interacción persona-entorno.

Salud

La salud es el principal concepto de la teoría de expansión de la conciencia de Newman. La fusión de enfermedad y no enfermedad crea una síntesis que puede entenderse como salud (Newman, 1979, 1991, 1992). La enfermedad y la no enfermedad son cada una los reflejos del todo más grande; por tanto, se forma un nuevo concepto de salud, «el patrón del todo» (Newman, 1986, p. 12). Newman (1999) ha elaborado más detenidamente su visión de la salud afirmando que «la salud es el patrón del todo, y el todo *existe*» (p. 228). Uno no puede ganarlo o perderlo. Desde esta perspectiva, el hecho de enfermar no disminuye el todo, pero el todo se toma de distinta forma. Newman (2008) ha afirmado que la esencia del paradigma emergente de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

salud es el reconocimiento de patrones. Además, «el hecho de manifestar la salud, de acompasar la enfermedad y la no enfermedad, se puede interpretar como la explicación del patrón subyacente de la persona-entorno» (Newman, 1994, p. 11). Por tanto, la salud y el patrón evolutivo de la conciencia son una misma cosa. Específicamente, la salud se ve «como un proceso transformativo a una conciencia más global» (Newman, 2008, p. 16).

FUENTES TEÓRICAS

La teoría, salud como expansión de la conciencia, procede de la ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (1970). Las suposiciones de Rogers respecto al todo, al patrón y a la unidireccionalidad son la base de la teoría de Newman (M. Newman, correspondencia personal, 2004). El proceso de Hegel de la fusión de los opuestos (Acton, 1967) ayudó a Newman a conceptualizar la fusión de la salud y la enfermedad en un nuevo concepto de salud. La explicación de Bentov (1977) de la vida como el proceso de expansión de la conciencia incitó a Newman a afirmar que este nuevo concepto de salud es el proceso de expansión de la conciencia (M. Newman, correspondencia personal, 2004).

La teoría de Bohm (1980) del orden implicado corrobora el postulado de Newman de que la enfermedad es una manifestación del patrón de la salud. Newman (1994) ha afirmado que empezó a comprender «el patrón subyacente e invisible que se manifiesta por sí solo de varias formas, como la enfermedad y las interconexiones y omnipresencia de todo lo que existe» (p. xxvi). La teoría de Young (1976) de la evolución humana sacó a relucir la misión del reconocimiento de patrones para Newman. Explicó que las ideas de Young le dieron el ímpetu a sus esfuerzos para integrar los conceptos básicos de su nueva teoría (movimiento, espacio, tiempo y conciencia en la representación de la vida y la salud) (Newman, 1994). La experiencia de Moss (1981) del amor como el nivel más alto de la conciencia fue importante para la afirmación y la elaboración de la intuición de Newman acerca de la naturaleza de la salud (Newman, 1994). Newman también incorporó la teoría de Prigogine (1976) de estructuras disipativas como explicación de que el tiempo de presencia de enfermería a medida que el paciente fluctúa pasa de un nivel de organización a un nivel superior (M. Newman, correspondencia personal, 2004). Aunque Newman (1997a) reconoce las contribuciones de estas teorías a su teoría, ha afirmado que ésta «se enriqueció por ellos, pero no estaba basada en ellos» (p. 23).

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

SALUD

La salud es el «patrón de totalidad» de una persona e incluye la enfermedad como una manifestación significativa del patrón de totalidad, basado en la premisa de que la vida es un proceso continuo de expansión de la conciencia (Newman, 1986). Se interpreta como un patrón evolutivo de la persona y del entorno y se ve como una capacidad creciente de percibir alternativas y responder de varias formas (Newman, 1986). La salud es un «proceso transformativo hacia una conciencia más global» (Newman, 2008, p. 16).

Utilizando la dialéctica hegeliana de fusión de los opuestos, Newman explicaba de forma conceptual cómo enfermedad se fusiona con su opuesto, no enfermedad o ausencia de enfermedad, para crear un nuevo concepto de salud. Esta nueva visión de la salud es relacional y es «pautada, emergente, impredecible, unitaria, intuitiva e innovadora», mientras que la visión tradicional es lineal, «causal, predecible, dicotómica, racional y controladora» (Newman, 1994, p. 13). La salud y el patrón evolutivo de la conciencia son iguales. Newman (1994) considera el proceso vital como una progresión hacia niveles más altos de conciencia.

Conceptos principales y definiciones (Cont.)

PATRÓN

El patrón es la información que ilustra el todo, el entendimiento del significado y las relaciones a la vez (M. Newman, correspondencia personal, 2004). Se conceptualiza como un atributo fundamental de todo lo que hay y da unidad en la diversidad (Newman, 1986). El patrón es lo que identifica a un individuo como una persona particular. Los ejemplos de demostraciones explícitas del patrón subyacente de una persona serían el patrón genético, que contiene la información que gobierna nuestro desarrollo, el patrón de la voz y el patrón de movimiento (Newman, 1986). Entre sus características se incluyen el movimiento, la diversidad y el ritmo. El patrón es algo íntimamente ligado al intercambio de energía y a la transformación (Newman, 1994). Según Newman (1987b), «cualquier cosa que se manifiesta por sí sola en la vida de una persona es la explicación del patrón subyacente implicado... El fenómeno que denominamos salud es la manifestación del patrón de evolución» (p. 37).

En *Health as Expanding Consciousness*, Newman (1986, 1994) desarrolló el concepto de patrón como uno de los más importantes para comprender al individuo como un ser completo. Newman describió un cambio en el paradigma que se estaba produciendo en el campo del cuidado de la salud: el cambio del tratamiento de los síntomas de una enfermedad a la búsqueda de patrones y del significado de aquellos patrones. Newman (1994) afirmó que los patrones de la interacción de la persona-entorno constituyen la salud. Según Newman (2008), los patrones de vida individuales se mueven «por picos y valles, variaciones en el orden-desorden que son importantes para la persona» (p. 6). Un suceso como la aparición de una enfermedad forma parte de un proceso mayor. Interactuando con el suceso, no importa lo destructiva que parezca la fuerza: su energía aumenta la propia energía de la persona y potencia su propio poder en la situación. Para poder observar este fenómeno, es necesario captar el patrón del todo (Newman, 1986).

CONCIENCIA

La conciencia se define como la capacidad de información del sistema y como la capacidad del sistema para actuar en este entorno (Newman, 1994). Newman afirma que una comprensión de su definición de la conciencia es esencial para entender la teoría. La conciencia incluye no sólo la conciencia cognitiva y afectiva, sino también «la interconexión del sistema viviente entero, que incluye el mantenimiento psicoquímico y los procesos de crecimiento, así como el sistema de inmunidad» (Newman, 1990a, p. 38). En 1978, Newman identificó tres correlaciones de la conciencia (tiempo, movimiento y espacio) como manifestaciones del patrón de totalidad.

El proceso vital se ve como una progresión hacia los niveles más altos de la conciencia. Newman (1979) observa la ampliación de la conciencia como aquello de lo que se refería a la vida y, por tanto, la salud. Newman se refería al sentido del tiempo como un factor alterado en el nivel cambiante de la conciencia.

Newman (1986) integra la definición de Bentov (1977) de la conciencia absoluta como «un estado en el que se reconcilian y se funden conceptos opuestos. El movimiento y el reposo se fusionan en uno» (p. 67). La conciencia absoluta se equipara al amor, donde se reconcilian todos los opuestos y se aceptan todas las experiencias de forma igual e incondicional, como el amor y el odio, el dolor y el placer, y la enfermedad y la no enfermedad. Reed (1996) coincide en que la teoría de Newman describe la fase de desarrollo evolutivo cuando la persona se mueve más allá del centro de uno mismo limitado por las preocupaciones limitadas por el tiempo, el espacio y físicas. Para Newman, la trascendencia es un proceso mediante el cual la persona alcanza el más alto nivel de conciencia.

MOVIMIENTO ESPACIO-TIEMPO

Newman afirmaba que es importante examinar el movimiento-espacio-tiempo juntos como dimensiones de patrones emergentes de la conciencia, más que de forma aislada como conceptos separados de la teoría (M. Newman, correspondencia personal, 2004).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La evidencia para la teoría de la salud como expansión de la conciencia emanó de las experiencias vitales personales tempranas de su familia. La lucha de su madre contra la esclerosis lateral amiotrófica y su dependencia de Newman, que en esos momentos era una joven graduada, le infundieron interés por la enfermería. De aquella experiencia evolucionó la idea de que «la enfermedad reflejaba los patrones de vida de la persona y es necesario reconocerlos y aceptar el significado que tienen para la persona» (Newman, 1986, p. 3).

A lo largo de los escritos de Newman (1986), se utilizan términos como *demanda de enfermería, acrecentar el sentimiento conciencia-placer, miedo, poder, significado de la vida y la salud, creencia de la vida después de la muerte, rituales de la salud* y *amor.* Estos términos nos dan una pista acerca de los intentos de Newman para hacer lógica una experiencia vital molesta. La experiencia vital apuntaba su principio de maduración hacia el desarrollo de la teoría en la enfermería. Dentro de su marco filosófico, Newman empezó a desarrollar una síntesis de enfermedad-no enfermedad-salud como reconocimiento de los patrones totales de una persona.

Se ha llevado a cabo una investigación a partir de fuentes teóricas (Newman, 1987b). En 1979, Newman escribió que para que la investigación enfermera adquiera significado a partir del desarrollo de la teoría, debía tener tres componentes. Estos componentes son los siguientes: *a)* tener como propósito la prueba de la teoría; *b)* hacer explícito el marco teórico en el que se desarrollan las pruebas, y *c)* reexaminar los puntos de mira teóricos a la luz de los hallazgos (Newman, 1979). Ella creía que si la salud se considera un proceso personal individual, la investigación debería centrarse en los estudios que exploran los cambios y las similitudes en el significado personal y en los patrones.

PRINCIPALES SUPUESTOS

El fundamento de los supuestos de Newman (M. Newman, entrevista telefónica, 2000) es su definición de salud, que está basada en el modelo de 1970 de Rogers para la enfermería, específicamente el centro del todo, la pauta y la unidireccionalidad. A partir de aquí, Newman desarrolló los siguientes supuestos que apoyan su teoría hasta hoy (Newman, 2008).

1. La salud comprende todos los estados descritos aquí como enfermedad o, en terminología médica, patología…
2. Estos estados «patológicos» pueden considerarse como una manifestación del patrón total del individuo…
3. El patrón del individuo, que en ocasiones se manifiesta como patológico, es de naturaleza primaria y existe antes que los cambios estructurales o funcionales…
4. La desaparición de la patología por sí sola no va a modificar el patrón del individuo…
5. Si la única forma con que una persona puede manifestar su patrón individual es estando «enfermo», entonces dicha manifestación es lo que constituye la salud para esa persona…

A partir de estos supuestos, Newman presentó la tesis: *La salud es la expansión de la conciencia* (Newman, correspondencia personal, 2008).

Los supuestos implícitos de Newman sobre la naturaleza humana incluyen: ser unitario, ser un sistema energético abierto, estar en continua interconexión con el sistema abierto del universo y estar comprometido de forma continua en la evolución del propio patrón del todo (M. Newman, entrevista telefónica, 2000). La autora ve el descubrimiento de la conciencia como un proceso que se puede dar sin depender de las acciones que tomen las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras pueden ayudar a que los clientes se mantengan en contacto con lo que está sucediendo y, en esa línea, puedan facilitar el proceso (Newman, 1994).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Designación temprana de conceptos y proposiciones

Los primeros escritos se centraron básicamente en los conceptos de movimiento, espacio, tiempo y conciencia. En *Theory Development in Nursing,* Newman (1979) trazó las relaciones entre el movimiento, el espacio, el tiempo y la conciencia. Una proposición indicaba que existía una relación complementaria entre el tiempo y el espacio (Newman, 1979, 1983). Se dieron ejemplos de su relación macrocósmica, microcósmica y humanística (del día a día). En el ámbito humanístico, el individuo tan extremadamente móvil vive en un

mundo de espacio expandido y tiempo compartimentalizado. Existe una relación inversa entre el espacio y el tiempo de manera que cuando el espacio vital de uno disminuye, tanto por inmovilidad física o social, aumenta el tiempo de uno (Newman, 1979).

El movimiento es «un medio por el cual el espacio y el tiempo se vuelven realidad» (Newman, 1983, p. 165). El hombre está en un estado constante de movimiento y está continuamente cambiando de forma interna (celular) y externa (por medio del movimiento corporal y la interacción con el entorno). Este movimiento a través del tiempo y del espacio es lo que otorga al hombre una percepción única de la realidad. El movimiento aporta cambio y permite que el individuo experimente el mundo que le rodea (Newman, 1979).

También se hizo referencia al «movimiento como reflejo de la conciencia» (Newman, 1983, p. 165). El movimiento es el medio de experimentar la realidad y también el medio a través del cual una persona expresa sus pensamientos y sensaciones sobre la realidad de sus experiencias. Un individuo transmite conciencia de sí mismo mediante el movimiento implicado en el lenguaje, la postura y el movimiento corporal (Newman, 1979). El ritmo y el patrón que están reflejados en el movimiento son una indicación de la persona y su percepción del mundo. El movimiento ofrece un medio de comunicación más allá del cual se puede transmitir el lenguaje (Newman, 1979).

El concepto de tiempo está considerado como una función del movimiento (Newman, 1979). Esta afirmación se apoyó en los estudios de Newman (1972) de la experiencia del tiempo relacionada con el movimiento y el tiempo que se emplea en cada paso. La investigación de Newman demostró que, cuanto más lento camina un individuo, menos subjetivo es el tiempo que experimenta. De todos modos, comparado con la hora del reloj, el tiempo parece «volar». Aunque los individuos que se mueven sienten enseguida de forma subjetiva que están «yendo contrarreloj», se dan cuenta de que parece que el tiempo pase lentamente cuando miran un reloj (Newman, 1972, 1979).

El tiempo también se conceptualiza como una medida de la conciencia (Newman, 1979). Bentov (1977) medía la conciencia con una relación entre tiempo objetivo y subjetivo y propuso esta afirmación. Newman aplicó esta medida de conciencia a los datos subjetivos y objetivos de su investigación. Descubrió que «el índice de conciencia aumenta con la edad». Algunas de sus investigaciones más recientes han dado apoyo a esta conclusión (Newman, 1982, p. 293). Newman citó esta evidencia como apoyo a su afirmación de que el proceso de la vida evoluciona hacia la expansión de la conciencia. De todos modos, ciertos estados, como la depresión pueden ir acompañados por una disminución del sentido del tiempo (Newman y Gaudiano, 1984).

Síntesis de los patrones de movimiento, espacio-tiempo y conciencia

A medida que la teoría iba evolucionando, Newman desarrolló una síntesis de los patrones de movimiento, espacio, tiempo y conciencia (M. Newman, correspondencia personal, 2004, 2008). El tiempo no estaba simplemente conceptualizado como subjetivo u objetivo, sino que también se observó en un sentido holográfico (M. Newman, entrevista telefónica, 2000). Según Newman (1994), «cada momento tiene un orden explicativo y también incluye a todos los demás, lo que significa que cada momento de nuestras vidas contiene todos los demás de todos los tiempos» (p. 62). Newman (1986) ilustró la centralidad del espacio-tiempo en el siguiente ejemplo:

> La señora V. realizó repetidos intentos de alejarse de su marido e iniciar (movimiento) un programa de educación para sentirse más independiente. Tenía la sensación de que no tenía *espacio* para ella misma e intentó distanciarse (espacio) de su marido. Sentía que no tenía *tiempo* para disfrutar (ella misma), tenía una gran carga de trabajo y atendía de forma constante las necesidades de los demás. Era demasiado sumisa y sensible a las demandas y a las críticas de su marido (p. 56).

El espacio, el tiempo y el movimiento se relacionaron más tarde cuando Newman (1986) afirmó que «la intersección del movimiento-espacio-tiempo representa la persona como centro de la conciencia y varía de persona a persona, de sitio a sitio y de tiempo a tiempo». Newman (1986) también destacó que la tarea crucial de la enfermería es ser capaz de ver los conceptos de movimiento-espacio-tiempo en relación a cada uno y considerarlos todos a la vez como patrones de evolución de la conciencia.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En *Health as Expanding Consciousness* (Newman, 1986, 1994), la teoría de Newman se basó en gran medida en el trabajo de Young sobre el espectro de la conciencia (Young, 1976). Vio que el tema central de la teoría de Young es que el yo y el universo tienen una misma naturaleza. La naturaleza esencial es indefinible pero el principio y el final de la trayectoria vital se caracterizan por la libertad completa y la elección irrestringida (Newman, 1986).

Newman estableció un corolario entre su modelo de la salud como expansión de la conciencia y la concepción de Young de la evolución de los seres humanos (fig. 23-2). Explicó que los individuos llegamos a ser algo desde un estado de conciencia, estamos limitados por el tiempo, encontramos nuestra identidad en el espacio, y a través del movimiento aprendemos la «ley» de la forma en la que funcionan las cosas y hacen elecciones que finalmente nos llevan más allá del espacio y del tiempo a un estado de conciencia absoluta (Newman, 1994).

Newman (1994) también afirmó que «las restricciones en el movimiento-espacio-tiempo fuerzan una conciencia que se extiende más allá del yo físico. Cuando se altera el movimiento natural, el espacio y el tiempo también resultan alterados. Cuando el movimiento se restringe (tanto de forma física como social), es necesario que el individuo se mueva hacia sí mismo, moviéndose por tanto hacia un punto de elección importante en el proceso de evolución de la conciencia humana (Newman, 1994). Esta autora dio por sentado que la conciencia se correspondía con «el interior, la reforma autogenerada a la que [se refirió] Young como el punto de inflexión del proceso» (Newman, 1994, p. 46). Cuando una persona progresa hasta el estado de sin noción del tiempo, tiene lugar el aumento de la libertad en el tiempo. Finalmente, la última etapa es la conciencia absoluta, que se ha equiparado con el amor (Newman, 1994).

Énfasis sobre el proceso de experiencia cliente-enfermera

Al darse cuenta de que la comprobación temprana de la investigación de afirmaciones proposicionales procedía de una visión mecanicista de la conciencia-espacio-tiempo-movimiento y no conseguía honrar las suposiciones básicas de su teoría, Newman cambió el centro de atención a una implicación auténtica de la investigadora enfermera como participante con el cliente en el patrón

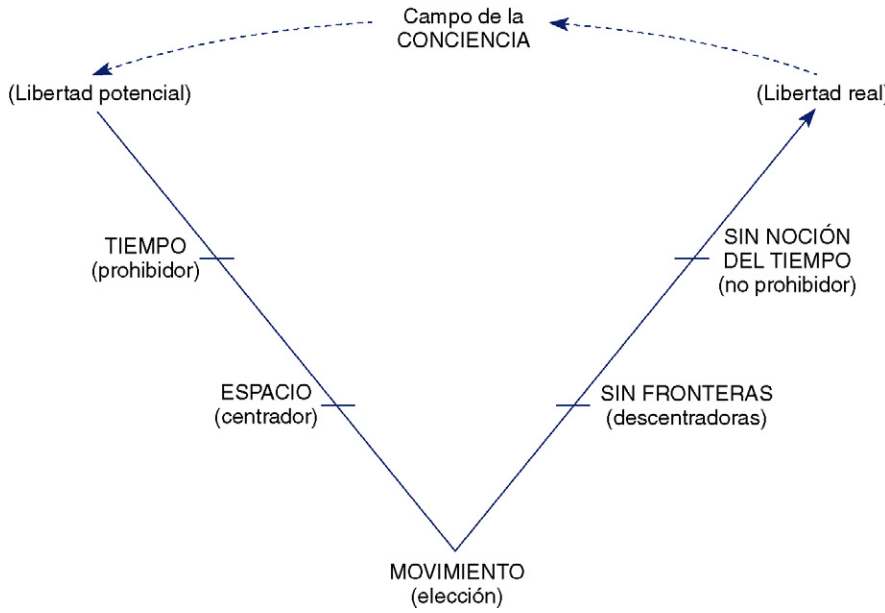


Figura 23-2 Paralelismo entre la teoría de Newman de expansión de la conciencia y las etapas de Young de la evolución humana. (De Newman, M. A. [1990]. Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly, 3*[1], 37-41.)

de descubrimiento de la expansión de la conciencia (Newman, 2008). El paradigma unitario transformador exigía que el investigador honrase y revelase la mutualidad de la interacción entre la enfermera y el cliente, la unicidad y la totalidad del patrón en cada situación del cliente y el movimiento del proceso vital hacia una conciencia superior. Newman (2008) afirma: «la naturaleza de la práctica enfermera es el cuidado, la relación de reconocimiento del patrón entre enfermera y cliente, una relación que es una presencia transformante» (p. 52).

El protocolo para esta investigación empezó por primera vez en 1994 y en la práctica actual de investigación siguen poniendo en marcha variaciones de esta guía. Litchfield (1999) explicó este proceso como «sabiduría práctica» en su trabajo sobre familias de niños hospitalizados. Endo (1998) analizó las fases del proceso en su trabajo sobre mujeres con cáncer de ovario. Los datos de esta práctica de investigación muestran evidencias de expansión de la conciencia en la calidad y en la conexión de las relaciones del cliente y apoyan la importancia de la presencia creativa de la enfermera en el punto de vista de los participantes (M. Newman, correspondencia personal, 2004, 2008). Las variaciones en la investigación de la praxis se han utilizado en numerosas poblaciones y ámbitos (Newman, 2008; Picard y Jones, 2007).

FORMA LÓGICA

En el desarrollo temprano de la teoría, Newman utilizó tanto la lógica inductiva como la deductiva. La lógica inductiva se basa en la observación de casos particulares de un fenómeno y en la posterior relación de estos casos para formar un todo. La teoría del desarrollo de Newman se derivó de su investigación más temprana en la percepción del tiempo, y en el tiempo que se emplea en dar un paso. El tiempo y el movimiento, con el espacio y la conciencia, se utilizan de forma subsiguiente como componentes centrales de su marco conceptual. Estos conceptos ayudan a explicar «los fenómenos del proceso vital y, por tanto, la salud» (Newman, 1979, p. 59). Newman (1997a) ha descrito la evolución de la teoría como su movimiento de la explicación lineal y la prueba de los conceptos de tiempo, espacio y el movimiento hacia una elaboración de los patrones de interacción como manifestaciones de expansión de la conciencia. La evolución de la teoría de la salud como expansión de la conciencia como un proceso de evolución, junto con la investigación, progresó a lo largo de varias etapas (Newman, 1997a, 1997b). Estas etapas incluían la prueba de las relaciones de los conceptos de movimiento, espacio y tiempo; la identificación secuencial de los patrones persona-entorno, y el reconocimiento de la centralidad de las relaciones enfermera-cliente o el diálogo en el consejo de la evolución del cliente y el acompañamiento del potencial de acción. De hecho, el proceso se convirtió en cíclico desde el momento en que los conceptos originales de movimiento-espacio-tiempo emergieron como dimensiones del proceso unitario de evolución de la conciencia (Newman, 1997a).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Investigación/práctica profesional

Newman cree que la investigación en la teoría de la salud como expansión de la conciencia es praxis, que define como un «proceso mutuo entre enfermera y cliente con la intención de ayudar» (Newman, 2008, p. 21). Además, este proceso se centra «en la transformación de un punto a otro e incorpora la dirección de una teoría *a priori*» (Newman, 2008, p. 21). Luego, investigación y práctica con la teoría están entretejidas.

Según la opinión de Newman, la responsabilidad de las enfermeras profesionales consiste en establecer una relación primaria con el cliente, con el objetivo de identificar las necesidades de cuidados de salud y facilitar su capacidad de acción y de toma de decisiones (Newman, 2008). Son esenciales la comunicación y la colaboración con otras enfermeras, asociadas y profesionales del cuidado de salud (Newman, 1989). Las enfermeras, como profesionales de asistencia primaria, centradas directa y completamente en las relaciones con los clientes, representan la visión del papel de la enfermería profesional, a la que se refiere Newman (Newman, Lamb y Michaels, 1991) llamándoles gestores de casos/enfermeras clínicas, que son el *sine qua non* del modelo integrador.

Relacionando su teoría de la salud como expansión de la conciencia, y reconociendo el cambio contemporáneo y radical en la filosofía de la enfermería que ve la salud como una dinámica en el campo humano unitario en un campo unitario mayor, Newman (1979) cree que «la meta de la enfermería no es hacerle bien a una persona o

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

prevenir que se ponga enferma, sino ayudar a los individuos a utilizar el poder que está en ellos mismos a medida que evolucionan hacia unos niveles más altos de conciencia» (p. 67). La labor de la enfermería no es intentar cambiar el patrón de otra persona, sino reconocerlo como una información que describe el todo y lo relaciona con ello a medida que se va descubriendo (Newman, 1994).

Desde la perspectiva de Newman, la enfermería es el estudio del «cuidado de la experiencia de salud humana» (Newman et al., 1991, p. 3). El papel de la enfermera en esta experiencia es ayudar a los clientes a que reconozcan sus propios patrones, lo que lleva a la visión de nuevas posibilidades de acción, que abren el camino para que se produzca la transformación.

En primer lugar, el modelo de salud de Newman era útil en la práctica de la enfermera porque contenía los conceptos de movimiento y tiempo que utiliza la profesión de enfermería e intervenciones intrínsecas de enfermería como la amplitud de movimiento y la deambulación (Newman, 1987a).

En las primeras investigaciones con la teoría se manipularon los conceptos de espacio, tiempo y movimiento. Además de Newman, varios investigadores examinaron el tiempo, el espacio o el movimiento. Newman y Gaudiano (1984) se centraron en la aparición de depresión en ancianos y un descenso del tiempo subjetivo. Mentzer y Schorr (1986) utilizaron el modelo de duración del tiempo de Newman como índice de conciencia en un estudio de ancianos ingresados en residencias. Engle (1986) analizó la relación entre movimiento, tiempo y valoración de la salud. Schorr y Schroeder (1989) estudiaron diferencias de conciencia en relación al tiempo y al movimiento y, en otro estudio, observaron que las relaciones entre conducta de tipo A, orientación temporal y ansiedad por muerte como manifestaciones de conciencia arrojaron resultados contradictorios (Schorr y Schroeder, 1991). Durante la década de 1980, Marchione, utilizando la salud como expansión de la conciencia, investigó e informó sobre el significado de sucesos discapacitantes en las familias, presentando un caso clínico en el que una persona distinta se convirtió en parte del núcleo familiar. La adición fue un suceso perturbador para la familia y creó problemas en el tiempo, el espacio, el movimiento y la conciencia, sugiriendo que el trabajo de Newman sobre los patrones se podría utilizar para comprender las interacciones familiares (Marchione, 1986). Marchione (1986) y Pharris (2005) defienden la aplicación de la teoría en la práctica con las comunidades.

Sin embargo, con la evolución de la teoría, la investigación de la praxis también incorporó la práctica, con la función de ayudar a los clientes en el reconocimiento del patrón (Newman, 1990a). Schorr, Farnham y Ervin (1991) investigaron los patrones de salud en 60 ancianas y utilizaron la teoría como marco. En un estudio de música y cambio de patrón en el dolor crónico de Schorr (1993), también se confirmó la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman. La tesis de Fryback (1991) reveló que personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) describieron, de hecho, la salud dentro de los dominios físico, de promoción de la salud y espiritual, y coincidía con la teoría de Newman.

La teoría se ha utilizado en la práctica en varias poblaciones de clientes. Kalb (1990) aplicó la teoría de salud de Newman en el tratamiento clínico de pacientes embarazadas ingresadas por complicaciones de la salud maternofetal. Smith (1995) trabajó con la salud de mujeres afroamericanas de entornos rurales. Yamashita (1995, 1999) estudió a cuidadores familiares japoneses y canadienses, y Rosa (2006) trabajó con personas con lesiones crónicas de la piel. Varios estudios se han centrado en patrones de personas con artritis reumatoide (Brauer, 2001; Neill, 2002; Schmidt, Brauer y Peden-McAlpine, 2003). Estudios de investigación se han centrado en patrones de pacientes con cáncer como una parte importante de la salud (Barron, 2005; Bruce-Barrett, 1998; Endo, 1998; Endo, Nitta et al., 2000; Gross, 1995; Karian, Jankowski y Beal, 1998; Kiser-Larson, 2002; Moch, 1990; Newman, 1995c; Roux, Bush y Dingley, 2001; Utley, 1999). Otros estudios incluyen patrones vitales de personas con cardiopatía coronaria (Newman y Moch, 1991); patrones de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Jonsdottir, 1998; Noveletsky-Rosenthal, 1996); patrones vitales de personas con hepatitis C (Thomas, 2002) y patrones de expansión de la conciencia en personas con VIH y sida (Lamendola y Newman, 1994).

Litchfield (1999) ha descrito la formación de patrones en la relación entre enfermera-cliente de la asistencia a familias en las que los niños caían enfermos con frecuencia y requerían hospitalización, y su uso en salud familiar. Magan, Gibbon y

Mrozek (1990) informaron sobre la implantación de la teoría, como una teoría más, en el cuidado de los enfermos mentales. Weingourt (1998) informó sobre el uso de la teoría de la salud de Newman en ancianos ingresados en residencias y Capasso (2005) describió una mayor curación emocional y física de los clientes como resultado de la utilización de la teoría en las interacciones enfermera-cliente.

Investigaciones adicionales incluyen estudios sobre reconocimiento de patrones de salud en personas con esclerosis múltiple (Gulick y Bugg, 1992; Neill, 2005) y esposos cuidadores de parejas con demencia (Brown y Alligood, 2004; Brown, Chen, Mitchell y Province, 2007; Schmitt, 1991), además de patrones en adolescentes encarcelados por asesinato (Pharris, 2002) y experiencias vitales de mujeres negras caribeñas (Peters-Lewis, 2006). Otros estudios han incluido patrones vitales de mujeres que han conseguido adelgazar y mantienen la pérdida de peso (Berry, 2002); patrones de acoso sexual y curación (Smith, 1997); significado de la muerte de un niño a un anciano (Weed, 2004); experiencia de familiares que pasan por la muerte súbita de un niño (Picard, 2002); facilitación enfermera de la salud como expansión de la conciencia en familias de niños con necesidades de cuidados especiales (Falkenstern, 2003), y salud como expansión de la conciencia para conceptualizar la adaptación en pacientes quemados (Casper, 1999).

La investigación de Newman como praxis también se ha utilizado para describir la experiencia vital en mujeres adolescentes (Shanahan, 1993); patrones de expansión de la conciencia en mujeres de mediana edad (Picard, 2000) y en mujeres en transición hacia la menopausia (Musker, 2005); el reconocimiento de patrones de embarazadas de alto riesgo (Schroeder, 1993) y de bajo riesgo (Batty, 1999), y patrones en familias de niños de salud débil (Tommet, 2003). Fue el marco para analizar patrones para la evidencia de la autoridad en trabajadores de la salud de la comunidad por Walls (1999).

Quinn (1992) reconceptualizó el tacto terapéutico como conciencia compartida. Lamb y Stempel (1994) describieron el papel de la enfermera como una consejera-experta. Newman, Lamb y Michaels (1991) describieron el papel de la enfermera gestora de casos en St. Mary como emanadora de una base filosófica y teórica de acuerdo con el paradigma unitario-transformativo y ejemplifica una etapa integrada de la enfermería profesional. Además, la teoría de la salud como expansión de la conciencia se ha propuesto como beneficiosa para la enfermera que trabaja con adolescentes con diabetes insulinodependiente (Schlotzhauer y Farnham, 1997).

Gustafson (1990) observó que la práctica como enfermera de distrito apoyaba la teoría de la salud de Newman como manifestación del reconocimiento de patrones. Más recientemente, Endo et al. (2005) realizaron una investigación de acción con enfermeras en ejercicio y hallaron que, para las enfermeras, sus vidas tenían un significado más profundo como consecuencia del poder transformativo del reconocimiento de patrones en su trabajo con los clientes. Flanagan (2005) observó que las enfermeras preoperatorias que utilizaban la teoría vieron el efecto de su presencia al cambiar las experiencias de los pacientes. Además, Ruka (2005) desarrolló un modelo de práctica en residencias de ancianos para utilizarlo en el reconocimiento de patrones en personas con demencia.

Newman afirma que su investigación a lo largo del tiempo ayudó no sólo a los clientes que participaron en ella, sino también a ella y a sus compañeros de investigación, a adquirir un mejor conocimiento del yo como enfermera investigadora y una comprensión de las limitaciones de los métodos utilizados previamente. Newman (1994) afirmó además que la investigación debería centrarse en investigaciones que son participativas y en las que los clientes-sujetos son asociados y coinvestigadores en la búsqueda de patrones de salud. Este método de investigación se denomina *investigación cooperativa* o *participación interactiva, integradora.* Newman (1989, 1990a) ha desarrollado un método para describir patrones como algo que se va descubriendo y evolucionando a lo largo del tiempo. Utilizó el método de entrevistar a un sujeto en marcos temporales distintos para establecer un patrón para ese sujeto (Newman, 1987b). Newman (1990a) afirmó que, durante el desarrollo de una metodología para comprobar la teoría de la salud, «compartir la percepción de nuestro (investigador) del patrón de la persona con la persona fue significativo para los participantes y estimulaba nuevos conocimientos acerca de sus vidas» (p. 37). En 1994 describió un protocolo de investigación y lo denominó *dialéctica hermenéutica.* Este método permite que el patrón de persona-entorno se revele por sí mismo, sin alterar la unidad del patrón (M. Newman, correspondencia personal, 2000). Desde el

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

comienzo de la teoría de Newman en la década de 1970 hasta la actualidad, numerosos profesionales y científicos de la enfermería han utilizado la teoría para incorporar los conceptos en su práctica enfermera o para elaborar la teoría en la investigación. Newman defiende una convergencia de teorías enfermeras como base de la disciplina (Newman, 2003). Considera la salud como expansión de la conciencia emergente desde la perspectiva de Rogers, incorporando teorías de cuidado y proyectando un proceso transformativo (Newman, 2005).

Formación

Newman (1986) ha afirmado que idealmente se necesita un nuevo papel para que la enfermera funcione en el paradigma de la conciencia del todo que evoluciona. «Las enfermeras necesitan estar libres para relacionarse con los pacientes en una asociación continua que no está limitada a un lugar o tiempo particular» (Newman, 1986, p. 89). Sugería que la formación en enfermería se mueve en torno al patrón como concepto, como sustancia, como proceso y como método. La formación mediante este método permitiría que la enfermería fuera un recurso importante para el desarrollo continuo del cuidado de salud. Newman (1986) afirmó que la enfermería está en la intersección del centro de la industria del autocuidado y, por tanto, «la enfermería está en la posición de tratar la fluctuación del sistema que lo cambiará hacia un nuevo orden superior de funcionamiento» (p. 90).

Newman (2008) ha afirmado: «la atención a la naturaleza del aprendizaje transformativo ayudará a establecer las prioridades de la disciplina» (p. 73). Ve una necesidad de transformación personal estudiante-profesor en el plan de estudios de enfermería. Dado que estudiantes y profesores se embarcan directamente en la conciencia intuitiva, resonarán entre sí de una manera transformante (Endo, Takaki, Abe, Terashima y Nitta, 2007). Sin embargo, dado que ha habido un cambio de paradigma en las visiones de las enfermeras de sus relaciones con los clientes, se evidencian numerosos ejemplos de la aplicación de la teoría en roles tradicionales (Newman, correspondencia personal, 2008).

El examen de la adecuación pragmática de la teoría de Newman en relación con la formación enfermera revela que la enseñanza del método de investigación asociado con la teoría también enseña a los estudiantes un método de práctica coherente con la teoría, y es un medio para que los estudiantes experimenten la transformación a través del reconocimiento de patrones (Newman, 2008). Newman considera la teoría, la práctica y la investigación como un proceso más que como dominios separados de la disciplina enfermera. Enseñar la teoría de la salud como expansión de la conciencia requiere un cambio en el pensamiento desde una visión dicotómica de la salud a una visión sintetizada que acepte la enfermedad como una manifestación de la salud. Aunque esto no es todo; aprender a dejarse llevar por el control profesional y respetar las elecciones del cliente son partes integrales de la práctica dentro de este marco. Los estudiantes de enfermería y los profesionales que piensan utilizar la teoría de Newman se encontrarán con la transformación personal del aprendizaje para reconocer patrones a través de las interacciones enfermera-paciente. Una experiencia individual personal será la esencia, no sólo de la enseñanza y de la práctica, sino también de la experiencia. Newman (1994) explica que la enfermería necesita sensibilizarse por sus propios patrones de relacionarse como indicación del patrón de interacción enfermera-cliente. La autora destacaba que debe haber un sentido del proceso de la relación con los clientes, que preste atención al «nosotros» en la relación enfermera-cliente (Newman, 1997b).

La teoría de Newman se ha utilizado en la formación de enfermería para ofrecer algún contenido al modelo denominado el *web de curación*. Este modelo se diseñó para integrar la formación enfermera y el servicio de enfermería juntamente con programas de educación privada y pública para los estudiantes graduados y programas asociados en el ámbito de la enfermería en Dakota del Sur (Bunkers, Bendtro et al., 1992). Por otra parte, Jacono y Jacono (1996) sugirieron que la creatividad estudiantil se podría potenciar si las facultades de enfermería adoptaran la teoría reconociendo que todas las experiencias tienen el potencial de expandir la creatividad (conciencia) de los individuos. Picard y Mariolis (2002, 2005) describieron la aplicación de la salud como teoría de la expansión de la conciencia en la enseñanza de la enfermería psiquiátrica. Además, Endo et al. (2007) describieron un proyecto en el que el personal participaba con estudiantes en un proyecto de reconocimiento de patrones que se tradujo en la transformación de las relaciones de los estudiantes.

DESARROLLOS POSTERIORES

Hay estudios de investigación analizados con anterioridad que han dado apoyo al modelo de salud como expansión de la conciencia, destacando la importancia del reconocimiento de patrones en el proceso de expansión de la conciencia. Se ha utilizado la teoría de forma extensiva para explorar y comprender la experiencia de la salud dentro de la enfermedad, dando apoyo a una premisa básica de la teoría de que las situaciones de crisis pueden ofrecer un efecto catalítico y facilitar el movimiento a niveles superiores de conciencia.

CRÍTICA

Claridad

La claridad semántica es evidente en las definiciones, descripciones y dimensiones de los conceptos teóricos.

Simplicidad

El significado más profundo de la teoría de la salud como expansión de la conciencia es complejo. La teoría debe comprenderse como un todo en vez de aislar los conceptos. Si una persona deseara utilizar un enfoque positivista, las propuestas originales de Newman guiarían el desarrollo de las hipótesis. No obstante, los investigadores que han intentado adoptar este enfoque han concluido que es inadecuado para el estudio de la teoría. Como Newman defendió en la edición de 1994 de su libro *Health As Expanding Consciousness*, el enfoque holístico del método dialéctico hermenéutico es coherente con esa teoría y requiere un alto nivel de comprensión de la teoría por parte del investigador para ampliarla en la investigación en la praxis (M. Newman, entrevista telefónica, 1996).

Generalidad

Los conceptos de la teoría de Newman son amplios en su objetivo porque todos ellos están relacionados con la salud. La teoría se ha aplicado en diversas culturas y es aplicable a lo largo de un espectro de situaciones de cuidados enfermeros (M. Newman, correspondencia personal, 2004). La aplicación de la teoría es de naturaleza universal. El amplio objetivo ofrece el centro para el desarrollo futuro de su teoría.

Precisión empírica

En las primeras etapas del desarrollo, los aspectos de la teoría se comprobaron con el modelo científico tradicional. No obstante, los métodos cuantitativos resultan inadecuados para capturar la dinámica, cambiando la naturaleza de este modelo. Se desarrolló un enfoque dialéctico hermenéutico para conseguir una explicación completa de su significado y aplicación.

Consecuencias deducibles

El centro de la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman ofrece una guía en evolución para todas las disciplinas relacionadas con la salud. En la búsqueda de la comprensión de los fenómenos de la salud, esta visión exclusiva de la salud reta a las enfermeras para que establezcan ciertas diferencias en el ejercicio profesional por medio de la adaptación de esta teoría.

RESUMEN

Aunque Newman empezó con una perspectiva racional y empírica que era inductiva y deductiva a la vez, la consideró restrictiva e «inconsistente con el paradigma desde el que surgió la teoría» (1997a, p. 23). Poco a poco, renunció a parte del control experimental y su trabajo evolucionó hacia una propuesta más interactiva e integradora que seguía siendo objetiva y controlada. Cuando esto todavía no funcionaba, pasó del paradigma científico con su objetividad y control y permitió que los principios de su paradigma teórico guiasen su investigación. Entonces empezó a ver la parte central del patrón y del proceso como práctica enfermera. Considera que la evolución del patrón era significativa en el proceso que requería una propuesta de proceso mutuo, no únicamente la observación objetiva. Los patrones demostraron que la expansión de la conciencia estaba relacionada con la calidad y la conexión de las relaciones. La presencia creativa de la investigadora enfermera era importante desde el punto de vista del participante. Newman (1986) concluyó que los individuos experimentaban una teoría viviéndola. Denominó a su investigación dialéctica hermenéutica. La teoría de la salud como expansión de la conciencia, junto con la investigación como método práctico, ha sido ampliamente utilizada en la práctica enfermera con una gran variedad de individuos, familia

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y comunidad, formación enfermera y modelos de práctica e investigación enfermera en Estados Unidos y en otros países. Newman sigue escribiendo, realizando consultas y dando conferencias, avanzando en su trabajo.

Caso clínico

Alice es una viuda de 81 años que, desde que su marido murió hace 8 años, vive sola en un complejo de apartamentos baratos en un pequeño pueblo rural de los Montes Apalaches. Tiene un familiar, una nieta, que vive a unos 48 km. Alice nunca ha aprendido a conducir y depende de su nieta para que la lleve a las visitas médicas, de compras y a buscar la medicación. Sus ingresos son de 824 dólares mensuales y necesita varias medicaciones caras para la artritis, la hipertensión y problemas cardíacos. Tiene artrosis en las rodillas y requiere un andador para apoyarse y moverse segura por el apartamento. Una enfermera domiciliaria la visita una vez a la semana para comprobar su presión arterial y administrarle un inyectable para la artritis. La enfermera observa que la presión arterial de Alice está elevada, y Alice afirma que no ha podido adquirir la medicación porque el coche de su nieta está averiado. Alice también menciona que tiene poca comida en el apartamento porque no puede ir a comprar.

Alice admite que, aunque lleve viviendo 8 años en el apartamento, apenas conoce o habla con sus vecinos, y todavía se siente extraña y no quiere «entrar a empujones». Dice que odia molestar a la gente y «no será pesada a menos que no tenga más remedio». Cuenta que en ocasiones se siente abandonada por «su gente», que ha muerto toda.

La enfermera domiciliaria, trabajando con Alice, reconoce la actual situación como punto de partida, con la posibilidad de aumentar la interacción con los demás y aumentar la conciencia. Las formas antiguas ya no funcionan por más tiempo para Alice, y son necesarias nuevas formas de relación. La enfermera incorpora los elementos del método de Newman para ayudar a Alice a reconocer patrones para descubrir nuevos potenciales de acción. A medida que la enfermera se ha relacionado con la historia de Alice a través del diálogo e interaccionando con ella, la ayuda a reconocer patrones pasados de relación y cómo las circunstancias presentes han cambiado esos patrones. Alice cuenta cómo ella y su marido vivieron 56 años en una cabaña rural con pocos vecinos, a excepción de dos hermanas y su única hija. Eran autosuficientes, tenían grandes huertos, su propia ganadería y casi nunca iban al pueblo. Ahora todos estos familiares han muerto, a excepción de la nieta que, al morir el marido de Alice, insistió en que abandonara la cabaña y se trasladara al pueblo. Parece claro que los patrones pasados de Alice eran los de independencia y contacto social limitado principalmente a los familiares.

La enfermera comparte sus percepciones con Alice, que confirma y verifica la identificación del patrón. Alice afirma «no sé cómo manejarme yo sola más tiempo». La enfermera la ayuda a explorar fuentes de ayuda, aparte de su nieta, que la ayudarán a permanecer en su apartamento de la manera más independiente posible. Alice explica que hay un hombre, unas puertas más allá, que se ha parado algunas veces a preguntarle si necesitaba alguna cosa de la tienda de comestibles, pero que ella nunca le ha pedido nada porque odia molestarle y no quiere «tener obligaciones». Después de hablar más rato, decide que le pedirá que le compre los productos principales y las medicaciones, y cuando vuelva le pagará haciéndole algo de pan, diciéndole «me encanta hacer pan y no tengo a nadie más para quien hacerlo».

En las siguientes visitas semanales, Alice y la enfermera exploran la posibilidad de adquirir la medicación a un precio reducido a través de la clínica enfermera local. Alice afirma que podría intentar conocer algo a sus vecinos. La enfermera ayuda a Alice a hacer arreglos para que el señor Van la lleve a sus visitas al médico. Cuando Alice empieza a construir su propio sistema de apoyo, descubre que necesita menos la ayuda de la enfermera, manteniendo su independencia y reanudando su patrón anterior, controlando semanalmente la presión arterial y de administración de inyecciones. Sin embargo, Alice y la enfermera ahora han desarrollado una relación que las ha transformado y la enfermera, al llegar, con frecuencia se encuentra con el olor de pan recién horneado y una invitación a comérselo. Las dos disfrutan de esta nueva relación.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. ¿Cuál es la visión de la enfermería extendida a escala mundial? ¿Cuál es la visión enfermera-científica de la enfermería?
2. ¿Cómo dicta o dirige esta opinión a escala mundial el desarrollo del conocimiento para la enfermería?
3. ¿Qué es lo que dicta el cambio en los paradigmas de salud, práctica de la asistencia sanitaria y ejercicio de la enfermería? Examine la opinión de Newman acerca de este cambio.
4. Piense en un paciente al que ha cuidado y descríbalo usando la salud como expansión de la conciencia (patrón de totalidad). Compare y contraste las características de esta visión del paciente con la que utiliza actualmente en su práctica.
5. ¿Dónde y cómo acepta o adapta Newman el sistema teórico conceptual de Rogers de seres humanos unitarios?
6. ¿En qué se diferencia la teoría de la salud de Newman del ejercicio, formación e investigación de enfermería contemporánea?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Newman, M. A. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia: F.A. Davis Company http://www.healthasexpandingconsciousness.org
- Brown, J. W. (2006). Newman's theory of health and nursing practice. En M. R. Alligood y A. M. Tomey (eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3.ª ed.). St. Louis: Mosby.
- *Margaret Newman, nurse theorists: Portraits of excellence* (vídeo) (1990). Producido por Helene Fuld Health Trust. Oakland, CA: Studio Three Production. Athens, OH: Fitne, Inc.
- Newman, M. A. (1997). *Margaret Newman: Health as expanding consciousness* (CD-ROM). Disponible a través del Fuld Institute for Technology in Nursing Education (ahora Fitne, Inc, 5 Depot Street, Athens, OH 45701, (800) 691-8480.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Acton, H. B. (1967). George Wilhelm Freidrich Hegel 1770-1831. In P. Edwards (Ed.), *The encyclopedia of philosophy* (Vols. 3 & 4). New York: Macmillan & Free Press.

Barron, A. (2005). Suffering, growth, and possibility: Health as expanding consciousness in end-of-life care. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* (pp. 43-50). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Batty, M. L. E. (1999). Pattern identification and expanding consciousness during the transition of "low risk" pregnancy. A study embodying Newman's health as expanding consciousness (Margaret Newman) (Master's thesis, The University of New Brunswick, Canada, 1999). *Masters Abstracts International, 39*, 826.

Bentov, I. (1977). *Stalking the wild pendulum.* New York: E. P. Dutton.

Berry, D. C. (2002). Newman's theory of health as expanding consciousness in women maintaining weight loss (Doctoral dissertation, Boston College, 2002). *Dissertation Abstracts International, 63, 2300.*

Bohm, D. (1980). *Wholeness and the implicate order.* London: Routledge and Kegan Paul.

Brauer, D. J. (2001). Common patterns of person-environment interaction in persons with rheumatoid arthritis. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 414-430.

Brown, J. W., Alligood, M. R. (2004). Realizing wrongness: Stories of older wife caregivers. *Journal of Applied Gerontology, 23*(2), 104-119.

Brown, J. W., & Chen, S-L. Mitchell, C., & Province, A. (2007). Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia. *Journal of Advanced Nursing, 58*(3), 1-9.

Bruce-Barrett, C. A. (1998). Patterns of health and healing: Peer support and prostate cancer (Master's thesis, D'Youville College, 1998). *Masters Abstracts International, 37*, 0233.

Bunkers, S. S., Bendtro, M., Holmes, P. K., Howell, J., Johnson, S., Koerner, J., et al. (1992). The healing web: A transformative model for nursing. *Nursing and Health Care, 13*, 68-73.

Capasso, V. A. (2005). The theory is the practice: An exemplar. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 65-71). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Casper, S. A. (1999). Psychological adaptation as a dimension of health as expanding consciousness: Effectiveness of burn survivors support groups (Master's thesis, D'Youville College, 1999). *Masters Abstracts International, 37*, 1433.

Endo, E. (1998). Pattern recognition as a nursing intervention with Japanese women with ovarian cancer. *ANS Advances in Nursing Science, 20*(4), 49-61.

Endo, E., Miyahara, T., Sizuli, S., & Ohmasa, T. (2005). Partnering of researcher and practicing nurses for transformative nursing. *Nursing Science Quarterly, 18*(2), 138-145.

Endo, E., Nitta, N., Inayoshi, M., Saito, R., Takemura, K., Minegishi, H., et al. (2000). Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. J*ournal of Advanced Nursing, 32*, 603-610.

Endo, E., Takaki, M., Abe, K., Terashima, K., & Nitta, N. (2007). *Creating a helping model with nursing students who want to quit smoking: Patterning in a nursing student-teacher partnership based on M. Newman's theory of health.* Paper presented at The Power of Caring: The Gateway to Healing, 29th Annual International Association for Human Caring Conference. St. Louis: MO. May 16-19, 2007.

Engle, V. (1986). The relationship of movement and time to older adults' functional health. *Research in Nursing and Health, 9*, 123-129.

Falkenstern, S. K. (2003). *Nursing facilitation of health as expanding consciousness in families who have a child with special health care needs.* Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, University Park, PA.

Flannagan, J. M. (2005). Creating a healing environment for staff and patients in a pre-surgery clinic. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Fryback, P. B. (1991). Perceptions of health by persons with a terminal disease: Implications for nursing. *Dissertation Abstracts International, 52*, 1951.

Gross, S. W. (1995). The impact of a nursing intervention of relaxation with guided imagery on breast cancer patients' stress and health as expanding consciousness (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin, 1995). *Dissertation Abstracts International, 56*, 5416.

Gulick, E. E., & Bugg, A. (1992). Holistic health patterning in multiple sclerosis. *Research in Nursing and Health, 15*, 175-185.

Gustafson, W. (1990). Application of Newman's theory of health: Pattern recognition as nursing practice. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 141-161). New York: National League for Nursing.

Jacono, B. J., & Jacono, J. J. (1996). The benefits of Newman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nurse Education Today, 16*, 356-362.

Jonsdottir, H. (1998). Life patterns of people with chronic obstructive pulmonary disease: Isolation and being closed in. *Nursing Science Quarterly, 11*, 160-166.

Kalb, K. A. (1990). The gift: Applying Newman's theory of health in nursing practice. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 163-186). New York: National League for Nursing.

Karian, V. E., Jankowski, S. M., & Beal, J. A, (1998). Exploring the lived experience of childhood cancer survivors. J*ournal of Pediatric Oncology, 15*, 153-162.

Kiser-Larson, N. (2002). Life pattern of native women experiencing breast cancer. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 61-68.

Lamb, G. S., & Stempel, J. E. (1994). Nurse case management from the client's view: Growing as insider-expert. *Nursing Outlook, 42*, 7-13.

Lamendola, F. P., & Newman, M. A. (1994). The paradox of HIV/AIDS as expanding consciousness. *ANS Advances in Nursing Science, 16*(3), 13-21.

Litchfield, M. (1999). Practice wisdom. *ANS Advances in Nursing Science, 22*(2), 62-73.

Magan, S. J., Gibbon, E. J., & Mrozek, R. (1990). Nursing theory application: A practice model. I*ssues in Mental Health Nursing, 11*, 297-312.

Marchione, J. M. (1986). Pattern as methodology for assessing family health: Newman's theory of health. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory.* New York: National League for Nursing.

Mentzer, C., & Schorr, J. A. (1986). Perceived situational control and perceived duration of time: Expressions of life patterns. *ANS Advances in Nursing Science, 9*(1), 13-20.

Moch, S. D. (1990). Health within the experience of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 1426-1435.

Moss, R. (1981). *The I that is we.* Millbrae, CA: Celestial Arts.

Musker, K. M. (2005). *Life patterns of women transitioning through menopause.* PhD dissertation. Loyola University, Chicago.

Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *ANS Advances in Nursing Science, 24*(4), 27-47.

Neill, J. (2005). Recognizing pattern in the lives of women with multiple sclerosis. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know* (pp. 153-165). Sudbury. MA: Jones & Bartlett.

Newman, M. A. (1972). Time estimation in relation to gait tempo. *Perceptual and Motor Skills, 34*, 359-366.

Newman, M. A. (1979). *Theory development in nursing. Philadelphia:* F. A. Davis.

Newman, M. A. (1982). Time as an index of expanding consciousness with age. *Nursing Research, 31*, 290-293.

Newman, M. A. (1983). Newman's health theory. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons.

Newman, M. A. (1986). *Health as expanding consciousness.* St. Louis: Mosby.

Newman, M. A. (1987a). Aging as increasing complexity. *Journal of Gerontological Nursing, 13*(9), 16-18.

Newman, M. A. (1987b). Patterning. In M. Duffy & N. J. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion.* A report of proceedings of a wingspread conference, Racine, WI, April 13-15, 1987. Indianapolis: Sigma Theta Tau.

Newman, M. A. (1989). The spirit of nursing. *Holistic Nursing Practice, 3*(3), 1-6.

Newman, M. A. (1990a). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, 37-41. League for Nursing.

Newman, M. A. (1991). Health conceptualizations. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & A. K. Jacox (Eds.), *Annual review of nursing research* (*Vol. 9)*. New York: Springer.

Newman, M. A. (1992). Nightingale's vision of nursing theory and health. In Nightingale F., *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (commemorative edition, pp. 44-47). Philadelphia: Lippincott.

Newman, M. A. (1994). *Health as expanding consciousness* (2nd ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett (NLN Press).

Newman, M. A. (1995a). *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman*. New York: National League for Nursing Press.

Newman, M. A. (1995b). Dialogue: Margaret Newman and the rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*, 261.

Newman, M. A. (1995c). Recognizing a pattern of expanding consciousness in persons with cancer. In M. A. Newman (Ed.), *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman* (pp. 159-171). New York: National League for Nursing Press.

Newman, M. A. (1997a). Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 10*, 22-25.

Newman, M. A. (1997b). Experiencing the whole. *ANS Advances in Nursing Science, 20*, 34-39.

Newman, M. A. (1999). The rhythm of relating in a paradigm of wholeness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*, 227-230.

Newman, M. A. (2003). A world of no boundaries. *ANS Advances in Nursing Science, 26*(4), 240-245.

Newman, M. A. (2005). Foreword. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness* (pp. xii-xv). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Newman, M. A. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes.* Philadelphia: F. A. Davis Company.

Newman, M. A., & Autio, S. (1986). *Nursing in a prospective payment system health care environment.* Minneapolis: University of Minnesota.

Newman, M. A., & Gaudiano, J. K. (1984). Depression as an explanation for decreased subjective time in the elderly. Nursing Research, *33*, 137-139.

Newman, M. A., Lamb, G. S., & Michaels, C. (1991). Nurse case management: The coming together of theory and practice. *Nursing and Health Care, 12*, 404-408.

Newman, M. A., & Moch, S. D. (1991). Life patterns of persons with coronary heart disease. Nursing Science Quarterly, *4*, 161-167.

Newman, M. A., Sime, M. A., & Corcoran–Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *ANS Advances in Nursing Science, 14*, 1-6.

Noveletsky-Rosenthal, H. T. (1996). Pattern recognition in older adults living with chronic illness (Doctoral dissertation, Boston College).*Dissertation Abstracts International, 57*, 6180.

Peters-Lewis, A. (2006). How the strong survive: Health as expanding consciousness and the life experiences of Black Caribbean women. Doctoral Dissertation. Boston College.

Pharris, M. D. (2002). Coming to know ourselves as community through a nursing partnership with adolescents convicted of murder. *ANS Advances in Nursing Science, 24*(3), 21-42.

Pharris, M. D. (2005). Engaging with communities in a pattern recognition process. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* (pp. 83-93). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Picard, C. A. (2000). Pattern of expanding consciousness in mid-life women: Creative movement and the narrative as modes of expression. *Nursing Science Quarterly, 13*, 150-158.

Picard, C. A. (2002). Family reflections on living through sudden death of a child. *Nursing Science Quarterly, 15*, 242-250.

Picard, C. A., & Jones, D. (Eds.) (2007) *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Picard, C. A., & Mariolis, T. (2002). Teaching-learning process. Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 15*, 118-122.

Picard, C. A., & Mariolis, T. (2005). Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. In C. A. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 169-177). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Prigogine, I. (1976). Order through fluctuation: Self-organization and social system. In E. Jantsch & C. H. Waddington (Eds.), *Evolution and consciousness* (pp. 93-133). Reading, MA: Addison-Wesley.

Quinn, J. F. (1992). Holding sacred space: The nurse as healing environment. *Holistic Nursing Practice, 6*(4), 26-36.

Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly, 9*, 2-4.

Rogers, M. E. (1970). Nursing, a science of unitary man. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Rosa, K. C. (2006). A process model of healing and personal transformation in persons with chronic skin wounds. *Nursing Science Quarterly, 19*(4), 359-358.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Roux, G., Bush, H. A., & Dingley, C. E. (2001). Inner strength in women with breast cancer. *Journal of Theory Construction and Testing, 5*(1), 19-27.

Roy, C., Rogers, M. C., Fitzpatrick, J. J., Newman, M., & Orem, D. E. (1982). Nursing diagnosis and nursing theory. In M. J. King & D. A. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnosis* (pp. 215-231). New York: McGraw Hill.

Ruka, S. (2005). Creating balance: Rhythms and patterns in people with dementia living in a nursing home. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Schlotzhauer, M., & Farnham, R. (1997). Newman's theory and insulin dependent diabetes mellitus in adolescence. *Journal of School Nursing, 13*(3), 20-23.

Schmidt, B. J., Brauer, D. J., & Peden-McAlpine, C. (2003). Experiencing health in the context of rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly, 16*, 155-162.

Schmitt, N. (1991). *Caregiving couples: The experience of giving and receiving social support.* Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Rochester.

Schorr, J. A. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *ANS Advances in Nursing Science, 15*(4), 27-36.

Schorr, J. A., Farnham, R. C., & Ervin, S. M. (1991). Health patterns in aging women as expanding consciousness. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(4), 52-63.

Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1989). Consciousness as a dissipative structure: An extension of the Newman model. *Nursing Science Quarterly, 2*, 183-193.

Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1991). Movement and time: Exertion and perceived duration. *Nursing Science Quarterly, 4*, 104-112.

Schroeder, C. A. (1993). Perceived duration of time and bedrest in high risk pregnancy: An exploration of the Newman model. *Dissertation Abstracts International, 54*, 1984.

Shanahan, S. M. (1993). The lived experience of life-passing in middle adolescent females. *Masters Abstracts International, 32*, 1376.

Smith, C. A. (1995). The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly, 8*, 17-21.

Smith, S. K. (1997). Women's experiences of victimizing socialization. Part I: Responses related to abuse and home and family environment. *Issues in Mental Health Nursing, 18*, 395-416.

Thomas, J. A. (2002). What are the life patterns of people with hepatitis C? (Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno). *Dissertation Abstracts International, 41*, 194.

Tommet, P. A. (2003). Nurse-parent dialogue: Illuminating the evolving pattern of families of children who are medically fragile. *Nursing Science Quarterly, 16*(3), 239-246.

Utley, R. (1999). The evolving meaning of cancer for long-term survivors of breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 26*, 1519-1523.

Walls, P. W. (1999). Community participation in primary health care: A qualitative study of empowerment of health care workers (Doctoral dissertation, Loyola University of Chicago). *Dissertation Abstracts International, 60*, 2065.

Weed, L. D. (2004). *The meaning of the death of an adult child to an elder: A phenomenological investigation.* Unpublished doctoral dissertation, University of Tennessee, Knoxville.

Weingourt, R. (1998). Using Margaret A. Newman's theory of health with elderly nursing home residents. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*(3), 25-30.

Yamashita, M. (1995). *Family coping with mental illness: An application of Newman's research as praxis.* Paper presented at the Midwest Nursing Research Society 19th Annual Conference, Kansas City, MO.

Yamashita, M. (1999). Newman's theory of health applied to family caregiving in Canada. *Nursing Science Quarterly, 12*, 73-79.

Young, A. M. (1976). *The reflexive universe: Evolution of consciousness.* San Francisco: Robert Briggs.

BIBLIOGRAFÍA

Acton, H. B. (1967). George Wilhelm Freidrich Hegel 1770-1831. In P. Edwards (Ed.), *The encyclopedia of philosophy* (Vols. 3 & 4). New York: Macmillan & Free Press.

Barron, A. (2005). Suffering, growth, and possibility: Health as expanding consciousness in end-of-life care. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 43-50). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Batty, M. L. E. (1999). Pattern identification and expanding consciousness during the transition of "low risk" pregnancy. A study embodying Newman's health as expanding consciousness (Margaret Newman) (Master's thesis, The University of New Brunswick, Canada, 1999). *Masters Abstracts International, 39*, 826.

Bentov, I. (1977). *Stalking the wild pendulum.* New York: E. P. Dutton.

Berry, D. C. (2002). Newman's theory of health as expanding consciousness in women maintaining weight loss (Doctoral dissertation, Boston College, 2002). *Dissertation Abstracts International, 63*, 2300.

Bohm, D. (1980). *Wholeness and the implicate order.* London: Routledge and Kegan Paul.

Brauer, D. J. (2001). Common patterns of person-environment interaction in persons with rheumatoid arthritis. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 414-430.

Brown, J. W., & Alligood, M. R. (2004). Realizing wrongness: Stories of older wife caregivers. *Journal of Applied Gerontology, 23*(2), 104-119.

Brown, J. W., Chen, S-L., Mitchell, C., & Province, A. (2007). Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia. *Journal of Advanced Nursing, 58*(3), 1-9.

Bruce-Barrett, C. A. (1998). Patterns of health and healing: Peer support and prostate cancer (Master's thesis, D'Youville College, 1998). *Masters Abstracts International, 37*, 0233.

Bunkers, S. S., Bendtro, M., Holmes, P. K., Howell, J., Johnson, S., Koerner, J., et al. (1992). The healing web: A transformative model for nursing. *Nursing and Health Care, 13*, 68-73.

Capasso, V. A. (2005). The theory is the practice: An exemplar. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 65-71). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Casper, S. A. (1999). Psychological adaptation as a dimension of health as expanding consciousness: Effectiveness of burn survivors support groups (Master's thesis, D'Youville College, 1999). *Masters Abstracts International, 37*, 1433.

Cowling, W. R., III, Newman, M., Watson, J., & Smith, M. (2007). The power of wholeness, consciousness, and caring: a dialogue on nursing science, art, and healing. (Abstract). *International Journal for Human Caring, 11*(3), 52.

Endo, E. (1998). Pattern recognition as a nursing intervention with Japanese women with ovarian cancer. *ANS Advances in Nursing Science, 20*(4), 49-61.

Endo, E., Miyahara, T., Sizuli, S., Ohmasa, T. (2005). Caring partnering between nurse educator and practicing nurses. *Nursing Science Quarterly, 32*(3), 6-3-610.

Endo, E., Nitta, N., Inayoshi, M., Saito, R., Takemura, K., Minegishi, H., et al. (2000). Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 603-610.

Endo, E., Takaki, M., Abe, K., Terashima, K., & Nitta, N. (2007). *Creating a helping model with nursing students who want to quit smoking: Patterning in a nursing student-teacher partnership based on M. Newman's theory of health.* Paper presented at The Power of Caring: The Gateway to Healing, 29th Annual International Association for Human Caring Conference. St. Louis: MO. May 16-19, 2007.

Engle, V. (1986). The relationship of movement and time to older adults' functional health. *Research in Nursing and Health, 9*, 123-129.

Falkenstern, S. K. (2003). *Nursing facilitation of health as expanding consciousness in families who have a child with special health care needs.* Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University,University Park, PA.

Flannagan, J. M. (2005). Creating a healing environment for staff and patients in a pre-surgery clinic. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Fryback, P. B. (1991). Perceptions of health by persons with a terminal disease: Implications for nursing. *Dissertation Abstracts International, 52*, 1951.

Gross, S. W. (1995). The impact of a nursing intervention of relaxation with guided imagery on breast cancer patients' stress and health as expanding consciousness (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin, 1995). *Dissertation Abstracts International, 56*, 5416.

Gulick, E. E., & Bugg, A. (1992). Holistic health patterning in multiple sclerosis. *Research in Nursing and Health, 15*, 175-185.

Gustafson, W. (1990). Application of Newman's theory of health: Pattern recognition as nursing practice. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 141-161). New York: National League for Nursing.

Jacono, B. J., & Jacono, J. J. (1996). The benefits of Newman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nurse Education Today, 16*, 356-362.

Jonsdottir, H. (1998). Life patterns of people with chronic obstructive pulmonary disease: Isolation and being closed in. *Nursing Science Quarterly, 11*, 160-166.

Kalb, K. A. (1990). The gift: Applying Newman's theory of health in nursing practice. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 163-186). New York: National League for Nursing.

Karian, V. E., Jankowski, S. M., & Beal, J. A. (1998). Exploring the lived experience of childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology, 15*, 153-162.

Kiser-Larson, N. (2002). Life pattern of native women experiencing breast cancer. International Journal for Human Caring, *6*(2), 61-68.

Lamb, G. S., & Stempel, J. E. (1994). Nurse case management from the client's view: Growing as insider-expert. *Nursing Outlook, 42*, 7-13.

Lamendola, F. P., & Newman, M. A. (1994). The paradox of HIV/AIDS as expanding consciousness. *ANS Advances in Nursing Science, 16(3)*, 13-21.

Litchfield, M. C. (1999). Practice wisdom. *ANS Advances in Nursing Science, 22*(2), 62-73.

Litchfield, M. C. (1993). *The process of health patterning in families with young children who have been repeatedly hospitalized.* Unpublished master's thesis, University of Minnesota, Rochester.

Litchfield, M. C. (1997). The process of nursing partnership in family health (Doctoral dissertation, University of Minnesota). *Dissertation Abstracts International, 59*, 1802.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Magan, S. J., Gibbon, E. J., & Mrozek, R. (1990). Nursing theory application: A practice model. I*ssues in Mental Health Nursing, 11*, 297-312.

Marchione, J. M. (1986). Pattern as methodology for assessing family health: Newman's theory of health. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory.* New York: National League for Nursing.

Mentzer, C., & Schorr, J. A. (1986). Perceived situational control and perceived duration of time: Expressions of life patterns. *ANS Advances in Nursing Science, 9*(1), 13-20.

Moch, S. D. (1990). Health within the experience of breast cancer. J*ournal of Advanced Nursing, 15*, 1426-1435.

Moch, S. D. (1998). Health-within-illness: Concept development through research and practice. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 305-310.

Moss, R. (1981). *The I that is we.* Millbrae, CA: Celestial Arts.

Musker, K. M. (2005). *Life patterns of women transitioning through menopause* PhD dissertation. Loyola University, Chicago.

Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *ANS Advances in Nursing Science, 24*(4), 27-47.

Neill, J. (2005). Recognizing pattern in the lives of women with multiple sclerosis. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know* (pp. 153-165). Sudbury. MA: Jones & Bartlett.

Newman, M. A. (1971). *An investigation of the relationship between gait tempo and time perception.* Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York.

Newman, M. A. (1972). Time estimation in relation to gait tempo. *Perceptual and Motor Skills, 34*, 359-366.

Newman, M. A. (1979). *Theory development in nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Newman, M. A. (1982). Time as an index of expanding consciousness with age. *Nursing Research, 31*, 290-293.

Newman, M. A. (1983). Newman's health theory. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons.

Newman, M. A. (1986). *Health as expanding consciousness.* St. Louis: Mosby.

Newman, M. A. (1987a). Aging as increasing complexity. *Journal of Gerontological Nursing, 13*(9), 16-18.

Newman, M. A. (1987b). Patterning. In M. Duffy & N. J. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion.* A report of proceedings of a wingspread conference, Racine, WI, April 13-15, 1987. Indianapolis: Sigma Theta Tau.

Newman, M. A. (1989). The spirit of nursing. *Holistic Nursing Practice, 3*(3), 1-6.

Newman, M. A. (1990a). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly, 3*, 37-41.

Newman, M. A. (1990c). Shifting to higher consciousness. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 129-139). New York: National League for Nursing.

Newman, M. A. (1991). Health conceptualizations. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & A. K. Jacox (Eds.), *Annual review of nursing research* (*Vol. 9)*. New York: Springer.

Newman, M. A. (1992). Nightingale's vision of nursing theory and health. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (commemorative edition, pp. 44-47). Philadelphia: Lippincott.

Newman, M. A. (1994). *Health as expanding consciousness* (2nd ed.). New York: National League for Nursing Press.

Newman, M. A. (1994). Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly, 7*, 153-157.

Newman, M. A. (1995). Dialogue: Margaret Newman and the rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*, 261.

Newman, M. A. (1995). Recognizing a pattern of expanding consciousness in persons with cancer. In M. A. Newman (Ed.), *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman* (pp. 159-171). New York: National League for Nursing Press.

Newman, M. A. (1997). Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 10*, 22-25.

Newman, M. A. (1997). Experiencing the whole. *ANS Advances in Nursing Science, 20*, 34-39.

Newman, M. A. (1999). Letters to the editor . . . a commentary on Newman's theory of health as expanding consciousness. *ANS Advances in Nursing Science, 21*(3), viii-viii10.

Newman, M. A. (1999). The rhythm of relating in a paradigm of wholeness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*, 227-230.

Newman, M. A. (2002). Caring in the human health experience. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 8-12.

Newman, M. A. (2003). A world of no boundaries. *ANS Advances in Nursing Science, 26*(4), 240-245.

Newman, M. A. (2005). Foreword. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness* (pp. xii-xv). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Newman, M. A. (2008). Transforming presence: *The difference that nursing makes.* Philadelphia: F. A. Davis Company.

Newman, M. A., & Autio, S. (1986). *Nursing in a prospective payment system health care environment.* Minneapolis: University of Minnesota.

Newman, M. A., & Gaudiano, J. K. (1984). Depression as an explanation for decreased subjective time in the elderly. *Nursing Research, 33*, 137-139.

Newman, M. A., Lamb, G. S., & Michaels, C. (1991). Nurse case management: The coming together of

theory and practice. *Nursing and Health Care, 12*, 404-408.
Newman, M. A., & Moch, S. D. (1991). Life patterns of persons with coronary heart disease. *Nursing Science Quarterly, 4*, 161-167.
Newman, M. A., Sime, M. A., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *ANS Advances in Nursing Science, 14*, 1-6.
Noveletsky-Rosenthal, H. T. (1996). Pattern recognition in older adults living with chronic illness (Doctoral dissertation, Boston College). *Dissertation Abstracts International, 57*, 6180.
Peters-Lewis, A. (2006). How the strong survive: Health as expanding consciousness and the life experiences of Black Caribbean women. Doctoral Dissertation. Boston College.
Pharris, M. D. (2001). Margaret A. Newman, Health as Expanding Consciousness. In M. Parker (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice.* Philadelphia: F. A. Davis.
Pharris, M. D. (2002). Coming to know ourselves as community through a nursing partnership with adolescents convicted of murder. *ANS Advances in Nursing Science, 24*(3), 21-42.
Pharris, M. D. (2005). Engaging with communities in a pattern recognition process. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 83-93). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Picard, C. A. (2002). Family reflections on living through sudden death of a child. *Nursing Science Quarterly, 15*, 242-250.
Picard, C. A. (2000). Pattern of expanding consciousness in mid-life women: Creative movement and the narrative as modes of expression. *Nursing Science Quarterly, 13*, 150-158.
Picard, C. A., & Jones, D. (Eds.) (2007). *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Picard, C. A., & Mariolis, T. (2002). Teaching-learning process. Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 15*, 118-122.
Picard, C. A., & Mariolis, T. (2005). Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. In C. A. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* (pp. 169-177). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Prigogine, I. (1976). Order through fluctuation: Self-organization and social system. In E. Jantsch & C. H. Waddington (Eds.), *Evolution and consciousness* (pp. 93-133). Reading, MA: Addison-Wesley.
Quinn, J. F. (1992). Holding sacred space: The nurse as healing environment. *Holistic Nursing Practice, 6*(4), 26-36.
Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly, 9*, 2-4.
Rogers, M. E. (1980). Nursing, a science of unitary man. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice.* New York: Appleton-Century-Crofts.
Rosa, K. C. (2006). A process model of healing and personal transformation in persons with chronic skin wounds. *Nursing Science Quarterly, 19*(4), 359-358.
Roux, G., Bush, H. A., & Dingley, C. E. (2001). Inner strength in women with breast cancer. *Journal of Theory Construction and Testing, 5*(1), 19-27.
Roy, C., Rogers, M. C., Fitzpatrick, J. J., Newman, M., & Orem, D. E. (1982). Nursing diagnosis and nursing theory. In M. J. King & D. A. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnosis* (pp. 215-231). New York: McGraw Hill.
Ruka, S. (2005). Creating balance: Rhythms and patterns in people with dementia living in a nursing home. In C. Picard & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Schlotzhauer, M., & Farnham, R. (1997). Newman's theory and insulin dependent diabetes mellitus in adolescence. *Journal of School Nursing, 13*(3), 20-23.
Schmidt, B. J., Brauer, D. J., & Peden-McAlpine, C. (2003). Experiencing health in the context of rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly, 16*, 155-162.
Schmitt, N. (1991). *Caregiving couples: The experience of giving and receiving social support.* Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Rochester.
Schorr, J. A. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *ANS Advances in Nursing Science, 15*(4), 27-36.
Schorr, J. A., Farnham, R. C., & Ervin, S. M. (1991). Health patterns in aging women as expanding consciousness. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(4), 52-63.
Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1989). Consciousness as a dissipative structure: An extension of the Newman model. *Nursing Science Quarterly, 2*, 183-193.
Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1991). Movement and time: Exertion and perceived duration. *Science Quarterly, 4*, 104-112.
Schroeder, C. A. (1993). Perceived duration of time and bedrest in high risk pregnancy: An exploration of the Newman model. *Dissertation Abstracts International, 54*, 1984.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Shanahan, S. M. (1993). The lived experience of life-passing in middle adolescent females. *Masters Abstracts International, 32*, 1376.
Smith, C. A. (1995). The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly, 8*, 17-21.
Smith, S. K. (1997). Women's experiences of victimizing socialization. Part I: Responses related to abuse and home and family environment. *Issues in Mental Health Nursing, 18*, 395-416.
Thomas, J. A. (2002). What are the life patterns of people with hepatitis C? (Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno). *Dissertation Abstracts International, 41*, 194.
Tommet, P. A. (2003). Nurse-parent dialogue: Illuminating the evolving pattern of families of children who are medically fragile. *Nursing Science Quarterly, 16*(3), 239-246.
Utley, R. (1999). The evolving meaning of cancer for long-term survivors of breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 26*, 1519-1523.
Walls, P. W. (1999). Community participation in primary health care: A qualitative study of empowerment of health care workers (Doctoral dissertation, Loyola University of Chicago). *Dissertation Abstracts International, 60*, 2065.
Weed, L. D. (2004). *The meaning of the death of an adult child to an elder: A phenomenological investigation.* Unpublished doctoral dissertation, University of Tennessee, Knoxville.
Weingourt, R. (1998). Using Margaret A. Newman's theory of health with elderly nursing home residents. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*(3), 25-30.
Yamashita, M. (1995). *Family coping with mental illness: An application of Newman's research as praxis.* Paper presented at the Midwest Nursing Research Society 19th Annual Conference, Kansas City, MO.
Yamashita, M. (1999). Newman's theory of health applied to family caregiving in Canada. *Nursing Science Quarterly, 12*, 73-79.
Young, A. M. (1976). *The reflexive universe: Evolution of consciousness.* San Francisco: Robert Briggs.

Lecturas adicionales sugeridas

Brown, J. W. (2006). Newman's theory of health and nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
Dean, P. J. (2002). Aesthetic expression. A poem dedicated to the nursing theories of Martha Rogers and Margaret Newman. *International Journal for Human Caring, 6*, 70.
Ford-Gilboe, M. V. (1994). A comparison of two nursing models: Allen's developmental health model and Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 7*, 113-118.
Jonsdottir, H., Litchfield, M., & Pharris, M. D. (2003). Partnership in practice. *Research and Theory for Nursing Practice, 17*, 51-63.
Marchione, J. (1993). *Margaret Newman: Health as expanding consciousness.* Newbury Park, CA: Sage.
Neill, J. (2002). From practice to caring praxis through Newman's theory of health as expanding consciousness: A personal journey. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 48-54.
Nelson, M. L., Howell, J. K., Larson, J. C., & Karpiuk, K. L. (2001). Student outcomes of the healing web: Evaluation of a transformative model for nursing education. *Journal of Nursing Education, 40*, 404-413.
Newman, M. A. (1981). The meaning of health. In G. E. Laskar (Ed.), Applied systems research and cybernetics: Vol. 4. Systems research in health care, biocybernetics and ecology (pp. 1739-1743). New York: Pergamon.
Newman, M. A. (1987). Nursing's emerging paradigm: The diagnosis of pattern. In A. M. McLane (Ed.), Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the seventh conference, North American nursing diagnosis association (pp. 53-60). St. Louis: Mosby.
Newman, M. A. (1993). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook, 40*(1), 10-14.
Newman, M. A. (1996). Prevailing paradigms in nursing. In J. W. Kenney (Ed.), Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice (pp. 302-307). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Newman, M. A. (1996). Theory of the nurse-client partnership. In E. Cohen (Ed.), Nurse case management in the 21st century (pp. 119-123). St. Louis: Mosby.
Newman, M. A. (1997). A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In M. Madrid (Ed.), Patterns of Rogerian knowing (pp. 3-10). New York: National League for Nursing Press.
Newman, M. A. (2003). The immediate applicability of nursing praxis. *Quality Nursing: The Japanese Journal of Nursing Education and Nursing Research, 9*(5), 4-6.
Yamashita, M. (1997). Family caregiving: Application of Newman's and Peplau's theories. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 4*, 401-405.
Yamashita, M. (1998). Family coping with mental illness: A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 515-523.
Yamashita, M. (1998). Newman's theory of health as expanding consciousness: Research on family caregiving in mental illness in Japan. *Nursing Science Quarterly, 11*, 110-115.

Créditos de la fotografía: Jonas, 1998, Pittsburgh.

CAPÍTULO 24

Rosemarie Rizzo Parse

Desarrollo humano

Gail J. Mitchell y Debra A. Bournes

«Los supuestos y principios del desarrollo humano encarnan un problema profundo para los delicados sentimientos del ser humano y muestran un profundo reconocimiento de la libertad y la dignidad humanas» (Parse, 2007b, p. 310).

BIOGRAFÍA

Rosemarie Rizzo Parse, miembro de la American Academy of Nursing, es profesora emérita distinguida en la Loyola University, Chicago. Es fundadora y editora de *Nursing Science Quarterly* y presidenta de Discovery International, que patrocina conferencias internacionales sobre teorías en enfermería. La doctora Parse también es fundadora del *Institute of Humanbecoming*, donde imparte clases de temas ontológicos, epistemológicos y metodológicos de la escuela del pensamiento del desarrollo humano (Parse, 1981, 1992, 1996, 1998, 2007b). Ejerce de consultora por el mundo en programas de doctorado de enfermería y en ámbitos sanitarios que utilizan la teoría como guía de investigación, práctica, formación y regulación de estándares de calidad en la práctica y en educación.

La doctora Parse es autora de numerosos artículos y libros, como: *Nursing Fundamentals* (1974), *Man-Living-Health: A Theory of Nursing* (1981), *Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques* (1987), *Nursing Research: Qualitative Methods* (1985) (coautora), *Illuminations: The Human Becoming Theory in Practice and Research* (1995), *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and other Health Professionals* (1998), *Hope: An International Human Becoming Perspective* (1999), *Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing* (2001b) y *Community: A Human Becoming Perspective* (2003a). *The Human Becoming School of Thought* (1998) fue seleccionado para la lista de la Sigma Theta Tau y Doody Publishing's «Best Picks» en la categoría de libro de teoría en 1998. *Hope: An International Human Becoming Perspective* fue seleccionado para la misma lista en

Autores anteriores: Kathleen D. Pickrell, Rickard E. Lee, Larry P. Schumacher y Prudence Twigg. Las autoras desean dar las gracias a la doctora Rosemarie Rizzo Parse por revisar el capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

1999. Muchos de sus trabajos se han traducido a idiomas como el alemán, el coreano, el danés, el español, el finlandés, el francés, el italiano, el japonés, el sueco, el taiwanés y otras lenguas.

La doctora Parse se licenció en la Duquesne University de Pittsburgh y completó un máster y un doctorado en la Universidad de Pittsburgh. Fue miembro del profesorado de la Universidad de Pittsburgh, decana de la Nursing School en la Duquesne University, profesora y coordinadora del Center for Nursing Research en el Hunter College of the City University of New York (1983-1993) y profesora y Niehoff Chair en la Loyola University, en Chicago (1993-2006). En 2001, la Unitary Research Section de la Midwest Nursing Research Society reconoció las contribuciones de la doctora Parse a la disciplina otorgándole un Lifetime Achievement Award. También recibió el Lifetime Achievement Award de la Asian American Pacific Islander Nurses Association.

Los múltiples proyectos de investigación e intereses de Parse se centran en las experiencias de salud vividas por las personas. Ha desarrollado metodologías de investigación en ciencias básicas y las ha aplicado (Parse, 2005) de forma coherente con la ontología del desarrollo humano y ha dirigido y publicado numerosas investigaciones sobre una amplia variedad de fenómenos, incluida la risa, la salud, el envejecimiento, la calidad de vida, la alegría-tristeza, el contento, el sentimiento de cansancio, el respeto y la esperanza. Fue investigadora principal del estudio *Hope* (esperanza), con participantes y coinvestigadores de nueve países (Parse, 1999). Después, Parse (2007a) siguió elaborando el conocimiento del concepto de la esperanza en el estudio hermenéutico del desarrollo humano de la esperanza en «Rita Hayworth and Shawshank Redemption» de King (1982). Las metodologías de investigación de Parse han sido utilizadas por enfermeras expertas en Australia, Canadá, Corea del Sur, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Grecia, Italia, Japón, Suecia, Suiza, Reino Unido y otros países (Doucet y Bournes, 2007). Su teoría se utiliza como guía de la práctica enfermera, la educación, la administración y la regulación en diversos ámbitos en Canadá, Corea del Sur, Estados Unidos, Finlandia, Reino Unido, Suecia, Suiza y otros. El desarrollo humano también se ha utilizado como guía de la educación, la administración, el liderazgo, el cambio, la guía por parte de un mentor y la regulación en diversos ámbitos de los cinco continentes.

FUENTES TEÓRICAS

La escuela de pensamiento del desarrollo se basa en la ciencia humana propuesta por Dilthey y otros autores a lo largo del siglo pasado (Cody y Mitchell, 2002; Mitchell y Cody, 1992; Parse, 1981, 1987, 1998, 2007b). La escuela del pensamiento del desarrollo humano es «coherente con los principios y los postulados de Martha E. Rogers sobre los seres humanos, y es coherente con los principales dogmas y conceptos del pensamiento existencial-fenomenológico, aunque es un nuevo producto, un sistema conceptual distinto» (Parse, 1998, p. 4). Cuando desarrolló su teoría, Parse estaba trabajando en la Duquesne University de Pittsburgh. Durante su estancia allí (en las décadas de 1960 y 1970), Duquesne se consideraba el centro del movimiento existencial-fenomenológico de Estados Unidos. Los diálogos que compartió con los miembros de aquella escuela de pensamiento, como van Kaam y Giorgi, estimularon y centraron su pensamiento en las experiencias vividas por los seres humanos y su libertad y participación en la vida.

Sintetizando la ciencia de los seres humanos unitarios, desarrollada por Martha E. Rogers (1970, 1992), y los dogmas fundamentales del pensamiento fenomenológico existencial, como lo articularon Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty, Parse corroboró la historia de la enfermería como una ciencia humanística. Parse sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a sistemas o partes constituyentes para ser comprendidos. Las personas son seres vivientes que son más que, y diferentes de, cualquier esquema que los divida. Parse desafía la visión médica tradicional de la enfermería y define la disciplina enfermera como ciencia única y básica centrada en la experiencia humana vivida. Apoya la idea de que las enfermeras requieren una base de conocimientos propia, que dirija su práctica y su investigación, y este conocimiento (del proceso humano-universo) es esencial para que las enfermeras cumplan su compromiso con la humanidad (Parse, 1981, 1987, 1993, 2007b).

Al desarrollar su teoría, Parse se vio especialmente influida por los principios de Rogers de helicidad, integralidad y resonancia, y por sus postulados (campo energético, apertura, patrón y pandimensionalidad) (Parse, 1981; Rogers, 1970, 1992). Estos conceptos apuntalan las ideas de Parse sobre las personas como seres abiertos que se relacionan con la ilimitabilidad del universo, es decir, «con un conocimiento indivisible, ilimitado extendido al infinito»

(Parse, 2007b, p. 308) y que son indivisibles, imprevisibles, en cambio constante y reconocidos por patrones (Parse, 1981, 1998, 2007b).

Desde el pensamiento existencial fenomenológico, Parse se expresó mediante los dogmas de la intencionalidad y la subjetividad humana y los conceptos correspondientes de coconstitución, coexistencia y libertad de situación (Parse, 1981, 1988). Parse utiliza el prefijo *co* en muchas de sus palabras para denotar la naturaleza participativa de las personas. *Co* significa *juntamente con*, y, para Parse, los seres humanos no pueden separarse nunca de sus relaciones con el universo. Las relaciones con el universo incluyen todos los vínculos que los individuos tienen con otras personas y con ideas, proyectos, antecesores, historia y cultura (Parse, 1981, 1998).

Desde la perspectiva de Parse, los humanos son seres intencionados. Los seres humanos, por tanto, tienen una postura significativa y abierta con el universo y con las personas, los proyectos y las ideas que constituyen la experiencia vivida. Los seres humanos son intencionados en el sentido que sus implicaciones no son aleatorias, sino que se eligen por razones conocidas y no conocidas. Parse dice que el ser humano es intencionado y está presente, abierto y con conocimiento respecto al mundo. La intencionalidad depende también del propósito y de cómo las personas escogen la dirección y las formas de actuar ante los proyectos y la gente. La gente elige sus actitudes y, después, las acciones de entre todas las posibilidades (Parse, 1981, 1998).

El dogma básico, la subjetividad humana, significa considerar que el ser humano no es una cosa o un objeto sino un ser que es indivisible, imprevisible y en cambio constante (Parse, 1998) y un ser que es un misterio del ser con el no ser. Los seres humanos viven lo que fue, lo que es y lo que será en los momentos actuales de sus relaciones intersubjetivas con el universo. Parse postula que la presencia y la relación de los humanos con el mundo son personales, y que los humanos asignan significado a sus vidas y a sus proyectos en el proceso de convertirse en quiénes son. A medida que las personas eligen significados y proyectos, según sus prioridades, coparticipan con el mundo de maneras indivisibles, ilimitadas (Parse, 1981, 1988, 2007b). Cada persona, aunque inseparable de las demás, mantiene una relación exclusiva con el universo. Los seres humanos tienen una relación personal con el universo, que está abierta a nuevas posibilidades y direcciones. La relación personal es el desarrollo de cada uno, que es complejo y está repleto de significados explícitos-implícitos (Parse, 1981, 1998).

La coconstitución se refiere a la idea de que el significado que emerge de cada situación o momento está relacionado con los constituyentes particulares de cada situación (Parse, 1981, 1988). El ser humano elige significado a medida que elige ver y evaluar los componentes particulares del día a día. La vida sucede, los acontecimientos se revelan de maneras esperadas e inesperadas, y el ser humano constituye el significado y la importancia personal. La coconstitución abarca oportunidades y limitaciones de los seres humanos cuando viven su presencia con el mundo y cuando hacen elecciones sobre lo que significan las cosas y cómo proceder. El término *coconstitución* también se relaciona con las formas en que la gente crea distintos significados a partir de las mismas situaciones. La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida. Varias formas de pensar y actuar pueden tanto abrir como cerrar las puertas a medida que la gente va percibiendo sus realidades exclusivas.

El término *coexistencia* significa «el ser humano no está solo en cualquier dimensión de la evolución» (Parse, 1998, p. 17). Los seres humanos siempre están con el mundo de las cosas, las ideas, el lenguaje, los hechos revelados y las tradiciones apreciadas, y también están siempre con los demás, no sólo contemporáneos sino también predecesores y sucesores. En la teoría del desarrollo humano de Parse no existe el individuo. Sólo existe la comunidad con la que nos hemos cocreado (Parse, 2003a). Existe lo personal y lo intersubjetivo, e incluso la manera como uno se conoce a sí mismo como ser humano está íntimamente relacionada con las maneras como los demás piensan y actúan con las personas. Además, Parse postula que «sin los demás, uno no podría saber que es un ser» (Parse, 1998, p. 17). Las personas piensan sobre sí mismas en relación a cómo son con los demás y cómo podrían ser con sus planes y sueños. La coexistencia se relaciona con la noción de proceso mutuo y la unidad de la experiencia vivida. No hay dualidades objetivas-subjetivas o relaciones causa-efecto que puedan representar el desarrollo humano. Relacionado con la afirmación de libertad, Parse describe un respeto permanente por el cambio y las posibilidades humanas.

Finalmente, la libertad de situación significa que los seres humanos emergen en el contexto de un momento y de una historia, una cultura y un

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lenguaje, física y potencialmente. Parse indica que la libertad humana significa que «de manera reflexiva y prerreflexiva uno participa en la elección de las situaciones en las que uno se ve a sí mismo y en la elección de la actitud que se mostrará ante las situaciones» (Parse, 1998, p. 17). Los seres humanos deciden constantemente. Las personas deciden acerca de lo que es importante en sus vidas y de los proyectos y de la gente a la que prestar atención. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores, y las prioridades de valores cambian a medida que la vida se manifiesta. A veces, poder actuar según las creencias es tan importante como alcanzar el objetivo deseado. La integridad personal está íntimamente ligada a la noción de la libertad de la situación.

En 2007, Parse publicó mejoras conceptuales importantes para la escuela de pensamiento del desarrollo humano. Primero, cambió *human becoming* y *human-universe* por *humanbecoming* y *humanuniverse*. Estos cambios, según Parse (2007b), especifican aún más su compromiso con la indivisibilidad de la cocreación. Los nuevos conceptos de Parse de desarrollo humano y universo humano demuestran, a través del lenguaje, que no hay lugar para pensar que los humanos puedan separarse de la evolución o del universo: estos conceptos son irreducibles.

Además de sus nuevas conceptualizaciones de desarrollo humano y universo humano, Parse (2007b) estableció cuatro postulados que impregnan todos los principios del desarrollo humano. Los cuatro postulados son ilimitabilidad, paradoja, libertad y misterio. Los cuatro postulados especifican además ideas ya arraigadas en la escuela de pensamiento de Parse. La ilimitabilidad representa mejor el pensamiento de Parse sobre la naturaleza indivisible, imprevisible, en cambio constante del desarrollo humano. Parse (2007b) afirmó: «la ilimitabilidad es el conocimiento ilimitado extendido al infinito, el recuerdo y la prospección con el momento, todo a la vez» (p. 308). El conocimiento indivisible, ilimitado «es un conocimiento privilegiado accesible sólo al individuo que vive la vida» (Parse, 2008b, p. 46). La paradoja siempre se ha asociado al desarrollo humano y la aportación de Parse como postulado que integra todos los principios teóricos realza la importancia de la paradoja en la cocreación humana. La autora afirmó: «las paradojas no son contrarias a la reconciliación ni a dilemas que superar, sino que son ritmos vividos... expresados como una preferencia de patrón» (p. 309) «que encarnan las opciones de un individuo en la vida diaria» (Parse, 2008b, p. 46). El ser humano elige cómo estará con las experiencias paradójicas y continuamente decide dónde centrar su atención. Por ejemplo, todos los humanos viven ritmos paradójicos de certeza-incertidumbre, alegría-tristeza, etc., y se mueven con el ritmo de sus experiencias paradójicas, centrándose a veces en la certeza o la alegría, por ejemplo, aunque teniendo siempre una conciencia de vivir la incertidumbre o la tristeza inherente a las situaciones. Asimismo, la libertad, aunque un pilar de los primeros pensamientos de Parse, cambia la perspectiva de su pensamiento más reciente. Aquí (Parse, 2007b) afirmaba que la libertad es una «liberación construida contextualmente» (p. 309). Las personas tienen la libertad de elegir formas de ser en sus situaciones. Por último, el misterio, el cuarto postulado, se presenta de manera más específica como algo especial que trasciende lo concebible y como lo insondable y desconocido que siempre acompaña al «universo humano indivisible, imprevisible, en cambio constante» (p. 309). Basándose en su pensamiento más reciente, Parse (2007b) también mejoró la formulación de los tres principios de su teoría, como se indica a continuación.

Conceptos principales y definiciones

Tres principios constituyen la teoría del desarrollo humano que derivan de estos temas: significado, pautas rítmicas y trascendencia (Parse, 1981, 1998, 2007b). Cada principio contiene tres conceptos que requieren una exploración razonable para comprender la profundidad de la teoría del desarrollo humano. Los principios (Parse, 2007b) son:

1. Estructurar el significado es la imaginación y la valoración del lenguaje.
2. Configurar las pautas rítmicas de la relación es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación.
3. Cotrascender con lo posible es el poder y la creación de la transformación (p. 309).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

PRIMER PRINCIPIO: ESTRUCTURAR EL SIGNIFICADO

El primer principio propone que las personas estructuren o elijan el significado de sus realidades y esta elección se da en situaciones con un conocimiento tácito explícito.
A menudo las preguntas no tienen respuesta porque puede que la gente no sepa por qué piensan o se sienten de una forma u otra. El primer principio postula que la forma en la que la gente ve el mundo, la imagen de él, es su realidad, y crean esta realidad con otros de forma ilimitada y demuestran o verbalizan su realidad de la forma en que hablan o permanecen en silencio y en la forma en que se mueven o se están quietos. Cuando la gente verbaliza sus realidades, también verbaliza sus prioridades de valores y significados (según el primer principio). El primer principio incluye tres conceptos: *a)* imaginación, *b)* valoración y *c)* lenguaje.

Concepto: imaginación
Paradojas: explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva

La imaginación es el primer concepto del primer principio. Las paradojas de la imaginación son explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva (Parse, 1998, 2007b). La representación es la visión que tiene un individuo de la realidad. Es la ilustración del conocimiento personal de forma explícita (Parse, 1981, 1998). Cierto conocimiento es un proceso reflexivo, deliberado, mientras que otro es prerreflexivo e inconsciente. Para Parse, la gente es curiosa de forma inherente y busca encontrar respuestas y aclarar las cosas. Las respuestas a las preguntas emergen a medida que las personas exploran el significado a la luz de la realidad y su forma de observar las cosas. La imaginación es una interpretación personal del significado, la posibilidad y la consecuencia. Las enfermeras no pueden conocer completamente la imaginación de otra persona, pero exploran, respetan y observan, a medida que la gente lucha en los procesos de ilustrar, explorar, integrar, rechazar e interpretar.

Concepto: valoración
Paradoja: confirmar-no confirmar

La valoración es el segundo concepto del primer principio. La paradoja de la valoración es confirmar-no confirmar (Parse, 1998, 2007b). Este concepto es la confirmación-no confirmación de las creencias más apreciadas ilustradas por una visión personal del mundo (Parse, 1981, 1998). Las personas eligen continuamente cómo pensar, actuar y sentir, y estas elecciones pueden ser o bien coherentes con las elecciones previas o radicalmente distintas, y pueden requerir un cambio en las prioridades de valores. Es probable que, en algunos casos, los individuos piensen en decisiones anticipadas y, una vez tomada la decisión, cambian su pensamiento y dirección en la vida. Los valores reflejan lo que es importante en la vida para una persona o una familia. Para Parse, vivir las prioridades de valores es el modo en que un individuo expresa la salud y el desarrollo humano. Las enfermeras conocen las perspectivas de una persona preguntándole qué es para ella lo más importante.

Concepto: lenguaje
Paradojas: hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto

El lenguaje es el tercer concepto del primer principio. Las paradojas del lenguaje son hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto. El lenguaje es un concepto que está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y sus escalas de valores. El lenguaje es visible por el hecho de que la gente habla y permanece en silencio, y por el hecho de que se mueve o se queda quieta. El lenguaje se vive de forma multidimensional cuando la gente tiene una imagen de ella misma en situaciones que se han dado o en situaciones que sólo son posibilidades. Cuando el lenguaje es evidente para los demás, normalmente se expresa en pautas que se comparten con quienes tenemos más cerca. Los miembros de nuestra familia o los amigos más íntimos suelen compartir

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

pautas similares, como la forma de hablar, de moverse y de callarse (Parse, 1981, 1998). Las personas descubren cosas sobre sí mismas cuando verbalizan, e incluso cuando están en silencio o están quietas. Las enfermeras son testigos de las verbalizaciones que muestran las personas, pero pueden no conocer el significado de esas verbalizaciones. Para entender las verbalizaciones, las enfermeras deben preguntar a la gente qué significan sus palabras, sus acciones y sus gestos. Es posible que las personas quizás aún no conozcan el significado de sus verbalizaciones y, en ese caso, la enfermera respeta el proceso de llegar a entender el significado de una situación. Explicar el significado exige tiempo y la gente ya sabe cuándo hay que ilustrar el significado y la importancia de un suceso o acontecimiento.

SEGUNDO PRINCIPIO: CONFIGURAR LAS PAUTAS RÍTMICAS

El segundo principio del desarrollo humano es «configurar las pautas rítmicas de la relación, que es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación» (Parse, 2007b, p. 309). Este principio significa que los seres humanos crean pautas en la vida diaria y que esas pautas dicen mucho acerca de sus significados y valores personales. En los patrones de relación que crea la gente existen muchas libertades y restricciones que emergen tras las elecciones; todas las pautas implican compromisos complejos y distanciamientos con la gente, las ideas y las preferencias. El segundo principio incluye tres conceptos:
a) revelación-ocultación,
b) permisividad-limitación y
c) conexión-separación.

Concepto: revelación-ocultación
Paradoja: descubrir-no descubrir

La revelación-ocultación es el primer concepto del segundo principio. La paradoja relacionada con la revelación-ocultación es descubrir-no descubrir (Parse, 2007b). La revelación-ocultación es la forma como las personas descubren-no descubren, todo a la vez, cómo se están convirtiendo (Parse, 1991, 1998). Siempre hay más que decir y más que conocer sobre nosotros mismos y sobre los demás. A veces, la gente sabe lo que quiere decir y transmite mensajes con gran claridad y, otras veces, la gente puede sorprenderse con los mensajes que emite. Algunos aspectos de la realidad y la experiencia se han ocultado. La gente también descubre-no descubre en situaciones distintas con gente distinta. Además, las pautas de revelación-ocultación se cocrean y están íntimamente relacionadas con las intenciones de las personas que cocrean el momento. Para elegir cómo estar con los otros, las enfermeras cocrean lo que sucede cuando están con personas.

Concepto: permisividad-limitación
Paradoja: potenciar-restringir

La permisividad-limitación es el segundo concepto del segundo principio. Está relacionado con la paradoja potenciar-restringir (Parse, 2007b). La permisividad-limitación representa los potenciales y las oportunidades que destacan con las restricciones y obstáculos de la vida diaria. Cada elección, incluso las realizadas en situaciones prerreflexivas, tiene potenciales y restricciones. No es posible llegar a conocer todas las consecuencias de una elección determinada; por tanto, la gente realiza elecciones mediante la realidad de la ambigüedad. Cada elección conlleva la posibilidad tanto en la oportunidad como en la restricción; este hecho se puede verificar diariamente en la práctica cuando los pacientes y las familias afirman cosas como: «Esto es lo peor que podía sucederle a nuestra familia, pero nos ha ayudado en muchos aspectos.» La permisividad-limitación trata de la elección de las posibilidades y la convivencia con las consecuencias de esas elecciones. Las enfermeras son útiles para los demás en tanto que contemplan las opciones y las consecuencias anticipadas de las elecciones difíciles.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

Concepto: conexión-separación
Paradoja: atender-distanciarse

La conexión-separación es el tercer concepto del segundo principio. La paradoja relacionada con conexión-separación es atender-distanciarse (Parse, 2007b). Este concepto está relacionado con las formas en las que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente y de los proyectos. Las pautas creadas revelan prioridades de valores. La conexión-separación es sobre la comunión-soledad y las formas en las que la gente se separa de unos para juntarse con otros. La conexión-separación también es sobre la paradoja atender-distanciarse y explica la forma en la que dos personas pueden estar muy juntas y, aun así, estar separadas. A veces existe conexión cuando la gente se separa porque las personas pueden sobrevivir con una presencia ausente en su intimidad, especialmente cuando hay un duelo por la pérdida del otro (Bournes, 2000a; Cody, 1995b; Pilkington, 1993). Las enfermeras conocen las pautas de conexión-separación que tienen las personas preguntándoles acerca de sus relaciones y de sus proyectos más importantes.

TERCER PRINCIPIO: COTRASCENDENCIA CON LO POSIBLE

«La cotrascendencia con lo posible es el poder y la creación de la transformación» (Parse, 2007b, p. 309) es el tercer principio de la teoría del desarrollo humano. El significado de este principio es que las personas cambian continuamente y se desarrollan en la vida a medida que se comprometen y eligen entre infinitas posibilidades sobre cómo ser, qué actitud o enfoque adoptar, con quién relacionarse y qué intereses o conceptos examinar. Sus elecciones reflejan las formas de moverse de las personas y de cambiar en el proceso de la evolución. Los tres conceptos que incluye este principio son: *a)* poder, *b)* creación y *c)* transformación.

Concepto: poder
Paradojas: emprender-resistir, afirmar-no afirmar, ser-no ser

El poder es el primer concepto del tercer principio. Está relacionado con las paradojas emprender-resistir, afirmar-no afirmar y ser-no ser (Parse, 1998, 2007b). El poder es un concepto que transmite el significado sobre la lucha y la vida, y la voluntad de continuar a pesar de la dureza y la amenaza. Parse (1981, 1998) afirma que el poder es el proceso de emprender-resistir, de afirmar-no afirmar, de estar iluminado o no estarlo. La gente suele relacionar siempre el ser y el no ser. El no ser trata la pérdida o el riesgo de muerte y el rechazo. El poder es la fuerza ejercida; es decir, la energía para actuar y vivir con el objetivo mediante las posibilidades de afirmar y mantener lo que más se aprecia, a la vez que se vive simultáneamente con la pérdida y la amenaza del no ser. Siempre existe una resistencia con la fuerza del poder porque las personas viven con otras personas que también ejercen poder hacia las distintas posibilidades. El conflicto, según Parse (1981, 1998), presenta las oportunidades de aclarar el significado y los valores, y las enfermeras pueden potenciar este proceso estando presentes con las personas que exploran cuestiones, conflictos y opciones.

Concepto: creación
Paradojas: certeza-incertidumbre, adaptación-no adaptación

La creación, el segundo concepto del tercer principio, es sobre la singularidad humana y trata dos paradojas: *a)* adaptación-no adaptación y *b)* certeza-incertidumbre. Los individuos se esfuerzan para parecerse a los demás y, a la vez, se esfuerzan también para ser únicos. Las elecciones sobre la creación se dan con la realidad de la certeza-incertidumbre. No es posible saber todo lo que puede ocurrir por haber elegido ser distinto a los demás o ser como los demás. Para algunos, existe un mayor peligro de ser demasiado como los demás; mientras que otros pueden decir que el mayor peligro es ser diferente. Cada persona define y vive la creación influida por su visión del

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

mundo y sus valores. Crear algo nuevo es una pauta que coexiste con la constancia y la conformidad (Parse, 1981, 1998). Los seres humanos elaboran sus pautas únicas de creación a la vez que se comprometen con las posibilidades de la vida diaria. Las enfermeras son testigos de la creación con las personas que están en el proceso de elegir cómo van a ser con el cambio de sus pautas de salud.

Concepto: transformación
Paradoja: familiar-no familiar

La transformación, el tercer concepto del tercer principio, se explica con la paradoja familiar-no familiar. La transformación es sobre el cambio y la inversión de las visiones que tiene la gente sobre su propia vida de forma continua. La gente suele estar siempre luchando para integrar a la familia lo que no es familiar en las vivencias del día a día. Cuando se realizan nuevos descubrimientos, la gente cambia su comprensión; en ocasiones, sus pautas de vida y las visiones del mundo pueden cambiar con consejos que iluminen una situación familiar con una nueva luz. La transformación es el cambio continuo en el universo humano característico y la ingenuidad humana a medida que la gente encuentra formas de cambiar según sus deseos y sueños más preciados (Parse, 1981, 1998). Las enfermeras, en la medida en que están presentes con los demás, ayudan u obstaculizan los esfuerzos de las personas para aclarar sus deseos, sueños y direcciones deseadas.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La investigación guiada por la teoría del desarrollo humano tiene la intención de potenciar la comprensión de los fundamentos teóricos o la descripción contenida en los principios y los conceptos de la teoría del desarrollo humano. La investigación no se utiliza para comprobar la teoría de Parse. La misión de las enfermeras no es valorar las preguntas acerca de si la gente debería o no tener significado exclusivo o libertad de situación, si son seres indivisibles, imprevisibles, en cambio constante, o si las personas se relacionan con los demás y con el universo siguiendo pautas paradójicas. Comprobar estas creencias sería comparable a comprobar la suposición de que los seres humanos son seres espirituales o que la gente está compuesta de sistemas complejos. Estas afirmaciones son creencias abstractas basadas en la experiencia, la observación y las creencias sobre la naturaleza de la realidad. Las afirmaciones básicas u ontológicas son valores cargados y, como se ha comentado, una enfermera puede sentirse atraída y mostrar su compromiso respecto a estas creencias básicas o no. La idea de un ser humano que es indivisible, imprevisible, en cambio constante y que elige libremente el significado es un supuesto que uno puede creerse o no. Las afirmaciones sobre los seres humanos son creaciones teóricas. Un estudiante o una enfermera tienen una idea del ser humano u otra. Según Parse, ésta es la razón por la que existe una necesidad de contemplar visiones paradigmáticas múltiples; la disciplina de enfermería puede acomodar distintas visiones y distintas teorías sobre el fenómeno de preocupación para la enfermería, el proceso humano-universo-salud. De acuerdo con Hall, Parse (1993) afirmó lo siguiente cuando se discutía la cuestión de valorar la teoría del desarrollo humano:

> La teoría del desarrollo humano no permite una valoración por sí sola, ya que no es una teoría predictiva y no se basa en una visión causa-efecto del proceso ser humano-universo. El objetivo de la investigación no es verificar la teoría o valorarla, sino más bien descubrir las esencias de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de las experiencias humanas universales. Esta comprensión evoluciona cuando se conectan las descripciones ofrecidas por las personas acerca de la teoría y así se hacen más explícitas las esencias del ser humano (p. 12).

La investigación con la teoría de Parse aumenta su comprensión sobre las experiencias humanas vividas y construye un nuevo conocimiento sobre

el desarrollo humano. El conocimiento del desarrollo humano contribuye al conocimiento sustantivo de la disciplina enfermera. El conocimiento de la disciplina es diferente del conocimiento práctico o técnico que las enfermeras utilizan en diversos entornos sanitarios. El conocimiento de la disciplina es teórico e identifica el fenómeno de interés de las enfermeras, para Parse (1998, 2007b), desarrollo humano. Según Parse (1998), «la investigación experta es una pregunta formal que lleva al descubrimiento de un nuevo conocimiento, mejorando la teoría» (p. 59). Esta idea de nuevo conocimiento con la mejora de la teoría requiere una atención adicional para clarificar las distinciones entre las distintas maneras de pensar.

La investigación guiada por la teoría del desarrollo humano explora las experiencias vitales universales que vive la gente a medida que se experimentan en la vida diaria. Parse afirma que existen experiencias humanas universales, como la esperanza, la alegría, la tristeza, el duelo, la anticipación, el miedo, la confianza y la contemplación. Además, las personas experimentan lo que era, lo que es y lo que será, todo a la vez. Ello significa que la investigación guiada por la teoría del desarrollo humano explora las experiencias vividas a medida que la gente las vive. La gente vive en el momento, y lo que se recuerda y lo que se espera se interpreta siempre desde la realidad de ese momento. Por otra parte, las experiencias universales no se pueden reducir para alinear el marco temporal, porque las experiencias vividas se cocrean con un «conocimiento indivisible, ilimitado» (Parse, 2007b, p. 308). Una investigadora enfermera que utilice el método de estudio de Parse invita a que la gente hable sobre sus experiencias universales particulares. Por ejemplo, un investigador podría invitar a que un participante hablara sobre su experiencia del duelo (Cody, 1995a, 2000; Pilkington, 1993). El investigador no le pediría al participante que hablara sobre su experiencia de duelo mientras está en el hospital, por ejemplo, porque las experiencias vividas no están compartimentadas. El investigador guiado por el desarrollo humano sabe que la realidad de la persona rodea lo que se recuerda y lo que se imagina o espera a medida que aparece en el momento (Parse, 2007b). El investigador también da por supuesto que la persona conoce su experiencia y puede ofrecer un resumen de su experiencia a medida que la vive y conoce. Lo que se comparte sobre la experiencia en estudio es lo que Parse (2008b) llamó «verdad para el momento» (p. 46). La verdad para el momento es la descripción de la persona, de su realidad, una expresión de «sabiduría personal» (Parse, 2008b, p. 46) sobre el fenómeno en estudio a la luz de lo que sucede y se conoce en ese instante. La verdad, desde esta perspectiva, es «descubrir la evidencia, ser testigo de un conocimiento en cambio constante a medida que nuevos conocimientos cambian el significado y la verdad para el momento» (Parse, 2008b, p. 46). Por tanto, todas las pruebas de investigación son la «verdad para el momento».

En 1987, Parse desarrolló por primera vez un modelo de investigación específico que consistía en la teoría del desarrollo humano; desde entonces, se ha articulado su método hermenéutico del desarrollo humano (Cody, 1995c; Parse, 1998, 2001b, 2005, 2007a). También se ha diseñado un tercer método, un método de ciencia aplicada (preproyecto-proceso-posproyecto cualitativo descriptivo) (Parse, 1998, 2001b). Para conocer más detalles acerca de todos estos métodos, hay que remitirse a *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals* (Parse, 1998) y *Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing* (Parse, 2001b). El método de investigación de Parse recoge algunas experiencias personales y se examinan de forma sistemática aquellos casos para identificar los aspectos de las experiencias vividas que comparten los participantes. Los conceptos esenciales o las ideas que comparten todos los participantes forman una estructura del fenómeno que merece ser estudiada. La estructura, tal y como la define Parse (2007c), es «el vivir paradójico de lo que se recuerda, del momento actual, del aún no, todo a la vez». El nuevo conocimiento está impregnado de los conceptos esenciales y, una vez descubierto, potencia la teoría y la comprensión en ciertas formas que van más allá del estudio particular. La combinación del nuevo conocimiento con los conceptos teóricos amplía el conocimiento del contenido de la teoría del desarrollo humano, y es así como el nuevo conocimiento desarrolla el pensamiento y el diálogo disciplinario e interdisciplinario.

Una metáfora de separar el oro puede ayudar a describir el método de Parse. El investigador reúne las descripciones de los participantes igual que una persona que separa el oro recoge la tierra. Los procesos de extracción-síntesis del método de Parse pueden imaginarse que son como recoger, cribar, girar, buscar y separar mientras se separa el

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

oro. Los investigadores que siguen el método de Parse trabajan para separar el contexto particular de las ideas centrales. Recoger y descubrir una y otra vez a medida que el contexto y la tierra se separan de las ideas centrales o pepitas que, finalmente, destacan del contexto que lo rodea o de la tierra. La separación del oro es un trabajo agotador, y el método de investigación de Parse también es arduo. Ambos procesos incluyen excitación y anticipación de lo que se ha de descubrir. Los procesos de síntesis-extracción del método de Parse separan las ideas centrales presentes en todas las descripciones de los participantes. Las ideas centrales, igual que las pepitas de oro, pueden aislarse aunque no estén refinadas para formar lo que les dará significado en el mundo en general. Las pepitas de oro pueden convertirse en monedas o joyas. Las ideas centrales se refinan abstrayéndose al lenguaje del desarrollo humano y de la ciencia enfermera de manera que otras enfermeras puedan ver, no sólo las pepitas de oro que son las ideas recientemente descubiertas, sino también la importancia de las ideas en un lenguaje de la ciencia enfermera. Dado que toda la investigación es teoría conducida, los hallazgos de investigación requieren una interpretación para guiar el marco de referencia y avanzar en el conocimiento disciplinario.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Parse (1998) resumió que «los principios, los postulados y los conceptos de Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty y Sartre... en relación a la creación de las suposiciones sobre el ser humano y la evolución, apuntan una visión de la enfermería basada en las ciencias humanas. Cada supuesto es único y representa una síntesis de tres de los postulados y conceptos ilustrados a partir de la obra de Rogers y de la fenomenología existencial» (p. 19). Esto es un ejemplo de cómo las fuentes teóricas de Parse, claramente, apuntan hacia el desarrollo de la escuela de pensamiento del desarrollo humano. Parse se fija en el trabajo de otros teóricos para construir una base sólida para una nueva ciencia enfermera. En esta línea, los supuestos que apuntan a la teoría del desarrollo humano se centran en las creencias sobre los seres humanos y sobre su devenir, que es la salud. Parse no especifica suposiciones separadas sobre el universo, ya que su creencia es que el universo es ilimitable y cocreado con los seres humanos, más que separado de los seres humanos. Este hecho se evidencia en los supuestos de Parse (1998, 2007d) sobre humanos y evolución:

- El ser humano coexiste a la vez que coconstituye unas pautas rítmicas con el universo (coexistencia, coconstitución y pautas).
- El ser humano es abierto, elige libremente el significado de cada situación y mantiene la responsabilidad de cada decisión (libertad de situación, apertura y campo energético).
- El ser humano coconstituye continuamente pautas de vínculos (campo energético, pauta y coconstitución).
- El ser humano trasciende de forma ilimitada con lo posible (pandimensionalidad, apertura y libertad de situación).
- La evolución es humano-vida-salud (apertura, libertad de situación y coconstitución).
- La evolución es coconstitución rítmica con el universo humano (coconstitución, pauta y pandimensionalidad).
- La evolución supone las pautas del ser humano de relacionar prioridades de valores (libertad de situación, pauta y apertura).
- La evolución es trascender de forma intersubjetiva con lo posible (apertura, libertad de situación y coexistencia).
- La evolución es la presentación del hombre (coexistencia, campo energético y pandimensionalidad) (Parse, 1998, 2007d).

Parse (1998, 2007d) resumió los nueve supuestos originales sobre los humanos y la evolución en tres supuestos sobre el desarrollo humano:

1. El desarrollo humano está eligiendo libremente el significado personal con prioridades de valores de la vida de forma intersubjetiva de la situación.
2. El desarrollo humano está configurando pautas rítmicas de relación con el universo humano.
3. El desarrollo humano está cotrascendiendo de forma ilimitada en función de lo que se va presentando.

De los supuestos de la teoría del desarrollo humano surgen tres temas, que son: *a)* significado, *b)* ritmo y *c)* trascendencia (Parse, 1998). Los tres temas están impregnados de ilimitabilidad, paradoja, libertad y misterio del postulado (Parse, 2007b). El

significado se encuentra en los mensajes que dan y reciben las personas cuando hablan, se mueven, permanecen en silencio o cuando están tranquilas (Parse, 1998). El significado indica la importancia de algo y es la propia gente quien la elige. Las personas ajenas a las situaciones no pueden decidir acerca del significado o la importancia de algo en nombre de otra persona. Las enfermeras no pueden saber lo que significará para una familia recibir noticias de una enfermedad inesperada o de un cambio en la salud hasta que aprenden el significado que el hecho supone desde la perspectiva de la familia. A veces, la gente no puede saber la importancia de algo hasta que se ha explorado su significado y se han examinado sus posibilidades. Los significados personales se comparten con los demás cuando la gente expresa su opinión, sus preocupaciones, sus esperanzas y sus sueños. Según Parse (1998), el significado está relacionado con momentos de la vida diaria y también con el significado u objetivo de la propia vida.

El ritmo trata de las pautas y la posibilidad. Parse (1981) sugiere que la gente vive pautas irrepetibles de relación con los otros, las ideas, los objetos y las situaciones. Sus pautas de relación encarnan sus prioridades, y estas pautas cambian de forma constante a medida que la gente integra nuevas experiencias e ideas. Para Parse, la gente se reconoce por sus pautas. La gente altera sus pautas cuando se integran nuevas prioridades, ideas y sueños y cuando muestran patrones coherentes que continúan como hilos de familiaridad e identidad durante toda la vida.

La trascendencia es el tercer tema principal de la escuela de pensamiento del desarrollo humano. La trascendencia trata de la posibilidad, es decir, la infinita posibilidad que supone el desarrollo humano. «Las posibilidades aumentan con… [el universo humano]… como las opciones desde las cuales se eligen las formas personales de la evolución» (Parse, 1998, p. 30). Para poder creer una cosa u otra, para poder ir en una u otra dirección, para ser persistente o para prescindir de algo, para luchar o para asumir, para estar seguro o inseguro, para afrontar o para desesperarse: todas estas opciones aparecen en la vida diaria. Tener en cuenta y elegir entre estas opciones cotrasciende con distintas posibilidades.

Enfermería

De acuerdo con sus creencias, Parse no escribe sobre la enfermería como un concepto más del metaparadigma de la disciplina. De todos modos, ha escrito de manera extensa sobre sus creencias acerca de la enfermería como ciencia básica. Parse (2000) escribió: «Es el deseo de muchas enfermeras que la enfermería como disciplina goce del reconocimiento de tener una base de conocimientos exclusiva, y la profesión será lo suficientemente distinta de la medicina para que la gente busque a las enfermeras para recibir cuidados enfermeros, no para diagnósticos médicos» (p. 3). Durante más de 30 años, Parse ha ido avanzando en su creencia de que la enfermería es una ciencia básica y que las enfermeras necesitan teorías que sean distintas de otras disciplinas. Parse considera que la enfermería es un servicio exclusivo para la humanidad. Ello no significa que las enfermeras no utilicen ni se beneficien del conocimiento de otras disciplinas y campos de estudio. Significa que las enfermeras se fían de y valoran el conocimiento de la teoría enfermera en sus actividades prácticas y de investigación. Parse (1992) ha insistido claramente en su opinión de que «la enfermería es una ciencia cuya práctica es un arte interpretativo» (p. 35). Desde este punto de vista, la enfermería es una disciplina que se aprende, y las teorías enfermeras guían la práctica y la investigación. La creencia de que la enfermería es una disciplina única que requiere sus propias teorías a menudo no se comprende, pero los debates acerca de esta cuestión siguen clarificando las oportunidades que tienen las enfermeras creando la ciencia enfermera.

La práctica enfermera para quienes eligen la teoría de Parse se guía por una metodología específica que surge directamente de la ontología del desarrollo humano. Las dimensiones y los procesos prácticos están iluminando el significado (explicación), sincronizando ritmos (pensando en ellos) y movilizando la trascendencia (moviéndose más allá). Para conocer más detalles sobre la metodología de la práctica, puede consultarse *The Human-becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals* (Parse, 1998). «Las enfermeras que valoran el sistema de creencia del desarrollo humano viven la teoría en la presencia real con los demás» (Parse, 1993, p. 12). Parse (1993) describió la práctica de la siguiente forma:

> La enfermera está en presencia real con el individuo (o su familia), mientras que el individuo (o su familia) descubre el significado personal de la situación y realiza elecciones para moverse hacia el momento actual con las esperanzas y los sueños que más aprecia. El

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

> centro se encuentra en el significado de la experiencia vivida por la persona (o su familia) descubriéndola «allí» con la presencia de la enfermera... La vivencia de la teoría en la práctica es, de hecho, lo que establece las diferencias entre las personas que han estado influidas por ésta (p. 12).

Para Parse, la enfermería es una ciencia, y el arte interpretativo se desarrolla en las relaciones con las personas (individuos, grupos y comunidades) en sus procesos de evolución. Parse (1989) ha ofrecido el siguiente conjunto de fundamentos que considera esenciales para practicar el arte de la enfermería:

- Conozca y utilice los marcos de la enfermería y sus teorías.
- Ofrezca su disponibilidad a los demás.
- Valore al prójimo como una presencia humana.
- Respete la diversidad de opiniones.
- Mantenga lo que considera y cree que puede serle útil para sus acciones.
- Sienta inquietud por lo nuevo y lo que aún no se ha demostrado.
- Conecte con los demás.
- Siéntase orgulloso de usted mismo.
- Haga que le guste todo lo que hace.
- Reconozca los momentos de alegría en los sobresaltos que le depara la vida.
- Comprenda el misterio y muéstrese abierto a nuevos descubrimientos.
- Sea competente en su área de especialidad elegida.
- Descanse y vuelva a empezar (p. 11).

Universo humano, desarrollo humano y salud

Parse (1998, 2007b) interpreta los conceptos hombre, universo y salud como inseparables e irreducibles. Para resaltar esta inseparabilidad, recientemente (Parse, 2007b) concretó *humanuniverse* y *humanbecoming* en una palabra. Para esta autora, la salud es el desarrollo humano. La salud estructura el significado, la configuración de las pautas rítmicas de las relaciones y la cotrascendencia con lo posible. Parse (1990) habla de la salud como de un compromiso personal, que significa que «la forma de evolucionar de un ser humano está cocreada por aquel individuo, encarnando sus propias prioridades de valores» (p. 136). Según Parse (1990), la salud es un proceso fluido, una creación personal y una responsabilidad personal. La salud personal puede alterarse cuando cambia el compromiso, que «incluye una imaginación creativa, la afirmación de uno mismo y un entrever espontáneo de lo paradójico» (Parse, 1990, p. 138).

Los seres humanos llegan al mundo a través de otros y viven su vida cocreando pautas de comunión-soledad. Esto significa que las personas cambian y son cambiadas en relación con los otros, las ideas, los objetos y los acontecimientos. La gente se da a conocer y a entender a medida que cocrea pautas de relacionarse con la gente, las ideas, la cultura, la historia, los significados y las esperanzas. Para poder comprender la vida humana y los seres humanos, cualquier persona debe partir de la premisa de que todo individuo está interconectado con sus predecesores, coetáneos e incluso con la gente que aún no está presente en el mundo. Los padres pueden imaginarse y mantener una relación con un hijo mucho antes de que éste sea concebido y mucho más tarde después de que haya fallecido (Pilkington, 1993). La experiencia ha demostrado que muchas personas que padecen la enfermedad de Alzheimer mantienen relaciones con sus padres, que ya no están en este mundo. Éstos son ejemplos de la indivisibilidad y la complejidad del universo humano y del desarrollo humano.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Los principios de Parse (1981, 1998) son las afirmaciones de la teoría del desarrollo humano. Cada principio interrelaciona nueve conceptos del desarrollo humano: *a)* la imaginación; *b)* la valoración; *c)* el lenguaje; *d)* la revelación oculta; *e)* la permisividad-limitación; *f)* la conexión-separación; *g)* el poder; *h)* la creación, y *i)* la transformación (fig. 24-1). Los proyectos de investigación generan estructuras que especifican más aún las relaciones entre los conceptos teóricos. Por ejemplo, Wang (1999) estudió la esperanza de las personas que padecen lepra en Taiwán y presentó la siguiente estructura teórica: la experiencia vivida de la esperanza es imaginar la conexión-separación en la creación de los valores. Las estructuras teóricas pueden utilizarse para potenciar la comprensión de fenómenos específicos, de la misma manera que los lectores interpretan las descripciones detalladas del participante que están relacionadas con los conceptos de la teoría del desarrollo humano. Para más

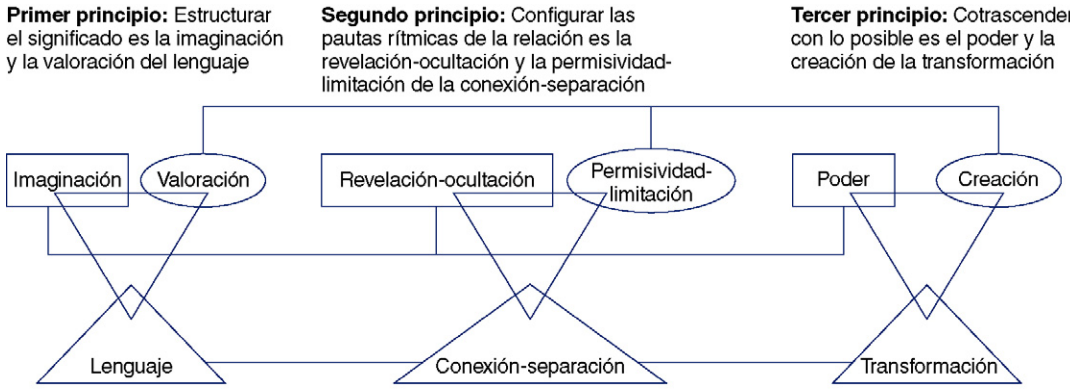


Figura 24-1 Relación de los principios, conceptos y estructuras teóricas de la teoría del desarrollo humano. (De Parse, R. R. [1981]. *Man-living-health: A theory of nursing* [p. 69]. New York: John Wiley & Sons. Principios actualizados de Parse, R. R. [2007]. *The humanbecoming school of thought in 2050. Nursing Science Quarterly,* 20, 308-311.)

información sobre investigación del desarrollo humano, remítase a la visión global completa de los estudios recopilados por Doucet y Bournes (2007).

FORMA LÓGICA

El proceso inductivo-deductivo era fundamental para la creación de la teoría del desarrollo humano. La teoría surgió de las experiencias personales de Parse con sus lecturas y en la práctica enfermera. Esta autora empleó de forma deductiva-inductiva componentes principales del desarrollo humano desde la ciencia de los seres humanos unitarios y el pensamiento existencial-fenomenológico. Con su sentido intuitivo, Parse extrajo de forma metodológica los supuestos, conceptos, principios y metodologías de práctica e investigación de la escuela de pensamiento del desarrollo humano. La figura 24-1 muestra cómo los principios, los conceptos y las estructuras teóricas pueden relacionarse. La figura muestra la visión más abstracta del desarrollo humano; la simplicidad y la complejidad de la teoría son evidentes. La abstracción y la complejidad crean la posibilidad de crecimiento, erudición y sostenibilidad.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La bibliografía suministrada pone de manifiesto el amplio objetivo de la aceptación por parte de la comunidad enfermera. Existe un grupo importante de expertos en enfermería, de gran influencia, que están ayudando a avanzar en el desarrollo humano desde la práctica, la investigación y la formación. La teoría ha creado una diferencia para las enfermeras y para las personas (pacientes) que experimentan la práctica del desarrollo humano. La teoría informa a las enfermeras que trabajan con ancianos y con niños. La teoría guía la práctica de las enfermeras que trabajan con familias y con personas en entornos hospitalarios, clínicas y entornos comunitarios. Por ejemplo, se ha desarrollado un modelo de acción de salud basado en la comunidad, y está recibiendo apoyo por parte de la comunidad local y de otras agencias (Crane, Josephson y Letcher, 1999). La teoría del desarrollo humano también ha ayudado a generar una controversia y un diálogo sobre la enfermería como una disciplina en evolución y una ciencia humana distinta. Es interesante destacar que la teoría del desarrollo humano proporciona un conjunto de creencias que pueden ser vividas por las enfermeras que tienen la oportunidad de estar con seres humanos. No es una cuestión de si la teoría trabaja en un entorno concreto o no. La teoría es vivida por las enfermeras en el quirófano, en la parroquia, en asilos, en hospitales de agudos, en centros sociosanitarios y en otros entornos comunitarios. Una cuestión muy importante para las enfermeras puede ser: ¿qué entornos dan oportunidades coherentes a las enfermeras para establecer relaciones con las personas y con las familias?

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Formación

La escuela de pensamiento del desarrollo humano y las suposiciones filosóficas y las creencias teóricas especificadas por Parse han alimentado muchos diálogos eruditos y muchas comparaciones sobre los resultados en la práctica, la investigación y la educación, cuando teorías distintas guían actividades profesionales. En *Nursing Science Quarterly* y otras revistas, las enfermeras informadas de la teoría del desarrollo humano han avanzado el diálogo y el debate sobre el rol de la teoría en la práctica enfermera, las limitaciones y las contribuciones del modelo médico, la ética del diagnóstico enfermero y la relación enfermera-persona, el paternalismo y la asistencia sanitaria, el conocimiento de la práctica enfermera avanzada, aspectos paradigmáticos en enfermería, las limitaciones de la enfermería basada en la evidencia, las posibilidades y la política de la ciencia humana, la libertad y la elección, el objetivo de la enfermería basada en la comunidad, la naturaleza de la realidad, el liderazgo y la teoría enfermera y el alcance de los errores en enfermería.

Parse (2004) creó un modelo de educación-aprendizaje del desarrollo humano que coincide con los supuestos y principios del desarrollo humano. Los supuestos, esencias y procesos del modelo se han utilizado de diversas maneras con estudiantes de ámbitos docentes (Letcher y Yancey, 2004) y de la práctica (Bournes y Naef, 2006). Los profesores en ámbitos académicos y prácticos han contribuido a una nueva comprensión y nuevos procesos de educación-aprendizaje, y la teoría de Parse se ha utilizado como modelo para explicar los pros y los contras del teleaprendizaje (Norris, 2002). La escuela del pensamiento del desarrollo humano también informa de los cursos enfermeros y de los niveles de graduados en muchas escuelas de enfermería.

En el texto de *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*, Parse (1981) presentó una muestra de plan de estudios de un máster en enfermería que incorporaba los supuestos, principios, conceptos y estructuras teóricas de la teoría del desarrollo humano. Elaboró este plan de estudios detallado basado en el proceso, que incluía descripciones de las secuencias del curso. El plan de estudios se actualizó en el texto de 1998 de *The Humanbecoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals*, donde Parse elabora un programa y metas de filosofía, un marco conceptual con temas para el plan de estudios, unos indicadores de programa, un contenido cultural del curso y un proceso de evaluación, y ofrece una muestra de plan de estudios coherente con el desarrollo humano.

En la Olivet Nazarene University de Kankakee, en Illinois, se elaboró un programa de máster en enfermería basado en el desarrollo humano (Milton, 2003a). Muchas escuelas de enfermería ofrecen un aprendizaje a los alumnos acerca de la teoría del evolución. La mayoría de los estudiantes que aprenden la teoría del desarrollo humano, guiados por la teoría en las actividades de la práctica y la investigación, se inician en la obra de Parse cuando completan un máster. Esta tardanza en el inicio es desafortunada, porque muchos de los estudiantes que no tienen la oportunidad de tener en cuenta las ideas de Parse y la teoría de el desarrollo humano durante sus años de estudio de licenciatura han expresado la frustración y la desilusión con los programas que no presentan un objetivo global del conocimiento y la práctica enfermera y las metodologías de investigación. Por ejemplo, ahora se ha diseñado e implementado un plan de estudios para estudiantes pregraduados en la California Baptist University de Riverside, en California (C. Milton, comunicación personal, 11 de marzo de 2008). Además, estudiantes pregraduados y graduados de la York University de Toronto, en Ontario (Canadá) tienen la oportunidad de estudiar el desarrollo humano.

Investigación

La teoría del desarrollo humano ha guiado numerosos estudios de investigación en países muy distintos sobre numerosas experiencias vividas, incluyendo el sentirse querido, sentirse muy cansado, tener coraje, esperar, sentirse cuidado, el duelo, cuidar a un ser querido, persistir cuando se quiere un cambio, sentirse comprendido y ser escuchado, además de pasar el tiempo, calidad de vida, salud, esperanza y satisfacción (para ejemplos, véase Doucet y Bournes, 2007). El método hermenéutico del desarrollo humano y de Parse, respaldado por la escuela de pensamiento del desarrollo humano, genera nuevos conocimientos sobre experiencias vividas universales (Cody, 1995b, 1995c; Parse, 2001a, 2005, 2007a). Por ejemplo, los hallazgos de la investigación han aumentado la comprensión sobre cómo los individuos experimentan la esperanza, sobre cómo crean momentos de respiro cuando están de duelo por una muerte. Los hallazgos de investigación están entrelazados con la teoría de manera que los

hallazgos pueden informar al pensamiento en cualquier estudio particular.

Por ejemplo, en algunos de los estudios de duelo y pérdida, los investigadores describen un ritmo de implicación y desimplicación con la persona perdida y con los que lo recuerdan (Cody, 1995a; Pilkington, 1993). Las mujeres que han sufrido un aborto ya tenían una relación con sus bebés y la angustia de perderlos era tan intensa que las mujeres inventaron formas de distanciarse de la realidad del hijo perdido. Cuando estaban solas, el dolor era insoportable y cuando estaban con otras personas la angustia era facilitada e intensificada a la vez como expresiones de consuelo mezcladas con palabras que reconocían la realidad del hijo perdido (Pilkington, 1993). Las mujeres describían ritmos de implicación-desimplicación con la pérdida del niño, y cercanía con los demás, dolor y respiro. La relación del ritmo con el concepto teórico significa conexión-separación que los lectores pueden pensar sobre ello y estar presentes en otras expresiones de implicación-desimplicación a medida que participan en discusiones sobre pérdida y duelo. ¿Cómo pueden las familias en cuidados paliativos expresar su implicación y su distanciamiento de alguien que se está muriendo? ¿Cómo pueden los padres que están perdiendo a hijos adultos implicarse y desimplicarse del hijo ausente? Los estudios de investigación adicional sobre pérdida y duelo pueden mejorar la comprensión sobre el concepto de conexión-separación y otros conceptos del desarrollo humano.

En 2004, Mitchell desarrolló un marco para criticar la investigación sobre el desarrollo humano que amplía las opciones para los detractores que se comprometen en la ciencia enfermera guiada por el desarrollo humano, y el método de investigación de Parse (2001b) sigue perfeccionándose. Por ejemplo, en el libro *Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing*, Parse introdujo un proceso en el cual el investigador construye la historia de cada participante, incluyendo las ideas centrales de los fenómenos en estudio. Más recientemente, Parse cambió el nombre de la proposición participante al arte del lenguaje, y añadió un proceso que requiere que el investigador elija o cree una expresión artística que muestre cómo el investigador se transfiguró a través del proceso de investigación (Parse, 2005). La expresión artística mejora la comprensión de lo que el investigador aprendió sobre el fenómeno en estudio. Por ejemplo, en su reciente estudio sobre la experiencia del sentimiento respetado, Parse (2006) describió que los diez adultos participantes del estudio describieron el sentimiento respetado como «un reconocimiento del valor personal» (p. 54). Por ejemplo, describían sentirse seguros, sentirse confiados, sentirse apreciados y gozar con el sentimiento respetado (Parse, 2006). Parse mostró que, en cada caso, el participante hablaba del sentimiento respetado como una «*seguridad fortificada en medio de una indiferencia potencial que surge con el placer satisfecho de las alianzas preciadas*» (p. 54). La expresión artística de Parse (2006) para este estudio, es decir, su descripción de su propio aprendizaje sobre el fenómeno del sentimiento respetado que surge a través del proceso de investigación, fue el siguiente poema:

> El roble se yergue
> noble en la colina
> incluso en
> la época de los cerezos en flor.
>
> *Basho (1644-1694/1962)*

Al describir la expresión artística, Parse (2006) escribió, «el roble se yergue noble, reconocido como tal con el potencial de ser ignorado entre la belleza de los cerezos en flor, aunque existe placer en la fortificación de ser conocido como roble. El roble y los cerezos en flor viven una mutualidad de ser preciados como singulares individualmente y excepcionalmente juntos» (p. 55).

CRÍTICA

El desarrollo humano es una escuela de pensamiento abstracta y compleja que incluye la teoría del desarrollo humano (los principios). Es una teoría y no un modelo, porque sus conceptos e interrelaciones se definen por principios que están escritos en un discurso a nivel abstracto: el lenguaje de la ciencia. Los lectores deben estudiar varias críticas del desarrollo humano para aclarar las cuestiones y comprender las perspectivas de los revisores. Finalmente, el significado y la utilidad de la teoría para la disciplina de la enfermería es decidida por las enfermeras que escogen vivirla y por las historiadoras que comentarán su lugar en la evolución del conocimiento de la enfermería y de las prácticas de asistencia sanitaria, actividades de investigación, ética y política. La teoría penetra en los principios de la enfermería tradicional y de la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

asistencia sanitaria en general. Esa penetración puede estar limitada por fisuras u oleadas de actividad para aumentar las oportunidades y avanzar el pensamiento. Esto requiere que las enfermeras exploren vías que sean útiles para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Simplicidad

Manteniendo el discurso teórico, los principales conceptos del desarrollo humano se definen en términos enormemente abstractos y filosóficos. El lenguaje abstracto ha constituido una fuente de acuerdo y desacuerdo para las enfermeras (Mitchell y Bournes, 2000). El desacuerdo con el lenguaje en ocasiones puede estar más relacionado con las creencias y los supuestos no familiares sobre los seres humanos, y cómo están relacionados con el universo, más que con los conceptos abstractos. Además, para algunos el desacuerdo son las afirmaciones no direccionales que no especifican las relaciones causales o predictivas sobre el universo humano.

Los conceptos del desarrollo humano se oyen a veces en las personas cuando se tienen en cuenta sus experiencias vividas. Por ejemplo, el concepto de la valoración cuando se discute sobre la experiencia vivida se centra en la manera en que las personas eligen y actúan en lo que es importante en sus vidas. Esta idea debería ser inherentemente familiar, lo mismo que la idea de que, a veces, la gente revela los detalles más íntimos de su vida mientras que otras veces guarda secretos de los demás (revelar-ocultar). Pickrell, Lee, Schumacher y Twigg (1998) señalaron que la primera vez un lector puede verse tentado de saltarse los ejemplos, pensando que son simples para transmitir la complejidad inherente de la teoría; pero los autores advierten que hacerlo sería un error. Los principios de Parse describen una imagen compleja y realista del desarrollo humano y esta imagen ofrece un marco de significado para la comprensión de la ilimitabilidad, el misterio, la libertad y la paradoja del universo humano.

Generalidad

Las enfermeras y otros profesionales sanitarios seleccionaron la escuela de pensamiento del desarrollo humano como guía teórica en diferentes ámbitos, como cuidado agudo, cuidado a largo plazo y comunidad. La teoría ayudó a que las enfermeras estén con las personas, las familias y los grupos y se evaluó en ámbitos de la práctica donde los pacientes valoraron la diferencia positiva que representa (Jonas, 1995a; Mitchell, Bernardo y Bournes, 1997; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Northrup y Cody, 1998; Williamson, 2000). El desarrollo humano ha ayudado a los líderes a crear cambios en los estándares de cuidado (Mitchell, 1998b; Mitchell y Bournes, 1998) y guías de las buenas prácticas (Nelligan et al., 2002; Registered Nurses Association of Ontario, 2002). La teoría del desarrollo humano cambia lo que ven los profesionales cuando se comprometen con las personas en la práctica. La teoría hace cambiar el pensamiento, la actuación, las actitudes y los enfoques de los que se fían los profesionales para cubrir sus objetivos con los demás (v. *Humanbecoming/80-20: An Innovative Professional Development Program for Nurses,* en: http://www.nursingchannel.org/programs.html). De hecho, la teoría del desarrollo humano cambia las intenciones y los objetivos de los profesionales y no hay límite en cuanto a cómo debe contribuir la enseñanza a la práctica con un cierto significado y los enfoques para todas las actividades profesionales relacionadas con la investigación, la formación y el liderazgo.

Precisión empírica

La precisión empírica se relaciona generalmente con la demostración, la relevancia y la utilidad de una teoría. Las cuestiones de interés incluyen las siguientes:

- ¿Está la evidencia (interpretada con el significado de realidad) de acuerdo con la teoría?
- ¿Tienen sentido los principios y conceptos de la teoría del desarrollo humano para las enfermeras cuando tratan a la gente en la práctica?
- ¿Ayuda la teoría del desarrollo humano a las enfermeras a estar con las personas de forma útil y que se distingue de la perspectiva del paciente?
- ¿Es útil la teoría para los administradores y para los investigadores? ¿Amplían los hallazgos de la investigación el conocimiento y mejoran la base de la teoría?

Parece que la respuesta a estas preguntas es afirmativa. La teoría es útil porque ofrece un fundamento con cierto significado que resulta de utilidad para las enfermeras que quieren vivir ciertos valores en la práctica y la investigación (Bournes y

Ferguson-Paré, 2007; Mitchell, Bournes y Hollett, 2006). Una enfermera que está aprendiendo la teoría puede plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Qué dice la teoría del desarrollo humano sobre la gente? ¿Creo en estas ideas tal como están presentadas?
- ¿Me siento cómoda con las creencias básicas ligadas a la teoría del desarrollo humano?

Las respuestas a las preguntas del principio sobre la evidencia o la coherencia con la realidad llevan a menudo a la decisión de seguir con la tarea más difícil, que es estudiar la teoría. Cualquier compromiso para aprender más requiere cierta atracción por los valores básicos y por los supuestos subyacentes que establece Parse sobre universo humano y salud. Entre las preguntas que pueden ser de utilidad para las enfermeras interesadas en la teoría del desarrollo humano destacan también las siguientes:

- En mi experiencia de la realidad, ¿tiene la gente opiniones propias y exclusivas sobre la vida y sus situaciones de salud?
- ¿Habla la gente del significado de las cosas en el ámbito personal?
- ¿Viven los individuos sus prioridades de valores y siguen lo que es importante para ellos?
- ¿Puede la gente tomar sus propias decisiones?
- ¿Habla la gente sobre pensamientos y sentimientos paradójicos?
- ¿He oído a alguien decir alguna vez algo como: «Por un lado, creo que ésta es la manera adecuada, pero por otro lado pienso algo distinto» o «Sé que he dicho que creo esto y aquello, pero en cuanto lo he dicho me he dado cuenta de que también creo algo distinto»?
- ¿Cómo pienso que cambia la gente? ¿La gente toma decisiones que les ayudan a moverse en la dirección de sus propias esperanzas y sueños?

Consecuencias deducibles

Parse considera la enfermería como una ciencia humana y, como tal, representa las creencias particulares que han existido durante más de 100 años. La teoría del desarrollo humano ha tomado las creencias de la ciencia humana al servicio del desarrollo del conocimiento de maneras nuevas e importantes. La investigación del desarrollo humano y las metodologías prácticas están generando un cierto revuelo y un sentido de objetivo profesional renovado. Considere los tres siguientes avances como ejemplos:

1. Enfermeras de dos provincias canadienses pasaron más de 12 meses evaluando el cuidado centrado en el paciente del desarrollo humano y estas enfermeras de cuidados intensivos mostraron una mayor satisfacción y propósito en su trabajo como enfermeras profesionales (v. Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Mitchell, Bournes y Hollett, 2006).
2. Equipos de investigadores, profesionales, escritores, actores y consumidores sobre el desarrollo humano crearon un drama basado en la investigación llamado *I'm Still Here* acerca de vivir con la enfermedad de Alzheimer. El Murray Alzheimer Research and Education Program en la University of Waterloo financió la producción de una versión del drama en DVD, además de una guía educativa basada en la teoría del desarrollo humano, la investigación y la práctica autorreflexiva (Mitchell, Jonas-Simpson y Ivonoffski, 2006). Centenares de profesionales de la salud y familias de numerosos países del mundo han adquirido el DVD y la guía educativa que la acompaña. Los investigadores Mitchell, Dupuis y Jonas-Simpson recientemente llevaron de gira la representación de *I'm Still Here* para completar un estudio longitudinal, financiado por el Social Science and Humanities Council of Canada (SSHRC); este estudio evaluó la traducción de conocimientos a través de una representación artística.
3. El trabajo de Jonas-Simpson sobre la pérdida en madres que han perdido a sus bebés se ha basado en el desarrollo humano, así como los resultados presentados en Nueva York en una muestra interactiva de historias, poesías, fotografías y cuadros inspirados en la investigación de la artista Ann Bayly para profesionales y madres invitados a compartir sus propias historias en un diario.

La gente reconoce que la teoría del desarrollo humano es una guía que encaja con los profesionales que quieren crear una asociación respetuosa con gente que necesita cuidados de salud. Hace más de una década, Phillips (1987) insinuó que la labor de Parse transformaría la base del conocimiento y la práctica enfermera a una perspectiva unitaria. De hecho, la teoría del desarrollo humano es la transformación de la práctica en numerosas situaciones y las evaluaciones son positivas (Bournes, 2002b; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Jonas, 1995a; Legault y Ferguson-Paré, 1999).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La teoría del desarrollo humano dirige su atención a los significados de salud de las personas, a la calidad de vida y a sus deseos, necesidades, preocupaciones y preferencias en relación con la información y el cuidado. El futuro del cuidado de salud está basado en el desarrollo de las teorías y las prácticas que honran y respetan verdaderamente a la gente como expertos en la vida y la salud. Como mínimo cinco de los grandes hospitales universitarios de Canadá apoyan los programas piloto y han aplicado estándares de práctica explícitamente informados por la teoría del desarrollo humano. La University Health Network, el hospital universitario más grande adscrito a la Universidad de Toronto, financia el 20% del tiempo de las enfermeras para participar en sesiones de educación-aprendizaje basadas en el desarrollo humano. Un estudio piloto de 2 años evaluó los cambios cuando una unidad quirúrgica utilizaba el cuidado centrado en el paciente del desarrollo humano (Bournes y Ferguson-Paré, 2007). Este estudio se está reproduciendo en una unidad de cardiociencias en el Regina General Hospital en Saskatchewan, en Canadá, y en otras dos unidades de la University Health Network en Toronto, también en Canadá.

RESUMEN

El trabajo con la teoría del desarrollo humano sigue evolucionando a medida que lo hace la propia teoría. En 1998 tuvo lugar un importante desarrollo cuando Parse amplió la escuela de pensamiento del desarrollo humano e introdujo el texto, *Community: A Humanbecoming Perspective* (2003a), que ofrece nuevos conceptos sobre el cambio en la comunidad. Parse está creando ahora mentorización, dirección-seguimiento y modelos de familia sobre el desarrollo humano (Parse, 2008a; Parse, 2008c). La investigación continuada amplía la comprensión y muestra nuevas relaciones entre conceptos teóricos. A medida que las escuelas de enfermería introducen y enseñan la escuela de pensamiento del desarrollo humano, más enfermeras examinan la teoría en su práctica. Aprender la teoría requiere el estudio formal, una contemplación tranquila y una síntesis creativa. A medida que más enfermeras utilizan la teoría en la práctica y en la investigación, su diálogo erudito hace avanzar la disciplina enfermera.

La teoría del desarrollo humano continúa como una teoría para el futuro. A medida que más enfermeras cuestionan cómo se relacionan con los demás y se cuestionan la base de conocimientos de su disciplina, la teoría del desarrollo humano proporciona una perspectiva y un campo de posibilidades para cambiar y crecer. Las personas que participan con enfermeras y otros profesionales de la asistencia sanitaria siguen hablando y clarificando no sólo lo que esperan de los profesionales, sino también cómo quieren que los profesionales trabajen con ellos. El predominio del modelo mecanicista y sus prácticas de valoración y diagnóstico continúan perdiendo atractivo para los profesionales de la asistencia sanitaria que han de relacionarse con personas, como seres humanos, que viven con salud y enfermedad, esperanza y desesperanza, alegría y aflicción, vida y muerte. La teoría del desarrollo humano es una alternativa al modelo mecanicista para las enfermeras, que crecerá con la evolución del género humano.

Caso clínico

La señora Brown, una mujer de 48 años, convive con el diagnóstico de un cáncer de mama. Acaba de ingresar en la clínica oncológica para su tercera sesión de quimioterapia. Cuando se le pregunta cómo se siente, la señora Brown empieza diciendo lo cansada que está y la carga que representa ocultar el diagnóstico a su hija. La señora Brown lo mantiene en secreto por miedo a la reacción que ésta podría tener. Dice que en este momento apenas retiene las cosas y que no puede hacer más. También está preocupada por la quimioterapia y lo que puede esperar, dado que los efectos secundarios son cada vez más intensos.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Describa cómo las diferentes creencias teóricas establecen diferencias en la práctica. Piense sobre la metodología práctica de Parse (1998), muestre el significado (explicación), sincronizando ritmos (pensando en ellos) y movilizando la trascendencia (moviéndose más allá). Las enfermeras viven la presencia real con las personas, y esto significa

centrarse y prepararse para soportar ser testimonio de la realidad de la señora Brown. Para invitar a la señora Brown a hablar, inicialmente la enfermera puede pedirle que hable más sobre su situación. En el ritmo del habla, la señora Brown puede hacer pausas, dándole oportunidad a la enfermera de plantear cuestiones que ayuden a la señora Brown a explorar cómo se siente. La enfermera puede preguntar: ¿Cuál es la carga? ¿Qué significa? ¿Qué piensa la señora Brown que pasará si su hija se preocupa? Pensar sobre el tema y dibujar un evento anticipado es, según Parse (1990, 1998), una oportunidad para enumerar y clarificar cómo mostrar mejor las consecuencias anticipadas. De esta forma se ayuda a la persona a tomar decisiones sobre cómo seguir o cambiar la situación. Las dimensiones prácticas y los procesos ayudan de una vez a medida que las enfermeras respetan los significados, los ritmos y las formas de avanzar de los demás.

2. Articular los juicios recogidos en la teoría del desarrollo humano. La enfermera se abstiene de resumir, comparar, juzgar o etiquetar a la señora Brown a medida que lucha con las posibilidades y las opciones de su situación. El respeto incondicional recogido en la teoría del desarrollo humano es un gran reto. Puede ser mucho más fácil dar consejos o intentar enseñar, pero los resultados del proceso enfermera-persona, las oportunidades para que la señora Brown vea su situación de manera diferente, variarán según las palabras y las acciones de las enfermeras.
3. ¿Dónde se encuentra la experiencia para las enfermeras guiadas por la teoría del desarrollo humano? La enfermera guiada por la teoría de desarrollo humano cree que la señora Brown conoce la mejor manera de proceder; posiblemente la enfermera no puede conocer la forma de calidad de vida para otra persona. La señora Brown dice que no puede hacer mucho más en su vida y que está sobrecargada por el secreto. El conflicto está en luchar y escoger una forma de avanzar. La madre conoce a su hija y ella también sabe cómo se vuelca en su vida. La presencia real de la enfermera y las preguntas guiadas por la teoría pueden ayudar a la señora Brown a comprender cómo manifestar sus prioridades de valores en este momento. La enfermera también sabe que las prioridades de valores de la señora Brown pueden cambiar en cualquier momento, conduciéndola a un curso de acción distinto. La enfermera puede ser experta en otras áreas, basándose en su conocimiento y experiencia, y confiar en que las personas buscarán información cuando estén preparadas.
4. Piense algunas preguntas que ayuden a los individuos a hablar sobre sus realidades. La señora Brown habló sobre sentirse cansada. La enfermera podría explorar esto más a fondo: ¿Cómo podría encontrar ayuda la señora Brown? ¿Qué le gustaría hacer respecto a ello? Hasta que estas cosas no se conozcan, la enfermera no puede saber cómo proceder. La enfermera puede descubrir sugerencias útiles que ofrecer. La enfermera guiada por el desarrollo humano proporciona información a medida que la gente indica su disposición para oírla. La enfermera cree que dar información o sugerencias a medida que la persona las busca en el flujo del diálogo y escuchándola es la forma más respetuosa y significativa de enseñar.
5. Especifique tres beneficios para la humanidad cuando la enfermera sigue la teoría del desarrollo humano. La práctica del desarrollo humano es consistente con lo que la gente dice que espera de los profesionales de la salud. Las personas han indicado en numerosos informes y publicaciones que quieren ser escuchadas, respetadas, implicarse en su cuidado y proveerse de información significativa cuando la quieran y la necesiten. La gente quiere profesionales competentes, pero si el respeto a la realidad del cliente no es la base del proceso enfermera-persona, no se preocupa por la experiencia del profesional. La gente no quiere ser

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

juzgada o etiquetada por sus elecciones o formas de vida. Las personas quieren ser creídas, comprendidas y respetadas. La teoría del desarrollo humano proporciona una guía para las enfermeras que quieren actuar como quieren los clientes. Se ha demostrado que las enfermeras guiadas por la perspectiva del desarrollo humano están más alerta, más inclinadas a actuar sobre las preocupaciones del cliente y es más probable que se impliquen en los clientes y las familias a su cuidado (Mitchell y Bournes, 1998).

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Parse, R. R. (2007a). Esperanza en «Rita Hayworth and Shawshank Redemption»: A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly, 20*, 148-154.
- Parse, R. R. (2007b). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly, 20, 308-311*.
- Parse, R. R. (2008a). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly, 21, 4.*
- Parse, R. R. (2008b). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly, 21,* 45-48.
- Parse, R. R. (2008c). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly,* 21, 3.
- *Parse interview. Nurse Theorists: Portraits of Excellence*, distribuido por Fitne, Inc. (5 Depot Street, Athens, Ohio 45701).
- Mitchell, G. J. (2006). Parse's theory of human becoming in nursing practice. En M. R. Alligood y A. M. Tomey (eds.). *Nursing theory utilization & application* (3.ª ed.), (pp. 431-460). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

www.discoveryinternationalonline.com
www.humanbecoming.org
www.nursingchannel.org/programs.html

REFERENCIAS

Basho. (1962). Haiku harvest. White Plains, NY: Peter Pauper Press. (Original work published 1644-1694.)

Bournes, D. (2000a). A commitment to honoring people's choices. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 18-23.

Bournes, D. A. (2002). Research evaluating human becoming in practice. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 190-195.

Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20: An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 237-253.

Bournes, D. A., & Naef, R. (2006). Human becoming practice around the globe: Exploring the art of living true presence. *Nursing Science Quarterly*, 109-115.

Cody, W. K. (1995). The lived experience of grieving for families living with AIDS: Family-centered research using Parse's method. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research* (pp. 197-242). New York: National League for Nursing Press.

Cody, W. K. (1995). The meaning of grieving for families living with AIDS. *Nursing Science Quarterly*, *8*, 104-114.

Cody, W. K. (1995). Of life immense in passion, pulse, and power: Dialoguing with Whitman and Parse. A hermeneutic study. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research* (pp. 269-308). New York: National League for Nursing Press.

Cody, W. K. (2000). The lived experience of grieving for persons living with HIV who have used injection drugs. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *11*, 82-92.

Cody, W. K., & Mitchell, G. J. (2002). Nursing knowledge and human science revisited: Practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 4-13.

Crane, J., Josephson, D., & Letcher, D. (1999, Nov). The human becoming health action model in community. Paper presented at The Seventh Annual International Colloquium on Human Becoming. Chicago: Loyola University.

Doucet, T., & Bournes, D. A. (2007). Review of research related to Parse's theory of human becoming. Nursing Science Quarterly, *20*, 16-32.

Jonas, C. M. (1995a). Evaluation of the human becoming theory in family practice. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 347-366). New York: National League for Nursing Press.

King, S. (1982). Rita Hayworth and Shawshank redemption. In S. King (Ed.), *Different seasons* (pp. 3-101). New York: Viking Press.

Legault, F., & Ferguson-Paré, M. (1999). Advancing nursing practice: An evaluation study of Parse's theory of human becoming. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *12*(1), 30-35.

Letcher, D. C., & Yancey, N. R. (2004). Witnessing change with aspiring nurses: A human becoming teaching-learning process in nursing education. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 36-41.

Milton, C. L. (2003a). A graduate curriculum guided by human becoming: Journeying with the possible. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 214-218.

Mitchell, G. J. (2004). An emerging framework for human becoming criticism. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 103-109.
Mitchell, G. J., Bernardo, A., & Bournes, D. (1997). Nursing guided by Parse's theory: Patient views at Sunnybrook. *Nursing Science Quarterly*, *10*, 55-56.
Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (1998). *Finding the way: A video guide to patient focused care* (Videotape). Toronto, Ontario, Canada: Sunnybrook & Women's Health Science Centre.
Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (2000). Nurse as patient advocate? In search of straight thinking. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 204-209.
Mitchell, G. J. (2006). Human becoming-guided patient centered care: New perspectives transform nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 218-224.
Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (1992). Nursing knowledge and human science: Ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*, *5*, 54-61.
Mitchell, G. J., Jonas-Simpson, C., & Ivonoffski, V. (2006). Research-based theatre: The making of *I'm Still Here*. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 198-206.
Nelligan, P., Grinspun, D., Jonas-Simpson, C., McConnell, H., Peter, E., & Pilkington, B. (2002, Summer). Client centered care: Making the ideal real. *Hospital Quarterly*, *5*(4), 70-76.
Norris, J. R. (2002). One-to-one teleapprenticeship as a means for nurses teaching and learning Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 143-149.
Northrup, D. T., & Cody, W. K. (1998). Evaluation of the human becoming theory in practice in an acute care psychiatric setting. *Nursing Science Quarterly*, *11*, 23-30.
Parse, R. R. (1974). *Nursing fundamentals*. Flushing, NY Medical Examination .
Parse, R. R. (1981). Man-living-health: A theory of nursing. New York. Wiley
Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia. W. B. Saunders.
Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *2*, 111.
Parse, R. R. (1990). Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*, *3*, 136-140.
Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *5*, 35-42.
Parse, R. R. (1993). Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*, *6*, 12.
Parse, R. R. (Ed.). (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing Press.
Parse, R. R. (1996). The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*, *9*, 55-60.
Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
Parse, R. R. (1999). *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2000). Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 3.
Parse, R. R. (2001). The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 330-338.
Parse, R. R. (2001). *Qualitative inquiry: The path of sciencing*. Boston: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2003). *Community: A human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2004). A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 33-35.
Parse, R. R. (2005). The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 297-300.
Parse, R. R. (2006). Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 51-56.
Parse, R. R. (2007a). Hope in "Rita Hayworth and Shawshank Redemption": A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 148-154.
Parse, R. R. (2007b). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 308-311.
Parse, R. R. (2007c, June). Humanbecoming modes of inquiry. Paper presented at the Institute of Humanbecoming. Pittsburgh, PA.
Parse, R. R. (2007, June). Humanbecoming theory: Update. Paper presented at the Institute of Humanbecoming. Pittsburgh, PA.
Parse, R. R. (2008a). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 5.
Parse, R. R. (2008b). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 45-48.
Parse, R. R. (2008c). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 3.
Parse, R. R., Coyne, B., & Smith, M. J. (1985). *Nursing research: Qualitative methods*. Bowie, MD: Brady.
Phillips, J. R. (1987). A critique of Parse's man-living-health theory. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 181-204). Philadelphia: W. B. Saunders.
Pickrell, K. D., Lee, R. E., Schumacher, L. P., & Twigg, P. (1998). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed., pp. 463-481). St. Louis: Mosby.
Pilkington, F. B. (1993). The lived experience of grieving the loss of an important other. *Nursing Science Quarterly*, *6*, 130-139.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Pilkington, F. B. (2004). Exploring ethical implications for acting faithfully in professional relationships. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 27-32.
Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Client centered care: Nursing best practice guideline.* Toronto, Ontario, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.
Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 27.
Wang, C. E. (1999). He-bung: Hope for persons living with leprosy in Taiwan. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 143-162). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Williamson, G. J. (2000). The test of a nursing theory: A personal view. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 124-128.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Parse, R. R. (1974). *Nursing fundamentals.* Flushing, NY: Medical Examination.
Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing.* New York: Wiley.
Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques.* Philadelphia: W. B. Saunders.
Parse, R. R. (Ed.). (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research.* New York: National League for Nursing Press.
Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals.* Thousand Oaks, CA: Sage.
Parse, R. R. (1999). *Hope: An international human becoming perspective.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2001). *Qualitative inquiry: The path of sciencing.* Boston: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2003). *Community: A human becoming perspective.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Parse, R. R., Coyne, A. B., & Smith, M. J. (1985). *Nursing research: Qualitative methods.* Bowie, MD: Brady.

Capítulos de libros

Parse, R. R. (1978). Rights of medical patients. In C. T. Fischer & S. L. Brodsky (Eds.), *Client participation in human services.* New Brunswick, NJ: Transaction.
Parse, R. R. (1981). Caring from a human science perspective. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp. 129-132). Thorofare, NJ: Slack.
Parse, R. R. (1989). Man-living-health: A theory of nursing. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Parse, R. R. (1989). Parse's man-living-health model and administration of nursing service. In B. Henry, C. Arndt, M. DiVincenti & A. M. Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, and practice.* Cambridge, MA: Blackwell Scientific.
Parse, R. R. (1989). The phenomenological research method: Its value for management science. In B. Henry, C. Arndt, M. DiVincenti & A. M. Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, and practice.* Cambridge, MA: Blackwell Scientific.
Parse, R. R. (1991). Parse's theory of human becoming. In I. E. Goertzen (Ed.), *Differentiating nursing practice: Into the twenty-first century* (pp. 51-53). Kansas City, MO: American Academy of Nursing.
Parse, R. R. (1993). Parse's human becoming theory: Its research and practice implications. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 49-61). New York: National League for Nursing Press.
Parse, R. R. (1995). Foreword. In M. A. Frey & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing.* Thousand Oaks: CA: Sage.
Parse, R. R. (1995). Man-living-health. A theory of nursing. In M. Mischo-Kelling & K. Wittneben (Eds.), *Auffassungen von pflege in theorie und praxis* (pp. 114-132). Munchen: Urban & Schwarzenberg.
Parse, R. R. (1997). The human becoming theory and its research and practice methodologies. In J. Osterbrink (Ed.), *Pflegetheorien—eine zusammenfassung der 1st international conference.* Freiburg, Germany: Verlag Hans Huber.
Parse, R. R. (1997). The language of nursing knowledge: Saying what we mean. In J. Fawcett & I. M. King (Eds.), *The language of nursing theory and metatheory* (pp. 73-77). Indianapolis: Sigma Theta Tau Monograph.
Parse, R. R. (1999). The lived experience of hope for family members of persons living in a Canadian chronic care facility. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 63-77). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Parse, R. R. (2001). The human becoming school of thought in research. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 227-238). Philadelphia: F. A. Davis.
Parse, R. R. (2006). Rosemarie Rizzo Parse's human becoming school of thought. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 187-194). Philadelphia: F. A. Davis.

Revisiones de libros

Parse, R. R. (1996). [Review of the book Martha E. Rogers: Her life and her work]. Visions: The Journal of Rogerian Science, *2*, 52-53.
Parse, R. R. (1997). [Review of the book Quality of life in behavioral medicine]. Women and Health, *25*(3), 83-86.

Tesis doctorales

Parse, R. R. (1969). An instructional model for the teaching of nursing, interrelating objectives and media (Doctoral dissertation, Duquesne University 1969). *Dissertation Abstracts International, 31*, 180A.

Artículos de revistas

Parse, R. R. (1967, Aug). Advantages and disadvantages of associate degree nursing programs. *Journal of Nursing Education*, *6*(15), 5-8.

Parse, R. R. (1988). Beginnings. *Nursing Science Quarterly*, *1*(1), 1-2.

Parse, R. R. (1988). Creating traditions: The art of putting it together. *Nursing Science Quarterly*, *1*(2), 45.

Parse, R. R. (1988). Scholarly dialogue: The fire of refinement. *Nursing Science Quarterly*, *1*(4), 141.

Parse, R. R. (1988). The mainstream of science: Framing the issue. *Nursing Science Quarterly*, *1*(3), 93.

Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *2*(3), 111.

Parse, R. R. (1989). Making more out of less. *Nursing Science Quarterly*, *2*(4), 155.

Parse, R. R. (1989). Martha E. Rogers: A birthday celebration. *Nursing Science Quarterly*, *2*(2), 55.

Parse, R. R. (1989). Qualitative research: Publishing and funding. *Nursing Science Quarterly*, *2*(1), 1-2.

Parse, R. R. (1990). A time for reflection and projection. *Nursing Science Quarterly*, *3*(4), 143.

Parse, R. R. (1990). Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*, *3*(3), 136-140.

Parse, R. R. (1990). Nursing theory–based practice: A challenge for the 90s. *Nursing Science Quarterly*, *3*(2), 53.

Parse, R. R. (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly*, *3*(1), 9-17.

Parse, R. R. (1990). Promotion and prevention: Two distinct cosmologies. *Nursing Science Quarterly*, *3*(3), 101.

Parse, R. R. (1991). Electronic publishing: Beyond browsing. *Nursing Science Quarterly*, *4*(1), 1.

Parse, R. R. (1991). Growing the discipline of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *4*(4), 139.

Parse, R. R. (1991). Mysteries of health and healing: Two perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *4*(3), 93.

Parse, R. R. (1991). Phenomenology and nursing. *Japanese Journal of Nursing*, *17*(2), 261-269.

Parse, R. R. (1991). The right soil, the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, *4*(2), 47.

Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 35-42.

Parse, R. R. (1992). Moving beyond the barrier reef. *Nursing Science Quarterly*, *5*(3), 97.

Parse, R. R. (1992). Nursing knowledge for the 21st century: An international commitment. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 8-12.

Parse, R. R. (1992). The performing art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *5*(4), 147.

Parse, R. R. (1992). The unsung shapers of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, *5*(2), 47.

Parse, R. R. (1993). Cartoons: Glimpsing paradoxical moments. *Nursing Science Quarterly*, *6*(1), 1.

Parse, R. R. (1993). Critical appraisal: Risking to challenge. *Nursing Science Quarterly*, *6*(4), 163.

Parse, R. R. (1993). Nursing and medicine: Two different disciplines. *Nursing Science Quarterly*, *6*(3), 109.

Parse, R. R. (1993). Plant now; reap later. *Nursing Science Quarterly*, *6*(2), 55.

Parse, R. R. (1993). Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*, *6*(1), 12.

Parse, R. R. (1993). The experience of laughter: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *6*(1), 39-43.

Parse, R. R. (1994). Charley Potatoes or mashed potatoes? *Nursing Science Quarterly*, *7*(3), 97.

Parse, R. R. (1994). Laughing and health: A study using Parse's research method. *Nursing Science Quarterly*, *7*(2), 55-64.

Parse, R. R. (1994). Martha E. Rogers: Her voice will not be silenced. *Nursing Science Quarterly*, *7*(2), 47.

Parse, R. R. (1994). Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *7*(1), 16-21.

Parse, R. R. (1994). Scholarship: Three essential processes. *Nursing Science Quarterly*, *7*(4), 143.

Parse, R. R. (1995). Again: What is nursing? *Nursing Science Quarterly*, *8*(4), 143.

Parse, R. R. (1995). Building the realm of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 51.

Parse, R. R. (1995). Commentary: Parse's theory of human becoming: An alternative to nursing practice for pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *12*(3), 128.

Parse, R. R. (1995). Nursing theories and frameworks: The essence of advanced practice nursing. *Nursing Science Quarterly*, *8*(1), 1.

Parse, R. R. (1995). Nursing theory based research and practice. A conference coming to Japan. Tokyo, Japan: Igacu Shoin. *Medical News Weekly*.

Parse, R. R. (1996). Building knowledge through qualitative research: The road less traveled. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 10-16.

Parse, R. R. (1996). Critical thinking: What is it? *Nursing Science Quarterly*, *9*(3), 138.

Parse, R. R. (1996). Hear ye, hear ye: Novice and seasoned authors!. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 1.

Parse, R. R. (1996). Nursing theories: An original path. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 85.

Parse, R. R. (1996). Quality of life for persons living with Alzheimer's disease: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *9*(3), 126-133.

Parse, R. R. (1996). Reality: A seamless symphony of becoming. *Nursing Science Quarterly*, *9*(4), 181-183.

Parse, R. R. (1996). The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 55-60.

Parse, R. R. (1997). Concept inventing: Unitary creations. *Nursing Science Quarterly*, *10*(2), 63-64.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Parse, R. R. (1997). Investing the legacy: Martha E. Rogers' voice will not be silenced. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, *5*, 7-11.
Parse, R. R. (1997). Joy-sorrow: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, *10*(2), 80-87.
Parse, R. R. (1997). Leadership: The essentials. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 109.
Parse, R. R. (1997). New beginnings in a quiet revolution. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 1.
Parse, R. R. (1997). The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 32-38.
Parse, R. R. (1997). Transforming research and practice with the human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, *10*(4), 171-174.
Parse, R. R. (1998). Moving on. *Nursing Science Quarterly*, *11*(4), 135.
Parse, R. R. (1998). The art of criticism. *Nursing Science Quarterly*, *11*(2), 43.
Parse, R. R. (1998). Will nursing exist tomorrow? A reprise. *Nursing Science Quarterly*, *11*(1), 1.
Parse, R. R. (1999). Authorship: Whose responsibility? *Nursing Science Quarterly*, *12*(2), 99.
Parse, R. R. (1999). Community: An alternative view. *Nursing Science Quarterly*, *12*(2), 119-124.
Parse, R. R. (1999). Expanding the vision: Tilling the field of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, *12*(1), 3.
Parse, R. R. (1999). Integrity and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, *12*(3), 187.
Parse, R. R. (1999). Nursing science: The transformation of practice. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(6), 1383-1387.
Parse, R. R. (1999). Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 275.
Parse, R. R. (1999). Witnessing as true presence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, *8*(3), 1.
Parse, R. R. (2000). Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 3.
Parse, R. R. (2000). Obfuscating: The persistent practice of misnaming. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 91-92.
Parse, R. R. (2000). Paradigms: A reprise. *Nursing Science Quarterly*, *13*(4), 275-276.
Parse, R. R. (2001). Contributions to the discipline. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 5.
Parse, R. R. (2001). Nursing: Still in the shadow of medicine. *Nursing Science Quarterly*, *14*(3), 181.
Parse, R. R. (2001). The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 330-338.
Parse, R. R. (2001). The universe is flat. *Nursing Science Quarterly*, *14*(2), 93.
Parse, R. R. (2002). 15th anniversary celebration. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 3.
Parse, R. R. (2002). Aha! a! hha! Discovery, wonder, laughter. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 273.
Parse, R. R. (2002). Mentoring moments. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 97.
Parse, R. R. (2002). Transforming healthcare with a unitary view of human. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 46-50.
Parse, R. R. (2002). Words, words, words: Meanings, meanings, meanings! *Nursing Science Quarterly*, *15*, 183.
Parse, R. R. (2003). A call for dignity in nursing. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 193.
Parse, R. R. (2003). Research approaches: Likenesses and differences. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 5.
Parse, R. R. (2003). Silos and schools of thought. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 101.
Parse, R. R. (2003). The lived experience of feeling very tired: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 319-325.
Parse, R. R. (2003). What constitutes nursing research? *Nursing Science Quarterly*, *16*, 287.
Parse, R. R. (2004). A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 33-35.
Parse, R. R. (2004). New directions. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 5.
Parse, R. R. (2004). Power in position. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 101.
Parse, R. R. (2004). A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 33-35.
Parse, R. R. (2004). Quality of life: A human becoming perspective. *Japanese Journal of Nursing Research*, *37*(5), 21-26.
Parse, R. R. (2004). Person-centered care. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 193.
Parse, R. R. (2004). The many meanings of unitary: A plea for clarity. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 293.
Parse, R. R. (2004). The ubiquitous nature of unitary: Major change in human becoming language. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, *13*(1), 1.
Parse, R. R. (2004). Another look at vigilance. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, *13*(2), 1.
Parse, R. R. (2005). A community of scholars. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 119.
Parse, R. R. (2005). Attentive reverence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, *14*(2), 1.
Parse, R. R. (2005). Challenges for global nursing. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 285.
Parse, R. R. (2005). Choosing a doctoral program in nursing: What to consider. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 5.
Parse, R. R. (2005). Nursing and medicine: Continuing challenges. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 5.
Parse, R. R. (2005). Parse's criteria for evaluation of theory with a comparison of Parse and Fawcett. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 135-137.
Parse, R. R. (2005). Scientific standards: A renewed alert. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 97.
Parse, R. R. (2005). Symbols and meanings in academia. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 197.

Parse, R. R. (2005). The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 297-300.
Parse, R. R. (2005). The meaning of freely choosing. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, *14*(1), 1-2.
Parse, R. R. (2006). Concept Inventing: Continuing Clarification. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 289.
Parse, R. R. (2006). Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 51-57.
Parse, R. R. (2006). Nursing and medicine: Continuing challenges. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 5.
Parse, R. R. (2006). Outcomes: Saying what you mean. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 189.
Parse, R. R. (2006). Research findings evince benefits of nursing theory-guided practice. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 87.
Parse, R. R. (2007). A human becoming perspective on quality of life. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 217.
Parse, R. R. (2007). Building a research culture. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 197.
Parse, R. R. (2007). Data-based articles and duplicate publication. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 301.
Parse, R. R. (2007). Hope in "Rita Hayworth and Shawshank Redemption": A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 148-154.
Parse, R. R. (2007). Nursing knowledge and health policy. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 105.
Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 308.
Parse, R. R. (2007). Twenty years of commitment to nursing's uniqueness as a discipline. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 5.
Parse, R. R. (2008). Is there a tipping point for congruence in nursing knowledge? *Nursing Science Quarterly*, *21*(3).
Parse, R. R. (2008). Nursing knowledge development: Who's to say how? *Nursing Science Quarterly*, *21*(2).
Parse, R. R. (2008). Proliferation of degrees in nursing: A call for clarity. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 5.
Parse, R. R. (2008). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*, *21*(4).
Parse, R. R. (2008). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*, *21*(3).
Parse, R. R. (2008). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 45-48.
Parse, R. R., Bournes, D. A., Barrett, E. A. M., Malinski, V. M., & Phillips, J. R. (1999). A better way: 10 things health professionals can do to move toward a more personal and meaningful system. *On Call: A Magazine for Nurses and Healthcare Professionals*, *2*(8), 14-17.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros sobre la teoría de Parse del desarrollo humano

Allchin-Petardi, L. (1999). Hope for American women with children. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 273-285). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Banonis, B. C. (1995). Metaphors in the practice of the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 87-95). New York: National League for Nursing Press.
Baumann, S. L. (1999). The lived experience of hope: Children in families struggling to make a home. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 191-210). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Bunkers, S. S. (1999). The lived experience of hope for those working with homeless persons. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 227-250). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Bunkers, S. S. (1999). Translating nursing conceptual frameworks and theory for nursing practice. In A. Solari-Twadell & M. A. McDermott (Eds.), *Parish nursing: Promoting whole person health within faith communities* (pp. 205-214). Thousand Oaks, CA: Sage.
Bunkers, S. S., & Daly, J. (1999). The lived experience of hope for Australian families living with coronary disease. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 45-61). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Cody, W. K. (1995). Of life immense in passion, pulse, and power: Dialoguing with Whitman and Parse. A hermeneutic study. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 269-307). New York: National League for Nursing Press.
Cody, W. K. (1995). The lived experience of grieving for families living with AIDS: Family-centered research using Parse's method. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 197-242). New York: National League for Nursing Press.
Cody, W. K. (1995). The view of the family with the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 9-26). New York: National League for Nursing Press.
Cody, W. K. (1995). True presence with families living with HIV disease. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 115-133). New York: National League for Nursing Press.
Cody, W. K., & Filler, J. E. (1999). The lived experience of hope for women residing in a shelter. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 211-225). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Cody, W. K., Hudepohl, J. H., & Brinkman, K. S. (1995). True presence with a child and his family. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 135-146). New York: National League for Nursing Press.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Daly, J. (1995). The lived experience of suffering. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 253-268). New York: National League for Nursing Press.

Daly, J. (1995). The view of suffering within the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 45-59). New York: National League for Nursing Press.

Daly, J., & Watson, J. (1996). Parse's human becoming theory of nursing. In J. Greenwood (Ed.), *Nursing theory in Australia: Development and application* (pp. 177-200). Pymble, NSW, Australia: Harper Educational Publishers.

Jonas, C. M. (1995). Evaluation of the human becoming theory in family practice. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 347-366). New York: National League for Nursing Press.

Jonas, C. M. (1995). True presence through music for persons living their dying. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice* (pp. 97-104). New York: National League for Nursing Press.

Kelley, L. S. (1995). The house-garden-wilderness metaphor: Caring frameworks and the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 61-76). New York: National League for Nursing Press.

Kelley, L. S. (1999). Hope as lived by Native Americans. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 251-272). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Mitchell, G. J. (1991). Distinguishing practice with Parse's theory. In I. E. Goertzen (Ed.), *Differentiating nursing practice into the twenty-first century* (pp. 55-58). New York: American Nurses Association Publication.

Mitchell, G. J. (1993). Parse's theory in practice. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 62-80). New York: National League for Nursing Press.

Mitchell, G. J. (1995). Evaluation of the human becoming theory in practice in an acute care setting. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 367-399). New York: National League for Nursing Press.

Mitchell, G. J. (1995). The lived experience of restriction-freedom in later life. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 159-195). New York: National League for Nursing Press.

Mitchell, G. J. (1995). The view of freedom within the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), *Illumination: The human becoming theory in practice and research* (pp. 27-43). New York: National League for Nursing Press.

Mitchell, G. J. (2002). Parse's theory of human becoming and nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization and application* (2nd ed)., (pp. 403-428). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

Mitchell, G. J. (2002). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In M. R. Alligood & A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed), (pp. 227-259). St. Louis, MO: Mosby.

Mitchell, G. J. (2004). Leading and enhancing patient-focused care: The human becoming theory in action. In J. Daly, S. Speedy & D. Jackson (Eds.), *Nursing leadershi* (pp. 299-312). Marrickville, New South Wales: Elsevier Australia.

Mitchell, G. J. (2006). Parse's theory of human becoming and nursing practice. In M. Alligood and A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed), (pp. 431-460). PA: Elsevier.

Mitchell, G. J. (2006). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed)., (pp. 522-559). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Mitchell, G. J. (2007). Parse's theory of human becoming and nursing practice. In M. Alligood and A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed) (pp. 431-460). PA: Elsevier. C. Calamandrei, Italian translation. Milano, Italy: McGraw-Hill.(2006).

Mitchell, G. J., Bunkers, S. S., & Bournes, D. A. (2006). Applications of Parse's human becoming school of thought. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 194-216). Philadelphia: F. A. Davis.

Pickrell, K. D., Lee, R. E., Schumacher, L. P., & Twigg, P. (1998). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Pilkington, F. B., & Millar, B. (1999). The lived experience of hope with persons from Wales, UK. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 163-189). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Rasmusson, D. L. (1995). True presence with homeless persons. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 105-113). New York: National League for Nursing Press.

Santopinto, M. D. A., & Smith, M. C. (1995). Evaluation of the human becoming theory in practice with adults children. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 309-346). New York: National League for Nursing Press.

Smith, M. J. (1989). Research and practice application related to man-living-health. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed), pp. 267-276). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Takahashi, T. (1999). Kibou: Hope for persons in Japan. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human*

becoming perspective (pp. 115-128). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Toikkanen, T., & Muurinen, E. (1999). Toivo: Hope for persons in Finland. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 79-96). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Wang, C. E. H. (1999). He-Bung: Hope for persons living with leprosy in Taiwan. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 45-61). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Willman, A. (1999). Hopp: The lived experience for Swedish elders. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 129-142). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Zanotti, R., & Bournes, D. A. (1999). Speranza: A study of the lived experience of hope with persons from Italy. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 97-114). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Artículos de revistas sobre la teoría de Parse

Allchin-Petardi, L. (1998). Weathering the storm: Persevering through a difficult time. *Nursing Science Quarterly*, *11*(4), 172-177.
Andrus, K. (1995). Parse's nursing theory and the practice of perioperative nursing. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, *13*(3), 19-22. *Quarterly, 19*, 339-348.
Aquino-Russell, K., Struby, F. V. M., & Reviczky, K. (2007). Living attentive presence and changing perspectives with a web-based nursing theory course. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 128-134.
Arndt, M. J. (1995). Parse's theory of human becoming in practice with hospitalized adolescents. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 86-90.
Arrigo, B., & Cody, W. K. (2004). A dialogue on existential-phenomenological thought in psychology and in nursing. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 6-11.
Banonis, B. C. (1989). The lived experience of recovering from addiction: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *2*(1), 37-43.
Baumann, S. (1994). No place of their own: An exploratory study. *Nursing Science Quarterly*, *7*(4), 162-169.
Baumann, S. (1995). Two views of children's art: Psychoanalysis and Parse's human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, *8*(2), 65-70.
Baumann, S. (1996). Feeling uncomfortable: Children in families with no place of their own. *Nursing Science Quarterly*, *9*(4), 152-159.
Baumann, S. (1996). Parse's research methodology and the nurse-researcher-child process. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 27-32.
Baumann, S. (1997). Contrasting two approaches in a community-based nursing practice with older adults: The medical model and Parse's nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 124-130.
Baumann, S. L. (1997). Qualitative research with children as participants. *Nursing Science Quarterly*, *10*(2), 68-69.
Baumann, S. L. (1999). Art as a path of inquiry. *Nursing Science Quarterly*, *12*(2), 106-110.
Baumann, S. L. (2003). The lived experience of feeling very tired: A study of adolescent girls. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 326-333.
Baumann, S., & Braddick, M. (1999). Out of their element: Fathers of children who are "not the same.". Journal of Pediatric Nursing, *14*(6), 269-278.
Baumann, S. L., Dyches, T. T., & Braddick, M. (2005). Being a sibling. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 51-58.
Baumann, S. L., & Englert, R. (2003). A comparison of three views of spirituality in oncology nursing. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 5259.
Baumann, S. L., & Söderhamn, O. (2005). Considering and enjoying tomorrow: Global aging through a human becoming lens. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 353-358.
Benedict, L. L., Bunkers, S. S., Damgaard, G. A., Duffy, C. E., Hohman, M. L., & Vander Woude, D. L. (2000). The South Dakota board of nursing theory–based regulatory decisioning model. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 167-171.
Bernardo, A. (1998). Technology and true presence in nursing. *Holistic Nursing Practice*, *12*(4), 40-49.
Bournes, D. A. (2000). A commitment to honoring people's choices. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 18-23.
Bournes, D. A. (2000). Concept inventing: A process for creating a unitary definition of having courage. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 143-149.
Bournes, D. A. (2002). Having courage: A lived experience of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 220-229.
Bournes, D. A. (2002). Research evaluating human becoming in practice. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 190-195.
Bournes, D. A. (2006). Human becoming-guided practice. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 329-330.
Bournes, D. A. (2007). Rosemarie Rizzo Parse over the years. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 305.
Bournes, D. A., Bunkers, S. S., & Welch, A. J. (2004). Human becoming: Scope and challenges. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 227-232.
Bournes, D. A., & Das Gupta, T. L. (1997). Professional practice leader: A transformational role that addresses human diversity. *Nursing Administration Quarterly*, *21*(4), 61-68.
Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2005). Persevering through a difficult time during the SARS outbreak in Toronto. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 324-333.
Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20: An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 237-253.
Bournes, D. A., & Flint, F. (2003). Mis-takes: Mistakes in the nurse-person process. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 127-130.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bournes, D. A., & Linscott, J. (1998). Patient-focused care: A process of discovery. *Theoria, 7*(4), 35.
Bournes, D. A., & Mitchell, G. J. (2002). Waiting: The experience of persons in a critical care waiting room. *Research in Nursing & Health, 25*, 58-67.
Bournes, D. A., & Naef, R. (2006). Human becoming practice around the globe: Exploring the art of living true presence. *Nursing Science Quarterly, 19*, 109-115.
Bunkers, S. S. (1998). A nursing theory–guided model of health ministry: Human becoming in parish nursing. *Nursing Science Quarterly, 11*(1), 78.
Bunkers, S. S. (1998). Considering tomorrow: Parse's theory-guided research. *Nursing Science Quarterly, 11*(2), 56-63.
Bunkers, S. S. (1999). Commentary on Parse's view of community. *Nursing Science Quarterly, 12*(2), 121-124.
Bunkers, S. S. (1999). Emerging discoveries and possibilities in nursing. *Nursing Science Quarterly, 12*(1), 26-29.
Bunkers, S. S. (1999). Learning to be still. *Nursing Science Quarterly, 12*, 172-173.
Bunkers, S. S. (1999). The meaning of new age: The judging and misjudging of values and beliefs. *Nursing Science Quarterly, 12*(2), 100-105.
Bunkers, S. S. (1999). The teaching-learning process and the theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly, 12*(3), 227-232.
Bunkers, S. S. (2002). Lifelong learning: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly, 15*, 294-300.
Bunkers, S. S. (2003). Comparison of three Parse method studies on feeling very tired. *Nursing Science Quarterly, 16*, 340-344.
Bunkers, S. S. (2003). Understanding the stranger. *Nursing Science Quarterly, 16*, 305-309.
Bunkers, S. S. (2004). The lived experience of feeling cared for: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly, 17*, 63-71.
Bunkers, S. S. (2006). Reflections of the prairie as a creative teaching-learning process. *Nursing Science Quarterly, 19*, 25-29.
Bunkers, S. S. (2007). The experience of feeling unsure for women at end of life. *Nursing Science Quarterly, 20*, 56-63.
Bunkers, S. S., Michaels, C., & Ethridge, P. (1997). Advanced practice nursing in community: Nursing's opportunity. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 2*(4), 79-84.
Butler, M. J. (1988). Family transformation: Parse's theory in practice. *Nursing Science Quarterly, 1*(2), 68-74.
Butler, M. J., & Snodgrass, F. G. (1991). Beyond abuse: Parse's theory in practice. *Nursing Science Quarterly, 4*(2), 76-82.
Carson, M. G., & Mitchell, G. J. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing, 28*(6), 1242-1248.
Chan, E. A. (2005). The influence of the human becoming theory on teaching-learning stories in Hangzhou. *China. Nursing Science Quarterly, 18*, 306-312.
Chapman, J. S., Mitchell, G. J., & Forchuk, C. (1994). A glimpse of nursing theory-based practice in Canada. *Nursing Science Quarterly, 7*(3), 104-112.
Cody, W. K. (1991). Grieving a personal loss. *Nursing Science Quarterly, 4*, 61-68.
Cody, W. K. (1991). Multidimensionality: Its meaning and significance. *Nursing Science Quarterly, 4*, 140-141.
Cody, W. K. (1993). Norms and nursing science: A question of values. *Nursing Science Quarterly, 6*(3), 110-112.
Cody, W. K. (1994). Meaning and mystery in nursing science and art. *Nursing Science Quarterly, 7*(2), 48-51.
Cody, W. K. (1994). Nursing theory–guided practice: What it is and what it is not. *Nursing Science Quarterly, 7*(4), 144-145.
Cody, W. K. (1994). Radical health care reform: The person as case manager. *Nursing Science Quarterly, 7*(4), 180-182.
Cody, W. K. (1995). All those paradigms: Many in the universe, two in nursing. *Nursing Science Quarterly, 8*(4), 144-147.
Cody, W. K. (1995). The meaning of grieving for families living with AIDS. *Nursing Science Quarterly, 8*(3), 104-114.
Cody, W. K. (1996). Drowning in eclecticism. *Nursing Science Quarterly, 9*, 86-88.
Cody, W. K. (1996). Occult reductionism in the discourse of theory development. *Nursing Science Quarterly, 9*(4), 140-142.
Cody, W. K. (1997). The many faces of change: Discomfort with the new. *Nursing Science Quarterly, 10*(2), 65-67.
Cody, W. K. (1998). Critical theory and nursing science: Freedom in theory and practice. *Nursing Science Quarterly, 11*(2), 44-46.
Cody, W. K. (1999). Affirming reflection. *Nursing Science Quarterly, 12*(1), 4-6.
Cody, W. K. (1999). Middle-range theories: Do they foster the development of nursing science? *Nursing Science Quarterly, 12*(1), 9-14.
Cody, W. K. (2000). Paradigm shift or paradigm drift? A meditation on commitment and transcendence. *Nursing Science Quarterly, 13*(2), 93-102.
Cody, W. K. (2000). The challenge of unitary conceptualizations: An exemplar. *Nursing Science Quarterly, 13*(1), 4.
Cody, W. K., & Mitchell, G. J. (1992). Parse's theory as a model for practice: The cutting edge. ANS Advances in Nursing Science, *15*(2), 52-65.
Costello-Nickitas, D. M. (1994). Choosing life goals: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly, 7*(2), 87-92.

Daly, J., & Jackson, D. (1999). On the use of nursing theory in nursing education, nursing practice, and nursing research in Australia. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 342-345.

Daly, J., Mitchell, G. J., & Jonas-Simpson, C. M. (1996). Quality of life and the human becoming theory: Exploring discipline-specific contributions. *Nursing Science Quarterly*, *9*(4), 170-174.

Damgaard, G., & Bunkers, S. S. (1998). Nursing science-guided practice and education: A state board of nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, *11*(4), 14-24.

Davis, C., & Cannava, E. (1995). The meaning of retirement for communally-living retired performing artists. *Nursing Science Quarterly*, *8*(1), 8-16.

Doucet, T., & Bournes, D. A. (2007). Review of research related to Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 16-32.

Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates—Rosemarie Rizzo Parse. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 126-131.

Fisher, M. A., & Mitchell, G. J. (1998). Patients' views of quality of life: Transforming the knowledge base of nursing. *Clinical Nurse Specialist*, *12*(3), 99-105.

Florczak, K. L. (2006). The lived experience of sacrificing something important. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 133-141.

Futrell, M., Wondolowski, C., & Mitchell, G. J. (1994). Aging in the oldest old living in Scotland: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *6*(4), 189-194.

Gates, K. M. (2000). The experience of caring for a loved one: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 54-59.

Hamalis, P. (1999). Reaching out. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 346.

Hansen-Ketchum, P. (2004). Parse's theory in practice. *Journal of Holistic Nursing*, *22*, 57-72.

Heine, C. (1991). Development of gerontological nursing theory: Applying man-living-health theory of nursing. *Nursing and Health Care*, *12*, 184-188.

Hodges, H. F., Keeley, A. C., & Grier, E. C. (2001). Masterworks of art and chronic illness experiences in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, *36*, 389-398.

Huch, M. H. (2002). Response to: Critical review of R. R. Parse's "The human becoming school of thought. A perspective for nurses and other health professionals.". *Journal of Advanced Nursing*, *37*, 217.

Huch, M. H., & Bournes, D. A. (2003). Community dwellers' perspectives on the experience of feeling very tired. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 334-339.

Huchings, D. (2002). Parallels in practice: Palliative nursing practice and Parse's theory of human becoming. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *19*, 408-414.

International Consortium of Parse Scholars. (1999). A nursing position on global healthcare: Our commitment to humankind. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 347.

Jacono, B. J., & Jacono, J. J. (1996). The benefits of Newman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nursing Education Today*, *16*, 356-362.

Janes, N. M., & Wells, D. L. (1997). Elderly patients' experiences with nurses guided by Parse's theory of human becoming. *Clinical Nursing Research*, *6*, 205-224.

Jonas, C. M. (1992). The meaning of being an elder in Nepal. *Nursing Science Quarterly*, *5*(4), 171-175.

Jonas-Simpson, C. M. (1996). The patient-focused care journey: Where patients and families guide the way. *Nursing Science Quarterly*, *9*(4), 145-146.

Jonas-Simpson, C. M. (1997). Living the art of the human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, *10*(4), 175-179.

Jonas-Simpson, C. M. (1997). The Parse research method through music. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 112-114.

Jonas-Simpson, C. M. (2001). Feeling understood: A melody of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *14*, 222-230.

Jonas-Simpson, C. M. (2003). The experience of being listened to: A human becoming study with music. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 232-238.

Jonas-Simpson, C. J. (2006). The possibility of changing meaning in light of space and place. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 89-94.

Jonas-Simpson, C., & McMahon, E. (2005). The language of loss when a baby dies prior to birth: Cocreating human experience. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 124-130.

Kagan, P. N. (2008). Feeling listened to: A lived experience of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, *21*, 59-67.

Karnick, P. M. (2005). Human becoming theory with children. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 221-226.

Karnick, P. M. (2007). Nursing practice: Imaging the possibles. *Nursing Science Quarterly*, *20*, 44-47.

Kelley, L. S. (1991). Struggling with going along when you do not believe. *Nursing Science Quarterly*, *4*(3), 123-129.

Kelley, L. S. (1995). Parse's theory in practice with a group in the community. *Nursing Science Quarterly*, *8*(3), 127-132.

Kim, M. S., Shin, K. R., & Shin, S. R. (1998). Korean adolescents' experiences of smoking cessation: A prelude to research with the human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *11*(3), 105-109.

Kruse, B. G. (1999). The lived experience of serenity: Using Parse's research method. *Nursing Science Quarterly*, *12*(2), 143-150.

Lee, O. J., & Pilkington, F. B. (1999). Practice with persons living their dying: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 324-328.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Legault, F., & Ferguson-Paré, M. (1999). Advancing nursing practice: An evaluation study of Parse's theory of human becoming. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *12*(1), 30-35.
Letcher, D. C., & Yancey, N. R. (2004). Witnessing change with aspiring nurses: A human becoming teaching-learning process in nursing education. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 36-41.
Liehr, P. R. (1989). The core of true presence: A loving center. *Nursing Science Quarterly*, *2*(1), 7-8.
Linscott, J., Spee, R., Flint, F., & Fisher, A. (1999). Creating a culture of patient-focused care through a learner-centered philosophy. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *12*(4), 5-10.
Liu, S. L. (1994). The lived experience of health for hospitalized older women in Taiwan. *Journal of National Taipei College of Nursing*, *1*, 1-84.
Markovic, M. (1997). From theory to perioperative practice with Parse. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, *15*(1), 13-16.
Mattice, M. (1991). Parse's theory of nursing in practice: A manager's perspective. *Canadian Journal of Nursing Administration*, *4*(1), 11-13.
Mattice, M., & Mitchell, G. J. (1990). Caring for confused elders. *The Canadian Nurse*, *86*(11), 16-18.
Melnechenko, K. L. (2003). To make a difference: Nursing presence. *Nursing Forum*, *38*, 18-24.
Milton, C. L. (2000). Beneficence: Honoring the commitment. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 111-115.
Milton, C. L. (2003). A graduate curriculum guided by human becoming: Journeying with the possible. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 214-218.
Milton, C. L. (2003). The American Nurses Association Code of Ethics: A reflection on the ethics of respect and human dignity with nurse as expert. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 301-304.
Milton, C. L., & Buseman, J. (2002). Cocreating anew in public health nursing. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 113-116.
Mitchell, G. J. (1986). Utilizing Parse's theory of man-living-health in Mrs. M's neighborhood. *Perspectives*, *10*(4), 5-7.
Mitchell, G. J. (1988). Man-living-health: The theory in practice. *Nursing Science Quarterly*, *1*(3), 120-127.
Mitchell, G. J. (1990). Struggling in change: From the traditional approach to Parse's theory-based practice. *Nursing Science Quarterly*, *3*(4), 170-176.
Mitchell, G. J. (1990). The lived experience of taking life day-by-day in later life: Research guided by Parse's emergent method. *Nursing Science Quarterly*, *3*(1), 29-36.
Mitchell, G. J. (1991). Diagnosis: Clarifying or obscuring the nature of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *4*(2), 52-53.
Mitchell, G. J. (1991). Human subjectivity: The cocreation of self. *Nursing Science Quarterly*, *4*(3), 144-145.
Mitchell, G. J. (1991). Nursing diagnosis: An ethical analysis. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *23*(2), 99-103.
Mitchell, G. J. (1992). Parse's theory and the multi-disciplinary team: Clarifying scientific values. *Nursing Science Quarterly*, *5*(3), 104-106.
Mitchell, G. J. (1993). Living paradox in Parse's theory. *Nursing Science Quarterly*, *6*(1), 44-51.
Mitchell, G. J. (1993). The same-thing-yet-different phenomenon: A way of coming to know—Or not? *Nursing Science Quarterly*, *6*(2), 61-62.
Mitchell, G. J. (1993). Time and a waning moon: Seniors describe the meaning to later life. *The Canadian Journal of Nursing Research*, *25*(1), 51-66.
Mitchell, G. J. (1994). Discipline-specific inquiry: The hermeneutics of theory-guided nursing research. *Nursing Outlook*, *42*(5), 224-228.
Mitchell, G. J. (1994). The meaning of being a senior: A phenomenological study and interpretation with Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *7*, 70-79.
Mitchell, G. J. (1996). Clarifying contributions of qualitative research findings. *Nursing Science Quarterly*, *9*(4), 143-144.
Mitchell, G. J. (1996). Pretending: A way to get through the day. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 92-93.
Mitchell, G. J. (1997). Retrospective and prospective of practice applications: Views in the fog. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 8-9.
Mitchell, G. J. (1997). Theory and practice in long term care: The acorn doesn't fall far from the tree. *Long Term Care*, *7*(4), 31-34.
Mitchell, G. J. (1998). Living with diabetes: How understanding expands theory for professional practice. *Canadian Journal of Diabetes Care*, *22*(1), 30-37.
Mitchell, G. J. (1998). Standards of nursing and the winds of change. *Nursing Science Quarterly*, *11*(3), 97-98.
Mitchell, G. J. (2003). Abstractions and particulars: Learning theory for practice. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 310-314.
Mitchell, G. J. (2004). An emerging framework for human becoming criticism. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 103-109.
Mitchell, G. J. (2006). Human becoming criticism—a critique of Florczak's study on the lived experience of sacrificing something important. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 142-146.
Mitchell, G. J., Bernardo, A., & Bournes, D. (1997). Nursing guided by Parse's theory: Patient views at Sunnybrook. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 55-56.
Mitchell, G. J., Bournes, D. A., & Hollett, J. (2006). Human becoming-guided patient centered care: New perspectives transform nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 218-224.
Mitchell, G. J., & Bunkers, S. S. (2003). Engaging the abyss: A mis-take of opportunity? *Nursing Science Quarterly*, *16*, 121-125.

Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (1993). The role of theory in qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, *6*(4), 170-178.
Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (1999). Human becoming theory: A complement to medical science. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 304-310.
Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (1992). Nursing knowledge and human science: Ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*, *5*(2), 54-61.
Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (2002). Ambiguous opportunity: Toiling for truth of nursing art and science. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 71-79.
Mitchell, G. J., & Copplestone, C. (1990). Applying Parse's theory to perioperative nursing: A nontraditional approach. *AORN Journal*, *51*(3), 787-798.
Mitchell, G. J., & Halifax, N. D. (2005). Feeling respected-not respected: The embedded artist in Parse method. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 105-112.
Mitchell, G. J., & Heidt, P. (1994). The lived experience of wanting to help another. *Nursing Science Quarterly*, *7*(3), 119-127.
Mitchell, G. J., Jonmas-Simpson, C., & Ivonoffski, V. (2006). Research-based theatre: The making of *I'm Still Here! Nursing Science Quarterly*, *19*, 198-206.
Mitchell, G. J., & Lawton, C. (2000). Living with the consequences of personal choices for person with diabetes: Implications for educators and practitioners. *Canadian Journal of Diabetes Care*, *24*(2), 23-31.
Mitchell, G. J., & Pilkington, F. B. (1990). Theoretical approaches in nursing practice: A comparison of Roy and Parse. *Nursing Science Quarterly*, *3*(2), 81-87.
Mitchell, G. J., & Pilkington, F. B. (1999). A dialogue on the comparability of research paradigms—And other theoretical things. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 283-289.
Mitchell, G. J., & Pilkington, F. B. (2000). Comfort-discomfort with ambiguity: Flight and freedom in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 31-36.
Mitchell, G. J., & Santopinto, M. D. A. (1988). An alternative to nursing diagnosis. *The Canadian Nurse*, *84*(10), 25-28.
Mitchell, G. J., & Santopinto, M. D. A. (1988). The expanded role nurse: A dissenting viewpoint. *Canadian Journal of Nursing Administration*, *4*(1), 8-14.
Mitchell, M. G. (2002). Patient-focused care on a complex continuing care dialysis unit: Rose's story. *CAANT Journal—Canadian Association of Nephrology Nurses & Technicians*, *12*, 48-49.
Nokes, K. M., & Carver, K. (1991). The meaning of living with AIDS: A study using Parse's theory of man-living-health. *Nursing Science Quarterly*, *4*(4), 175-179.
Norris, J. R. (2002). One-to-one teleapprenticeship as a means for nurses teaching and learning Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 143-149.
Northrup, D. T. (2002). Time passing: A Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 318-326.
Northrup, D. T., & Cody, W. K. (1998). Evaluation of the human becoming theory in practice in an acute care psychiatric setting. *Nursing Science Quarterly*, *11*(1), 23-30.
Ortiz, M. R. (2003). Lingering presence: A study using the human becoming hermeneutic method. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 146-154.
Paille, M., & Pilkington, F. B. (2002). The global context of nursing: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 165-170.
Pilkington, F. B. (1993). The lived experience of grieving the loss of an important other. *Nursing Science Quarterly*, *6*(3), 130-139.
Pilkington, F. B. (1999). An ethical framework for nursing practice: Parse's human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, *12*(1), 21-25.
Pilkington, F. B. (1999). A qualitative study of life after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, *31*(6), 336-347.
Pilkington, F. B. (2000). A unitary view of persistence-change. *Nursing Science Quarterly*, *13*(1), 5-11.
Pilkington, F. B. (2004). Exploring ethical implications for acting faithfully in professional relationships. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 27-32.
Pilkington, F. B. (2005). Grieving a loss: The experience for elders residing in an institution. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 233-242.
Pilkington, F. B. (2005). Myth and symbol in nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 198-203.
Pilkington, F. B. (2005). The concept of intentionality in human science nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 98-104.
Pilkington, F. B. (2006). Developing nursing knowledge on grieving: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 299-303.
Pilkington, F. B. (2006). On joy-sorrow: A paradoxical pattern of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 290-291.
Pilkington, F. B., Frederickson, K., & Velsasco-Whetsell, M. (2006). The glass menagerie as heuristic for explicating nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 190-196.
Pilkington, F. B., & Mitchell, G. J. (2004). Quality of life for women living with a gynecological cancer. *Nursing Science Quarterly*, *17*, 147-155.
Profile: Rosemarie Rizzo. & Parse. (1991). *The Japanese Journal of Nursing*, *55*(8), 744.
Quiquero, A., Knights, D., & Meo, C. O. (1991). Theory as a guide to practice: Staff nurses choose Parse's theory. *Canadian Journal of Nursing Administration*, *4*(1), 14-16.
Ramey, S. L., & Bunkers, S. S. (2006). Teaching the abyss: Living the art-science of nursing. *Nursing Science Quarterly*, *19*, 311-315.
Rasmusson, D. L., Jonas, C. M., & Mitchell, G. J. (1991). The eye of the beholder: Applying Parse's theory with homeless individuals. *Clinical Nurse Specialist Journal*, *5*(3), 139-143.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Rendon, D. C., Sales, R., Leal, I., & Pique, J. (1995). The lived experience of aging in community-dwelling elders in Valencia, Spain: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *8*(4), 152-157.
Ross, J. R. L. (1997). A paradigm shift: What a difference a day makes. *Perspectives*, *21*(4), 2-6.
Saltmarche, A., Kolodny, V., & Mitchell, G. J. (1998). An educational approach for patient-focused care: Shifting attitudes and practice. *Journal of Nursing Staff Development*, *14*(2), 81-86.
Santopinto, M. D. A. (1989). The relentless drive to be ever thinner: A study using the phenomenological method. *Nursing Science Quarterly*, *2*(1), 29-36.
Smith, M. C. (1990). Struggling through a difficult time for unemployed persons. *Nursing Science Quarterly* *3*(1), 18-28.
Smith, M. K. (2002). Human becoming and women living with violence: The art of practice. *Nursing Science Quarterly*, *15*, 302-307.
Spenceley, S. M. (1995). The CNS in multidisciplinary pulmonary rehabilitation: A nursing science perspective. *Clinical Nurse Specialist*, *9*, 192-198.
Stanley, G. D., & Meghani, S. H. (2001). Reflections on using Parse's theory of human becoming in a palliative care setting in Pakistan. *Canadian Nurse*, *97*, 23-25.
Thornburg, P. (2002). "Waiting" as experienced by women hospitalized during the antepartum period. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, *27*, 245-248.
Walker, C. A. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, *24*, 988-996.
Wang, C. E. (2000). Developing a concept of hope from a human science perspective. *Nursing Science Quarterly*, *13*, 248-251.
Wang, C. H. (1997). Quality of life and health for persons living with leprosy. *Nursing Science Quarterly*, *10*(3), 144-145.
Welch, A. J. (2007). The phenomenon of taking life day-by-day: Using Parse's research method. *Nursing Science Quarterly*, 20, 265-272.
Williamson, G. J. (2000). The test of a nursing theory: A personal view. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 124-128.
Wimpenny, P. (1993). The paradox of Parse's theory. *Senior Nurse*, *13*(5), 10-13.
Wing, D. M. (1999). The aesthetics of caring: Where folk healers and nurse theorists converge. *Nursing Science Quarterly*, *12*(13), 256-262.
Wondolowski, C., & Davis, D. K. (1988). The lived experience of aging in the oldest old: A phenomenological study. *The American Journal of Psychoanalysis*, *48*, 261-270.
Wondolowski, C., & Davis, D. K. (1991). The lived experience of health in the oldest old: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, *4*(3), 113-118.
Woude, D. V. (1998). Nursing theory-based regulatory decisioning model in South Dakota. *Issues*, *19*(3), 14.
Woude, D. V., Damgaard, G., Hegge, M. J., Soholt, D., & Bunkers, S. S. (2003). The unfolding: Scenario planning in nursing. *Nursing Science Quarterly*, *16*, 27-35.
Woude, D. V., & Letcher, D. C. (2005). Becoming a living-learning organization. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 24-30.
Yancy, N. R. (2005). The experience of the novice nurse: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 215-220.

Capítulos de libros y artículos de revistas por otros autores que comentan la teoría de Parse

Cowling, W. R. (1989). Parse's theory of nursing. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (2nd ed, pp. 385-399). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Hickman, J. S. (1990). Rosemarie Rizzo Parse. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (3rd ed, pp. 311-332). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Lee, R. E., & Schumacher, L. P. (1989). Rosemarie Rizzo Parse: Man-living-health. In A. Marriner Tomey (Ed.), *Nurse theorists and their work* (2nd ed, pp. 174-186). St. Louis: Mosby.
Phillips, J. (1987). A critique of Parse's man-living-health theory. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 181-204). Philadelphia: W. B. Saunders.
Pugliese, L. (1989). The theory of man-living-health: An analysis. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed, pp. 259-265). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Smith, M. C., & Hudepohl, J. H. (1988). Analysis and evaluation of Parse's theory of man-living-health. *The Canadian Journal of Nursing Research: Nursing Papers*, *20*(4), 43-58.
Winkler, S. J. (1983). Parse's theory of nursing. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (pp. 275-294). Bowie. MD: Brady.

Revisiones de libros de Parse

[Review of the book Man-living-health: A theory of nursing]. (1981). International Journal of Rehabilitation Research, 4, 449.
Clarke, P. N. (1996). [Review of the book Illuminations: The human becoming theory in practice and research]. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 81-82.
Fawcett, J. (1996). [Review of the book Illuminations: The human becoming theory in practice and research]. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 82-83.
Fawcett, J., & Phillips, J. R. (1999). [Review of the book The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals]. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 85-89.

Jacobs-Kramer, M. K., Levine, M. E., & Menke, E. M. (1988). Three perspectives on a scholarly work [Review of the book Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques]. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 182-186.

Jonas-Simpson, C. (2004). Community: A human becoming perspective [Reviewed by K. Egenes, S. H. Gueldner, & L. S. Kelley]. *Nursing Science Quarterly*, 17, 177-182.

Limandri, B. J. (1982). [Review of the book Man-living-health: A theory of nursing]. Western Journal of Nursing Research, 4(1), 105-106.

Rawnsley, M. M. (1988). Quest for quality: A comparative review [Review of the book Nursing research: Qualitative methods]. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 40-41.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO

25

Helen C. Erickson

1937-presente

Evelyn M. Tomlin

1929-presente

Mary Ann P. Swain

1941-presente

Modelos y modelado de roles

Margaret E. Erickson

«La aceptación incondicional de la persona como un humano en el proceso de ser y llegar a ser es básico en el paradigma de los modelos y el modelado de roles. Es un prerrequisito para facilitar el crecimiento holístico…
La aceptación incondicional de la persona como ser humano que tiene una necesidad inherente de dignidad y respeto de los otros, y de conexión, este tipo de aceptación incondicional se basa en el amor incondicional» (Erickson, 2006, p. 343).

BIOGRAFÍA

Helen C. Erickson

Helen C. Erickson recibió el diploma del Saginaw General Hospital, Saginaw (Michigan) en 1957. Entre sus titulaciones se incluyen un grado en enfermería en 1974, dos másteres: uno en enfermería psiquiátrica y otro en enfermería médico-quirúrgica en 1976 y un doctorado en psicología educativa en 1984, todos de la Universidad de Michigan.

La experiencia profesional de Erickson empezó en el servicio de urgencias del Midland Community Hospital, en Midland (Texas), donde fue directora de enfermería durante 2 años. Después, trabajó en Mount Pleasant, en Michigan, como supervisora del turno de noche de enfermería en el Michigan State Home for the Mentally Impaired and Handicapped. En 1960 fue directora de los servicios de salud en la Inter-American University en San German (Puerto Rico), hasta 1964. Cuando regresó a Estados Unidos, trabajó como enfermera en el St. Joseph's Hospital y en el University Hospital en Ann Arbor (Michigan). Más tarde, trabajó como consejera de enfermería psiquiátrica en el Pediatric Nurse Practitioner Program en la Universidad de Michigan y los University of Michigan Hospitals-Adult Care.

Su carrera académica empezó como profesora asociada en el RN Studies Program de la escuela de enfermería en la Universidad de Michigan, donde ejerció posteriormente el cargo de presidenta del programa de licenciatura y de decana de los estudios de licenciatura. Erickson fue profesora asociada de enfermería en la Universidad de Michigan de 1978 a 1986. En 1986, Erickson abandonó Michigan para dirigirse a la University of South Carolina College of Nursing. Al principio, trabajó como profesora asociada y ayudante del decano de los programas académicos; más tarde, ocupó el cargo de decana asociada de asuntos académicos. En 1988, Erickson se trasladó a Austin, en Texas, donde ha sido profesora de enfermería y Chair of Adult Health en la Universidad de Texas. Además fue ayudante especial del decano en los programas de licenciatura. Desde 1997 es profesora emérita en la Universidad de Texas de Austin. Erickson ha mantenido una consulta de enfermería independiente desde 1976.

Erickson es miembro de la American Nurses Association, American Nurses Foundation, Charter Club, American Holistic Nurses Association, Texas Nurses Association, Sigma Theta Tau y del Institute for the Advancement of Health. Además, ha sido presidenta de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling de 1986 a 1990. Fue la presidenta del First National Symposium on Modeling and Role-Modeling en 1986 y trabajó en el comité organizador de la segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima, octava, novena y décima conferencias nacionales en 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 y 2006, respectivamente.

Autoras anteriores: Margaret E. Erickson, Jane A. Caldwell-Gwin, Lisa A. Carr, Brenda Kay Harmon, Karen Hartman, Connie Rae Jarlsberg, Judy McCormick y Kathryn W. Noone.

Las autoras quieren dar las gracias a Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain por haber hecho una crítica de este capítulo en ediciones previas.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Erickson aparece en el *Who's Who Among University Students* y es miembro de Phi Kappa Phi. Recibió el Sigma Theta Tau Rho Chapter Award of Excellence in Nursing en 1980 y el Amoco Foundation Good Teaching Award en 1982 y fue aceptada en ADARA (una sociedad honoraria centrada en el lideraje femenino de la Universidad de Michigan) en 1982. En 1990 recibió el Faculty Teaching Award de la Universidad de Texas School of Nursing, en Austin. Fue nominada por la Sigma Theta Tau International Honor Society in Nursing y Excellence in Education Award de la Epsilon Theta Chapter en 1993; recibió el Graduate Faculty Teaching Award de la escuela de enfermería de la Universidad de Texas, en Austin, en 1995, y fue aceptada como Fellow en la American Academy en 1996. En 1997, el Helen Erickson Endowed Lectureship in Holistic Health Nursing se estableció en su honor en la Universidad de Texas en Austin. El año 2001 recibió la mención Distinguished Faculty de la Humboldt State University en Califormia.

Actualmente, Erickson investiga la teoría de los modelos y el modelado de roles, y ha presentado varios seminarios y conferencias sobre diversos aspectos de esta teoría, tanto en el ámbito nacional como internacional. Ha trabajado como consultora en la aplicación de la teoría en la práctica clínica en el Medical Center de la Universidad de Michigan en el área quirúrgica, en el Brigham and Women's Hospital, en Boston, en el Oregon Health Science University Hospital de Portland y en los hospitales de la Universidad de Pittsburgh. Ha sido consultora de miembros de la facultad de varias escuelas de enfermería y de agencias de servicios, que han adoptado su teoría en su plan de estudios y en su práctica. La Humboldt University School of Nursing de Arcata, en California, es la primera escuela acreditada por la National League of Nursing que utiliza la teoría de los modelos y el modelado de roles como base conceptual. La Metropolitan State University en St. Paul (Minnesota) ha adoptado la teoría de los modelos y el modelado de roles para sus programas de grado, de licenciatura y de máster de enfermería. El St. Catherine's College en St. Paul (Minnesota) también adoptó esta teoría para su programa de Associate Degree Nursing. La Universidad de Texas, en Austin, ha adoptado algunos conceptos como base de su programa alternativo de acceso y la Universidad de Texas, en Galveston, ha adoptado conceptos esenciales para el modelo académico y de servicios del Medical Branch de la Universidad de Texas, en Galveston (H. Erickson, correspondencia personal, julio de 1992).

Erickson ha asistido como ponente invitada a numerosas conferencias nacionales e internacionales y ha participado en numerosos talleres, incluidos varios congresos sobre el abordaje ericksoniano de la hipnosis patrocinados por la Erickson Foundation y diversas conferencias internacionales sobre psicología de la salud, inmunidad y enfermedad patrocinadas por el National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine. Erickson también ha participado en actividades patrocinadas por la American Association for Holistic Nursing. Ha trabajado como experta en contenidos para programas de certificación de planes de estudios y fue incluida en la publicación de un libro que trata sobre las enfermeras sanadoras (H. Erickson, correspondencia personal, julio de 1992). Aunque ya se ha jubilado en la Universidad de Texas (Austin), Erickson continúa participando activamente en la promoción de la enfermería holística. Actualmente ocupa un puesto en la junta directiva de la American Holistic Nurses' Certification Corporation como presidenta electa desde 2002, ofrece consejo y programas educativos y participa activamente en la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (H. Erickson, correspondencia personal, 10 de junio, 2000).

Evelyn M. Tomlin

La formación en enfermería de Evelyn M. Tomlin se inició en el Sur de California. Estudió en el Pasadena City College, en la escuela de enfermería de Los Angeles County General Hospital y en la University of Southern California, donde obtuvo su licenciatura en ciencia enfermera. Cursó un máster en enfermería psiquiátrica en la Universidad de Michigan en 1976.

Las experiencias profesionales de Tomlin son muy diversas; empezaron cuando ella era instructora clínica en la escuela de enfermería de Los Angeles County General Hospital, en enfermería quirúrgica y en enfermería maternal, y de niños prematuros. Más tarde vivió en Kabul (Afganistán), donde fue profesora de inglés en el Afghan Institute of Technology. Trabajó también como enfermera escolar y practicó la enfermería familiar en las comunidades americanas y europeas de expatriados a las que estaba asociada, una tarea que la obligó a participar en más de 46 partos domiciliarios con

una comadrona. Tras la implantación de los servicios médicos del hospital de la embajada de Estados Unidos, Tomlin trabajó como enfermera de suplencias. Al regresar a Estados Unidos, trabajó para la Visiting Nurse Association como enfermera clínica en Ann Arbor, en Michigan. Fue la coordinadora e instructora clínica de los estudiantes que hacían prácticas de enfermería. También fue enfermera en una unidad de cuidados coronarios durante 5 años, trabajó en la unidad de cuidados intensivos respiratorios y fue responsable de enfermería del servicio de urgencias en el St. Joseph's Mercy Hospital en Ann Arbor. Asimismo, durante los 8 años siguientes enseñó los fundamentos de la enfermería como profesora asociada en el Registered Nurse Studies Program en la escuela de enfermería de la Universidad de Michigan. Compaginó la anterior actividad con la de asesora de salud mental en el programa de enfermería de prácticas en pediatría en la Universidad de Michigan.

Tomlin estuvo entre las primeras 16 enfermeras de Estados Unidos certificadas por la American Association of Critical Care Nurses. Con diversos compañeros, abrió una de las primeras oficinas para la práctica independiente de la enfermería en Michigan. Continuó con su práctica independiente hasta 1993.

Tomlin es miembro de la Sigma Theta Tau Rho Chapter, la California Scholarship Federation y la Philomathian Society. Ha presentado diversos programas que incorporan una gran variedad de temas de enfermería basados en la teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles, con especial hincapié en la aplicación clínica.

En 1985 se trasladó a Big Rock (Illinois) donde disfrutó de la oportunidad de enseñar a pequeños grupos y comunidades y de trabajar en el albergue de la comunidad, prestando su ayuda a las mujeres y a los niños de Fox Valley. Más tarde, se trasladó a Geneva (Illinois), donde reside actualmente con su marido. Tomlin ha recibido solicitudes de ayuda de numerosas enfermeras para integrar el marco a la práctica. Esta autora considera que los elementos de la teoría y el paradigma pueden incluirse fácilmente en numerosos campos y que pueden ser muy útiles para las enfermeras en prácticas (E. Tomlin, entrevista telefónica, 1992). Tomlin fue la primera editora del folleto de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (E. Tomlin, currículum vítae, 1992).

Actualmente, Tomlin se define como una cristiana económicamente jubilada de la enfermería, aunque no en la práctica. Prosigue con interés la práctica de las plegarias con el objetivo de curar, afirmando que siempre le ha interesado la relación entre la teoría de los modelos y el modelado de roles y los principios judeocristianos. Figura en el cuadro de directores y trabaja como voluntaria para los Wayside Cross Ministries en Aurora (Illinois), donde instruye y aconseja a las mujeres indigentes, la mayoría de las cuales son madres solteras. Su meta es ayudarlas a desarrollar las habilidades necesarias para poder vivir unas vidas más saludables y felices (E. Tomlin, entrevista telefónica, 10 de julio, 1996).

Mary Ann P. Swain

El marco educativo de Mary Ann P. Swain es la psicología. Obtuvo su licenciatura en psicología en la DePauw University de Greencastle, en Indiana, y los títulos de máster y de doctorado en la Universidad de Michigan, ambos en el campo de la psicología.

Swain ha impartido cursos de métodos de investigación en psicología y estadística como profesora ayudante en la DePauw University y más tarde, como profesora y profesora asociada de psicología en enfermería en la Universidad de Michigan. Llegó a ser directora del Doctoral Program in Nursing en 1975, y mantuvo este puesto durante un año. Fue presidenta del Nursing Research de 1977 a 1982 y actualmente es profesora de investigación en enfermería en la Universidad de Michigan. En 1983, Swain llegó a ser Associate Vice-President for Academic Affairs en la Universidad de Michigan (M. Swain, currículum vítae, febrero de 1988).

Swain es miembro de la American Psychological Association y miembro asociado de la Michigan Nurses' Association. Ha preparado e impartido clases de psicología, investigación y métodos de investigación enfermera. Ha colaborado con investigadoras enfermeras en varios proyectos, como la promoción de la salud entre los pacientes diabéticos y formas para influir en el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes hipertensos, y ha trabajado con Erickson con el fin de desarrollar un modelo para valorar la posible adaptación al estrés, que es fundamental para la teoría de los modelos y el modelado de roles.

Swain fue galardonada con los premios de Alpha Lambda Delta, Psi Chi, Mortar Board y Phi Beta Kappa mientras estaba en la DePauw University. En 1981 fue reconocida por la Rho Chapter de

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la Sigma Theta Tau por sus contribuciones a la enfermería y, en 1983 se convirtió en miembro honorario de la Sigma Theta Tau. En 1994 se trasladó con su marido a los Montes Apalaches, en Nueva York, y aceptó el puesto de rectora de la Binghamton University.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles se desarrolló utilizando un proceso retroductivo. El modelo original surgió de forma inductiva de las experiencias vitales personales y clínicas de la autora principal. Los trabajos de Maslow, Erikson, Piaget, Engel, Selye y M. Erickson fueron integrados y sintetizados en el modelo original para etiquetar, articular y perfeccionar una teoría y un paradigma holísticos para la enfermería. Erickson (1976) señala que existen relaciones mente-cuerpo con un potencial de recursos identificable que predice su capacidad para contener el estrés. También afirma que existe una relación entre el estado de las necesidades y los procesos de desarrollo, entre la satisfacción de las necesidades y el cariño por los objetos, entre la pérdida y la enfermedad, y entre la salud y la satisfacción de la necesidad. Tomlin y Swain validan y afirman el modelo de la práctica de Erickson y contribuyen a ampliar y articular los fenómenos, los conceptos y las relaciones teóricas.

Las autoras utilizaron la teoría de las necesidades humanas de Maslow para etiquetar y articular sus observaciones personales de que «todos quieren sentirse de la mejor manera posible; las necesidades básicas no cubiertas interfieren con el crecimiento holístico, mientras que las necesidades cubiertas promueven el crecimiento» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, p. 56; Jensen, 1995). Las autoras integraron aún más el modelo para afirmar que las necesidades básicas no cubiertas crean nuevas deficiencias que pueden llevar a la iniciación o agravamiento del trastorno o de la enfermedad física o mental. Al mismo tiempo, la satisfacción de la necesidad crea disposiciones que ofrecen los recursos necesarios para controlar el estrés y promover la salud, el crecimiento y el desarrollo.

La teoría de Piaget del desarrollo cognitivo ofrece un marco para la comprensión del desarrollo del pensamiento. Por otro lado, la integración del trabajo de Erickson en las fases de desarrollo psicosocial a lo largo de la vida ofrece una base teórica para la comprensión de la evolución psicosocial del individuo. Cada una de sus ocho etapas representa tareas de desarrollo. A medida que un individuo va resolviendo cada una de estas tareas, va ganando fuerzas que contribuyen a su carácter y su salud. Además, como resultado de cada etapa, la gente desarrolla un sentido de valor propio y, por tanto, una proyección de sí mismos en el futuro. «La utilidad de la teoría de Erickson es la libertad que deberíamos tomarnos para observar aspectos de los problemas de la gente como tareas incumplidas. Esta perspectiva ofrece un deseo esperanzador para el futuro del individuo, ya que implica algo que aún está en progreso» (Erickson et al., 2002, pp. 62-63).

Las obras de Winnicott, Klein, Mahler y Bowlby sobre el vínculo de objetos se integraron en el modelo original para desarrollar y articular el concepto de individualización afiliada (IA). La teoría de relaciones entre objetos explica que un bebé, al principio, forma un vínculo con su cuidador tras repetidos contactos positivos. A medida que el niño va creciendo y empieza a moverse hacia un estado más independiente, se desarrolla en él un sentido de autonomía. Durante este tiempo, el niño transfiere parte de este vínculo, generalmente a un objeto inanimado, como una manta por la que siente cariño o un osito de peluche. Más tarde, puede ser que el niño se sienta unido a su guante favorito de béisbol, a una muñeca o a una mascota, y posteriormente, durante su adolescencia, a objetos más abstractos, como un título universitario, el rol profesional o una relación. A partir del trabajo de estas personas se identificó una relación teórica entre el vínculo al objeto y la satisfacción de la necesidad. Según los teóricos, cuando un objeto cubre repetidamente las necesidades básicas de una persona se establece un vínculo o conexión hacia aquel objeto. Tras una mayor síntesis de estos vínculos teóricos y tras los hallazgos de la investigación, los autores identificaron un nuevo concepto, la IA. Definieron la IA como la necesidad inherente de estar conectado a quienes son importantes para uno, al mismo tiempo que existe un sentido de separación por parte de ellos que potencia esa exclusividad. La IA se da a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La investigación insiste en que la IA y el vínculo a un objeto son esenciales para la satisfacción de la necesidad, la asunción de adaptación y el crecimiento y desarrollo saludables.

Además, los autores afirman que «la pérdida del objeto da lugar a una deficiencia en las necesidades

básicas» (Erickson et al., 2002, p. 88). La pérdida es real, ya sea una amenaza o una percepción; puede ser una parte normal del proceso de desarrollo o puede ser situacional. La pérdida siempre da lugar a un duelo; el duelo normal se supera en el espacio aproximado de un año. Cuando lo único disponible para cubrir las necesidades son objetos inadecuados o inapropiados, tiene lugar un duelo patológico. El duelo patológico interfiere en la capacidad del individuo de crecer y desarrollar un potencial máximo. La labor de Selye y Engel, como citan Erickson, Tomlin y Swain (1983), ofrece una base conceptual adicional para las creencias del teórico en cuanto a la pérdida y la respuesta al estrés individual ante aquella pérdida o pérdidas. La teoría de Selye trata de las respuestas biofísicas del individuo al estrés, mientras que la obra de Engel explora las respuestas psicosociales de los factores estresantes.

La síntesis de estas teorías, con la integración de las observaciones clínicas de los autores y sus experiencias vividas, llevó a la elaboración del modelo de valoración del potencial de adaptación (MVPA). La esencia del MVPA es la capacidad del individuo para movilizar los recursos cuando se encuentran en confrontación con los factores estresantes, más que en el proceso de adaptación. Erickson (1976) desarrolló este modelo por primera vez, que fue publicado por Erickson y Swain (1982).

Erickson menciona a Milton H. Erickson como el autor que influyó en su práctica clínica y le ofreció una inspiración y dirección para el desarrollo de su teoría. Al principio, M. Erickson se refirió a la formulación de la teoría de los modelos y el modelado de roles cuando le pidió a Erickson que «modelara el mundo del cliente, lo entendiera a su manera, y que modelara también el rol de la imagen que había dibujado el cliente, construyendo un mundo saludable para ellos» (H. Erickson, entrevista telefónica, noviembre de 1984).

Conceptos principales y definiciones

La teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles contiene múltiples conceptos.

MODELOS

La acción de los modelos es el proceso que utiliza la enfermera a medida que va desarrollando la imagen y la comprensión del mundo del cliente, una imagen y una comprensión desarrolladas dentro del marco del cliente y desde la perspectiva del cliente… El arte de los modelos es la creación de la imagen de una situación en un espejo desde la perspectiva del cliente… La ciencia de los modelos es un anexo científico y un análisis de datos recogidos sobre el modelo del cliente» (Erickson et al., 2002, p. 95).

Los modelos se dan a medida que la enfermera acepta y entiende a su cliente (Erickson et al., 2002, p. 96).

MODELADO DE ROLES

El arte del modelado de roles se produce cuando la enfermera planifica y ejecuta intervenciones exclusivas para su cliente. La ciencia del modelado de roles tiene lugar cuando la enfermera planifica intervenciones basándose en la teoría para la práctica de la enfermería... El modelado de roles es... la esencia de la nutrición... El modelado de roles requiere una aceptación incondicional de la persona a medida que ésta se anima a experimentar un crecimiento y un desarrollo en el propio ritmo de la persona y según su propio modelo (Erickson et al., 2002, p. 95).

El modelado de roles empieza en el instante en que la enfermera pasa de la fase de análisis del proceso de enfermería a la planificación de las intervenciones enfermeras (Erickson et al., 2002, p. 95).

ENFERMERÍA

La enfermería es la ayuda holística a las personas en las actividades de autocuidado en relación con su salud. Éste es un proceso interactivo e interpersonal, que nutre las fuerzas para permitir el desarrollo, la liberación y la canalización de recursos para superar las

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

circunstancias y el desarrollo de uno mismo. La meta es alcanzar la percepción de un estado de salud y satisfacción óptimos (Erickson et al., 2002, p. 49).

APORTE

El aporte o nutrición fusiona e integra los procesos cognitivos, fisiológicos y afectivos con la finalidad de ayudar a un cliente a conseguir una salud holística. Implica que la enfermera busca conocer y entender el modelo personal del mundo del cliente y apreciar su valor e importancia para el cliente desde su perspectiva (Erickson et al., 2002, p. 48).

ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Aceptar al individuo como alguien único, de gran valor, importante, sin cabos que lo aten, es imprescindible si hay que ayudarlo a desarrollar su propio potencial. El uso de la empatía por parte de la enfermera ayuda a que el individuo sea consciente de que la enfermera lo acepta y lo respeta tal como es. La aceptación facilitará la movilización de los recursos necesarios a medida que este individuo se esfuerza por alcanzar un equilibrio de adaptación (Erickson et al., 2002, p. 49).

PERSONA

Las personas se parecen porque son seres holísticos, por su crecimiento y desarrollo durante toda la vida y por su necesidad de IA. Y son distintas porque tienen unos rasgos, una adaptación y un conocimiento de autocuidado que son intrínsecos (Erickson et al., 1983).

EN QUÉ SE PARECEN LAS PERSONAS

Holismo

Los seres humanos son personas holísticas que tienen múltiples subsistemas de interacción. Las bases inherentes alcanzan todos los subsistemas. Estas bases incluyen una construcción genética y un elemento espiritual. El cuerpo, la mente, la emoción y el espíritu son una unidad total y trabajan conjuntamente. Se afectan y se controlan unos a otros de forma interactiva. La interacción entre los múltiples subsistemas y las bases inherentes crean el holismo: el holismo implica que el todo es mayor que la suma de las partes (Erickson et al., 2002, pp. 44-45).

Necesidades básicas

Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que se pueden satisfacer, aunque sólo desde el marco del propio individuo (Erickson et al., 2002, p. 58).

Las necesidades básicas sólo se satisfacen cuando el individuo percibe que se cubren (Erickson et al., 2002, p. 57).

Desarrollo a lo largo de la vida

El desarrollo a lo largo de la vida evoluciona a través de etapas psicológicas y cognitivas:

- Etapas psicológicas: cada etapa representa una tarea de desarrollo o un encuentro decisivo que lleva a un punto de inflexión, una decisión momentánea entre actitudes básicas alternativas (p. ej., confianza frente a desconfianza o autonomía frente a vergüenza y duda). A medida que el individuo maduro negocia o resuelve cada crisis específica de la edad o tarea, va consiguiendo fuerzas y actitudes más firmes que contribuyen al carácter y la salud de la personalidad del individuo en su cultura (Erickson et al., 2002, p. 61).
- Etapas cognitivas: tener en cuenta cómo se desarrolla el pensamiento, más que lo que pasa en el desarrollo psicosocial o afectivo... Piaget creía que el aprendizaje cognitivo se desarrolla de forma secuencial e identificó diversos períodos en este proceso. Esencialmente, existen cuatro períodos: sensorial-motor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales (Erickson et al., 2002, pp. 63-64).

Individuación afiliada

Las personas tienen una necesidad instintiva de individuación afiliada. Necesitan ser capaces de ser dependientes de los sistemas de apoyo a la vez que, simultáneamente, mantienen una cierta

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

independencia de ellos. Necesitan experimentar un sentido profundo de los estados de ser «yo» y de ser «nosotros» y, al mismo tiempo, percibir la libertad y la aceptación en ambos estados (Erickson et al., 2002, p. 47).

EN QUÉ SE DISTINGUEN LAS PERSONAS

Cualidades inherentes

Todas las personas nacen con un conjunto de genes que, hasta cierto punto, van a determinar la apariencia, el crecimiento, el desarrollo y las respuestas a los acontecimientos de la vida. [...] Claramente, tanto el factor genético como las características heredadas influyen en el crecimiento y el desarrollo. Pueden influir en la manera en que uno se percibe a sí mismo y a su propio mundo. Hacen que las personas sean distintas unas de otras, cada una única en cierto modo (Erickson et al., 2002, pp. 74-75).

Adaptación

La adaptación tiene lugar cuando el individuo responde a factores estresantes externos o internos de una determinada manera influida por la salud o el crecimiento. La adaptación implica movilizar los recursos de superación internos y externos. Ningún subsistema está en peligro cuando tiene lugar una adaptación (Erickson et al., 2002).

La capacidad del individuo para movilizar los recursos se plasma en el MVPA. El MVPA identifica tres estados potenciales de superación: *a)* inicio o excitación; *b)* equilibrio (de adaptación e inadaptación), y *c)* agotamiento. Cada uno de estos estados representa un potencial diferente para movilizar los recursos de autocuidado. «El movimiento entre unos estados y otros está influido por la capacidad de uno mismo de afrontamiento (con los factores estresantes que se van sucediendo) y por la presencia de nuevos factores estresantes» (Erickson et al., 2002, pp. 80-81).

Las enfermeras pueden utilizar este modelo para predecir el potencial de un individuo para movilizar los recursos de autocuidado como respuesta al estrés.

Relaciones cuerpo-mente

Todos somos seres biofísicos, psicosociales, que queremos desarrollar nuestro potencial, es decir, ser lo mejores que podamos (Erickson et al., 2002, p. 70).

Autocuidado

El autocuidado implica el uso de conocimiento, recursos y acción:

- Conocimiento de autocuidado: hasta un cierto nivel, un individuo sabe lo que le ha hecho caer enfermo, ha reducido su eficacia o ha interferido en su crecimiento. El individuo también sabe lo que podrá curarlo, lo que podrá optimizar su eficacia o podrá promover su crecimiento (Erickson et al., 2002, p. 48).
- Recursos de autocuidado: los recursos de autocuidado son «los recursos internos, así como los recursos adicionales, movilizados mediante la acción de autocuidado que le ayudan a recuperar, mantener y promover un nivel óptimo de salud holística» (Erickson et al., 2002, pp. 254-255).
- Acción de autocuidado: la acción de autocuidado es «el desarrollo y la utilización del conocimiento de autocuidado y los recursos de autocuidado» (Erickson et al., 2002, p. 254).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Varios estudios han ofrecido datos iniciales acerca de las premisas y los vínculos teóricos que aparecen en el libro original de Erickson, Tomlin y Swain (1983), y que más tarde especificó Erickson (1990b). El MVPA (figs. 25-1 y 25-2) se ha comprobado como modelo de clasificación (Barnfather, 1987; Erickson, 1976; Kleinbeck, 1977) y como predictor del estado de salud (Barnfather, 1990b) y duración del ingreso en el hospital (Erickson y Swain, 1982), ya que se relaciona con el estado de las necesidades básicas (Barnfather, 1993). Los

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

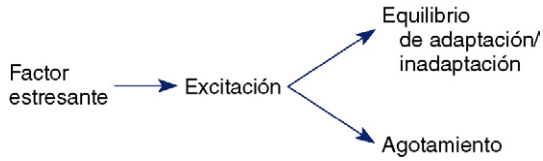


Figura 25-1 Modelo de valoración del potencial de adaptación. (De Erickson, H. C., Tomlin, E. M. y Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

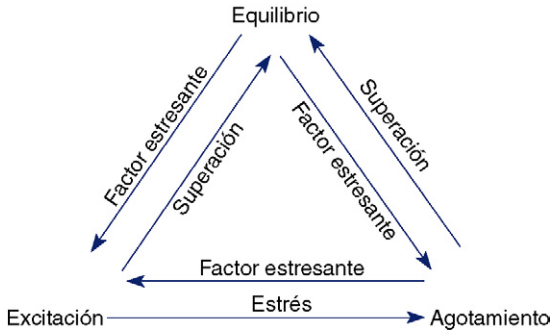


Figura 25-2 Relación dinámica entre los estados de modelo de valoración del potencial de adaptación. (De Erickson, H. C., Tomlin, E. M. y Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

hallazgos ofrecen datos iniciales para los modelos de tres estados propuestos para las poblaciones, una relación entre la salud y la capacidad de movilizar recursos y entre la capacidad de movilizar recursos y el estado de las necesidades. Existen otros dos estudios que han confirmado las relaciones entre los factores estresantes (medidos como sucesos vitales) y la probabilidad de accidentes (Babcock y Mueller, 1980), y el estado y la capacidad de los recursos para tener en cuenta y utilizar nueva información (Clementino y Lapinske, 1980). Finalmente, Benson (2003) ha estudiado la aplicación del MVPA a pequeños grupos.

Las relaciones entre el conocimiento del autocuidado, los recursos y las capacidades se han confirmado en diversos estudios (Acton, 1993; Baas, 1992; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Miller, 1994). El constructo del conocimiento del autocuidado, que fue estudiado por Erickson (1985) por primera vez, fue corroborado y asociado significativamente con el control percibido (Cain y Perzynski, 1986) y la calidad de vida (Baas, Fontana y Bhat, 1997). La autodirección, la necesidad de armonía (afiliación) y la necesidad de autonomía (individuación) aparecieron cuando se empezó a utilizar una escala multidimensional para explorar las relaciones entre el conocimiento del autocuidado, los recursos y las acciones. La autora concluyó que una actitud positiva era un factor clave en los casos en los que se evaluaban las acciones de autocuidado dirigidas a la salud (Rosenow, 1991). La actividad física en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio afectaba a su satisfacción vital (no a su estado físico); la satisfacción vital podía predecirse según la disponibilidad de los recursos de autocuidado y los recursos necesarios. Además, los recursos necesarios servían como supresores de los recursos disponibles (Baas, 1992). En una muestra de cuidadores, el apoyo social predecía el grado de estrés y la autovaloración tuvo un efecto indirecto en la esperanza mediante la autovaloración de uno mismo (Irvin, 1993; Irvin y Acton, 1997), mientras que las personas con diabetes con bienestar espiritual llevaban mejor la enfermedad (Landis, 1991).

Cuando se utilizó la teoría de modelos y modelado de roles como pauta, se realizaron distintas entrevistas para determinar el modelo del cliente respecto al mundo. Surgieron los siete temas siguientes (Erickson, 1990a):

1. Causa del problema, que era exclusiva de cada individuo.
2. Factores relacionados, también exclusivos de cada individuo.
3. Esperanzas de cara al futuro.
4. Tipos de control percibido.
5. Afiliación.
6. Falta de afiliación.
7. Confianza en el cuidador.

Cada modelo era exclusivo y todos garantizaban las intervenciones individualizadas. Otros estudios cualitativos sobre el conocimiento del autocuidado demostraron que los pacientes poscardíacos percibían el seguimiento, el cuidado, la presencia, el tacto y los tonos de voz como reconfortantes (Kennedy, 1991); los adultos sanos buscaban la satisfacción de sus necesidades por parte de la enfermera en atención primaria (Boodley, 1990, 1986), y los pacientes de cuidados paliativos se beneficiaban de la empatía con la enfermera (Raudonis, 1991). Otros estudios demostraron las relaciones entre la desconfianza y la duración del ingreso en las personas hospitalizadas (Finch,

1990); la percepción de autonomía, autocuidado y salud holística en ancianos (Anschutz, 2000; Hertz y Anschutz, 2002); el apoyo, el control y el bienestar percibidos en los ancianos (Chen, 1996), y la pérdida, el duelo patológico o el inicio de síntomas en la enfermedad de Alzheimer (Erickson, Kinney et al., 1994; Irvin y Acton, 1996).

Otros estudios se referían a los vínculos entre las intervenciones modeladas por roles y los resultados (Erickson et al., 1994; Hertz, 1991; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Kennedy, 1991). Los estudiantes de nivel superior que percibían la satisfacción de las necesidades tenían más éxito en la escuela; siete estudiantes de enfermería, que percibían que contaban con apoyo, lo tuvieron más fácil para alcanzar sus metas en la formación de posgrado (Smith, 1980); los ancianos que se sentían apoyados demostraron una satisfacción de necesidades superior y pudieron superar mejor las molestias (Keck, 1989); madres adolescentes que se sentían apoyadas y tenían necesidad percibida de satisfacción tenían una vinculación madre-hijo más positiva (Erickson, M., 2006; Erickson, M., 1996a; Erickson, M., 1996b), los que tenían una actividad social más rica mostraron una mejor salud (Doornbos, 1983), y las personas acusadas de delitos sexuales que recibieron apoyo para remodelar sus mundos pudieron desarrollar nuevas conductas y enderezar la dirección de sus vidas (Scheela, 1991). Las familias y los pacientes que han padecido un infarto de miocardio y que han podido participar en la planificación de su propio cuidado mostraban menos ansiedad, mejor control y apoyo percibidos (Holl, 1992), y los cuidadores de los adultos con demencia que tenían contacto con la enfermería basada en la teoría del modelo y el modelado de roles percibieron que se cubrían sus necesidades y que estaban más sanos (Hopkins, 1995). También transmitieron la sensación de que se mostraban valientes, lo que les ayudó a aceptar la situación y trascender la experiencia del cuidado (Hopkins, 1995). Se ha descubierto que los recursos del autocuidado calibrados como necesidades están relacionados con el apoyo percibido y la superación en las mujeres con cáncer de mama (Keck, 1989), con el bienestar físico en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Kline, 1990, 1988) y con la ansiedad en los pacientes cardíacos hospitalizados y sus familias (Holl, 1992). Cuando se percibió la IA como un parachoques entre el estrés y el bienestar, se descubrió un efecto de mediación (Acton, 1997; Acton, 1993; Acton, Irvin, Jensen, Hopkins y Miller, 1997).

Otros estudios que operaban con los recursos de autocuidado midiendo los efectos residuales del desarrollo han demostrado que la resolución de la identidad en adolescentes con rostros desfigurados se puede predecir por medio de efectos residuales previos del desarrollo (Miller, 1986). Chen (1996) encontró que los sentimientos de control sobre el estado de la propia salud (orientación de control de la salud) en ancianos con hipertensión correlacionaron altamente con la autoeficacia y el autocuidado. Además, su trabajo apoyó que la orientación del control de la salud, la autoeficacia y el autocuidado se asociaron con el bienestar. Mediante entrevistas a adultos de edad avanzada que vivían de forma independiente, Hertz, Rossetti y Nelson (2006) pudieron identificar grupos de acciones de autocuidado que englobaban actividades de autocuidado importantes.

Otros investigadores encontraron que la confianza facilita la implicación de los clientes adolescentes en el régimen médico prescrito (Finch, 1987); el apoyo percibido y la adaptación están relacionados con los efectos residuales del desarrollo en familias con recién nacidos (Darling-Fisher, 1987; Darling-Fisher y Leidy, 1988); la desconfianza influye en el ingreso en el hospital y los residuos positivos sirven de parachoques (Finch, 1987). Los residuos positivos en la relación de intimidad de los adultos sanos facilitan las conductas de salud (MacLean, 1992, 1990, 1987); los residuos de desarrollo pronostican la esperanza; los residuos de confianza-desconfianza hacen prever una esperanza generalizada; los residuos de vergüenza de autonomía y de duda pronostican la esperanza de los ancianos (Curl, 1992), y los residuos negativos se relacionan con la velocidad y las conductas de impaciencia en una muestra sana de personal militar (Kinney, 1992). Se han empleado métodos de estudio de casos para demostrar las relaciones entre las necesidades, los vínculos y los residuos de desarrollo (Kinney, 1990, 1992; Kinney y Erickson, 1990) y las necesidades y la superación (Jensen, 1995), y otros dos estudios no publicados han demostrado relaciones entre los adultos sanos y el estado de necesidad (Erickson, Kinney, Stone y Acton, 1990).

También se han realizado estudios para explorar el conocimiento del autocuidado en los informadores de los hospitales (Erickson, 1985), la percepción de la autonomía y de la satisfacción

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

con la vida en ancianos (Anschutz, 2000), las experiencias de personas de más de 85 años cuando controlan su salud (Beltz, 1999), percepciones de esperanza en niños de la escuela primaria (Baldwin, 1996), el significado experimental de bienestar y la experiencia vivida en madres trabajadoras (Weber, 1995, 1999), el crecimiento y desarrollo en adultos con insuficiencia cardíaca (Baas, Beery, Fontana y Wagoner, 1999), la capacidad del individuo para movilizar los recursos de superación y las necesidades básicas (Barnfather, 1990a), la relación entre la satisfacción de necesidades básicas y la comida motivada por causas emocionales (Timmerman y Acton, 2001), las relaciones entre la hostilidad, la autoestima, el autoconcepto y el residuo psicosocial en personas con enfermedad cardíaca (Sofhauser, 1996) y la relación persona-entorno tras la curación de una enfermedad episódica (Bowman, 1998). Los estudios han examinado la relación entre bienestar espiritual e insuficiencia cardíaca (Beery, Baas, Fowler y Allen, 2002), espiritualidad en cuidadores de familiares con demencia (Acton y Miller, 1996), la implementación de un programa de autofortalecimiento de la mente, el cuerpo y el espíritu para adolescentes (Nash, 2007) y mujeres con cáncer de mama (Kinney, Rodgers, Nash y Bray, 2003), el significado y el impacto del sufrimiento en personas con artritis reumatoide (Dildy, 1992) y la relación entre experiencias de sufrimiento familiar prolongado e identidad espiritual en evolución (Clayton, 2001). Los estudios con cardiovascular han continuado cuando Baas (2004) estudió los recursos de autocuidado y la calidad de vida en pacientes después de un infarto de miocardio y Baas et al. (2004) examinaron la conciencia corporal en pacientes con insuficiencia cardíaca o un trasplante. De forma similar, Beery, Baas, Mathews, Burrough y Henthorn (2005) desarrollaron una escala de adaptación para medir la autonotificación con dispositivos implantados en pacientes cardíacos, y Beery, Baas y Henthorn (2007) describieron las adaptaciones de los pacientes a los dispositivos.

Los instrumentos que se han desarrollado para probar la teoría de modelos y modelado de roles incluyen el inventario de satisfacción de las necesidades básicas (Kline, 1988), el inventario de etapa psicosocial de Erickson (Darling, Fisher y Leidy, 1988), la promulgación percibida del instrumento de autonomía utilizado para medir un prerrequisito para las acciones de autocuidado (Hertz, 1991, 1999; Hertz y Anschutz, 2002), el inventario del recurso del autocuidado (Baas, 1992), el inventario de la autoestima de Robinson diseñado para medir la negación (la primera etapa del proceso de duelo) en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (Robinson, 1992), el instrumento de vínculo a objetos maternales de Erickson diseñado para medir el conocimiento del autocuidado como estilo de motivación (deficiencia o motivación) y el recurso de autocuidado (Erickson, 1996b), una valoración enfermera basada en la teoría (Finch, 1990) y la valoración clínica del MVPA (Hopkins, 1995).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

«La enfermera es una facilitadora, no una ejecutora. Nuestra relación enfermera-paciente es un proceso interactivo e interpersonal que ayuda a que el individuo identifique, movilice y desarrolle sus propias fuerzas para conseguir un estado de salud y bienestar percibido óptimos» (H. Erickson, correspondencia personal, 2004). Rogers (1996) ha definido este concepto como facilitación-afiliación. Los cinco objetivos de las intervenciones enfermeras son: crear confianza, afirmar y fomentar los puntos fuertes del cliente, fomentar la orientación positiva, facilitar el control percibido y establecer objetivos mutuos dirigidos hacia la salud (Erickson et al., 2002).

Persona

En esta teoría se establece una distinción entre los pacientes y los clientes. Se ofrece tratamiento e instrucciones a un paciente; un cliente participa en su propio cuidado. «Nuestra meta es que las enfermeras trabajen con los clientes» (Erickson et al., 2002, p. 21). «Un cliente es el que se considera un miembro legítimo en el equipo de toma de decisiones, que siempre goza de algún tipo de control sobre el régimen establecido y que se incorpora a la planificación e implantación de su propio cuidado en la medida de lo posible» (Erickson et al., 1990, p. 20; Erickson et al., 2002, p. 253).

Salud

«La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, no únicamente la ausencia de enfermedad. Conlleva un estado de equilibrio dinámico entre

los diversos subsistemas [de una persona holística]» (Erickson et al., 2002, p. 46).

Entorno

«El entorno no se identifica en la teoría con identidad propia. Los teóricos ven el entorno en los subsistemas sociales como la interacción entre uno mismo y los demás, tanto en lo cultural como en lo individual. Los factores estresantes biofísicos se consideran como parte de este entorno» (H. Erickson, entrevista telefónica, 30 de marzo de 1988).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Las afirmaciones teóricas de la teoría de modelos y el modelado de roles se basan en los vínculos entre el cumplimiento de las tareas de desarrollo y la satisfacción de las necesidades básicas; entre la satisfacción de las necesidades básicas, el vínculo y la pérdida de un objeto, y las tareas de desarrollo; y entre la capacidad de movilizar la superación de recursos y la satisfacción de las necesidades. A continuación se presentan tres afirmaciones teóricas genéricas que constituyen diversos vínculos teóricos implícitos en la teoría, aunque delimitados de forma menos específica:

1. «El grado en el que se resuelven las tareas de desarrollo depende del grado en que se satisfacen las necesidades humanas» (Erickson et al., 2002, p. 87).
2. «El grado en el que se cubren las necesidades mediante el vínculo a un determinado objeto depende de la disponibilidad de estos objetos y del grado en que ofrecen comodidad y seguridad en contraposición a la amenaza y la ansiedad» (Erickson et al., 1983, p. 90).
3. «El potencial de un individuo para movilizar sus recursos –el estado de superación de la persona según el MVPA– está directamente asociado con el nivel de satisfacción de las necesidades de la persona» (Erickson et al., 2002, p. 91).

FORMA LÓGICA

La teoría de los modelos y el modelado de roles está formulada por el uso del pensamiento retroductivo. Los teóricos pasan por cuatro niveles de desarrollo de la teoría y se vuelve a iniciar el ciclo de inductivo a deductivo, a deductivo y a inductivo (H. Erickson, entrevista telefónica, 30 de marzo, 1988). Las fuentes teóricas se utilizaban para validar las observaciones clínicas. Las observaciones clínicas se comprobaban a la luz de las bases teóricas. Estas fuentes se sintetizaban con sus observaciones, que permitían a Erickson, a Tomlin y a Swain desarrollar «una nueva teoría y paradigma multidimensional: los modelos y el modelado de roles» (H. Erickson, entrevista telefónica, noviembre 1984).

Puede considerarse que los modelos y el modelado de roles son una teoría y un paradigma. Aunque etiquetados con mayor frecuencia como teoría o modelo, también cubren las funciones de un paradigma identificado por Merton (1968), quien afirmó que los paradigmas «ofrecen una reinterpretación compleja de los conceptos centrales y de sus interrelaciones que se utilizan para la descripción y el análisis» (p. 70).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La publicación del libro *Modeling and Role-Modeling: A Theory and Paradigm for Nursing* (Erickson et al., 2002), algunos capítulos en diversos libros sobre teorías de enfermería y estudios de investigación basados en la teoría han mostrado esta teoría a las enfermeras. Las enfermeras quirúrgicas del Medical Center de la Universidad de Michigan utilizan un instrumento de valoración basado en la teoría de los modelos y el modelado de roles. Este instrumento se utiliza para recoger información para identificar las necesidades del cliente, sus deficiencias, sus residuos de desarrollo, la pérdida de un vínculo o un estado de duelo, así como intervenciones terapéuticas (v. Anexo al final del capítulo) (Bowman, 1998; H. Erickson, correspondencia personal, 1988).

Helen Erickson ha expuesto su teoría y ha mantenido consultas personales, en las que enseñaba su teoría a las enfermeras de diversos marcos de la práctica y la docencia. Las enfermeras de cuidados intensivos, salud para adultos, salud mental y cuidados paliativos utilizan esta teoría. Erickson ha afirmado que lo que parecía ser una idea revolucionaria en 1972 (cuando el cliente se manifestaba como el jefe del equipo del cuidado de salud) ha ganado una gran aceptación últimamente, como en la noción de que las enfermeras

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pueden practicar la enfermería de forma independiente (H. Erickson, entrevista telefónica, noviembre de 1984). Según Erickson, las respuestas negativas hacia esta teoría provenían de individuos que no podían aceptar la idea de escuchar al cliente en primer lugar o que no se tomaban en serio el concepto de holismo (H. Erickson, entrevista telefónica, noviembre de 1984).

El Brigham and Women's Hospital de Boston ha utilizado la teoría de los modelos y el modelado de roles como base teórica para el modelo de su práctica profesional en esta institución durante varios años. Las enfermeras utilizan la teoría como marco para estructurar la planificación del cuidado y llevar a cabo sesiones clínicas. Jenny James, ex vicepresidenta de enfermería, afirma que «la coherencia del lenguaje, la forma en la que se habla y se planifica el cuidado» es una de las principales ventajas de utilizar esta base teórica (J. James, entrevista telefónica, 6 de julio, 1992). Los fundamentos básicos de la teoría son fácilmente aplicables a la práctica y, con poca cantidad de conocimiento, un individuo puede empezar a aplicar la teoría. Las enfermeras del Brigham and Women's Hospital utilizan una adaptación del instrumento de desarrollo en el University of Michigan Medical Center. Fue en la Fourth National Conference on Modeling and Role-Modeling (Boston, octubre de 1992) que implementó el modelo de práctica profesional en el Brigham and Women's Hospital, así como estudios de casos (J. James, entrevista personal, 6 de julio, 1992). Las enfermeras del University of Pittsburgh Medical Center, del Children's Hospital of the University of Wisconsin (Madison), del University of Tennessee Medical Center in Knoxville, del Oregon Health Sciences University Hospital y de otros hospitales, así como de agencias estatales de Estados Unidos, han adoptado también la teoría de los modelos y el modelado de roles como el fundamento de su práctica profesional.

Formación

La teoría de los modelos y el modelado de roles se introduce en los planes de estudio en el segundo año de carrera en la escuela de enfermería de la Universidad de Michigan y es un requisito para los estudiantes de enfermería que se reincorporan. Los miembros de la facultad de varias escuelas de enfermería se han puesto en contacto con Erickson por lo que respecta al uso de la teoría en sus planes de estudios. Muchos de ellos utilizan la teoría para cursos específicos. Otros, como la Humboldt State University de Arcata, en California, han elegido los modelos y el modelado de roles como marco conceptual en sus planes de estudios. Se ha enseñado la práctica basada en la teoría a los estudiantes durante todo el programa. Otros programas de enfermería que utilizan la teoría de los modelos y el modelado de roles como base de su programa de estudios son la Metropolitan State University de St. Paul (Minnesota); la St. Catherine's University en St. Paul (Minnesota); la Alternate Entry Master's Nursing en la Universidad de Texas (Austin), y el Foo Yin College of Nursing and Medical Technology (Taiwán).

Investigación

Enfermeras de todo el mundo siguen basando su investigación en los modelos y el modelado de roles. La actividad de investigación sigue dando apoyo y validando la construcción del conocimiento del autocuidado y la importancia del apoyo y el control. El estudio inicial ofrecía indicios de que los factores psicosociales están enormemente relacionados con los problemas de la salud física (Erickson, 1976). Un estudio de seguimiento llevado a cabo en 1988 por Erickson, Lock y Swain (H. Erickson, currículum vítae, febrero de 1988) corroboró estos hallazgos, y la investigación posterior ha ofrecido la ampliación y el enriquecimiento de los conceptos. Los conceptos clave incluyen el apoyo y el control percibidos, la esperanza de cara al futuro y la satisfacción con la vida diaria. Los teóricos identifican otros proyectos de investigación que son meras pruebas de la teoría. Varios estudiantes de doctorado de la escuela de enfermería de la Universidad de Michigan, la Universidad de Texas (Austin) y otras universidades trabajan con varias preguntas de investigación basadas en la teoría. Campbell, Finch, Allport, Erickson y Swain (1985) llevaron a cabo un estudio de investigación en el Medical Center de la Universidad de Michigan y expusieron la hipótesis de que la duración del ingreso en el hospital estaba relacionada con las etapas de desarrollo. Utilizaron un instrumento de valoración enfermera adaptado del modelo de valoración empleado para

medir el desarrollo psicosocial de un paciente y para relacionar el estado de desarrollo con la duración de la hospitalización y con el número de problemas de salud identificados durante la hospitalización. Los resultados indican que el equilibrio entre confianza-desconfianza lleva a un más elevado porcentaje de la variación en la duración de la hospitalización. No se observó ninguna relación importante entre las habilidades psicosociales de superación y el número de problemas de salud encontrados.

Junto a otros 10 investigadores, Erickson fue la principal investigadora de un proyecto de investigación, Modeling and Role-Modeling with Alzheimer's Patients, organizado por los National Institutes of Health y National Center for Nursing Research. Los resultados corroboraron la construcción de un conocimiento de autocuidado e individuación afiliada (H. Erickson, correspondencia personal, 1 de julio, 1992).

Numerosos estudiantes de posgrado han utilizado también la teoría de los modelos y el modelado de roles como base de sus tesis y tesinas. Además se han publicado numerosos trabajos que sustentan gran parte de las principales construcciones y vínculos teóricos de la teoría (Erickson, 1990a). Hertz, Baas, Curl y Robinson (1994) realizaron una revisión integradora de toda la investigación (desde 1982 hasta 1992) que utilizaba los modelos y el modelado de roles como base teórica. Los datos empíricos ofrecieron una base para la validación, el refinamiento y la revisión de la teoría. La investigación seguirá ampliando la teoría de los modelos y el modelado de roles.

DESARROLLOS POSTERIORES

Esta teoría aún está en su fase adolescente, por lo que todavía tiene un gran potencial para alcanzar un desarrollo total. En la actualidad, la teoría está obteniendo una mayor atención nacional e internacional. Uno de los motivos que han hecho aumentar esta atención es la fundación de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling. Esta sociedad se creó para establecer una red de compañeros que avanzaran en el desarrollo y la aplicación de la teoría de los modelos y el modelado de roles. Una de las metas es promover la investigación continuada relacionada con la teoría. La sociedad presentó su primer simposio nacional en 1986 y, a partir de entonces, se ha ido celebrando cada bienio. En la conferencia de 1988, celebrada en Hilton Head, Carolina del Sur, el presidente destacó que habían acudido miembros de la sociedad procedentes de 12 estados distintos (H. Erickson, correspondencia personal, 1988). En la conferencia de 1990 en Austin, los miembros representaban ya a más de 33 estados (H. Erickson, correspondencia personal, 1 de julio, 1992). Estas conferencias constituyen un foro de debate para los investigadores, educadores y practicantes para difundir el conocimiento perteneciente a la teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles (H. Erickson, correspondencia personal, 1988).

La Fourth National Conference on Modeling and Role-Modeling Theory and Paradigm for Professionals, que tuvo lugar en Boston en octubre de 1992, puso de manifiesto la amplitud y la profundidad del uso actual, y la investigación de la teoría de los modelos y el modelado de roles. Las presentaciones comprendían estudios basados en unidades de cuidados intensivos y prácticas basadas en la comunidad, en muchos tipos de centros educativos y en grupos de todas las edades. Las conferencias bienales siguen ofreciendo la oportunidad de que las enfermeras discutan sobre las interrelaciones entre la práctica, la teoría, la investigación y la formación de enfermeras. La duodécima conferencia nacional se celebró en 2008 en Bloomington (Illinois). La conferencia de 2010 se celebró en abril en la localidad de San Antonio, en Texas.

La mayoría de los datos de investigación relacionados con la teoría aún no están publicados. Erickson ha afirmado: «Cada una de las partes (de la teoría) necesita seguir siendo desarrollada... Existen miles de preguntas sobre investigación en este libro... Puede tomar sólo una de las afirmaciones que realizamos y formular una pregunta de investigación acerca de ésta... Los modelos y el modelado de roles acaban de empezar» (H. Erickson, entrevista telefónica, noviembre de 1984).

CRÍTICA

Claridad

Erickson, Tomlin y Swain presentan su teoría claramente. Las definiciones de la teoría son denotativas, con los conceptos definidos de manera explícita. Utilizan un lenguaje corriente y ofrecen numerosos ejemplos para ilustrar su significado. Sus definiciones y supuestos son coherentes y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

existe una lógica progresiva de los supuestos a las afirmaciones.

Simplicidad

En principio, la teoría parece simple. Sin embargo, tras una inspección más detallada aparece su complejidad. Se basa en teorías biológicas y psicológicas y en varias suposiciones de las propias autoras. Las interacciones entre los principales conceptos, supuestos y afirmaciones añaden profundidad a la teoría y aumentan su complejidad.

Generalidad

Los principales supuestos que desempeñan las tareas de desarrollo, la satisfacción de las necesidades básicas, el vínculo y la pérdida de un objeto y el potencial de adaptación son lo suficientemente amplias para ser aplicables a múltiples situaciones enfermeras; así, la teoría puede generalizarse para todas las situaciones de enfermeras y de pacientes. Los teóricos citan numerosos ejemplos de la aplicabilidad de sus conceptos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Aunque se suele discutir sobre si a la teoría le falta aplicabilidad en las situaciones de coma o en pediatría, los teóricos creen que la teoría también es aplicable en estas situaciones, aunque el trabajador clínico deberá mostrarse creativo. La teoría de los modelos y el modelado de roles puede generalizarse para todos los aspectos de la práctica enfermera profesional.

Precisión empírica

La precisión empírica aumenta si la teoría ha definido de forma operativa los conceptos, los subconceptos identificables y las definiciones denotativas. Los principales conceptos, los modelos y el modelado de roles se basan en la realidad, lo que les hace más empíricos que generales. Las definiciones en la teoría son denotativas y hacen posible probar los conceptos identificados de forma empírica. Los teóricos ofrecen una pauta para recoger, analizar y sintetizar los datos y los patrones para aplicar su teoría basada en el modelo de los clientes. Estas pautas explícitas aumentan la precisión empírica de la teoría y permiten a los practicantes probar la teoría utilizando estos instrumentos.

Chinn y Kramer (2004) creen que la precisión empírica aumentaría con las pruebas de investigación dado que los datos que reflejan las pruebas de investigación de la teoría continúan confirmándola. La teoría de los modelos y el modelado de roles adquieren más precisión empírica a medida que los estudios están disponibles para el análisis crítico. Los teóricos reconocen la necesidad de investigación continuada de su teoría y animan a las enfermeras de la práctica a llevarla a cabo.

Consecuencias deducibles

Uno de los muchos retos de la enfermería es el reconocimiento de su base de conocimientos única y científica. Una gran ayuda para este proceso es el uso de la teoría de enfermería como base de la práctica profesional. La teoría de los modelos y el modelado de roles ofrece el estímulo para alcanzar esta meta. Aunque esta teoría es relativamente nueva, ha conseguido el reconocimiento en la comunidad enfermera. Dado que ha crecido el interés, se ha generado más investigación para corroborar estas afirmaciones teóricas. Muchas enfermeras se han comprometido a investigar basándose en esta teoría. Las publicaciones adicionales de los resultados dan mayor crédito a las propuestas teóricas.

Chinn y Kramer (2004) afirman que se deberían evaluar las teorías según sus consecuencias deducibles. Las consecuencias deducibles se determinan examinando si la teoría guía la investigación, dirige la práctica, genera nuevas ideas y diferencia la enfermería de otras profesiones. Según estos criterios, esta teoría posee un valor e investigación inherentes que apoyan su amplio y extenso alcance.

RESUMEN

Las enfermeras tienen la oportunidad de compartir experiencias vitales íntimas importantes con sus clientes. Tenemos la habilidad y la responsabilidad de facilitar la curación y de conseguir el máximo estado percibido de salud y de bienestar de nuestros clientes. La MVPA proporciona a las enfermeras un marco teórico basado en la práctica que nos permite conseguir estos objetivos en cualquier entorno, con cualquier población. Los datos de numerosos estudios de investigación, así como el continuo trabajo científico, proporcionan apoyo empírico para esta teoría enfermera. A medida que la teoría madura, el alcance de su mérito y de su valía será más evidente.

Caso clínico

Robert, un ganadero de 75 años con una historia de EPOC, es ingresado por disnea, angina y náuseas (necesidades fisiológicas no satisfechas). Es el cuarto ingreso en 6 meses (tiene dificultades para adaptarse a los factores estresantes de su vida). La enfermera se presenta con voz tranquila y calmada, y le explica que será su enfermera durante su estancia (intervenciones diseñadas para crear confianza y sensación de seguridad y facilitar un sentido de conexión). Le pregunta por qué está allí (él es la principal fuente de datos). Afirma «no puedo respirar y me duele el tórax». Una vez estabilizado (las necesidades fisiológicas están satisfechas de manera que la enfermera se centra en sus otras necesidades), dice «he observado que ha tenido varios ingresos en los últimos meses. ¿Por qué cree que está aquí hoy?» (la enfermera busca información del cliente, que es la fuente principal de datos, y facilita la sensación de control del cliente). Responde «mi esposa de 49 años murió hace unos meses; ella me cuidaba y mi corazón está roto. Mi vida ya no tiene sentido» (tiene necesidades no satisfechas, tiene problemas con la etapa de desarrollo de generación y está afligido por la muerte de su esposa).

Durante su valoración, la enfermera descubre que Robert vive solo en un rancho, su vecino más próximo está a 6 km, sus hijos viven fuera del estado, no tiene ayuda en sus actividades diarias, no sale de casa porque ya no puede conducir, no tiene sistema de apoyo y se siente incapaz de continuar con su vida desde la muerte de su esposa. La enfermera le pregunta qué necesita para sentirse mejor y le ayuda a conseguirlo durante las semanas siguientes (fomento de orientación futura positiva). Él responde «necesito estar cerca de mis amigos y del hospital. Estoy muy solo y asustado lejos de ellos» (necesidades de amor y pertenencia y de seguridad no satisfechas).

Después de una larga discusión, juntos deciden aplicar un plan de cuidados (la enfermera facilita el control del cliente, afirmando sus puntos fuertes y el conocimiento de autocuidado que él sabe que hará real). Robert llama y habla con su hijo, que planea venir y visitarle (esta acción facilita su sentido de apoyo percibido e IA). Se llama a su pastor y se le pide consejo (el apoyo es percibido, se inicia la facilitación de la resolución del duelo, se facilita que el cliente se centre en el futuro). Le visita un trabajador social y Robert decide que se trasladará a un apartamento para ancianos en la ciudad, que proporciona comida y otros servicios. Esto le ayudará a sentirse más seguro porque estará cerca del hospital y de otras personas, si las necesita. Sus necesidades de amor y de pertenencia pueden satisfacerse, dado que puede elegir visitar a sus amigos o participar en actividades sociales que se proporcionan en el complejo (facilita la sensación de control del cliente). También puede recibir ayuda con las necesidades fisiológicas cuando lo necesite (comidas, servicio doméstico). La enfermera le proporciona su número de teléfono, de manera que pueda llamarla si necesita algo (las necesidades de apoyo y amor y de pertenencia están satisfechas). Esta acción facilita la confianza del cliente y el IA. Se mantiene su control y sus puntos fuertes y el conocimiento de autocuidado se afirman (sabrá y será capaz de llamar cuando necesite ayuda o contactará con la enfermera). Se han hecho arreglos para ayudarle durante el traslado. Finalmente, la enfermera planifica llamadas telefónicas regulares (basándose en el plan del cliente) para comprobar qué está haciendo y responder a cualquier preocupación o duda que tenga. Esta acción facilita la satisfacción de las necesidades de confianza y de seguridad, y de amor y pertenencia.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Entreviste a un cliente y utilice la teoría para interpretar los datos. Identifique los diagnósticos enfermeros basados en las interpretaciones.
2. En vista de los hallazgos, proponga un plan de cuidados de enfermería. Identifique qué predicciones pueden realizarse si no el cuidado no tiene lugar.
3. Teniendo en cuenta que la meta es promover la salud y desarrollo del cliente, prediga los resultados a partir del plan de cuidados de enfermería sugerido.
4. Valore al cliente a partir de fuentes primarias, secundarias y terciarias. Compare la coherencia entre los tres tipos de fuentes.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- http://www.mrmnursingtheory.org/
- Referencias conceptuales y de investigación disponibles en la página web sobre teorías intermedias, constructos mayores y supuestos filosóficos de la teoría de MMR.
- Erickson, H. (Ed.) (2006). Modeling and Role-Modeling: A View From the Client's World. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (2002). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Cedar Park, TX: Est. Co. (Original work published 1983, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.)

REFERENCIAS

Acton, G. (1993). The relationships among stressors, stress, affiliated-individuation, burden, and well-being in caregivers of adults with dementia: A test of the theory and paradigm for nursing, modeling and role-modeling. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.

Acton, G. (1997). The mediating effect of affiliated-individuation in caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing, 15*(4), 336-357.

Acton, G. J., Irvin, B. L., Jensen, B. A., Hopkins, B. A., & Miller, E. W. (1997). Explicating midrange theory through methodological diversity. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 78-85.

Acton, G. J., & Miller, E. W. (1996). Affiliated individuation in caregivers of adults with dementia. Issues in *Mental Health Nursing, 17*, 245-260.

Anschutz, C. A. (2000). Perceived enactment of autonomy and life satisfaction: An elderly perspective. Unpublished master's thesis, Fort Hays State University, Hays, KS.

Baas, L. S. (1992). The relationships among self-care knowledge, self-care resources, activity level and life satisfaction in persons three to six months after a myocardial infarction. *Dissertation Abstracts International, 53*, 1780B.

Baas, L. S. (2004). Self-care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing,* 23(3), 131-138.

Baas, L. S., Beery, T. A., Allen, G. A., Wizer, M., & Wagoner, L. E. (2004). An exploratory study of body awareness in persons with heart failure or transplant. J*ournal of Cardiovascular Nursing,* 19(1), 32-40.

Baas, L. S., Beery, T. A., Fontana, J. A., & Wagoner, L. E. (1999). An exploratory study of developmental growth in adults with heart failure. *Journal of Holistic Nursing,* 17(2), 117-138.

Baas, L. S., Fontana, J. A., & Bhat, G. (1997). Relationships between self-care resources and the quality of life of persons with heart failure: A comparison of treatment groups. *Progress in Cardiovascular Nursing,* 12(1), 25-38.

Babcock, M., & Mueller, P. (1980). *Accidents and life stress.* Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Baldwin, C. M. (1996). Perceptions of hope: Lived experiences of elementary school children in an urban setting. *The Journal of Multicultural Nursing & Health,* 2(3), 41-45.

Barnfather, J. S. (1987). Mobilizing coping resources related to basic need status in healthy, young adults. *Dissertation Abstracts International,* 49/02-B, 0360.

Barnfather, J. S. (1990a). An overview of the ability to mobilize coping resources related to basic needs. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Barnfather, J. S. (1990b). Mobilizing coping resources related to basic need status. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Barnfather, J. (1993). Testing a theoretical proposition for modeling and role-modeling: A basic need and adaptive potential status. *Issues in Mental Health Nursing,* 13, 1-18.

Beery, T. A., Baas, L. S., Fowler, C., & Allen, G. (2002). Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing,* 20(10), 5-30.

Beery, T., Baas, L. S., & Henthorn, R. (2007). Self reported adjustment to implanted cardiac devices. *Journal of Cardiovascular Nursing,* 22(6), 516-524.

Beery, T., Baas, L. S., Mathews, H., Burrough, J., & Henthorn, R. (2005). Development of the Implanted Devices Adjustment Scale. *Dimensions of Critical Care Nursing,* 24(5), 242-248.

Beltz, S. (1999). How persons 85 years and older, living in congregate housing, experience managing their health: Preservation of self. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Benson, D. (2003). Adaptive potential assessment model as applied to small groups. Unpublished doctoral dissertation, University of LaVerne, LaVerne CA.

Boodley, C. A. (1990). The experience of having a healthy examination. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Boodley, C. A. (1986). A nursing study of the experience of having a health examination. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.

Bowman, S. S. (1998). The human-environment relationship in self-care when healing from episodic

illness. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Cain, E., & Perzynski, K. (1986). Utilization of the self-care knowledge model with wife caregivers. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Campbell, J., Finch, D., Allport, C., Erickson, H. C., & Swain, M. A. (1985). A theoretical approach to nursing assessment. *Journal of Advanced Nursing,* 10, 111-115.
Chen, Y. (1996). Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care, and subjective well-being in the elderly with hypertension. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). Integrated Knowledge Development in Nursing (6th ed.) St. Louis: Mosby.
Clayton, D. (2001). Journeys through chaos: Experiences of prolonged family suffering and evolving spiritual identity. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Clementino, D., & Lapinske, M. (1980). The effects of different preparatory messages on distress from a bronchoscopy. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Curl, E. D. (1992). Hope in the elderly: Exploring the relationship between psychosocial developmental residual and hope. *Dissertation Abstracts International,* 47, 992B.
Darling-Fisher, C. S. (1987). The relationship between mothers' and fathers' Eriksonian psychosocial attributes, perceptions of family support, and adaptation to parenthood. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
Darling-Fisher, C., & Leidy, N. (1988). Measuring Eriksonian development of the adult: The modified Erikson psychosocial stage inventory. *Psychological Reports,* 62, 747-754.
Dildy, S. M. P. (1992). A naturalistic study of the meaning and impact of suffering in people with rheumatoid arthritis. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Doornbos, M. (1983). The relationship of the social network to emotional health in the aged. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Erickson, H. (1985). Self-care knowledge: Relations among the concepts support, hope, control, satisfaction with life, and physical health. In Sigma Theta Tau International Proceedings, Social support and health: New directions for theory development and research. Rochester, NY: University of Rochester.
Erickson, H. (1990a). Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In J. K. Zeig & S. Gilligan (Eds.), Brief therapy: Myths, methods, and metaphors. New York: Brunner/Mazel.
Erickson, H. (1990b). Theory based nursing. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
Erickson, H. C. (1976). Identification of states of coping utilization physiological and psychological data. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Erickson, H. C., Kinney, C., Becker, H., Acton, G., Irvin, B., Hopkins, R., et al. (1994). Modeling and role-modeling with Alzheimer's patients (National Institutes of Health funded grant). Unpublished manuscript, University of Texas, Austin, TX.
Erickson, H. C., Kinney, C., Stone, D., & Acton, G. (1990). Self-care activities, knowledge, and resources related to physical health. Unpublished manuscript, University of Texas, Austin, TX.
Erickson, H. C., & Swain, M. A. (1982). A model for assessing potential adaptation to stress. Research in Nursing and Health, *5*, 93-101.
Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (1983). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Erickson, H., Tomlin, E., & Swain, M. (2002). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Cedar Park, TX: Est. Co.
Erickson, M. (1996a). Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being. *Issues in Mental Health Nursing,* 17, 185-200.
Erickson, M. (1996b). Relationships among support, needs satisfaction, and maternal attachment in the adolescent mother. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Erickson, M. (2006). Attachment, Loss, and Reattachment. In H. Erickson (Ed.), Modeling and role-modeling: A view from the client's world. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited Books.
Finch, D. (1987). Testing a theoretically based nursing assessment. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Finch, D. A. (1990). Testing a theoretically based nursing assessment. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
Hertz, J. E. (1999). Testing two self-care measures in elderly home care clients. In S. H. Gueldner & L. W. Poon (Eds.), Gerontological nursing issues for the 21st century (pp. 195-205). Indianapolis: Center Nursing Press.
Hertz, J. E. G. (1991). The perceived enactment of autonomy scale: Measuring the potential for self-care action in the elderly. Dissertation Abstracts International, *52*, 1953B.
Hertz, J. E., & Anschutz, C. A. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing,* 20(2), 166-186.
Hertz, J. E., Baas, L., Curl, E., & Robinson, K. (1994). An integrative review of research for modeling and role-modeling theory: 1982-1992. Unpublished manuscript, University of Illinois at Urbana-Champaign, Champaign, IL.
Hertz, J. E., Rossetti, J., & Nelson, C. M. (2006). Self-care activities reported by older adults living in senior apartments. Unpublished manuscript, Northern Illinois University, DeKalb, IL.
Holl, R. M. (1992). The effect of role-modeled visiting in comparison to restricted visiting on the well-being of clients who had open heart surgery and their significant family members in the critical care unit. *Dissertation Abstracts International,* 53, 4030B.
Hopkins, B. A. (1995). Adaptive potential of caregivers of adults with dementia. Paper presented at the meeting of Sigma Theta Tau International, Detroit.
Irvin, B. L. (1993). Social support, self-worth and hope as self-care resources for coping with caregiver stress. *Dissertation Abstracts International,* 54(06), B2995.
Irvin, B. L., & Acton, G. (1996). Stress mediation in caregivers of cognitively impaired adults: Theoretical model testing. *Nursing Research,* 45(3), 160-166.
Irvin, B. L., & Acton, G. J. (1997). Stress, hope and well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holistic Nursing Practices,* 11(2), 69-79.
Jensen, B. (1995). Caregiver responses to a theoretically based intervention program: Case study analysis. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Keck, V. E. (1989). Perceived social support, basic needs satisfaction, and coping strategies of the chronically ill. *Dissertation Abstracts International,* 50, 3921B.
Kennedy, G. T. (1991). A nursing investigation of comfort and comforting care of the acutely ill patient. *Dissertation Abstracts International,* 52, 6318B.
Kinney, C. (1992). Psychosocial developmental correlates of coronary prone behavior in healthy adults. Unpublished manuscript, University of Texas at Austin, Austin, TX.
Kinney, C. K. (1990). Facilitating growth and development: A paradigm case for modeling and role-modeling. *Issues in Mental Health Nursing,* 11, 375-395.
Kinney, C., & Erickson, H. (1990). Modeling the client's world: A way to holistic care. *Issues in Mental Health Nursing,* 11, 93-108.
Kinney, C. K., Rodgers, D. R., Nash, K., & Bray, C. (2003). Holistic Healing for Women with Breast Cancer Through a Mind, Body, and Spirit Self-Empowerment Program. J*ournal of Holistic Nursing,* 21, 260-279.
Kleinbeck, S. (1977). Coping states of stress. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
Kline Leidy, N. (1990). A structural model of stress, psychosocial resources, and symptomatic experience in chronic physical illness. *Nursing Research,* 39, 230-236.
Kline, N. W. (1988). Psychophysiological processes of stress in people with a chronic physical illness. *Dissertation Abstracts International,* 49, 2129B.
Landis, B. J. (1991). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Dissertation Abstracts International, 5*2, 4124B.
MacLean, T. T. (1987). Health behaviors, developmental residual and stressors. In H. Erickson & C. Kinney (eds). Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol 1, No 1; pp. 147-155). Austin: The Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
MacLean, T. T. (1990). Erikson's development and stressors as factors in healthy lifestyle. *Dissertation Abstracts International,* 48, 1710A.
MacLean, T. T. (1992). Influence of psychosocial development and life events on the health practices of adults. *Issues in Mental Health,* 13, 403-414.
Merton, R. K. (1968). Social theory and social structure. New York: The Free Press.
Miller, E. W. (1994). The meaning of encouragement and its connection to the inner-spirit as perceived by caregivers of the cognitively impaired. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Miller, S. H. (1986). The relationship between psychosocial development and coping ability among disabled teenagers. *Dissertation Abstracts International,* 47, 4113B.
Nash, K. (2007). Evaluation of the empower peer support and education program for middle school-aged adolescents. *Journal of Holistic Health,* 25, 26-36.
Raudonis, B. (1991). A nursing study of empathy from the hospice patient's perspective. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Robinson, K. R. (1992). Developing a scale to measure responses of clients with actual or potential myocardial infarctions. *Dissertation Abstracts International,* 53, 6226B.
Rogers, S. (1996). Facilitative affiliation: Nurse-client interactions that enhance healing. *Issues in Mental Health Nursing,* 17, 171-184.
Rosenow, D. J. (1991). Multidimensional scaling analysis of self-care actions for reintegrating holistic health after a myocardial infarction: Implications for nursing. *Dissertation Abstracts International,* 53, 1789B.
Scheela, R. (1991). The remodeling process: A grounded study of adult male incest offenders' perceptions of the treatment process. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.
Smith, K. (1980). Relationship between social support and goal attainment. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Sofhauser, C. (1996). The relations among hostility, self-esteem, self-concept, psychosocial residual in persons with coronary heart disease. Dissertations Abstracts International 5B/01-B.
Timmerman, G., & Acton, G. (2001). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in Mental Health Nursing,* 22(7), 691-701.
Weber, G. J. T. (1999). The experiential meaning of well-being for employed mothers. *Western Journal of Nursing Research, 2*1(6), 785-795.
Weber, G. J. T. (1995). Employed mothers with pre-school-aged children: An exploration of their lived experiences and the nature of their well-being. *Dissertation Abstracts International,* 56-06(B), 3131.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Erickson, H. (1986). Synthesizing clinical experiences: A step in theory development. Ann Arbor, MI: Biomedical Communications.
Erickson, H. (Ed.). (2006). Modeling and Role-Modeling: A View From the Client's World. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (2002). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Cedar Park, TX: Est. Co. (Originally work published 1983, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.)
Erickson, H. & Kinney, C. (Eds.). (1990). Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Capítulos de libros

Erickson, H. (1977). Communication in nursing. In H. Erickson (Ed.), *Professional nursing matrix: A workbook* (pp. 1-150). Ann Arbor, MI: Media Library, University of Michigan.
Erickson, H. (1985). Modeling and role-modeling: Ericksonian approaches with physiological problems. In J. Zeig & S. Langton (Eds.), *Ericksonian psychotherapy: The state of the art.* New York: Brunner/Mazel.
Erickson, H. (1990). Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In J. K. Zeig & S. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 473-491). New York: Brunner/Mazel.
Erickson, H. (1990). Self-care knowledge: An exploratory study. In C. Kinney & H. Erickson (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1, pp. 178-202). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
Erickson, H. (1990). Theory based nursing. In C. Kinney & H. Erickson (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1, pp. 1-27). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Artículos de revistas

Barnfather, J., Swain, M. A., & Erickson, H. (1989). Construct validity of an aspect of the coping process: Potential adaptation to stress. *Issues in Mental Health Nursing,* 10, 23-40.
Barnfather, J., Swain, M. A., & Erickson, H. (1989). Evaluation of two assessment techniques. *Nursing Science Quarterly,* 4, 172-182.
Campbell, J., Finch, D., Allport, C., Erickson, H., & Swain, M. (1985). A theoretical approach to nursing assessment. *Journal of Advanced Nursing,* 10, 111-115.
Erickson, H. (1983, March). Coping with new systems. *Journal of Nursing Education,* 22(3), 132-135.
Erickson, H. (1991). Modeling y role-modeling con psychophysiological problemas. *Rapport: Hipnosis de Milton H. Erickson—Revista del Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires* (Argentina), 1(1), 41-53.
Erickson, H., & Swain, M. A. (1982). A model for assessing potential adaptation to stress. *Research in Nursing and Health,* 5, 93-101.
Erickson, H., & Swain, M. A. (1990). Mobilizing self-care resources: A nursing intervention for hypertension. *Issues in Mental Health Nursing,* 11, 217-236.
Erickson, M. (1996). Factors that influence the mother infant dyad relationships and infant well-being. *Issues in Mental Health Nursing,* 17, 185-200.

Fuentes secundarias

Libros

Bowlby, J. (1969). *Attachment.* New York: Basic Books.
Bowlby, J. (1973). *Separation.* New York: Basic Books.
Bowlby, J. (1980). *Loss.* New York: Basic Books.
Engel, G. S. (1962). *Psychological development in health and disease.* Philadelphia: W. B. Saunders.
Erikson, E. (1963). *Childhood and society.* New York: W. W. Norton.
Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W. W. Norton.
Mahler, M. S., & Furer, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation* (Vol. I). *Infantile psychosis.* New York: International Universities Press.
Maslow, A. H. (1968). T*oward a psychology of being* (2nd ed.). New York: D. Von Nostrand.
Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure.* New York: The Free Press.
Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children.* New York: International Universities Press.
Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child.* New York: Basic Books.
Rossi, E. (1986). *The psychobiology of mind-body healing.* New York: W. W. Norton.
Selye, H. (1974). *Stress without distress.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Selye, H. (1976). *The stress of life* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Capítulos de libros

Barnfather, J. (1990). An overview of the ability to mobilize coping resources related to basic needs. In H. Erickson & C. Kinney (Eds.). *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1, pp. 156-169). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Bowlby, J. (1960). Child care and the growth of love. In M. Haimowitz & N. Haimowitz (Eds.), *Human development* (2nd ed., pp. 155-166). New York: Thomas Y. Crowell.

Erikson, E. (1960). Identity versus self-diffusion. In M. Haimowitz & N. Haimowitz (Eds.), *Human development* (2nd ed., pp. 766-770). New York: Thomas Y. Crowell.

Erikson, E. (1960). The case of Peter. In M. Haimowitz, & N. Haimowitz (Eds.), H*uman development* (2nd ed., pp. 355-359). New York: Thomas Y. Crowell.

Hassan, A., & Hassan, B. M. (1987). Interpersonal development across the life span: Communion and its interaction with agency in psychosocial development. In L. A. Meachem (Ed.). *Contributions to human development* (*Vol. 18,* pp. 102-127). Basel: Werner Druck AG.

Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In J. Riviere (Ed.), *Developments in psychoanalysis* (pp. 198-236). London: Hogarth Press.

Piaget, J. (1974). The pathway between subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Representative results and methodological issues. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects* (pp. 73-86). New York: John Wiley & Sons.

Winnicott, D. W. (1965). The theory of the parent-infant relationship. In D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational processes and the facilitating environment.* London: Hogarth Press.

Artículos de revistas

Acton, G., & Miller, E. (1996). Affiliated-individuation in caregivers of adults with dementia. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 245-260.

Adamson, J., & Schmale, A. (1965). Object loss, giving up, and the onset of psychiatric disease. *Psychosomatic Medicine, 27*(6), 557-576.

Baas, L. S., Fontana, J. A., & Bhat, G. (1997). Relationships between self-care resources and the quality of life of persons with heart failure: A comparison of treatment groups. *Progress in Cardiovascular Nursing, 12*(1), 25-38.

Barnfather, J. (1993). Testing a theoretical proposition for modeling and role-modeling: A basic need and adaptive potential status. *Issues in Mental Health Nursing, 13*, 1-18.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.

Beery, T., & Baas, L. (1996). Medical devices and attachment: Holistic healing in the age of invasive technology. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 233-243.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 89-97.

Bowlby, J. (1961). Childhood mourning and its explications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 118*, 481-498.

Bowlby, J. (1961). Process of mourning. International Journal of Psychoanalysis, *42*, 317-340.

Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to the hospital. *Psychoanalytic Study of the Child, 7*, 89-94.

Engel, G. (1968). A life setting conducive to illness: The giving-up-given-up complex. *Annuals of Internal Medicine, 69*(2), 293-300.

Hertz, J. (1996). Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 261-273.

Irvin, B., & Acton, G. (1996). Stress mediation in caregivers of cognitively impaired adults: Theoretical model testing. *Nursing Research, 45*(3), 160-166.

Irvin, B., & Acton, G. (1997). Stress, hope and well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holistic Nursing Practice, 11*(2), 69-79.

Kinney, C. (1996). Transcending breast cancer: Reconstructing one's self. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 201-216.

Landis, B. J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 217-231.

Leidy, N. (1994). Operationalizing Maslow's theory: Development and testing of the Basic Needs Satisfaction Inventory. *Issues in Mental Health Nursing, 15*, 277-295.

Leidy, N. K., & Traver, G. A. (1995). Psychophysiological factors contribution to functional performance in people with COPD: Are there gender differences? *Research in Nursing and Health, 18*, 535-546.

Mahler, M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 740-763.

Maslow, A. H. (1936). The need to know and the fear of knowing. *Journal of General Psychology, 68*, 111-125.

Miller, E. W. (1995). Encouraging Alzheimer's caregivers. *Journal of Christian Nursing, 12*(4), 7-12.

Robinson, K. R. (1994). Developing a scale to measure denial levels of clients with actual or potential myocardial infarctions. *Heart and Lung, 23*, 36-44.

Rogers, S. (1996). Facilitative affiliation: Nurse-client interactions that enhance healing. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 171-184.

Sappington, J., & Kelley, J. H. (1996). Modeling and role-modeling theory: A case study of holistic care. *Journal of Holistic Nursing, 14*(2), 130-141.

Walsh, K. K., Vanden Bosch, T. M., & Boehm, S. (1989). Modeling and role-modeling: Integrating nursing theory into practice. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 755-761.

Tesis doctorales

Kirk, L. (1996). *A descriptive study of level of hope in cancer patients.* Unpublished master's thesis, University of Texas, San Antonio, TX.

Kleinbeck, S. (1977). *Coping states of stress.* Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Disertaciones

Acton, G. (1993). Relationships among stressors, stress, affiliated-individuation, burden, and well-being in caregivers of adults with dementia: A test of the theory and paradigm for nursing, modeling and role-modeling. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Baas, L. S. (1992). The relationships among self-care knowledge, self-care resources, activity level and life satisfaction in persons three to six months after a myocardial infarction. *Dissertation Abstracts International,* 53, 1780B.

Barnfather, J. S. (1987). Mobilizing coping resources related to basic need status in healthy, young adults. *Dissertation Abstracts International,* 49, 360B.

Beltz, S. (1999). How persons 85 years and older, living in congregate housing, experience managing their health: Preservation of self. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Benson, D. (2003). Adaptive potential assessment model as applied to small groups. Unpublished doctoral dissertation, The University of LaVerne, LaVerne, CA.

Chen, Y. (1996). Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care, and subjective well-being in the elderly with hypertension. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Curl, E. D. (1992). Hope in the elderly: Exploring the relationship between psychosocial developmental residual and hope. *Dissertation Abstracts International,* 47, 992B.

Daniels, R. (1994). Exploring the self-care variables that explains a wellness lifestyle in spinal cord injured wheelchair basketball athletes. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Darling-Fisher, C. S. (1987). The relationship between mothers' and fathers' Eriksonian psychosocial attributes, perceptions of family support, and adaptation to parenthood. *Dissertation Abstracts International,* 48, 1640B.

Erickson, M. (1996). Relationships among support, needs satisfaction, and maternal attachment in the adolescent mother. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Hertz, J. E. G. (1991). The perceived enactment of autonomy scale: Measuring the potential for self-care action in the elderly. *Dissertation Abstracts International,* 52, 1953B.

Hopkins, B. (1994). Assessment of adaptive potential. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Irvin, B. L. (1993). Social support, self-worth and hope as self-care resources for coping with caregiver stress. *Dissertation Abstracts International, 54*(06), B2995.

Jensen, B. (1995). Caregiver responses to a theoretically based intervention program: Case study analysis. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Kline, N. W. (1988). Psychophysiological processes of stress in people with a chronic physical illness. *Dissertation Abstracts International,* 49, 2129B.

Landis, B. J. (1991). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Dissertation Abstracts International,* 52, 4124B.

MacLean, T. T. (1987). Erikson's development and stressors as factors in healthy lifestyle. *Dissertation Abstracts International,* 48, 1710A.

Miller, E. W. (1994). The meaning of encouragement and its connection to the inner-spirit as perceived by caregivers of the cognitively impaired. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Nash, K. (2003). Evaluation of a holistic peer support and education program aimed at facilitating self-care resources in adolescents (Unpublished doctoral dissertation). The University of Texas at Galveston, Galveston, TX.

Raudonis, B. (1991). A nursing study of empathy from the hospice patient's perspective. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Robinson, K. R. (1992). Developing a scale to measure responses of client with actual or potential myocardial infarctions. *Dissertation Abstracts International,* 53, 6226B.

Sofhauser, C. (1996). The relations among hostility, self-esteem, self-concept, psychosocial residual in persons with coronary heart disease. *Dissertation Abstracts International* 5B/01-B.

Weber, G. (1995). Employed mothers with pre-schoolaged children: An exploration of their lived experiences and the nature of their well-being. *Dissertation Abstracts International* 56/06-B3/31.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

APÉNDICE

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN LOS MODELOS Y EL MODELADO DE ROLES[a]

I. Descripción de la situación
   A. Visión general de la situación
   B. Etiología
      1. Factores responsables de estrés externos
      2. Factores estresantes
      3. Factores que provocan distrés
   C. Necesidades terapéuticas
II. Expectativas
   A. Inmediatas
   B. A largo plazo
III. Potencial de recursos
   A. Externos
      1. Red social
      2. Sistema de apoyo
      3. Sistema sanitario
   B. Internos
      1. Fuerzas
      2. Potencial de adaptación
         a) Estados de sensaciones
         b) Parámetros fisiológicos
IV. Metas y tareas vitales
   A. Actuales
   B. Futuras

INSTRUMENTO DE INTERPRETACIÓN DE DATOS BASADO EN LOS MODELOS Y EL MODELADO DE ROLES[b]

I. Interpretar los datos respecto a la capacidad de movilizar recursos (APAM)
II. Interpretar los datos de las necesidades (ventajas y deficiencias relacionados con el tipo de necesidad), vínculo a los objetos, pérdida, duelo (normal o patológico), tareas vitales (de desarrollo: reales y cronológicas)

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE DATOS BASADOS EN LOS MODELOS Y EL MODELADO DE ROLES[c]

I. Primer paso
   A. Expresar las relaciones entre los factores estresantes y las necesidades
   B. Expresar las relaciones entre los estados

APAM, Adaptive Potential Assessment Model; IA, individualización afiliada

[a]Las preguntas de entrevistas y los pensamientos que guían el razonamiento crítico se mencionan en Erickson H. C., Tomlin E. M., y Swain M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 116-168). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Las sugerencias para las técnicas de entrevista se mencionan en Erickson H. C. (1990). Self-Care Knowledge. En H. C. Erickson y C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

[b]Las guías de pensamiento crítico para la interpretación de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., y Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 148-166). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. En H. C. Erickson y C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

[c]Las guías de pensamiento crítico para el análisis de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing (pp. 148-166). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. En H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling. APAM, Adaptive Potential Assessment Model.

APÉNDICE *(Cont.)*

de necesidad y la capacidad para movilizar recursos
- C. Expresar las relaciones entre los estados de necesidad y la pérdida de un vínculo
- D. Expresar las relaciones entre la pérdida y la respuesta al duelo
- E. Expresar las relaciones entre el tipo de necesidades que se tienen y los déficit de residuos y de residuos de desarrollo
- F. Articular las relaciones entre las tareas de desarrollo cronológicas y los residuos de desarrollo

II. Segundo paso
- A. Expresar las relaciones entre los factores estresantes, el potencial de recursos, el estado de las necesidades, la pérdida, el duelo, los residuos de desarrollo, las tareas cronológicas y el potencial respecto al vínculo
- B. Expresar las relaciones entre las necesidades, los estados, el potencial de recursos, los residuos de desarrollo y las metas personales

INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN BASADO EN LOS MODELOS Y EL MODELADO DE ROLES[d]

I. Objetivos de las intervenciones
- A. Establecer la confianza
- B. Promover una orientación positiva
- C. Promover el control del cliente
- D. Promover las fuerzas
- E. Establecer objetivos dirigidos a la salud

II. Objetivos de intervención
- A. Desarrollar una relación funcional y de confianza entre la enfermera y el cliente
- B. Facilitar una autoproyección positiva y de cara al futuro
- C. Promover la IA con el mínimo grado de ambivalencia posible
- D. Promover un estado de salud dinámico, de adaptación y holístico
- E. Promover y alimentar un mecanismo de superación que satisfaga las necesidades básicas y permita la satisfacción de la necesidad de crecimiento
- F. Facilitar etapas de desarrollo coherentes, reales y cronológicas

[d]Las guías de pensamiento crítico para la planificación se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing (pp. 169-220). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. En H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), Modeling and role-modeling: Theory, practice and research (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO

26

Gladys L. Husted

1941-presente

James H. Husted

1931-presente

Teoría bioética sinfonológica

Carrie J. Scotto

«La sinfonología (de "sinfonía", palabra griega que significa acuerdo) es un sistema de ética basado en los términos y condiciones de un acuerdo» (Husted y Husted, n.d.).

BIOGRAFÍA

Gladys Husted nació en Pittsburgh, ciudad en la que continúa viviendo, enseñando y ejerciendo su profesión con una profunda influencia sobre las nuevas generaciones de enfermeras. En 1962 obtuvo la diplomatura en Ciencias de la Enfemería en la Universidad de Pittsburgh, y empezó a trabajar en salud pública y en servicios médico-quirúrgicos de atención a pacientes agudos hospitalizados. La observación de las interacciones entre los pacientes y las enfermeras hizo que se interesara por las cuestiones de carácter ético. En 1968 completó un máster en enseñanza de la enfermería y comenzó a dar clases en la Louise Suyden School of Nursing del St. Margaret's Memorial Hospital de Pittsburgh. Su amor a la enseñanza hizo que pronto se inscribiera en los cursos de doctorado, que obtuvo en la University of Pittsburgh Department of Curriculum and Supervision.

En la actualidad G. Husted es profesora emérita en la Duquesne University School of Nursing, y en 1998 recibió el premio a la mejor profesora de la escuela. Sigue enseñando a tiempo parcial y dirigiendo tesis. Además, la Duquesne University ha reconocido la excelente labor didáctica de G. Husted con diferentes distinciones y menciones honorarias, como el Duquesne University School of Nursing Recognition Award for Excellence (1990-1991) y el Faculty Award for Excellence in Teaching (1994-1995). La Facultad de Medicina de Ohio nombró a Husted la conferenciante más distinguida del año (2000). Es miembro de las asociaciones Sigma Theta Tau International, Phi Kappa Phi y National League for Nursing.

Ha trabajado como experta asesora de la Western Pennsylvania Hospital Nursing Division, asesorando en todos los aspectos referentes al Comité de Ética del Hospital, a la formación del personal de enfermería y a la gestión de recursos humanos. Asimismo, ha asesorado al Allegheny General Medical Center en cuestiones de formación y gestión del personal de enfermería, y al National Nursing Ethics Advisory Group for the Department of Veterans Affairs. Ha trabajado como asesora experta para varias escuelas de enfermería. Además, G. Husted ha realizado presentaciones en numerosas conferencias nacionales.

James Husted nació en Kingston (Pensilvania) y durante toda su vida se ha interesado por la filosofía. Durante su destino como militar en Alemania empezó a interesarse por la ética, especialmente por la obra de Spinoza, a través de las conversaciones que mantuvo con un profesor de ética ya retirado.

Cuando dejó el ejército, trabajó en el comercio y como profesor de agentes de seguros médicos privados. Sin embargo, paralelamente a su trabajo continuó leyendo y desarrollando sus ideas sobre ética y filosofía. Durante la década de 1980 se unió a las sociedades High-IQ, Mensa e Intertel.

Gladys y James se conocieron y se casaron en 1974. El continuo diálogo entre ellos sirvió para sentar las bases de la teoría sinfonológica. Son coautores de las diferentes ediciones del libro *Ethical Decision Making in Nursing*, que fue uno de los Nursing and Health Care's Notable Books en 1991, 1995a y 2001. Asimismo, obtuvo el premio de la Nursing Society en 2001. Entre 1997 y 1998 escribieron una columna titulada «Bioética basada en la práctica» en todos los números publicados de la revista *Advanced Practice Nursing Quarterly*. Además de publicar libros, colaborar en libros de varios autores y escribir artículos en revistas especializadas, han dado conferencias y seminarios en los que han presentado su teoría ética.

Actualmente viven en Pittsburgh, donde continúan escribiendo, enseñando y dando conferencias y seminarios, a la vez que trabajan como asesores para comités de ética.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

FUENTES TEÓRICAS

Los autores definen la sinfonología como «el estudio de los acuerdos y los elementos necesarios para constituirlos» (Husted y Husted, 2008, p. xv). Aplicada a la asistencia sanitaria, es el estudio de los acuerdos entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Un acuerdo se basa en la naturaleza de la relación que se establece entre las partes implicadas en la relación. Se hace hincapié en los compromisos y obligaciones de cada uno. Si bien la teoría se desarrolló a partir de la observación del trabajo de las enfermeras en su práctica, más tarde se amplió para poder incluir a todos los profesionales sanitarios. El desarrollo de la teoría ha conducido a la construcción de un modelo de toma de decisiones basado en la práctica que sirve para orientarnos con respecto a qué acciones son apropiadas para el paciente y el profesional sanitario, y cuándo se deben emprender estas acciones. El nombre de la teoría proviene de la palabra *symphonia,* que en griego significa «acuerdo».

La ética es «un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes» (Husted y Husted, 2008, p. 8). La ética analiza qué se debe hacer dentro del marco de las acciones que realmente pueden emprenderse, con el fin de preservar y mejorar la vida de los seres humanos. Por tanto, el concepto de ética que tienen estos autores coincide con la idea de calidad de vida.

La bioética trata de las cuestiones éticas que se suscitan en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, e intenta determinar qué debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el campo de la asistencia sanitaria. Durante el siglo pasado, los avances en nuestros conocimientos y en la tecnología cambiaron radicalmente las prácticas en los cuidados entonces existentes y surgieron nuevos problemas, algunos de ellos de gran complejidad y de difícil resolución. Se trata de problemas a los que médicos y enfermeras no habían tenido que hacer frente hasta entonces. El número de tratamientos y de modalidades terapéuticas aumentó rápidamente, lo que permitió que sobrevivieran muchos pacientes que, en épocas anteriores, habrían muerto con toda seguridad. Sin embargo, la morbilidad que presentan estos pacientes supervivientes plantea nuevas cuestiones: ¿Quiénes deben recibir tratamiento? ¿Cuál es el tratamiento adecuado para cada paciente y en cada circunstancia? ¿Quién decide cuál es el tratamiento adecuado? Por esta razón, la bioética pasó al primer plano del trabajo diario de los profesionales sanitarios. Se vio que era esencial tener en cuenta la dimensión ética de la práctica sanitaria y no sólo las cuestiones meramente científicas (Jecker, Jonsen y Pearlman, 1997). A través de la experiencia personal y de la observación del trabajo de las enfermeras, los Husted se dieron cuenta de la naturaleza cada vez más compleja de los dilemas bioéticos planteados, así como de las dificultades con las que se encontraba el sistema sanitario para dar una respuesta satisfactoria a estos problemas.

Para clarificar las causas de estas deficiencias detectadas en el sistema sanitario a la hora de resolver los dilemas éticos, los Husted analizaron las ideas y conceptos tradicionales que servían de guía ética al comportamiento del profesional sanitario. Entre estos conceptos se encontraban la deontología profesional, las ideas utilitaristas y emotivistas y el relativismo social. La deontología es una ética basada en las obligaciones que un profesional tiene en tanto que profesional, en la cual las consecuencias de las acciones son irrelevantes. Uno actúa de acuerdo con normas preestablecidas, con independencia del resultado. Las limitaciones de este tipo de ética en relación con la práctica profesional del profesional sanitario son obvias. El profesional sanitario tiene la obligación de prever las consecuencias de sus acciones y de actuar únicamente de tal forma que el paciente salga beneficiado. Según la ética utilitarista, el profesional sanitario debería actuar de tal forma que se consiguiera el mayor bien para el mayor número posible de personas. Sin embargo, esto es incoherente con la práctica del profesional sanitario, que actúa siempre sobre un paciente concreto e individual. Por su parte, la ética emotivista defiende que las decisiones éticas deben basarse en los sentimientos y emociones de los individuos implicados. El pensamiento racional no desempeña ningún papel en las decisiones éticas emotivas, por lo que este tipo de proceso de toma de decisiones es inadecuado en el campo de la asistencia sanitaria. El relativismo social sostiene que las creencias mayoritarias en una sociedad determinada son más importantes que las creencias del individuo. Esto es sencillamente absurdo si se tiene en cuenta la diversidad de creencias y opiniones que existen en nuestro mundo cada vez más globalizado. En consecuencia, los Husted llegaron a la conclusión de que las dificultades que tenía el sistema sanitario para resolver los dilemas bioéticos tenían su origen en el carácter inapropiado de las teorías éticas tradicionales.

Dado que los modelos éticos tradicionales demostraron ser poco apropiados para servir de guía al comportamiento del profesional sanitario, los Husted se propusieron idear y desarrollar un modelo que

sirviera al profesional sanitario para determinar cuál era la acción más apropiada desde el punto de vista ético. La teoría se basa en el razonamiento lógico y hace hincapié en el tratamiento holístico e individualizado de cada paciente. Para la construcción de la teoría aprovecharon muchas ideas de Aristóteles, Benedict Spinoza y Michael Polanyi. Estos filósofos tienen en común la defensa del pensamiento racional y la necesidad de valorar a la persona como individuo único e irrepetible. Aristóteles fue un alumno de Platón que amplió la teoría de su maestro al plantear que había otras muchas cosas en el mundo que merecían ser examinadas, aparte de la pura racionalidad. Creía que cada individuo debía desarrollar su capacidad de observación y análisis para saber de qué forma cada uno de los principios éticos podían ser aplicados en cada situación concreta (McKeon, 1941).

Spinoza fue un filósofo holandés que analizó la naturaleza de los seres humanos y del conocimiento humano. Llegó a la conclusión de que, si bien el proceso y el resultado del razonamiento humano pueden ser los mismos en todos los individuos, el discernimiento y la intuición son únicos y específicos de cada persona. Spinoza pensaba que la razón (pensamiento racional) debe acompañarse de la intuición (pensamiento intuitivo) para poder así alcanzar un verdadero entendimiento (Lloyd, 1996). Fue un filósofo que se caracterizó por transformar conceptos filosóficos muy importantes y bien fundamentados en ideas nuevas y atractivas. Esto también es así en la teoría sinfonológica de los Husted, especialmente en lo que se refiere a la evolución del significado de las normas bioéticas.

Polanyi propuso que el entendimiento deriva de la conciencia de la totalidad de un fenómeno y que la experiencia vivida del fenómeno es mayor que sus partes separadas y observables. El conocimiento tácito, es decir, implícito, es necesario para comprender e interpretar lo explícito (Polanyi, 1964). Estos conceptos, la singularidad del individuo y la ampliación de la razón y la racionalidad a través de la intuición y el discernimiento para conseguir una comprensión verdadera son los fundamentos teóricos del método sinfonológico.

Conceptos principales y definiciones

INICIATIVA

La iniciativa es la capacidad que tiene un individuo para realizar una acción dirigida a conseguir un objetivo previamente elegido. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa de éste (Husted y Husted, 2008).

CONTEXTO

El contexto es «la interrelación de todos los hechos relevantes que aparecen en una situación determinada» (Husted y Husted, 2008, p. 84). Hay tres tipos de contexto que están interrelacionados entre sí: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia de un individuo. El contexto de la situación incluye todos los aspectos de ésta que sirven para comprender la situación y contribuyen a actuar de forma eficaz en ella. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente en el individuo, que incluye factores habitualmente encontrados en la situación. El contexto de la conciencia es donde se interrelacionan los dos primeros contextos. Es la conciencia actual de un agente de todos los aspectos relevantes (conocimiento y circunstancias) de la situación necesarios para comprender y actuar de forma eficaz en ella (Husted y Husted, 2008).

ENTORNO-ACUERDO

El entorno establecido por la sinfonología se forma por un acuerdo en un contexto. El acuerdo es un estado compartido de conciencia sobre cuya base se produce la interacción (Husted y Husted, 2008). El acuerdo se define como un estado compartido de conciencia y conocimiento, y constituye la base sobre la cual tiene lugar la interacción. Todo acuerdo está dirigido a la consecución de un objetivo final que se ha de lograr a través de las interacciones basadas en una conciencia y un conocimiento compartidos de la situación.

El acuerdo profesional sanitario-paciente se establece gracias a la comprensión que el profesional tiene de las necesidades del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente son el elemento central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo

(*Continúa*)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

no existiría el contexto, necesario para que tenga lugar la interacción entre las dos partes implicadas y, además, la relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

SALUD

La salud es un concepto aplicable a todos los aspectos de la vida de una persona. Consiste no sólo en estar libre de enfermedades, traumatismos o trastornos mentales, sino también en ser feliz. La felicidad se consigue cuando el individuo se plantea objetivos y progresa en la consecución de los mismos. Estos objetivos son elegidos libremente por el individuo y constituyen su proyecto vital libremente elegido (Husted y Husted, 2001). La salud es un hecho evidente cuando el individuo comprende, expresa y se compromete en el respeto de las normas bioéticas fundamentales.

ENFERMERÍA

La enfermera actúa como agente del paciente, haciendo en todo momento a favor del paciente lo que éste haría por sí mismo si pudiese (Husted y Husted, 2008). La responsabilidad ética de la enfermera consiste en favorecer y reforzar las virtudes y habilidades del paciente que favorecen la salud, el bienestar y la vida a través de su interacción con él (Fedorka y Husted, 2001).

PERSONA-PACIENTE

Una persona es un individuo con una estructura de carácter única e irrepetible que tiene derecho a elegir libremente sus objetivos vitales y a actuar libremente para conseguirlos (Husted y Husted, 2001). Estas características son exclusivas de un individuo y también pueden ser compartidas por otros (Husted y Husted, 2008). Los objetivos vitales están relacionados con la supervivencia y con la calidad de vida. Una persona asume el papel de paciente cuando ha perdido en todo o en parte su iniciativa para actuar en la consecución de los objetivos que libremente se ha dado. Esta pérdida hace que el paciente no sea capaz de emprender las acciones necesarias para asegurar su supervivencia o su felicidad (Husted y Husted, 1998).

DERECHOS

Los derechos son el resultado de un acuerdo implícito entre seres racionales y no consisten en aprovecharse de las acciones o del resultado de las acciones de los demás, a no ser que los demás den su consentimiento voluntario y objetivo (Husted y Husted, 2001). El término «derecho» hace referencia a un concepto que representa el acuerdo básico de no agresión entre personas racionales (Husted y Husted, 1997b).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

El estudio y el diálogo entre los dos autores, junto con el conocimiento que tenían de la evolución global del sistema sanitario y la observación de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes, les proporcionaron una fuerte motivación para desarrollar su teoría. La tesis doctoral de G. Husted trataba del efecto que la enseñanza de los principios éticos tenía en la práctica profesional del alumno y en su capacidad para utilizar estos principios de forma práctica a través del estudio de casos. Durante el proceso de elaboración de la tesis doctoral, J. Husted hizo numerosas aportaciones. El desarrollo de la tesis de G. Husted dio lugar a un gran número de publicaciones y conferencias antes de que en 1991 apareciera la primera edición del libro *Ethical Decision Making in Nursing*. En esta primera edición, el método sinfonológico se presentaba únicamente como un modelo conceptual; sin embargo, los Husted continuaron desarrollando sus ideas e incorporando la retroalimentación proveniente de sus alumnos, lo que condujo a la aparición de la teoría sinfonológica. Antes de la publicación de la segunda edición, los Husted (1995a) siguieron clarificando los conceptos teóricos y desarrollaron un modelo aplicable a la práctica.

Desde 1990, la Duquesne University ofrece a sus alumnos un curso sobre esta teoría bioética, y los autores reunieron una gran cantidad de críticas, sugerencias e ideas provenientes de los alumnos, de los profesionales de enfermería y de otros expertos. La tercera edición del libro llevaba por título *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach* (Husted y Husted,

2001). En esta edición, se clarificaban algunos aspectos teóricos y se trataban de forma separada los conceptos básicos y los conceptos más avanzados. Además, se hicieron algunos cambios en el modelo para representar mejor la naturaleza no lineal de la teoría cuando se aplicaba a la práctica. La cuarta edición ofrece una mayor clarificación de los conceptos y su integración en la teoría como un todo. Además, el texto se ha reorganizado para presentar los conceptos de simples a más complejos.

Desde el primer momento, fue evidente que era necesario hacer hincapié en el individuo. En los últimos años, se ha convertido en una práctica aceptada en la bibliografía sobre enfermería designar al paciente y a la enfermera como él/ella, o decir el/la enfermera y el/la paciente para no prejuzgar el sexo de uno y otro. Los Husted opinan que esto distrae al lector y le impide pensar en personas reales que interactúan dentro del contexto de una situación particular. En consecuencia, han decidido referirse al paciente como *él* y a la enfermera como *ella*. En este capítulo seguiremos con esta práctica.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Los principales supuestos de esta teoría tienen su origen en el razonamiento práctico. El modelo pretende proporcionar a las enfermeras y otros profesionales sanitarios un método lógico para determinar qué acciones son más apropiadas desde el punto de vista ético. Si bien muchos de estos términos son familiares a las enfermeras y otros profesionales sanitarios, algunos han sido redefinidos por los autores para explicar la interacción humana y la práctica del profesional sanitario que tienen lugar en el contexto de la atención sanitaria.

Enfermería

Las sinfonología sostiene que la enfermera o cualquier otro profesional sanitario actúa como un agente del paciente. Utilizando su formación teórica y su experiencia práctica, la enfermera hace por el paciente lo mismo que éste haría por sí mismo si pudiera. La enfermería no puede existir sin la presencia de la enfermera y el paciente: ambos son necesarios. «Cualquier acción que realiza la enfermera es una interacción» (Husted y Husted, 2001, p. 37). La responsabilidad ética de la enfermera consiste en promover y reforzar a través de esta interacción las cualidades y habilidades del paciente que sirven a la vida, a la salud y al bienestar de éste (Fedorka y Husted, 2001).

La iniciativa es la capacidad que tiene el individuo de actuar en pro de la meta u objetivo que ha elegido. La enfermera, en tanto que agente del paciente, actúa porque éste no puede hacerlo por sí mismo. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa y la capacidad del paciente. La enfermera actúa con y para el paciente para lograr este objetivo.

Persona o paciente

Los Husted definen a la persona como un individuo con una estructura característica que le es propia y que tiene el derecho de actuar para conseguir los objetivos vitales que se ha propuesto (Husted y Husted, 2001). Los objetivos vitales tienen que ver con la supervivencia y la mejora de la calidad de vida. Una persona desempeña el papel de paciente cuando ha perdido su capacidad de elegir un objetivo vital y actuar en pro de éste o, al menos, cuando su capacidad de elegir y de actuar ha disminuido, por lo que no puede iniciar aquellas acciones que irían a favor de su supervivencia y de su felicidad. Esta incapacidad puede tener su origen en un problema físico o mental, o bien en la falta de conocimiento o de experiencia (Husted y Husted, 1998).

Salud

Los autores no definen explícitamente el concepto de salud; sin embargo, toda la teoría se basa en un concepto de salud en el sentido más amplio y holístico. La salud es un concepto aplicable a cada uno de los aspectos de la vida de una persona. Salud es no sólo el mantenimiento del estado físico del cuerpo, sino también la consecución de la felicidad y el bienestar. La felicidad se consigue cuando el individuo dispone de un proyecto vital, en función del cual puede plantearse metas y objetivos en cuya consecución va avanzando (Husted y Husted, 2001). La salud es evidente cuando el individuo experimenta, expresa y se compromete con las normas bioéticas fundamentales.

Entorno-acuerdo

El entorno que establece la sinfonología está formado por el acuerdo. «El acuerdo es un estado de conciencia compartido que sirve de base para la interacción» (Husted y Husted, 2001, p. 61). El acuerdo crea el espacio en el cual tiene lugar el trabajo de enfermería y todas las demás interacciones personales. Todos los acuerdos están dirigidos hacia una meta final

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que debe alcanzarse a través de una interacción que se ve posibilitada por la comprensión.

El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente se consigue por la confluencia entre las necesidades del profesional y del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente desempeñan un papel central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo, no existiría el contexto necesario para que se produzca la interacción entre el paciente y el profesional y la relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

La teoría sinfonológica no es una recopilación de tópicos culturales o tradicionales. Se trata de un método que sirve para determinar qué es práctico y justificable en lo que respecta a la dimensión ética de la práctica profesional. La sinfonología parte del punto de vista de que lo que es posible y deseable en el acuerdo depende del contexto.

El contexto es la interrelación de los hechos relevantes en una situación determinada; es decir, los hechos que son necesarios para actuar con el fin de conseguir el objetivo deseado (Husted y Husted, 2001, p. 20). Hay tres elementos del contexto interrelacionados: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia. El contexto de la situación incluye todos los hechos relacionados con la situación que sirven para comprenderla y poner en marcha las acciones que ayudan a actuar con eficacia en dicha situación. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente del agente de los hechos relevantes de la situación. El contexto de la conciencia representa una integración de la conciencia del agente de los hechos de la situación y su conocimiento preexistente sobre cómo tratar de la forma más eficaz con estos hechos (Husted y Husted, 2008).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La sinfonología se considera una teoría amplia debido a que toma en consideración un ámbito muy extenso. Las teorías amplias sirven para aplicar una determinada visión del mundo en una disciplina concreta (Walker y Avant, 1995). Estas teorías se desarrollan gracias a la consideración astuta, intuitiva, razonada e inteligente de ideas genéricas ya existentes (Fawcett, 1995). Los autores desarrollaron la sinfonología no a partir de una progresión natural del trabajo realizado por otros autores sino basándose en el reconocimiento de que era necesario disponer de directrices teóricas para constituir un sistema ético que fuera aplicable a los cuidados de salud. La comprensión y el uso de esta teoría se basan en un elemento ético fundamental que describe la base racional de las relaciones que se establecen entre los seres humanos: los derechos humanos.

Derechos

Los Husted describen los derechos como un elemento ético fundamental. Tradicionalmente, los derechos se han considerado como una lista de opciones de las cuales los individuos eran titulares. Esta lista estaba formada por una serie de acciones que los seres humanos, o determinados individuos, tenían el derecho de realizar. La sinfonología considera los derechos como un concepto unitario. Se trata del acuerdo implícito en la especie humana de que nadie puede obligar a otra persona a actuar o a hacer algo de una determinada manera y de que nadie se apropiará por la fuerza del producto resultante de la acción de otro. Los derechos se consideran como el acuerdo más importante entre las personas, ya que constituyen un acuerdo básico sin el cual no es posible la convivencia: el acuerdo de no agredirse (Husted y Husted, 1997a). Este acuerdo aparece cuando los seres humanos se vuelven racionales y crean una estructura social civilizada. El acuerdo de no agresión es un prerrequisito para todas las interacciones humanas. Sirve de base a todos los demás acuerdos que los seres humanos puedan establecer. La definición formal es la siguiente: «el producto de un acuerdo implícito entre seres racionales, al que se ha llegado gracias a la racionalidad de éstos, que consiste en abstenerse de conseguir que los demás realicen determinadas acciones y en aprovecharse del producto de estas acciones, a no ser por el consentimiento expreso de los otros» (Husted y Husted, 2001, p. 4). La operatividad de esta definición es evidente en la interacción humana.

Según los Husted, la teoría sinfonológica puede garantizar la acción ética en el campo del cuidado sanitario. El acuerdo es la base de la sinfonología. Los acuerdos son posibles sobre la base de la comprensión implícita de los derechos humanos. La comprensión de la necesidad de no agresión que existe entre las personas racionales constituye la base de los derechos humanos. Esta compresión hace que la negociación y la cooperación entre los seres humanos sean posibles.

Normas éticas

Las normas éticas sirven para evaluar y comparar las acciones humanas en tanto que comportamiento ético. Estas normas incluyen términos que son fa-

miliares al profesional sanitario, como hacer el bien y evitar el mal, veracidad y confidencialidad. Sin embargo, los autores han dado un nuevo significado a las normas éticas. Estos nuevos significados constituyen los conceptos básicos de la sinfonología. Esta teoría se basa en el carácter único e irrepetible de cada ser humano y en el uso de la intuición y del discernimiento, además de la razón y la racionalidad, para alcanzar una comprensión más profunda de la persona y de la situación.

Tradicionalmente, los conceptos bioéticos se han utilizado para orientar la acción ética dando directrices concretas de acción. Por ejemplo, el concepto de hacer el bien mantiene convencionalmente que el profesional sanitario debe intentar por todos los medios no causar daño al paciente. Sin embargo, no siempre es posible predecir cómo y cuándo se producirá el daño que se intenta evitar. Por esta razón, el principio de no hacer daño constituye una meta poco realista. Considerado como un mandato, este principio podría significar también que no es ético que el profesional sanitario se defienda cuando un paciente le agrede físicamente. Asimismo, el principio de veracidad (decir la verdad) sostiene que uno debe decir siempre la verdad al paciente o a sus familiares, sin tener en cuenta las consecuencias. Por tanto, no es ético guardar silencio sobre determinada información que puede ser perjudicial. En consecuencia, el principio de veracidad puede interferir con el principio de hacer siempre el bien. Parece claro, por tanto, que la aplicación de las normas éticas tomadas como directivas concretas no permite tener en cuenta el contexto.

Los autores han redefinido las normas éticas no como reglas concretas, sino como cualidades humanas o estructuras del carácter que pueden y deben ser reconocidas y respetadas (Husted y Husted, 1995b). Por ejemplo, en términos de la teoría sinfonológica, el principio de hacer el bien y evitar el mal incluye la idea de actuar teniendo en cuenta lo que puede ser más beneficioso para el paciente, pero debe partirse de la base de aquello que el paciente considera más beneficioso para él según su propia evaluación del contexto. De esta forma, las normas éticas se convierten en presupuestos del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente, y las decisiones éticas sirven para la toma de decisiones. Los participantes trabajan juntos con la idea implícita de que cada uno posee una serie de características humanas. La denominación y las características de las normas bioéticas han ido cambiando a lo largo del tiempo debido a la retroalimentación que han ido aportando los profesionales. La teoría sinfonológica sostiene que el paciente tiene derecho a recibir los beneficios contenidos en las normas bioéticas. En el cuadro 26-1 se muestran algunos ejemplos de normas bioéticas.

Las normas bioéticas no deben ser consideradas como directivas concretas, ni tampoco como entidades separadas unas de otras. Cada norma se

Cuadro 26-1 *Normas bioéticas*

AUTONOMÍA

La autonomía deriva de la estructura de carácter único e irrepetible del individuo. Los seres humanos tienen derecho a actuar en función de los objetivos que libremente han elegido.

HACER EL BIEN Y EVITAR EL MAL

Se trata de la capacidad de actuar para conseguir aquello que es necesario para satisfacer las necesidades vitales. Todas las personas tienen el derecho de actuar para conseguir lo que necesitan o prefieren.

FIDELIDAD

Todos los individuos deben ser fieles a su estructura de carácter única e irrepetible. Todas las personas tienen derecho a mantener, gestionar y mejorar su vida de la forma que libremente elijan. En el caso del profesional sanitario, la fidelidad al acuerdo es el compromiso con las obligaciones que libremente ha aceptado en el desempeño de su práctica profesional.

LIBERTAD

La libertad es la capacidad de y el derecho a emprender una acción en función de la evaluación que el agente ha realizado de la situación en la que se encuentra. Todas las personas tienen el derecho a elegir y a emprender las acciones que consideren oportunas en función de los resultados de la evaluación.

OBJETIVIDAD

La objetividad es el derecho a tener una conciencia y un conocimiento objetivos de la situación y a actuar en consecuencia. Cada persona tiene una conciencia y una percepción del universo; es decir, del mundo que existe fuera de ella. Todas las personas tienen el derecho a mantener su propia conciencia y percepción de las cosas y a actuar en consecuencia.

AUTOASERTIVIDAD

La autoasertividad es la capacidad de y el derecho a decir cómo quiere uno controlar y gestionar su tiempo y su esfuerzo. Todas las personas tienen derecho a actuar en la forma en la que han elegido, sin interferencias.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mezcla y se solapa con las otras en la medida en que es representativa de la estructura del carácter de un individuo (J. Husted, comunicación personal, 5 de marzo de 2004). Como ya se ha mencionado, el reconocimiento de estas normas es un prerrequisito para el acuerdo implícito entre el paciente y el profesional sanitario. Cuando se reconocen y se respetan en cada individuo, estas cualidades y capacidades humanas constituyen la base de la interacción ética. Cuando no se tienen en cuenta, se pierde el contexto de la situación, en cuyo caso la interacción se basa bien en cualquier cosa aportada por las normas bioéticas (entendidas como directivas concretas) o bien en el capricho de los participantes.

Certeza

En la asistencia sanitaria, hay circunstancias en las que el paciente no puede comunicar su estructura de carácter único e irrepetible, como ocurre en el caso de un lactante o de un paciente que se encuentra en estado de coma. Además, el profesional sanitario tiene que interactuar con pacientes procedentes de diferentes culturas, que hablan un idioma distinto al del profesional sanitario. En estos casos, las normas bioéticas pueden proporcionar cierto grado de certeza cuando se puede obtener un conocimiento exacto sobre el carácter específico del paciente.

> Si no sabemos nada sobre las características únicas e irrepetibles de un individuo, estamos justificados a actuar sobre la base de que, como miembro de la especie humana, este individuo tiene muchas cosas en común con otras personas (Fedorka y Husted, 2001, p. 58).

Estos elementos compartidos son las normas éticas. Cada persona necesita tener la capacidad suficiente para actuar de acuerdo con su naturaleza única e irrepetible, así como la capacidad de conocer objetivamente su entorno y disponer de su tiempo y esfuerzos, intentar conseguir el máximo beneficio para sí mismo y evitar el daño. Cuando no se dispone de más información, está justificado que las enfermeras y otros profesionales sanitarios hagan todo lo que esté en sus manos para restaurar estas capacidades del paciente para ejercer estas funciones.

Modelo de toma de decisiones

En la figura 26-1 se explica la forma en la que los conceptos de la teoría interactúan con la toma de decisiones. Los elementos de la decisión ética interactúan de la siguiente forma:

- Toda persona es un ser racional con una estructura de carácter único e irrepetible. Cada individuo tiene derecho a elegir y desarrollar, sin interferencias, una determinada acción de acuerdo con sus necesidades y deseos.
- Los acuerdos entre los individuos desembocan en una conciencia y un conocimiento compartidos dirigidos al logro de ciertos objetivos.
- El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente tiene como objetivo preservar y mejorar la vida del paciente.
- El contexto es la base que sirve para determinar qué acciones son éticas en el marco del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente. «El contexto es la interrelación de los hechos relevantes de la situación, los hechos que son necesarios para actuar con el fin de conseguir el objetivo deseado, la conciencia del agente de estos hechos y el conocimiento que tiene un agente sobre cómo tratar de la forma más eficaz posible con esos hechos» (Husted y Husted, 2008, p. 84). De esta forma, no hay principios éticos universales.
- Las decisiones éticas son el resultado del razonamiento del contexto a una decisión más que de aplicar una decisión o principio a una situación sin tener en cuenta el contexto.

Los Husted describen la aplicación en la práctica de estos supuestos por parte del profesional sanitario de la siguiente forma. El profesional debe realizar su trabajo con la siguiente filosofía:

> Las capacidades del paciente (autonomía) al que ahora estoy atendiendo son tales que se está dirigiendo (autoafirmación) hacia su meta (libertad) en el contexto de estas circunstancias (objetividad) debido a una razón (hacer el bien y evitar el mal). Mis capacidades como profesional (autonomía) son tales que debo actuar con el paciente (autoasertividad interactiva) para ayudarle (a su libertad) dentro de las posibilidades (de hacer el bien y evitar el mal) en sus circunstancias, con el fin de que obtenga todo el beneficio que sea posible (mediante la conciencia objetiva) (Husted y Husted, 2001, p. 154).

FORMA LÓGICA

El razonamiento abductivo, al igual que el inductivo y el deductivo, sigue un determinado patrón:

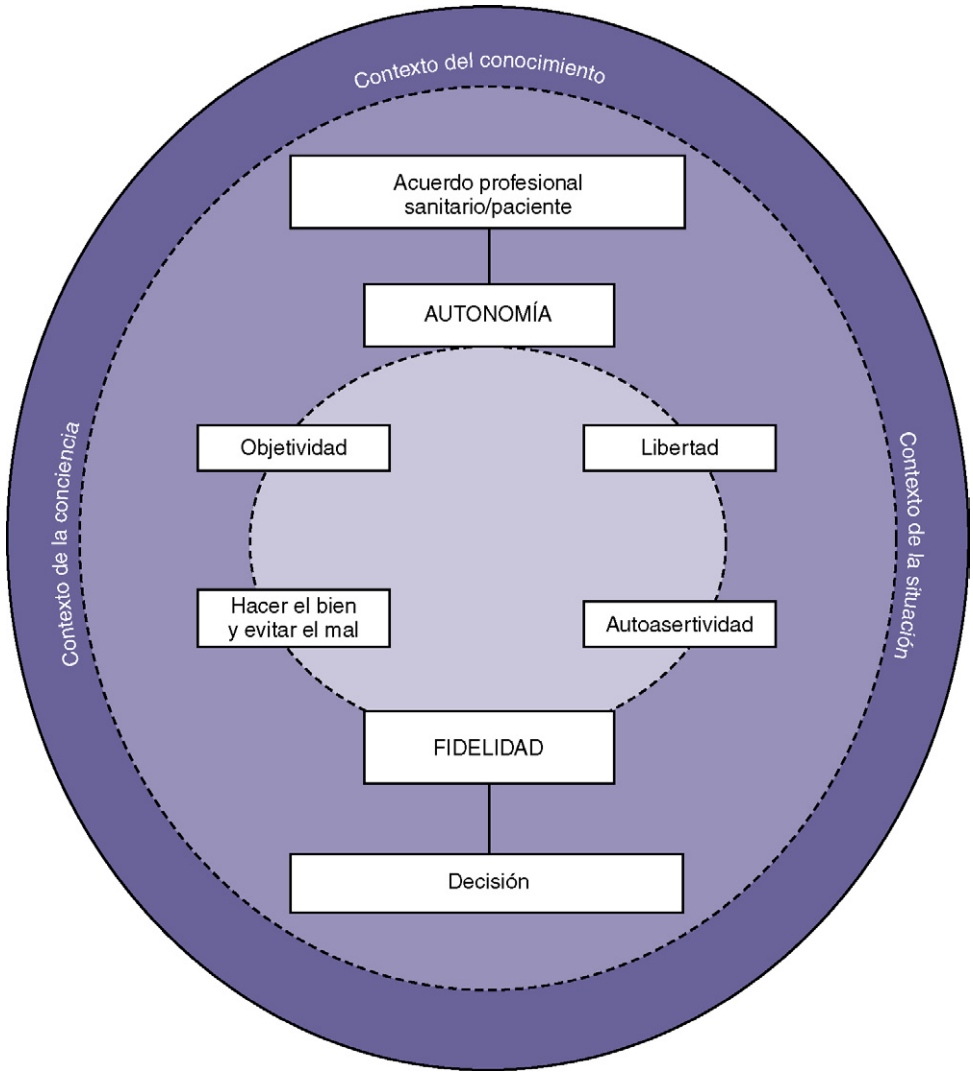


Figura 26-1 **Modelo para la toma de decisiones bioéticas.** (Husted, J. H., & Husted, G. L. [2008]. Ethical decision making in nursing and health care: The symphonological approach [4.ª ed.]. New York: Springer.)

- A representa un conjunto de datos (proceso de discernir la acción ética).
- B (si es verdadero) explica A (la teoría sinfonológica B).
- No hay ninguna otra hipótesis que explique A tan bien como lo hace B (métodos tradicionales).
- Por tanto, B es probablemente correcta.

La fuerza de una conclusión abductiva depende del grado de solidez de B (es decir, de la capacidad de B para sostenerse por sí misma), de hasta qué punto B es claramente mejor que sus posibles alternativas, de qué extensión tuvo la búsqueda de alternativas a B, del coste que se derivaría del hecho de que B no fuese correcta, de los beneficios que se obtendrían de que B fuese correcta y de hasta qué punto es necesario o urgente llegar a una conclusión (Josephson y Josephson, 1994).

El papel que desempeñó el método abductivo en los inicios y en el desarrollo de la teoría sinfonológica es evidente. La fuerza de esta teoría también es evidente. Los conceptos de la sinfonología pueden observarse claramente no sólo en el contexto de la asistencia sanitaria, sino también en otros ámbitos. Está claro que la acción ética basada

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en el contexto constituido por las circunstancias particulares de un individuo es muy superior a la imposición de directivas éticas concretas que, muchas veces, se contradicen unas a otras o tienen poca relación con la situación en la que nos encontramos. El estudio extenso realizado por los autores de la filosofía del conocimiento, de la ciencia y de la condición humana avala la búsqueda exhaustiva de respuestas alternativas. El beneficio para el paciente y el profesional sanitario que se deriva de utilizar una ética basada en la práctica es inconmensurable. Por último, hay que tener en cuenta que es de la máxima importancia desarrollar una acción ética en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Desde el desarrollo inicial de la sinfonología, el razonamiento inductivo basado en la observación y en la retroalimentación aportada por los profesionales ha proporcionado un mayor refinamiento de los conceptos y ha contribuido a clarificar las relaciones existentes entre tales conceptos.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

El modelo sinfonológico de los Husted para la toma de decisiones éticas (Husted y Husted, 2001, p. 201) fue desarrollado como un modelo práctico para aplicar los conceptos de la sinfonología. Este modelo hace hincapié en la centralidad del individuo y en la necesidad de razonar en función del contexto. Es de gran importancia para la práctica profesional en el ámbito de la asistencia sanitaria. El modelo proporciona un marco filosófico para asegurar la corrección del proceso de cuidar de manera ética por parte de las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Al contrario de lo que sucede con los modelos tradicionales, el modelo sinfonológico proporciona un proceso de toma de decisiones que puede justificarse desde el punto de vista lógico. El North Memorial Medical Center en Robbinsdale, en Minnesota, ha adoptado el modelo para ser utilizado por sus comités de ética de enfermería.

La intención de atender a aquellos que lo necesitan es el elemento central de la profesión de enfermería. Hartman (1998) señala que existe intención de atender cuando las enfermeras se dan cuenta de que las normas bioéticas están tan entrelazadas con la asistencia sanitaria misma que conforman un círculo perfecto de justificación ética. La sinfonología ofrece un método de atención al paciente basado en la práctica de la siguiente forma:

> Un método basado en la práctica deriva de la situación del paciente, del objetivo de la asistencia sanitaria que se está prestando, del contexto en el que esta asistencia está teniendo lugar y del papel que desempeña la enfermera. Por tanto, el método pretende ser adecuado para todo lo anterior. Cuanto más restringe la práctica un sistema ético y en mayor medida se basa en principios abstractos, más separados quedarán la enfermera y el paciente uno de otro (Husted y Husted, 1997b, p. 14).

Muchas enfermeras trabajan en centros médicos en los que existen protocolos y algoritmos para la toma de decisiones. La utilización del método sinfonológico puede servir para que la práctica de la enfermería sea ética sin que ello implique que sea prescriptiva.

Ofrecer una asistencia sanitaria que tenga en cuenta las diferencias culturales de los pacientes es de gran importancia, dado que los sistemas sanitarios están cambiando en respuesta a la globalización de la sociedad. Si bien los factores culturales pueden ser útiles para organizar la atención al paciente, las enfermeras también deben tener en cuenta el grado de compromiso que cada paciente tiene con las creencias y valores tradicionales de esta cultura. De esta forma, la enfermera se asegurará de que está atendiendo a un individuo concreto, no a una cultura a la que pertenece (Zoucha y Husted, 2000). Utilizando el modelo de los Husted, la atención de enfermería se lleva a cabo dentro del contexto configurado por las circunstancias concretas del paciente, y se evita la imposición de un falso contexto, ya sea cultural o de otro tipo.

Brown (2001b) está de acuerdo en utilizar la teoría sinfonológica como instrumento para la discusión y la educación del paciente con respecto a las directivas avanzadas. Las normas bioéticas se utilizan como guía de la discusión sobre qué tipo de tratamiento aceptaría el paciente en determinadas circunstancias. Hardt (2004) ha propuesto una intervención para enfermeras con dilemas éticos.

La introducción de los equipos de salud para la atención exhaustiva e interdisciplinaria de los pacientes ha hecho que hoy día muchos expertos en distintas especialidades trabajen juntos para proporcionar una mejor atención sanitaria. Sin embargo, el solapamiento de funciones y el desacuerdo sobre los objetivos que deben plantearse pueden causar una gran confusión entre los miembros del equipo. La sinfonología se centra en el paciente, por lo que puede servir como un punto de partida común para iniciar y mejorar la colaboración y coordinación de los diferentes profesionales sanitarios que forman el equipo de salud.

Formación

Conforme la teoría sinfonológica se ha ido extendiendo, cada vez hay más escuelas de enfermería que la utilizan para la formación de las enfermeras. Actualmente, la ética forma parte de los contenidos curriculares de muchas escuelas de enfermería y se estudia como una asignatura específica. Muchas veces, el estudio y la aplicación de los conceptos éticos se reservan para los últimos cursos o para los cursos de posgrado. La amplia aplicabilidad de la sinfonología la convierte en un excelente marco para la elaboración de los contenidos curriculares para la formación de las enfermeras. Los alumnos de los primeros cursos pueden entender y aplicar fácilmente los conceptos teóricos. Si se utiliza esta teoría como base para las interacciones de las enfermeras, el alumno puede obtener una orientación en la práctica ética desde el comienzo de la carrera. El concepto de contexto puede utilizarse como base para la evaluación. Las normas bioéticas ayudarán al alumno a elegir el método, el marco temporal y las intervenciones adecuadas para cada paciente. Dado que la teoría sinfonológica es de carácter holístico y se centra en el paciente, puede ser incorporada fácilmente a los contenidos curriculares ya existentes en las escuelas de enfermería.

Brown (2001a) ha señalado la importancia de la interacción ética entre el profesor y el alumno en las escuelas de enfermería. El acuerdo, en este caso, es más explícito, dado que ambas partes son más conscientes de los compromisos y responsabilidades que cada uno ha contraído. El reconocimiento de las normas bioéticas tanto en el profesor como en el alumno sirve para orientar las acciones éticas que tienen lugar en la interacción. Sobre todo, el profesor y el alumno caen en la cuenta de que el acuerdo profesor-alumno-paciente ocupa un lugar central en el proceso de aprendizaje.

Steckler (1998) está de acuerdo con Brown en que la sinfonología debe aplicarse en las escuelas y facultades de enfermería, y además recomienda que se utilice para la formación continua de los profesionales de la enfermería. El modelo de los Husted no sólo identifica y organiza los valores profesionales y los principios éticos que los alumnos deben tener en cuenta, sino que además ayuda a los profesores a seguir una orientación ética y profesional coherente.

Gestión

Las personas que trabajan en la gestión de los servicios sanitarios toman decisiones a varios niveles. Estos profesionales son responsables de la comunidad en su totalidad y de la viabilidad económica de los centros de la comunidad, los profesionales y las personas atendidas. Hardt y Hopey (2001) describieron cómo los gestores utilizan los principios de la sinfonología para orientarse en la toma de decisiones con el fin de que éstas sean éticamente justificables.

Con respecto al área sanitaria y a los distintos centros de salud que operan dentro de ella, se debe considerar cuáles son los servicios que la población necesita. En aquellos casos en los cuales las distintas instituciones sanitarias no pueden prestar estos servicios o parte de ellos, se deben buscar otros recursos disponibles en la zona y centralizarlos en el centro de salud de tal forma que éste no tenga que hacer un esfuerzo económico que lo sobrepase. En lo que respecta a los profesionales sanitarios y trabajadores, la preocupación de los administradores es tanto las relaciones interpersonales como la calidad del cuidado que se presta a los pacientes. La sinfonología sirve para orientar las decisiones a fin de encontrar soluciones equitativas. Por ejemplo, un trabajador puede librarse de una dura sanción laboral por absentismo si es capaz de demostrar que las circunstancias en las que trabaja le han llevado a un estado de agotamiento tal que no puede asistir al trabajo. Esto también es así en lo que respecta a la política con respecto al comportamiento de los profesionales y trabajadores. La política ética proporciona directrices que permiten estudiar la situación, y lo hace mejor que las reglas prescritas que contienen directivas concretas de actuación. Con respecto a los pacientes, los gestores actúan como modelos y asesores cuando se trata de resolver problemas éticos.

Hardt y Hopey (2001) también han descrito las situaciones problemáticas que tienen lugar en los centros sanitarios privados. Entre estas dificultades se encuentran la negativa de la institución a proporcionar asistencia sanitaria a un paciente que, según los profesionales sanitarios, debe ser atendido teniendo en cuenta su estado de salud y las demandas inadecuadas de asistencia que muchas veces hacen los pacientes y los familiares. Utilizando los principios de la sinfonología, los profesionales sanitarios pueden analizar el contexto y determinar cuál o cuáles son las acciones éticas apropiadas en cada caso, en el marco de los acuerdos implícitos y explícitos.

Investigación

La sinfonología es útil en la investigación en lo que respecta al acuerdo investigador-sujeto. La relación profesional sanitario-paciente es, hasta cierto punto, implícita; sin embargo, la relación entre el investigador y el sujeto debe ser totalmente explí-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cita. Brown (2001c) recomienda utilizar las normas bioéticas para la elaboración de los formularios de consentimiento informado que deben firmar los sujetos que participan en un estudio de investigación. Esto es especialmente importante en aquellos casos en los que el investigador trabaja con sujetos vulnerables o que, por distintas razones, no pueden dar el consentimiento informado por ellos mismos. En estos casos, el consentimiento de la persona que representa al sujeto es más aceptable y se puede obtener más fácilmente si se utilizan las normas bioéticas para hacer que el bien del sujeto pase a un primer plano.

DESARROLLOS POSTERIORES

El proceso para comprobar la validez de la teoría sinfonológica se compone de dos fases. En primer lugar, en un estudio cualitativo se examinó la percepción y el grado de satisfacción de las enfermeras, los pacientes y los familiares con respecto a la toma de decisiones éticas en el marco de la asistencia sanitaria (Husted, 2001). Los resultados de este estudio se utilizaron para desarrollar escalas analógicas visuales con el fin de medir las opiniones y sentimientos de las enfermeras y de los pacientes. En la segunda fase, se realizó un estudio piloto para evaluar estas escalas. La α de Cronbach para la escala de las enfermeras fue de 0,74, y de 0,82 para la escala de los pacientes (Husted, 2004).

Irwin (2004) utilizó una muestra de 30 sujetos que participaron en el proceso de toma de decisiones sobre diferentes asuntos relacionados con la asistencia sanitaria y el tratamiento durante el tiempo que duró la hospitalización en una unidad de pacientes agudos. El estudio tenía como objetivo determinar lo siguiente: *a)* si los conceptos clave de la teoría sinfonológica describían bien la experiencia de los sujetos que se ven implicados en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la asistencia sanitaria y *b)* si la aplicación del modelo de toma de decisiones permitía a las enfermeras y a los pacientes tomar decisiones éticamente justificables. Los resultados de este estudio indican que los pacientes expresaban todos los conceptos de la sinfonología cuando hablaban de las experiencias que habían tenido en la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con la asistencia sanitaria y el tratamiento. Los análisis estadísticos pretest y postest de la Escala de Preferencias en la Toma de Decisiones Bioéticas para las puntuaciones de los pacientes demostraron que los sujetos tenían una experiencia más positiva al haber estado implicados en la toma de decisiones ($p = 0{,}02$), pensaban que ahora tenían más conocimientos ($p = 0{,}013$), sentían menos frustración ($p = 0{,}014$) y percibían que tenían más capacidad de intervenir sobre los asuntos que les afectaban ($p = 0{,}009$) después de la intervención. Estos resultados hablan a favor de la validez de la teoría sinfonológica. Esta teoría puede utilizarse para describir lo que sienten, piensan y opinan los pacientes cuando se les implica en la toma de decisiones, y la sinfonología es útil como modelo para ayudar a los pacientes en el proceso de tomar estas decisiones.

Un ex alumno de doctorado utilizó la escala visual analógica en las enfermeras para comprobar cómo se sentían estas profesionales cuando tenían que tratar temas íntimos o embarazosos con los pacientes. La (de Cronbach fue de 0,82 (Bavier, 2003). Algunos estudiantes de doctorado han planificado realizar más pruebas de esta teoría.

CRÍTICA

Claridad

En *Ethical Decision Making in Nursing* (Husted y Husted, 1995a), los autores presentaban los nuevos conceptos que constituían la teoría sinfonológica, así como la relación existente entre estos conceptos. El libro puede resultar difícil de leer para enfermeras principiantes porque los conceptos más profundos, supuestamente dirigidos a profesionales avanzados, están incluidos junto con las ideas básicas. La tercera edición de *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach* empieza con los conceptos básicos necesarios para comprender y utilizar la teoría, y en los últimos capítulos expone los conceptos más avanzados (Husted y Husted, 2001). Además de esta mejora, en la tercera edición se observa una mayor claridad en todos los conceptos, especialmente en lo que respecta a las normas bioéticas. Las tablas y figuras de la cuarta edición ofrecen una claridad aún mayor, además de incluir un manual de fácil manejo para el profesor.

Este libro cuestiona los métodos tradicionales de pensamiento, por lo que es necesario que el lector desarrolle un tipo diferente de comprensión de una serie de conceptos que a todos nos son familiares. La presentación de casos y ejemplos ofrece al lector la posibilidad de reconocer y comprender la importancia de manejar los conceptos tradicionales de una forma diferente y más amplia. El libro está escrito en tono de conversación, lo que

lo hace más atractivo y facilita la comprensión de un tema de por sí complicado.

Simplicidad

Lo primero que hacen los autores es cuestionar la verdad y la eficacia de las ideas tradicionales sobre el comportamiento ético y el proceso de toma de decisiones. Comprender esto no es difícil si el lector está dispuesto a adoptar una actitud abierta y a no dejarse llevar por prejuicios e ideas preconcebidas. Una vez que el lector ha conseguido cambiar su punto de vista, la simplicidad de la teoría es evidente. Hay pocos conceptos y la relación lógica entre ellos se puede comprender fácilmente a partir de las definiciones. El modelo muestra claramente los elementos que componen el proceso de razonamiento lógico ético y la forma en la que estos elementos se relacionan entre sí.

Generalidad

La sinfonología puede aplicarse a todos los niveles de la práctica de la enfermería y en todas las áreas de la asistencia sanitaria. Los principios de la teoría pueden aplicarse a la relación entre la enfermera y el paciente, entre el investigador y el sujeto, entre el gestor de los servicios sanitarios y el trabajador, y entre el profesor y el alumno. Cualquier profesional sanitario puede utilizar la sinfonología para la toma de decisiones éticas adecuadas en su práctica profesional. También puede utilizarse para establecer estrategias de asistencia sanitaria en las que estén implicadas cuestiones éticas. En realidad, se trata de una teoría que puede aplicarse en cualquier área de la vida humana, dependiendo de la naturaleza del acuerdo entre las partes implicadas.

Precisión empírica

Cuanto más compleja es una teoría, más fácilmente produce evidencia empírica. Los estudios que se están realizando en la actualidad para comprobar la validez empírica de la sinfonología probablemente añadirán nuevos indicios a los que ya han aportado los estudios que se han realizado. La sinfonología es una teoría basada en la realidad. Aunque sea necesario reunir datos empíricos que puedan apoyar la teoría, la utilidad de la sinfonología en la práctica es evidente. Las enfermeras y otros profesionales sanitarios pueden comprender fácilmente los conceptos y aplicarlos en todas las situaciones. Cuando se utiliza el modelo, se consigue un método centrado en el paciente que sirve para justificar adecuadamente las decisiones éticas.

Consecuencias deducibles

Ser capaz de identificar las acciones de naturaleza ética que tienen lugar en el campo de la asistencia sanitaria es de gran importancia tanto para el paciente y el profesional sanitario como para las instituciones sanitarias. Antes de que una enfermera u otro profesional sanitario realice una acción, con independencia de su grado de eficacia, ésta debe ser justificada en términos éticos con respecto al caso particular de cada paciente. Confiar en las directivas concretas que pretenden servir de guía a las acciones puede servir para confirmar estas directivas, pero casi nunca sirve para ayudar al paciente concreto. Por consiguiente, el propósito de una teoría ética basada en la práctica es de gran importancia para cualquier área de la asistencia sanitaria.

RESUMEN

Los Husted se dieron cuenta de que los métodos tradicionales utilizados para la toma de decisiones éticas eran insuficientes para tratar los problemas bioéticos con los que nos encontramos cada vez con mayor frecuencia en unos sistemas de asistencia sanitaria que están en continua evolución. Por esta razón, los autores desarrollaron una teoría ética y un modelo para la toma de decisiones basados en una combinación del pensamiento tradicional, por un lado, y la intuición y la comprensión, por otro. La teoría se basa en el concepto específico de los derechos humanos, considerados como el acuerdo esencial de que no se produzcan agresiones entre seres racionales, un acuerdo que, a su vez, es el fundamento de cualquier forma de interacción humana. Teniendo en cuenta esto, el paciente y el profesional sanitario pueden y deben llegar a un acuerdo para actuar teniendo como meta los objetivos del primero. Un prerrequisito para que este acuerdo pueda tener lugar es el reconocimiento y el respeto hacia la persona, considerada como una estructura única e irrepetible de la que derivan una serie de propiedades, como la libertad, la objetividad, la intención de hacer el bien y evitar el mal, la autoasertividad y la fidelidad. Las decisiones éticas se toman en el contexto de una situación concreta, utilizando para ello el conocimiento que deriva de la propia situación. La teoría sinfonológica y el modelo de toma de decisiones éticas que de ella deriva permiten tomar

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

decisiones éticamente justificables e individualizadas para cada paciente y cada situación.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Husted, G. L., & Husted, J. H. (2008). Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach (4th ed.). New York: Springer.
- Husted & Husted's Theory website http://www.nursing.duq.edu/faculty/husted/details.html

Caso clínico

Alvin es un hombre de 66 años que lleva hospitalizado 12 semanas con politraumatismo debido a un accidente de tráfico. Su estado ha ido empeorando día a día y el pronóstico es muy grave. No está plenamente consciente, pero hace muecas con la cara y retira el cuerpo cuando se le aplica un estímulo doloroso. Antes de sufrir el accidente, Alvin había firmado un testamento vital, después de hablarlo con su familia. En él manifestaba su deseo de no ser mantenido con vida en caso de estar gravemente enfermo o traumatizado y de que no fuera posible conseguir la recuperación. Los profesionales sanitarios que atienden a Alvin le han dicho a la familia que, a pesar del tratamiento intenso al que está siendo sometido el paciente, muchos órganos y sistemas del organismo están fallando. Incluso en el caso de que Alvin sobreviviera, no hay ninguna posibilidad de que pueda vivir sin la ayuda permanente de un respirador mecánico, debido a que sus pulmones han quedado muy dañados. Los profesionales sanitarios recomiendan tratamiento de apoyo y no dar orden de reanimación. La mayoría de los miembros de la familia expresan su deseo de que el paciente esté cómodo y sin molestias. Dos miembros de la familia creen que Alvin se recuperará, por lo que se niegan a aceptar las recomendaciones de los profesionales sanitarios, y quieren que Alvin reciba cualquier tipo de tratamiento disponible para mantenerlo con vida.

Análisis del caso

- Autonomía: se debe dar prioridad al deseo de Alvin sobre los deseos de la familia.
- Libertad: no tener en cuenta los deseos del paciente supone una violación de su libertad.
- Objetividad: los sentimientos subjetivos de dos miembros de la familia están en conflicto con la realidad objetiva. Sólo cabe tener en cuenta las ideas y sentimientos del paciente a la hora de tomar una decisión ética.
- Asertividad: no está justificado sustituir los valores del paciente por los de la familia.
- Intención de hacer el bien y evitar el mal: los objetivos del paciente no pueden conseguirse mediante un tratamiento enérgico y, además, este tipo de tratamiento puede causarle aún más daño.
- Fidelidad: el acuerdo al que llegaron Alvin y los profesionales sanitarios fue que éstos actuarían como agentes del paciente para conseguir los objetivos que fuera posible lograr.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

Utilizando el modelo sinfonológico, analice las siguientes situaciones y las consecuencias que pueden derivarse de ellas desde una perspectiva ética.

1. Cristina es una mujer de 46 años que lleva 2 semanas hospitalizada debido a un traumatismo. Se encuentra en un estado muy grave, pero ha empezado a mostrar signos de recuperación. Los profesionales sanitarios que la atienden dicen que necesita una transfusión, ya que de esta forma, seguiría recuperándose. Sin embargo, Cristina y su familia pertenecen a una confesión religiosa que prohíbe las transfusiones. El marido de la paciente y un líder religioso de la confesión que profesa Cristina han dejado claro que no se realizará ninguna transfusión a la paciente, sean cuales sean las consecuencias.
   Cuando estas dos personas se van del hospital después de haber visitado a la paciente, Cristina le dice a una enfermera que le gustaría que le hicieran la transfusión, pero sólo si no se le dice nada a su familia, de tal forma que permanezca en secreto. ¿Qué debe hacer la enfermera?
2. Ángela es una mujer de 34 años que se está muriendo de cáncer de pulmón.
   A pesar del apoyo que recibe (incluida la ayuda de un psicólogo), se siente muy asustada. Sabe que su muerte es inminente y no para de llorar y de gritar: «¡No me dejéis morir! ¡No me dejéis morir!».
   A pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales sanitarios. Ángela muere antes de que su marido llegue al hospital. Al llegar pregunta: «¿Cómo se sentía? ¿Estaba asustada?». ¿Qué debería decirle la enfermera al marido?

3. Johnny es un niño de 7 años que está ingresado en un hospital psiquiátrico debido a que ha sido diagnosticado de tricotilomanía (hábito compulsivo de arrancarse el cabello o el vello). Sus padres están muy preocupados por este comportamiento autolesivo. Antes de ingresar en el hospital, sometían al niño a una serie de castigos cada vez que le veían arrancándose el pelo. En el hospital, se ha sorprendido a Johnny varias veces recurriendo en este comportamiento. Cuando los padres llegan al hospital para visitar a su hijo, preguntan a la enfermera cuántas veces se ha arrancado el pelo. ¿Qué debe contestarles la enfermera?
4. Eugene es un hombre de 47 años que padece varias enfermedades crónicas. A pesar de la información que ha recibido por parte del profesional sanitario y de la ayuda de un psicólogo, Eugene se niega a seguir los tratamientos que se le han prescrito. Mark es un enfermero especializado en asistencia domiciliaria que visita a Eugene en su casa desde hace varios meses, pero no ha conseguido que el paciente haga ningún progreso. Un día hablando de la necesidad de que el paciente siga el tratamiento que se le ha indicado, Eugene le dice a Mark que no piensa cambiar de actitud. ¿Está justificado que Mark solicite el permiso del médico para dejar de ir a casa de Eugene?
5. Agnes es una enfermera que trabaja en un servicio hospitalario que siempre está lleno de pacientes. El señor Brown es un paciente que frecuentemente le pide a Agnes que deje lo que está haciendo para atenderlo. Se trata siempre de servicios no urgentes que el señor Brown está convencido de que necesita con urgencia. Los otros pacientes se han quejado de que Agnes no los atiende con diligencia. ¿Qué debe hacer Agnes? ¿De qué forma puede justificar su decisión?
6. Burt es un hombre de 34 años diagnosticado de depresión maníaca. Vive en un piso tutelado con otras personas que sufren el mismo trastorno mental. Varias veces al año, Burt deja de tomar la medicación y desaparece varias semanas. A veces, la policía lo ha encontrado vagando por las calles sin rumbo fijo, por lo que lo ha llevado a la comisaría. Nunca se ha mostrado violento consigo mismo ni con los demás. Dice que le «gusta irse de vacaciones de vez en cuando» porque los medicamentos que toma «hacen que su vida sea muy aburrida y muy sosa». La familia de Burt ha llamado al responsable del piso tutelado para insistir en que Burt debe tomar la medicación todos los días y pedir que se le vigile para asegurarse de que la toma. ¿Qué debe decir el responsable del piso tutelado a la familia? ¿De qué forma debe justificar las diferentes decisiones que puede tomar?

REFERENCIAS

Bavier, A. (2003). *Types of disclosure discussion between oncology nurses and their patients/families: An exploratory study*. Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.

Brown, B. (2001a). The educator student/patient agreement. In G. L. Husted & J. H. Husted *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 215-217). New York: Springer.

Brown, B. (2001b). The professional/patient agreement and advanced directives. In G. L. Husted & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 233-237). New York: Springer.

Brown, B. (2001c). The researcher/subject agreement. In G. L. Husted & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 229-231). New York: Springer.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fedorka, P., & Husted, G. L. (2001). Ethical decision making in clinical emergencies. *Topics in Emergency Medicine*, *26*, 52-60.

Hardt, M. (2004). *Efficacy of a symphonological intervention in promoting a positive experience for nurses and patients experiencing bioethical dilemmas*. Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.

Hardt, M., & Hopey, K. (2001). The administrator/health professional/patient agreement. In G. L. Husted & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 219-227). New York: Springer.

Hartman, R. (1998). Revisiting the call to care: An ethical perspective. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *4*(2), 14-18.

Husted & Husted's Symphonological Bioethcial Theory. (n.d.). Retrieved July 3, 2008, from http://www.nursing.duq.edu/faculty/husted/details.html

Husted, G. L. (2001). The feelings nurses and patients/families experience when faced with the need to

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(3), 1-9.
Husted, G. L. (2004). *The feelings of nurses and patients/families involved in the bioethical decision making process: The psychometric testing of two instruments.* Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1991). *Ethical decision making in nursing.* St. Louis: Mosby.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995a). *Ethical decision making in nursing* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995b). The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *1*(2), 69-76.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997a). An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(2), 82-84.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997b). Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(1), 14-17.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2001). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed.). New York: Springer.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2008). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (4th ed.). New York: Springer.
Husted, J. H., & Husted, G. L. (1998). The role of the nurse in ethical decision making. In G. DeLoughery (Ed.), *Issues and trends in nursing* (pp. 216-242). St. Louis: Mosby.
Husted, J. H., & Husted, G. L. (1999). Agreement: The origin of ethical action. *Critical Care Nursing*, *22*(3), 12-18.
Irwin, M. (2004). *Effect of Symphonology on patients' experience of involvement in health care decision making: A qualitative and quantitative study.* Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.
Jecker, N., Jonsen, A., & Pearlman, R. (1997). *Bioethics: An introduction to the history, methods and practice.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
Josephson, J., & Josephson, S. (1994). *Abductive inference: Computation, philosophy, technology.* New York: Cambridge University Press.
Lloyd, G. (1996). *Spinoza and the ethics.* New York: Routledge.
McKeon, R. (Ed.). (1941). *The basic works of Aristotle.* New York: Random House.
Polanyi, M. (1964). *Personal knowledge.* New York: Harper & Row.
Steckler, J. (1998). Examination of ethical practice in nursing continuing education using the Husted model. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *4*(2), 59-64.
Walker, L., & Avant, K. (1995). *Strategies of theory construction in nursing* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Zoucha, R., & Husted, G. (2000). The ethical dimensions of delivering cultural congruent nursing and health care. *Issues in Mental Health Nursing*, *21*, 325-340.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Husted, G. L., & Husted, J. H. (1991). *Ethical decision making in nursing.* St. Louis: Mosby.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995). *Ethical decision making in nursing* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2001). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The Symphonological approach* (3rd ed.). New York: Springer.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2008). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The Symphonological approach* (4th ed.). New York: Springer.

Capítulos de libros

Husted, G. L., & Husted, J. H. (1999). Strength of character through the ethics of nursing. In S. Osgood (Ed.), *Essential readings in nursing managed care* (pp. 102-106). Gaithersburg, MD: Aspen.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2004). Ethics and the advanced practice nurse. In L. A. Joel (Ed.), *Advanced practice nursing* (pp. 639-661). Philadelphia: F. A. Davis.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (2005). The ethical experience of caring for vulnerable populations: The symphonological approach. In M. DeChesnay (Ed.), *Caring for vulnerable populations* (pp. 71-79). St. Louis: Mosby.
Husted, J. H., & Husted, G. L. (1998). The role of the nurse in ethical decision making. In G. DeLoughery (Ed.), *Issues and trends in nursing* (pp. 216-242). St. Louis: Mosby.

Artículos de revistas y otros

Fedorka, P., & Husted, G. L. (2001). Ethical decision making in clinical emergencies. *Topics in Emergency Medicine*, *26*, 52-60.
Husted, G. L. (2001). The feelings nurses and patients/families experience when faced with the need to make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(3), 1-9.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995). The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *1*(2), 69-76.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1996). Ethical dilemmas: Time and fidelity. *American Journal of Nursing*, *96*(11), 74.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). A modest proposal concerning policies. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(3), 17-19.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(2), 82-84.

Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). An ethical examination of in-vitro fertilization and cloning. *AORN*, *65*(6), 1-2.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(1), 14-17.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). Is cloning moral? *Nursing and Health Care: Perspectives on Community*, *18*, 168-169.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). Ethical balance versus ethical anomaly. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *4*(1), 51-53.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). Strength of character through the ethics of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *3*(4), 23-25.
Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). With the ethical agreement: Where are you now? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *4*(2), 34-35.
Husted, J. H., & Husted, G. L. (1999). Agreement: The origin of ethical action. *Critical Care Nursing*, *22*(3), 12-18.
Husted, J. H., & Husted, G. L. (2000). When is a health care system not an ethical health care system? Suspending the do-not-resuscitate order in the operating room. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *12*, 157-163.
Husted, G. L., Miller, M. C., & Brown, B. (1999). Test of an educational brochure on advance directives designed for the well-elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, *25*(1), 34-40.
Husted, G. L., Miller, M. C., Zaremba, J. A., Clutter, S. L., Jennings, K. R., & Stainbrook, D. (1997). Advance directives and what attracts elderly people to particular brochures. *Journal of Gerontological Nursing*, *23*(2), 41-45.
Zoucha, R., & Husted, G. L. (2000). Is delivering culturally congruent psychosocial healthcare ethical? *Issues in Mental Health Nursing*, *21*, 325-340.
Zoucha, R. D., & Husted, G. L. (2002). The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care. *Review Series Psychiatry, Sweden*, *3*, 10-11.

Fuentes secundarias

Libros

Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2002). *Ethics and issues in contemporary nursing* (2nd ed.). Clifton Park, NJ: Delmar.
Daly, J., Speedy, S., & Jackson, D. (2005). Professional Nursing: Concepts, Issues, and Challenges. New York: Springer.
de Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett.
Fry, S., & Johnstone, M. (2002). Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making. Malden, MD: Blackwell Science.
Lauritzen, P. (Ed.). (2001). *Cloning and the future of human embryo research*. London: Oxford University Press.
Lipe, S. K., & Beasley, S. (2004). *Critical thinking in nursing: A cognitive skills workbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Spencer, E. M. (Ed.). (2000). *Organizational ethics in health care*. London: Oxford University Press.
Thomson Learning Series. (2001). *Surgical technology for surgical technologists: A positive care approach*. Clifton Park, NJ: Delmar.

Artículos de revistas y otros

Anderson, J., Biba, S., & Hartman, R. L. (1996). Ethical case comment. To tell or not to tell . . . the case for ethical analysis. *DCCN-Dimensions of Critical Care Nursing 15*(6), 318-323.
Bavier, A. (2003). *Types of disclosure discussion between oncology nurses and their patients/families: An exploratory study*. Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.
Baldonado, A. (1996). Ethnicity and morality in a multicultural world. *Journal of Cultural Diversity*, *3*(4), 105-108.
Best, J. T. (2001). Effective teaching for the elderly: Back to basics. *Orthopedic Nursing*, *20*(3), 46-52.
Bridger, J. C. (1997). A study of nurses' views about the prevention of nosocomial urinary tract infections. *Journal of Clinical Nursing*, *6*(5), 379-387.
Brown, B. (2003). Historical perspectives. The history of advance directives: a literature review. *Journal of Gerontological Nursing 29*(9), 4-14.
Burcham, J. L. R. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, *37*(4), 5-15.
Caitlin, A. (1997). Pediatric ethics, issues & commentary. Creating a beginning ethics library. Pediatric Nursing, *23*(5), 495-496.
Chenowethm, L. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review 53*(1), 34-40.
Cioffi, R. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies 40*(3), 299-306.
Claassen, M. (2000). A handful of questions: supporting parental decision making. *Clinical Nurse Specialist*, *14*(4), 189-195.
DeLikkis, A., & Sauer, R. (2004). Respect as ethical foundation for communication in employee relations. *Laboratory Medicine 35*(5), 262-266.
Dennis, B. (1999). The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing 15*(5), 281-287.
Enns, C., & Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: Expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing 55*(4), 339-347.
Goldblatt, D. (2001). A messy necessary end—Health care proxies need our support. *Neurology 56*(2), 148-152.
Greipp, M. E. (1995). A survey of ethical decision making models in nursing. *Journal of Nursing Science 1*(1/2), 51-60.
Groupp, E. (2005). Recruiting seniors with chronic low back pain for a randomized controlled trial of a self-management program. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics 28*(2), 97-102.
Hardt, M. (2001). Core then care: the nurse leader's role in "caring". *Nursing Administration Quarterly 25*(3), 37-45.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hardt, M. (2004). *Efficacy of a symphonological intervention in promoting a positive experience for nurses and patients experiencing bioethical dilemmas.* Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.

Hunt, S. (1996). Ethics of resource distribution: Implications for palliative care services. *International Journal of Palliative Nursing 2*(4), 222-226.

Irwin, M. (2004). *Effect of Symphonology on patients' experience of involvement in health care decision making: A qualitative and quantitative study.* Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh.

Jeffery, D. (2005). Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nursing Standard 19*(49), 41-47.

Jirwe, M. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health 12*(3), 6-16.

Johnson, J. E. (2002). Six steps to ethical leadership in health care. *Patient Care Management, 18*(2), 5-9.

Kinion, E. S., Jonke, N. L., & Paradise, N. (1995). Descriptive ethics and neuroleptic dose reduction. *Perspectives in Psychiatric Care*, *31*(2), 11-14.

Lorys, F., Oddi, V., Cassidy, R., & Fisher, C. (1995). Nurses' sensitivity to the ethical aspects if clinical practice. *Nursing Ethics*, *2*, 197.

Mariano, C. (2001). Holistic ethics. *American Journal of Nursing*, *101*(1 part 1). Hospital Extra: 24A-C.

Martindale, A., & Collins, D. (2005). Professional judgment and decision making: The role of intention for impact. *Sport Psychologist, 19*(3), 303-313.

McFadden, E. A. (1996). Moral development and reproductive health decisions. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *25*(6), 507-512.

Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals, 7*(5), 425-438.

Oddi, L. F., Cassidy, V. R., & Fisher, C. (1995). Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals, 2*(3), 197-209.

Perry, J. (2006). Resisting vulnerability: the experiences of families who have kin in hospital—a feminist ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), 173-184.

Reveillere, C., Pham, T., Masclet, G., Nandrino, J. L., & Beaune, D. (2000). The relationship between burn-out and personality in care-givers in a palliative care unit. *Annals Medico Psychologiques*, *158*(9), 716-721.

Rice, V. H., Beck, C., & Stevenson, J. S. (1997). Ethical issues relative to autonomy and personal control in independent and cognitive impaired elders. *Nursing Outlook, 45*(1), 27-34.

Roberson, D. (2007). Inequities in screening for sexually transmitted infections in African American adolescents: can health policy help? *Journal of Transcultural Nursing, 18*(3), 286-291.

Saulo, M. (1996). How good case managers make tough choices: Ethics and mediation. Part I. *Journal of Care Management*, *2*(1), 8. 10, 12 passim.

Scotto, C. (2003). A new view of caring. *Journal of Nursing Education*, *42*(7), 289-291.

Scotto, C. (2005). Symphonological Bioethical theory. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed, pp. 584-601). St. Louis: Mosby.

Sellar, B. (2010). Subjective leisure experiences of older Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*, *53*(3), 211-219.

Simko, L. (1999). Adults with congenital heart disease: Utilizing quality of life and Husted's nursing theory as a conceptual framework. *Critical Care Nursing Quarterly*, *22*(3), 1-11.

Steckler, J. (1998). Examination of ethical practices in nursing continuing education using the Husted model. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, *4*(2), 59-64.

Szirony, T., Price, J., Wolfe, E., Telljohann, S., & Dake, J. (2004). Perceptions of nursing faculty regarding ethical issues in nursing research. *Journal of Nursing Education*, *43*(6), 270-279.

Thomas, A. (1997). Patient autonomy and cancer treatment decisions. *International Journal of Palliative Nursing 3*(6), 317-323.

Thompson, L. W. (1998). Nursing ethics: The ANA code for nurses. *Tennessee Nurse*, *61*(6), 23, 25-29.

Troskie, R. (1998). Ethical decision making in a transcultural context. *Health SA Gesondheid*, *3*(1), 3-8.

Tschudin, V. (1994). Nursing ethics IV: Theories and principles. *Nursing Standard*, *9*(2), 51-55.

Viney, C. (1996). A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. *Nursing in Critical Care*, *4*, 182-187.

Von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, *3*(3), 236-249.

Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2001). The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics, 56*(2), 148-152.

Wilmot, S. (2000). Nurses and whistleblowing: The ethical issues. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1051-1057.

Wilson, D. M. (1998). Administrative decision making in response to sudden health care agency funding reductions: Is there a role for ethics? *Nursing Ethics: an International Journal for Health Care Professionals, 5*(4), 319-329.

Wurzbach, M. E. (1999). Acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of Advanced Nursing, 30*(2), 287-293.

Zoucha, R. Considering culture in understanding interpersonal violence. *Journal of Forensic Nursing* 2(4), 195-196.

UNIDAD

V

Teorías intermedias

- *Las teorías intermedias son las menos abstractas y las más prácticas.*
- *Las teorías intermedias son específicas de los resultados de la práctica.*
- *Las teorías intermedias especifican características de situaciones de enfermería.*
- *Las teorías intermedias indican lo siguiente acerca de la situación enfermera:*
  - *La situación o el estado de salud*
  - *La población o grupo de edad del cliente*
  - *El lugar o área de práctica (p. ej., comunidad)*
  - *La acción de la enfermera o la intervención*
  - *El resultado previsto en el paciente*

Créditos de la fotografía: Marie Cox, M&M Studios, San Francisco.

CAPÍTULO 27

Ramona T. Mercer

1929-presente

Adopción del rol materno-convertirse en madre

Molly Meighan

«El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres» (Mercer, 2006, p. 649).

BIOGRAFÍA

Ramona T. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se graduó y recibió el premio L. L. Hill por su excelencia en los estudios. Regresó a la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, enfermera jefe e instructora en las materias de pediatría, obstetricia y enfermedades infecciosas. Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973.

Después del doctorado, Mercer se trasladó a California y aceptó el cargo de profesora asistente del departamento de enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó un cargo de profesora titular, que desempeñó hasta su jubilación en 1987. Actualmente, la doctora Mercer es profesora emérita de enfermería de salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco (R. T. Mercer, currículum vítae, 2002).

Durante su carrera, Mercer ha recibido numerosos premios. En 1963, mientras trabajaba y estudiaba enfermería, recibió el premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la University of

Autoras anteriores: Mary M. (Molly) Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge y Stephanie Oetting.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Emory y fue aceptada en Sigma Theta Tau. Volvió a recibir el mismo premio en los años que estuvo en la Universidad de Pittsburgh. Asimismo, recibió la beca Bixler para la educación y la investigación enfermeras, del Southern Regional Board para estudios de doctorado. En 1982 recibió el premio de la enfermera de salud materno-infantil del año que concede la National Foundation of the March of Dimes y la American Nurses Association, en su división materno-infantil. En la escuela de enfermería de San Francisco de la Universidad de California, recibió el cuarto premio anual Helen Nahm Lecturer Award en 1984. Los premios que Mercer ha obtenido gracias a sus investigaciones son: el American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)/Lamaze National Research Award en 1987, el Distinguished Research Lectureship Award, Western Institute of Nursing, Western Society for Research in Nursing en 1988 y el American Nurses Foundation's Distinguished Contribution to Nursing Science Award en 1990 (R. T. Mercer, currículum vítae, 2002). Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios. Además, ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.

Cuando inició su investigación, Mercer se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes. Su primer libro, *Nursing Care for Parents at Risk* (1977), recibió el premio al libro del año *American Journal of Nursing* en 1978. Su estudio sobre madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio como resultado el libro *Perspectives on Adolescent Health Care* (1979), que también recibió el *American Journal of Nursing* Book of the Year Award en 1980. Las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades. En 1986, el trabajo de Mercer sobre madres de varias edades se recopiló en un tercer libro, *First-Time Motherhood: Experiences From Teens to Forties* (1986a). El quinto libro de Mercer, *Parents at Risk,* publicado en 1990, volvió a recibir el premio al libro del año de la *American Journal of Nursing.* La obra se centra en las estrategias que facilitan las primeras interacciones entre los padres y el hijo y promueven la educación de los padres en relación con las situaciones de riesgo específicas. El sexto libro de Mercer, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, fue publicado por la Springer Publishing Company de Nueva York en 1995. Este libro contiene una descripción más completa de la teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su marco para estudiar variables que afectan a este rol.

Desde la primera publicación de 1968, Mercer ha publicado numerosos artículos para revistas e enfermería. Ha publicado varios cursos online en *Nurseweek* durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, que incluyen «Sexualidad y fecundidad de adolescentes», «Transición a la maternidad» y «Ayudar a los padres cuando se produce lo inesperado».

Mercer es miembro de varias organizaciones profesionales, como la American Nurses Association y la American Academy of Nursing, y ha sido miembro activo de numerosas comisiones nacionales. Entre 1983 y 1990 fue editora asociada de la Health Care for Women International. Asimismo, ha trabajado en el equipo de revisión de la *Nursing Research* y de la *Western Journal of Nursing Research* y ha formado parte del comité editorial de la *Journal of Adolescent Health Care* y del consejo ejecutivo de *Nurseweek.* También ha trabajado como revisora de numerosas propuestas de becas. Ha intervenido activamente en reuniones y talleres profesionales regionales, nacionales e internacionales (R. T. Mercer, currículum vítae, 2002). Ha recibido el Living Legend por parte de la American Academy of Nursing durante el Annual Meeting and Conference en Carlsbad, California, en noviembre de 2003. Mercer fue premiada con el primer College of Nursing Distinguished Alumni Award por la Universidad de Nuevo México en 2004. En 2005, fue reconocida como uno de los alumnos y profesores más sobresalientes y su nombre aparece en la Wall of Fame de la Universidad de California, en San Francisco.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de la adopción del rol maternal de Mercer se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de la década de 1960. El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por su

profesora y tutora, Reva Rubin, en la Universidad de Pittsburgh. Rubin (1977, 1984) fue muy conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol materno como proceso de unión al niño y de la identidad del rol materno o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él. El marco y las variables de estudio de Mercer reflejan muchos de los conceptos de Rubin.

Además del trabajo de Rubin, Mercer también utilizó las teorías de rol y de desarrollo. Utilizó en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría de rol, recurriendo a la teoría de Mead (1934) sobre la representación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del yo (1978). Se basó en el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1975), así como en el trabajo de Burr, Leigh, Day y Constantine (1979). Las teorías del proceso de desarrollo de Werner (1957) también contribuyeron a la teoría de Mercer. Asimismo, el trabajo de Mercer se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1968). Su modelo de adopción del rol maternal descrito en la figura 27-1 utiliza los círculos de Bronfenbrenner (1979) como un planteamiento general de los sistemas. La complejidad de su interés por la investigación hizo que Mercer utilizara muchas otras fuentes teóricas para identificar y estudiar las variables que afectan a la adopción del rol materno. Aunque gran parte de su trabajo se basó en las teorías de Rubin, en el desarrollo y la expansión de su teoría también tuvo en cuenta la investigación de otros.

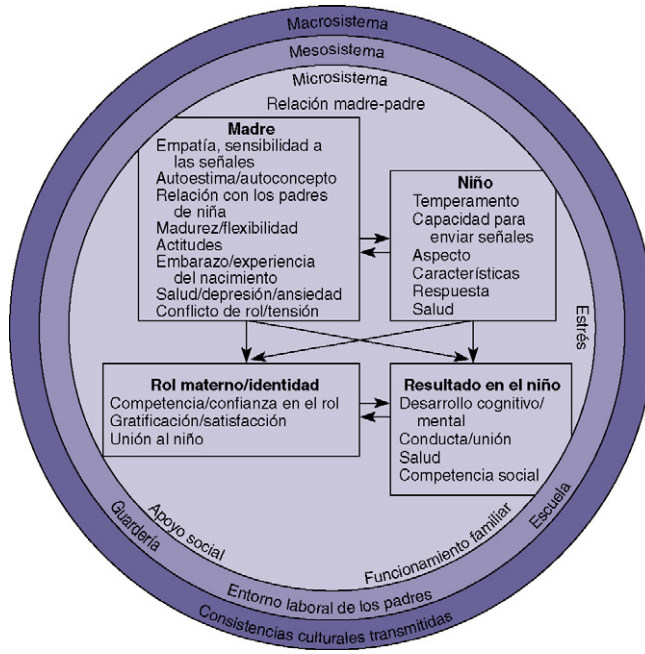


Figura 27-1 **Modelo de adopción del rol materno.** (Modificado de Mercer, R. T. [1991]. *Maternal role: Models and consequences*. Documento presentado en la International Research Conference patrocinada por el Council of Nurse Researchers y la American Nurses Association, Los Angeles, CA. Copyright Ramona T. Mercer, 1991. NOTA: Esta figura se ha modificado a partir de una comunicación personal con R. T. Mercer [4 de enero de 2003]. La palabra *exosistema* se ha reemplazado por la palabra *mesosistema* para ser más coherente con el modelo de Bronfenbrenner [1979] en el que está basado.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

Mercer basa la teoría de la adopción del rol materno en los siguientes factores.

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol (Mercer, 1986a). «El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna» (Mercer, 1981, p. 74).

IDENTIDAD MATERNA

Tener una visión interiorizada de sí misma como madre (Mercer, 1995).

PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO

La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento (Mercer, 1990).

AUTOESTIMA

Mercer, May, Ferketich y DeJoseph (1986) la describen como «la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones» (p. 341).

AUTOCONCEPTO

Mercer (1986a) lo define como «la percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal» (p. 18).

FLEXIBILIDAD

Los roles no están fijados; por tanto, carece de importancia qué persona asume y cumple los distintos roles (Mercer, 1990). «La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que aumenta el desarrollo... Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias» (Mercer, 1986a, p. 43; 1990, p. 12).

ACTITUDES RESPECTO A LA CRIANZA

Actitudes y creencias maternas sobre la crianza (Mercer, 1986a).

ESTADO DE SALUD

«Las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura; la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo» (Mercer et al., 1986, p. 342).

ANSIEDAD

Mercer et al. (1986) describen la ansiedad como «una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación» (p. 342).

DEPRESIÓN

Según Mercer et al. (1986) consiste en «padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo» (p. 342).

TENSIÓN DEBIDA AL ROL

El conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno (Mercer, 1985a).

GRATIFICACIÓN-SATISFACCIÓN

Mercer (1985b) describe la gratificación como «la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad».

UNIÓN

Un elemento del rol parental y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo (Mercer, 1990).

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

TEMPERAMENTO DEL NIÑO

Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración (Mercer, 1986a).

ESTADO DE SALUD DEL NIÑO

Enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y el niño, y que interfieren en el proceso de unión (Mercer, 1986a).

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

Temperamento, apariencia y estado de salud (Mercer, 1981).

SEÑALES DE LOS LACTANTES

Las señales de los lactantes son conductas que provocan una respuesta de la madre (R. T. Mercer, comunicación personal, 3 de septiembre de 2003).

FAMILIA

Mercer et al. (1986) definen a la familia como «un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia» (p. 339).

FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas, y las unidades sociales más amplias (Mercer y Ferketich, 1995).

PADRE O COMPAÑERO

Contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona (R. T. Mercer, comunicación personal, 4 de enero, 2003). Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno (Donley, 1993; Mercer, 1995).

ESTRÉS

Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo, y variables ambientales (Mercer, 1990).

APOYO SOCIAL

Según Mercer et al. (1986), es «la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan» (p. 341).

Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

1. Apoyo emocional: «Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido» (Mercer, 1986a, p. 14).
2. Apoyo informativo: «Ayuda al individuo a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación» (Mercer, 1986a, p. 14).
3. Apoyo físico: Tipo directo de ayuda (Mercer, Hackley y Bostrom, 1984).
4. Apoyo de valoración: «Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás» (Mercer, 1986a, p. 14).

RELACIÓN MADRE-PADRE

Percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos (Mercer, 1986b). La vinculación materna con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja (Donley, 1993; Mercer, 1995).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Mercer seleccionó tanto las variables maternas como las infantiles para sus estudios según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo. Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud. Incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c) también observaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requería el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

Mercer ha analizado estas variables en sus estudios de investigación con muchos intervalos, incluido el período inmediato al posparto y después de 1, 4 y 8 meses y 1 año (Mercer y Ferketich, 1990a, 1990b). Además, ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paternofilial y competencia parental (Mercer, 1989; Mercer y Ferketich, 1994, 1995; Mercer, Ferketich y DeJoseph, 1993). Como paso reciente, comparó sus hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. Como resultado, Mercer (2004) ha propuesto que el término *adopción del rol materno* sea sustituido por *convertirse en madre,* dado que éste describe con más exactitud la continua evolución del rol a lo largo de la vida de la madre. Además, propuso utilizar hallazgos de la investigación enfermera más reciente para describir las etapas y el proceso de convertirse en madre.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Para la adopción del rol materno, Mercer (1981, 1986a, 1995) estableció los siguientes supuestos:

- Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; son el mundo real al cual responde (Mercer, 1986a).
- Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta (Mercer, 1986a).
- El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y el desarrollo (Mercer, 1986a).
- El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, ya que influye en este rol y se ve afectado por él (Mercer, 1981).
- El compañero íntimo del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer (Mercer, 1995).
- La identidad materna se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra (Mercer, 1995; Rubin, 1977).

Enfermería

Mercer (1995) afirmó: «las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad» (p. xii). Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes. Su definición de enfermería, proporcionada en una comunicación personal, es la siguiente:

> La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente. Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a individuos, familias y comunidades. Después de valorar la

situación y el entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con él, le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos él mismo, y se interpone entre el entorno y el cliente (R. T. Mercer, comunicación personal, 21 de marzo, 2004).

En su obra, Mercer (1995) hace referencia a la importancia del cuidado enfermero. Aunque no lo menciona específicamente, en su libro *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, Mercer hace especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo tanto en ella como en el niño. Las enfermeras que trabajan en las unidades de maternidad son muy importantes a la hora de ofrecer cuidados e información durante ese período.

Persona

Mercer (1985a) no dio una definición específica de la persona, pero se refirió al yo y al núcleo propio. Considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre-niño (Mercer, 1985b). El núcleo propio evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo las situaciones se definen y se conforman (Mercer, 1985a). Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos (Mercer, 1995).

Salud

En su teoría, Mercer define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global (Mercer, 1986b). El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto (Mercer, Ferketich, DeJoseph, May y Sollid, 1988; Mercer, May, Ferketich y DeJoseph, 1986). Tiene una importante influencia indirecta sobre la satisfacción con las relaciones en las familias en edad fértil. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. Mercer (1995) hace especial hincapié en la importancia del cuidado de la salud durante la época de fecundidad y el proceso de crianza.

Entorno

Mercer definió el entorno según la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico, en el que también basó su modelo de la figura 27-1 (Mercer, 1995; R. T. Mercer, comunicación personal, 24 de junio de 2000). Este modelo ilustra el entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol maternal. Durante una comunicación personal del 4 de enero de 2003, Mercer afirmó: «El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes». El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991 durante un simposio en la International Research Conference, con el patrocinio del Council of Nursing Research y la American Nurses Association en Los Ángeles, en California (Mercer, 1995). Desde entonces, ha sufrido algunas modificaciones y se ha presentado más claramente en su libro de 1995, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present* (v. fig. 27-1).

La revisión más reciente de Mercer (2004) de su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre. Ello implica un cambio amplio

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Según Mercer, convertirse en madre es más que únicamente asumir el rol. Es una evolución continua e infinita. Por tanto, propuso que se retirara el término *adopción del rol maternal.* Sus recomendaciones se basan en parte en la obra de Walker, Crain y Thompson (1986a, 1986b), Koniak-Griffin (1993), y McBride y Shore (2001), quienes han examinado el proceso de la maternidad y planteado preguntas sobre la idoneidad de la adopción del rol maternal como un punto final en el proceso.

Adopción del rol maternal: modelo original de Mercer

El modelo de la adopción del rol materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del microsistema, el mesosistema y el macrosistema (v. fig. 27-1). El modelo original propuesto por Mercer se modificó en 2000, cambiando el término *exosistema* que aparecía originalmente en el segundo círculo y sustituyéndolo por el término *mesosistema.* Mercer (comunicación personal, 4 de enero de 2003) ha explicado que este cambio hace que el modelo sea más coherente con la terminología de Bronfenbrenner:

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, la relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Las variables del microsistema interaccionan con una o más de las otras variables que afectan al rol materno. El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales (Mercer, 1990).

   El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal (Mercer, 1995; R. T. Mercer, comunicación personal, 4 de enero de 2003). En 1995, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que éste ayuda a «difuminar la tensión en la dualidad madre-niño» (p. 15). La adopción del rol materno se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. La figura 27-2, que se presentó por primera vez en el sexto libro de Mercer (1995), *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, describe esta interacción. Las capas *a-d* representan los estadios de adopción del rol materno desde la anticipación hasta lo personal (identidad de rol) y los estadios de crecimiento y desarrollo del niño (Mercer, 1995).
2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El mesosistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.
3. El macrosistema hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno origina el macrosistema (Mercer, 1995). Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macrosistema.

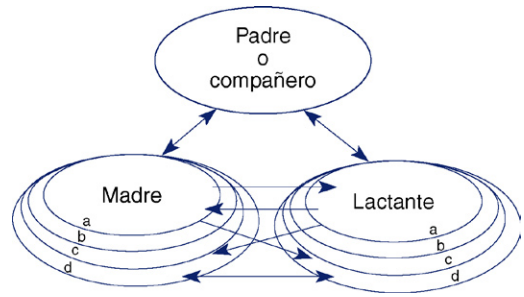


Figura 27-2 Microsistema dentro del modelo desarrollado de la adopción del rol materno. (De Mercer, R. T. [1995]. Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present. New York: Springer; utilizado con autorización.)

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición de rol. Estos estadios han sido adaptados a partir de la investigación de Thornton y Nardi de 1975. Estos cuatro estadios se indican en la figura 27-2 como las capas de la *a* hasta la *d:*

a. Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

b. Formal: el estadio formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

c. Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.

d. Personal: el estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol maternal.

Los estadios de adopción del rol se solapan y se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. El último estadio de la identidad del rol materno puede alcanzarse en un mes o en varios meses (Mercer, 1995). Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y también por la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar.

Las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño. Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto de rol. Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud. Los ejemplos de respuestas del desarrollo del niño que interactúan con el desarrollo de la identidad materna de la madre, representadas como *a-d* en la figura 27-2, incluyen los siguientes:

a. Contacto visual con la madre mientras le habla, reflejo de prensión.

b. Reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.

c. Conductas interactivas coherentes con la madre.

d. Respuestas de obtención por parte de la madre; aumento de la movilidad.

Según Mercer (1995):

> La etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol (p. 14).

Utilizando el trabajo de Burke y Tully (1977), Mercer (1995) afirma que una identidad de rol tiene componentes internos y externos: la identidad es la visión interiorizada de uno mismo (identidad materna reconocida) y el rol es un componente conductual externo.

Convertirse en madre: un modelo revisado

Mercer ha seguido utilizando su propia investigación y la investigación de otros para construir bloques para su teoría. En el año 2003 empezó a reexaminar la Theory of Maternal Role Attainment, proponiendo que el término «convertirse en madre» reflejaba con más exactitud el proceso basado en la investigación reciente. Según Mercer (2004), el concepto de adopción de rol sugiere un punto final en lugar de un proceso continuo, y puede no dirigirse a la expansión continuada de sí misma como una madre. Las conclusiones de Mercer se basan en gran manera en la investigación enfermera actual sobre las dimensiones cognitiva y conductual de las mujeres que se convierten en madres. Walker, Crain y Thompson (1986a, 1986b) cuestionaron la adopción del rol materno como proceso continuado

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que contribuye a la reexaminación de Mercer de su teoría. Koniak-Griffin (1993) también cuestionaron las dimensiones conductuales y cognitivas de la adopción del rol materno. Hartrick (1997) explicó que en su estudio de madres de niños de 3 a 16 años, éstas experimentan un proceso continuo de autodefinición. En su investigación sobre madres y abuelas, McBride y Shore (2001) sugieren que puede ser necesario retirar el término «adopción del rol materno» porque «implica una situación estática más que un proceso fluctuante» (p. 79). Finalmente, en una síntesis de nueve estudios cualitativos, Nelson (2003) describió el crecimiento y la transformación continua en las mujeres a medida que se convierten en madres. Mercer (2004) reconoció que los nuevos desafíos en la maternidad requiere hacer nuevas conexiones para recuperar la confianza en una misma, y propuso sustituir el término «adopción de rol materno» por «convertirse en madre».

Los estudios cualitativos han identificado etapas de la adopción del rol materno utilizando los términos descriptivos de las participantes. Una compilación de los resultados de algunos de estos estudios han llevado a Mercer (2004, 2006) a proponer los siguientes cambios en los nombres de las etapas que conducen a la identidad del rol maternal:

- Compromiso y preparación (embarazo).
- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
- Normalización (segunda semana a 4 meses).
- Integración de la identidad materna (aproximadamente, 4 meses).

Estas etapas son paralelas a las etapas originales de la teoría de Mercer, aunque abarcan la experiencia materna de manera más completa y utilizan terminología derivada de las descripciones de las experiencias de madres primerizas.

La construcción de la teoría, según Mercer (comunicación personal, 3 de septiembre de 2003), es un proceso continuo a medida que la investigación proporciona evidencias para clarificar conceptos, adiciones y eliminaciones. Aunque muchos de los estudios más recientes apoyan los hallazgos tanto de Rubin como de Mercer, Mercer (2004) reorganizó la evidencia de cambios necesarios en su teoría original para una mayor claridad y consistencia. Desde este punto de vista, propuso retirar el término *adopción del rol materno*. Mercer (2004) reconoce que «convertirse en madre», que comporta un crecimiento continuo en ser madre, es más descriptivo del proceso, lo cual es más que un rol. Aunque algunos roles pueden terminarse, la maternidad es un compromiso de por vida.

Mercer ha continuado utilizando el concepto de Bronfenbrenner de interacción anidada en entornos ecológicos. Sin embargo, ella los reetiquetó para reflejar los entornos vitales: familia y amigos, comunidad y sociedad (fig. 27-3). El nuevo modelo coloca las interacciones entre la madre, el niño y el padre en el centro de los entornos de interacción (R. T. Mercer, comunicación personal, 3 de septiembre de 2003; Mercer y Walker, 2006). Las variables dentro del entorno de la familia y de los amigos incluyen el apoyo social y físico, los valores familiares, las guías culturales para la maternidad, el conocimiento y las habilidades, el funcionamiento familiar y la afirmación como madre. El entorno de la comunidad incluye guarderías, lugares de culto, escuelas, entornos laborales, centros sanitarios, instalaciones recreativas y grupos de apoyo. Dentro de la sociedad, las influencias proceden de las leyes que afectan a mujeres y niños, la evolución de la ciencia reproductiva y neonatal, los programas de asistencia sanitaria nacionales, varios programas sociales y fondos para investigación que promueve el convertirse en madre.

FORMA LÓGICA

Mercer utilizó la lógica deductiva y la inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad y en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso que Mercer hace de trabajos de otros investigadores y disciplinas. Las teorías de rol y de desarrollo y el trabajo de Rubin en la realización del rol maternal proporcionaron una base para el marco. Asimismo, Mercer utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de la teoría de la adopción del rol maternal. Mediante la práctica y la investigación, observó la adaptación a la maternidad desde un sinfín de circunstancias. Vio que las diferencias existían en la adaptación a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el período posparto, cuando nacía un niño con un defecto y cuando una adolescente se convertía en

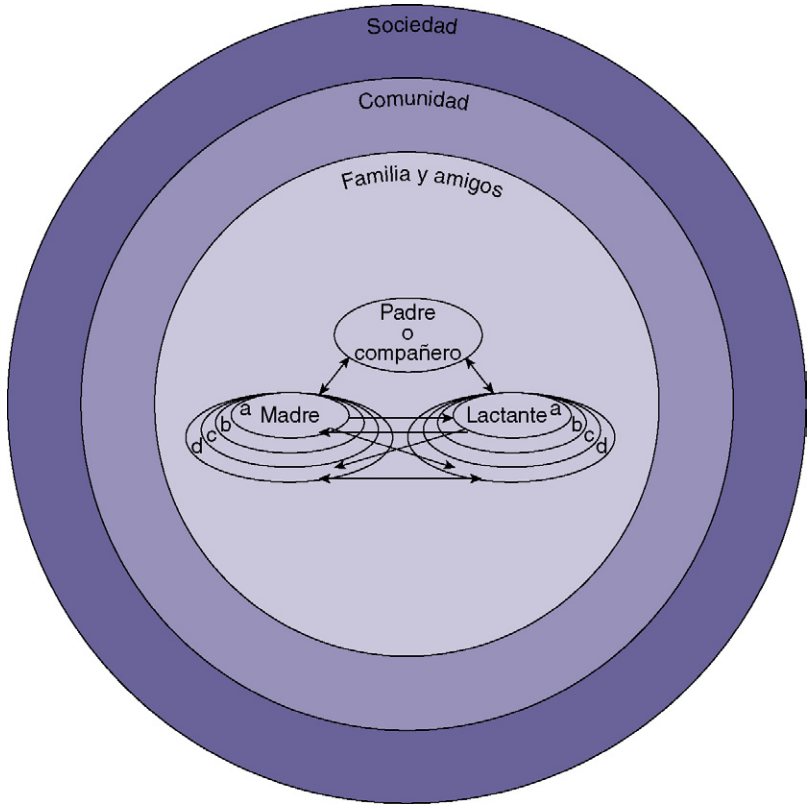


Figura 27-3 **Convertirse en madre: un modelo revisado.** (De R. T. Mercer, comunicación personal, 3 de septiembre de 2003.)

madre. Estas observaciones dirigieron la investigación de estas situaciones y desarrollaron la teoría. Los cambios de su teoría original se han basado en la investigación más reciente y en el razonamiento deductivo, junto con su creencia en mejorar continuamente la claridad y la utilidad de su teoría.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La teoría de Mercer está muy orientada hacia la práctica. Los conceptos de su teoría se mencionan en muchos libros de texto de obstetricia, y muchas enfermeras y otras disciplinas los utilizan en la práctica. Tanto la teoría como el modelo propuesto son capaces de servir como marco para la valoración, la planificación, la implantación y la evaluación del cuidado enfermero de las nuevas madres y sus hijos. Meighan (2005) describe la utilidad de la teoría de Mercer en la práctica enfermera en la tercera edición de *Nursing Theory: Utilization and Application*, de Alligood y Marriner Tomey. La teoría de Mercer también es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades. Mercer (1986a, 1986b) relacionó los descubrimientos de las investigaciones con la práctica enfermera en cada intervalo de tiempo desde el nacimiento a lo largo del primer año, aplicando su teoría a diferentes ambientes pediátricos.

Por otra parte, la teoría de Mercer se ha utilizado para organizar el cuidado del paciente. Los conceptos en la investigación realizada por

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Neeson, Patterson, Mercer y May (1983), «Pregnancy Outcome for Adolescents Receiving Prenatal Care by Nurse Practitioners in Extended Roles», se utilizaron para aplicar en la práctica clínica. Clark, Rapkin, Busen y Vasquez (2001) utilizaron la teoría de Mercer para establecer y verificar un plan de estudios de educación paterna para mujeres que consumían sustancias nocivas, en instalaciones de tratamiento residencial. Meighan y Wood (2005) utilizaron la teoría de la adopción del rol materno para examinar el impacto de la hiperemesis gravídica en el supuesto del rol materno.

Formación

El trabajo de Mercer ha aparecido ampliamente en los textos enfermeros. Muchos de los conceptos actuales de los textos de enfermería maternal e infantil se basan en las investigaciones de Mercer. La teoría y el modelo de Mercer ayudan a simplificar un proceso muy complejo, potencian la comprensión y hacen que la contribución de Mercer sea extremadamente valiosa para la educación enfermera. La teoría proporciona un marco para los estudiantes mientras aprenden a planificar y a proporcionar cuidados para padres en múltiples entornos. La teoría de convertirse en madre ha ganado una rápida aceptación desde su introducción en 2004. La teoría y la investigación de Mercer también se han utilizado en otras disciplinas, dado que relacionan la adopción del rol materno y paterno. Se ha demostrado que también es útil para estudiantes de psicología, sociología y educación.

Investigación

Mercer ha defendido que las estudiantes se impliquen en las investigaciones del profesorado. Durante su período de profesora en la Universidad de California (San Francisco), presidió comisiones y participó en la elaboración de tesis y tesinas. La investigación en colaboración con un estudiante de enfermería y un profesor asociado en 1977 y 1978 dio como resultado el desarrollo de un instrumento muy fiable y válido para medir las actitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y del parto. Numerosas investigadoras han solicitado permiso para utilizar este instrumento.

El trabajo de Mercer ha servido como marco para las investigadoras. Otros autores han comprobado en parte su marco teórico en un estudio de correlación que explora las diferencias entre tres grupos de edad de madres primerizas (edades de 15-19, 20-29 y 30-42 años), incluidas Walker et al. (1986a, 1986b). Sank (1991) utilizó la teoría de Mercer en la investigación de su tesis doctoral en la Universidad de Texas (Austin), titulada *Factors in The Prenatal Period that Affect Parental Role Attainment During the Postpartum Period in Black American Mothers and Fathers.* La teoría de Mercer de adopción del rol materno también ha servido como marco para la tesis de Washington (1997), *Learning Needs of Adolescent Mothers When Identifying Fever and Illnesses in Infants Less Than Twelve Months of Age* en la Universidad de Miami. Bacon (2001), un estudiante de la Chicago School of Professional Psychology, utilizó la teoría de Mercer en su tesis, *Maternal Role Attainment and Maternal Identity in Mothers of Premature Infants.* Dilmore (2003) basó su estudio *A comparison of Confidence Levels of Postpartum Depressed and Non-Depressed First Time Mothers* en la investigación de Mercer.

McBride (1984) escribió:

> La adopción del rol materno ha constituido una preocupación principal de las enfermeras desde el trabajo pionero de la tutora de Mercer, Rubin, hace ya casi dos décadas. En la actualidad se ha convertido en una teoría sólida, basada en el estudio, que las investigadoras enfermeras han buscado en su análisis de la experiencia de madres primerizas (p. 72).

DESARROLLOS POSTERIORES

Mercer utilizó su investigación inicial como base para otros estudios. En sus investigaciones posteriores, su objetivo era identificar los elementos que predicen la unión materno-filial con la base de la experiencia materna en el nacimiento y el estado de riesgo materno. Asimismo, examinó la competencia paterna según la experiencia del nacimiento y el estado de riesgo del embarazo. En otro estudio desarrolló un modelo causal para predecir las relaciones del compañero en los embarazos de alto y bajo riesgo, y lo puso en práctica.

En los últimos años, como se ha descrito anteriormente, el modelo y la teoría originales se han mejorado y modificado. Basándose en investigaciones más recientes, incluyó la importancia del padre en la adopción del rol materno y añadió este aspecto a su modelo y a la teoría en un apartado de su libro más reciente, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present.*

En su libro, *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties*, Mercer (1986a) presentó un modelo que describe las cuatro fases que se producen en el proceso de adopción del rol materno durante el primer año de maternidad:

1. Fase de recuperación física, que va del nacimiento al primer mes.
2. Fase de consecución, de los 2 a los 4 o 5 meses.
3. Fase de interrupción, que tiene lugar de los 6 a los 8 meses.
4. Fase de reorganización, del octavo mes al primer año de vida.

Además, la adopción del rol materno tiene lugar en tres niveles diferentes (biológico, psicológico y social), que interaccionan y son interdependientes en las diferentes fases. Estas fases y los niveles de adaptación se describen brevemente y se aplican en su investigación. En 2003 Mercer propuso cambios adicionales a la teoría (2004), que incluyeron el abandono del término «adopción del rol materno» por el de «convertirse en madre». También hubo cambios del modelo y la adopción de las cuatro fases descriptivas al proceso de convertirse en madre:

1. Compromiso y preparación (embarazo).
2. Consecución, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
3. Normalización (segunda semana a 4 meses).
4. Integración de la identidad maternal (aproximadamente 4 meses).

Estos cambios estaban basados en estudios de investigación de otras enfermeras y son la evidencia del escrutinio continuo de Mercer y de la crítica de su teoría para mejorar su utilidad en la práctica y en la investigación.

Según Mercer y Walker (2006), es necesario investigar en intervenciones enfermeras específicas que fomenten ser madre. Alientan la participación de personal, estudiantes y profesorado de enfermería en el desarrollo y pruebas de pautas e instrumentos de valoración para medir los resultados de intervenciones de enfermería que apoyen la identidad del rol materno y el proceso de convertirse en madre. Mercer y Walker también fomentan la investigación sobre madres que se enfrentan a desafíos especiales, como complicaciones durante el parto, recursos sociales y económicos bajos, adolescentes y madres con lactantes de alto riesgo. Según Mercer y Walker, está justificado desarrollar y probar intervenciones de enfermería que apoyen y capaciten a los padres. Animan a investigar para determinar la mejor manera de promover ser madre en grupos culturalmente diversos, explicar que cada cultura tiene sus costumbres y valores en la crianza que tienen un impacto en la transición a la maternidad.

La preocupación de Mercer respecto a la utilidad y a la aplicabilidad de su teoría es evidente en su trabajo continuado hacia la claridad y la utilidad. Las revisiones de su teoría en el año 2003, aunque basadas en investigación enfermera, todavía no han sido verificadas completamente en otros estudios. La propuesta de Mercer (2004) de abandonar la adopción del rol materno por el término «convertirse en madre» se argumenta de manera lógica, aunque pocos estudios la utilizan en la práctica o en la investigación. Aunque la investigación cualitativa para describir las fases de convertirse en madre utiliza las palabras exactas de mujeres que experimentan esta transición, estas fases no se han confirmado entre mujeres en otras culturas o en circunstancias distintas.

CRÍTICA

Claridad

Los conceptos, las variables y las relaciones no siempre se definen explícitamente, pero sí se describen y están implícitos en el trabajo inicial de Mercer. Sin embargo, las definiciones funcionales y teóricas son coherentes. El trabajo para mejorar la claridad es evidente. Los conceptos, las suposiciones y los objetivos se han organizado en un todo lógico y coherente, de manera que la comprensión de las interrelaciones entre los conceptos sea relativamente fácil. El uso indistinto de algunos términos y denominaciones para identificar conceptos, como adaptación y adopción, apoyo social y red de apoyo, puede confundir al lector. La adopción del rol materno no posee una definición coherente, y ello perjudica la claridad. La identidad

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

materna, un término que Mercer define como la fase final de la adopción del rol (etapa personal o de identidad del rol), en ocasiones se sustituye por adopción del rol materno. Según Mercer (1995), cuando se ha adoptado el rol materno, la madre ha conseguido una identidad materna, la interiorización del rol de madre. Sin embargo, los términos *adopción* e *identidad* del rol en ocasiones provoca confusión.

Mercer ha continuado trabajando para conseguir una mayor claridad. Ha propuesto el uso de términos derivados de los investigadores enfermeros que serían más claramente comprendidos por parte de los usuarios de la teoría. Ha cuestionado el uso del término «adopción del rol maternal», dado que connota un estado estático más que un rol en continua evolución como madre. También ha examinado la investigación cualitativa que contenía las palabras exactas de mujeres que experimentaban la maternidad, y ha favorecido el uso de estas palabras para describir las etapas de convertirse en madre.

Simplicidad

A pesar del gran número de conceptos y de relaciones, el marco teórico para la adopción del rol materno o de convertirse en madre organiza un fenómeno bastante complejo de un modo fácil de comprender y útil. La teoría es predictiva y sirve para guiar la práctica. Los conceptos no son específicos para el tiempo y el espacio y son abstractos, pero pueden describirse y funcionar, ya que los significados no pueden malinterpretarse fácilmente. Sin embargo, debe destacarse que la investigación realizada para definir y defender las relaciones teóricas era muy compleja, como consecuencia del gran número de conceptos que se usaron. El proceso de convertirse en madre tiene muchas facetas y varía considerablemente según el individuo y las influencias ambientales. La teoría de Mercer proporciona un marco para comprender este complejo proceso multidimensional.

Generalidad

La teoría de Mercer deriva y es específica de la enfermería de relación entre los padres y el hijo, aunque ha sido utilizada por otras disciplinas preocupadas por la maternidad y la paternidad. La teoría puede generalizarse para todas las mujeres, del embarazo hasta el primer año después del nacimiento, independientemente de la edad, del número de hijos o del entorno. Es una de las pocas teorías aplicables a los pacientes de alto riesgo y a sus familias. Como se mencionó previamente, puede aplicarse a una gran variedad de ambientes pediátricos. Mercer (1995) ha reeditado su teoría para estudiar y predecir la unión con los padres, incluido el compañero de la mujer embarazada. Por tanto, es útil para estudiar y trabajar con los miembros de la familia después del nacimiento. El trabajo de Mercer ha sido muy útil para ampliar la gama de aplicación de teorías anteriores sobre la adopción del rol materno, ya que sus estudios incluyen varios niveles de desarrollo y contextos situacionales, unas características que otros estudios no presentan.

Precisión empírica

El trabajo de Mercer procede de grandes esfuerzos de investigación. Los conceptos, los supuestos y las relaciones se sustentan principalmente en observaciones empíricas y son coherentes. El grado de concreción y plenitud de las definiciones funcionales aumenta la precisión empírica. El marco teórico para estudiar las diferencias entre los grupos de edad de madres primerizas es tributario de probarlo más a fondo y de que otros puedan utilizarlo. El continuo escrutinio por parte de la propia Mercer ha mejorado continuamente su teoría y ha dado solidez a sus conceptos. Los cambios más recientes propusieron modificaciones para aumentar la claridad de los conceptos y se basan en estudios de investigación de otros dentro de la disciplina de la enfermería.

Consecuencias deducibles

El marco teórico para la adopción del rol materno en el primer año ha demostrado ser útil, práctico y valioso para las enfermeras. El trabajo de Mercer se ha utilizado repetidamente en la investigación, la práctica y la formación. El marco también puede aplicarse a cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad. McBride (1984) escribió: «La doctora Mercer es quien desarrolló el marco teórico más completo para estudiar un aspecto de la experiencia de los

padres, es decir, los factores que influyen en la adopción del rol materno en el primer año de maternidad» (p. 72).

A lo largo de su carrera, Mercer ha unido la investigación con la práctica de modo coherente. Las implicaciones para las enfermeras y/o las intervenciones enfermeras son el vínculo entre la investigación y la práctica en la mayoría de sus trabajos. Mercer considera que la investigación enfermera es el «puente hacia la excelencia» en la práctica enfermera (Mercer, 1984, p. 47).

RESUMEN

La teoría de la adopción del rol materno se ha demostrado útil en la investigación y en la práctica para las enfermeras, así como para otras disciplinas preocupadas por la paternidad. El deseo continuo de Mercer de mejorar la utilidad y la claridad de su teoría y modelo es evidente, y ha servido a aquellos que utilizan su teoría. El uso de Mercer de su propia investigación y de la investigación de otros fortalece su trabajo. Su propuesta de adoptar la teoría de convertirse en madre se basa de manera sólida en el proceso de investigación. La maternidad y la adopción del rol paterno es un proceso multinivel muy complejo. La teoría de Mercer y su trabajo hacen que este proceso sea lógico y comprensible y proporciona una base sólida para la práctica, la educación y la investigación.

Caso clínico

Susan, una mujer de 19 años, dio a luz prematuramente a su primer hijo hace 5 días. Aunque durante el posparto no ha habido ningún problema relativamente importante, el niño presenta complicaciones y debe permanecer hospitalizado. Susan y su joven marido acuden al hospital cada tarde para ver al niño, pero no hacen demasiadas preguntas. Hablando con la pareja, la enfermera descubre que los únicos abuelos del niño viven muy lejos, y Susan no tendrá familiares ni amigos a quienes acudir cuando se lleve el bebé a casa.

En este caso de alto riesgo perinatal, el marco de Mercer debería ser útil para la valoración y la intervención enfermeras con el fin de facilitar la adopción del rol materno. ¿Cómo lo utilizaría como guía para planificar el cuidado de Susan?

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. En su práctica, considere la teoría y el modelo de adopción del rol materno de Mercer como una guía. ¿De qué modo es útil?
2. Las familias de alto riesgo suelen continuar teniendo complicaciones durante años después del nacimiento de un niño con problemas congénitos. ¿Pueden la teoría y el modelo propuestos por Mercer adaptarse para la valoración y la intervención en estas madres y en sus familias más allá del primer año? ¿Qué áreas necesitan una investigación y un desarrollo con mayor profundidad?
3. Considere el entorno de cuidado de salud actual. ¿El modelo propuesto por Mercer es adecuado para dirigir los cambios actuales en el cuidado de salud y el impacto sobre la familia? ¿Qué cambios sugeriría en el modelo de Mercer?
4. Mercer ha propuesto cambiar su teoría de adopción del rol materno por convertirse en madre para referirse a la evolución del rol materno. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con este cambio? ¿Alteraría esto el uso de la teoría en el entorno clínico de alguna forma?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

Publicaciones

- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN 35* (5), 649-651.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN 35* (5), 568-582.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Meighan, M. (2006). Mercer's maternal role theory and nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 393-411). St. Louis: Mosby.

Páginas web

- BioInfoBank Library: RT Mercer. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://lib.bioinfo.pl/auth:Mercer,RT
- Cardinal Stritch University Library. (2004). Model and theories of nursing. Ramona T. Mercer: Maternal role attainment. Milwaukee, WI: Cardinal Stritch University. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://library.stritch.edu/nursingtheories/mercer
- Nurses for Nurses Everywhere. (2004). Nurse information: Ramona T. Mercer. Melbourne, Australia: Nurses.info. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_ramona_mercer.htm
- Nurses for Nurses Everywhere. (2004). Nurse information: Reva Rubin. Melbourne, Australia: Nurses. info. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_reva_rubin.htm
- The Nursing Theory Network. (2005). Role Attainment: Ramona T. Mercer. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://www.nursingtheory.net/mr_roleattainment.html
- The Nursing Theory Network. (2005). Maternal Identity: Reva Rubin. Último acceso, 7 de febrero de 2008: http://www.nursingtheory.net/mr_maternalidentity.html

REFERENCIAS

Bacon, A. C. (2001). Maternal role attainment and maternal identity in mothers of premature infants (Doctoral dissertation, Chicago School of Professional Psychology, Chicago, 2001). *Dissertation Abstracts International, 61*, 8-B. (University Microfilms No. 2001-95004447)

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burke, P. J., & Tully, J. C. (1977). The measurement of role identity. *Social Forces, 55*, 881897.

Burr, W. R., Leigh, G. K., Day, R. D., & Constantine, J. (1979). Symbolic interaction and the family. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.). Contemporary theories about the family (*Vol. 2*, pp. 42-111). New York: Free Press.

Clark, B. S., Rapkin, D., Busen, N. H., & Vasquez, E. (2001). Nurse practitioners and parent education: A partnership for health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 13*(7), 310-316.

Dilmore, D. L. (2003) A comparison of confidence levels of postpartum depressed and non-depressed first time mothers. Unpublished thesis, University of Florida.

Donley, M. G. (1993). Attachment and the emotional unit. *Family Process, 32*, 3-20.

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995a). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research, 44*, 31-37.

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995b). Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research, 43*, 80-85.

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995c). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research, 44*, 89-95.

Hartrick, G. A. (1997). Women who are mothers: The experience of defining self. *Health Care for Women International, 18*, 263-277.

Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*, 257-262.

McBride, A. B. (1984). The experience of being a parent. *Annual Review of Nursing Research, 2*, 63-81.

McBride, A. B., & Shore, C. P. (2001). Women as mothers and grandmothers. *Annual Review of Nursing Research, 19*, 63-85.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society.* Chicago: University of Chicago Press.

Meighan, M. (2005). Mercer's maternal role theory and nursing practice. In M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 93-411). St. Louis: Mosby.

Meighan, M., & Wood, A. F. (2005). The Impact of Hyperemesis Gravidarum on Maternal Role Assumption. *JOGNN, 34*(2), 172-179.

Mercer, R. T. (1977). *Nursing care for parents at risk.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Mercer, R. T. (1979). *Perspectives on adolescent health care.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research, 30*, 73-77.

Mercer, R. T. (1984). Nursing research: The bridge to excellence in practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 16*(2), 47-51.

Mercer, R. T. (1985a). The process of maternal role attainment over the first years. *Nursing Research, 34*, 198-204.

Mercer, R. T. (1985b). The relationship of age and other variables to gratification in mothering. *Health Care for Women International, 6*, 295-308.

Mercer, R. T. (1986a). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties.* New York: Springer.

Mercer, R. T. (1986b). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Research in Nursing Health, 9*, 25-33.

Mercer, R. T. (1989). Responses to life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 3*, 23-26.
Mercer, R. T. (1990). *Parents at risk.* New York: Springer.
Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present.* New York: Springer.
Mercer, R. T. (2000, June 24) Personal communication.
Mercer, R. T. (2002). Curriculum vitae.
Mercer, R. T. (2003, Jan. 4) Personal correspondence.
Mercer, R. T. (2003, Sep. 3) Personal correspondence.
Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.
Mercer, R. T. (2004, Mar. 21) Personal correspondence.
Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN, 35*(5), 649-651.
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990a). Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research, 39*, 76-82.
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990b). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 268-280.
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research, 43*, 344-350.
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health, 18*, 333-343.
Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing Health, 16*, 45-56.
Mercer, R. T., Ferketich, S. L., DeJoseph, J., May, K. A., & Sollid, D. (1988). Effects of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research, 37*, 268-275.
Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. (1984). Social support of teenage mothers. *Birth Defects: Original Article Series, 20*(5), 245-290.
Mercer, R. T., May, K. A., Ferketich, S., & DeJoseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research, 35*, 339-346.
Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(5), 568-582.
Neeson, J. D., Patterson, K. A., Mercer, R. T., & May, K. A. (1983). Pregnancy outcome for adolescents receiving prenatal care by nurse practitioners in extended roles. *Journal of Adolescent Health Care, 4*, 94-99.
Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32*, 465-477.
Rubin, R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal Child Nursing Journal, 6*, 67-75.
Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience.* New York: Springer.
Sank, J. C. (1991). Factors in the prenatal period that affect parental role attainment during the postpartum period in black American mothers and fathers (Doctoral dissertation, University of Texas, Austin, Texas, 1991).(University Microfilms No. 1993-155453)
Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *American Journal of Sociology, 80*, 870-885.
Turner, J. H. (1978). *The structure of sociological theory* (Revised ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory.* New York: George Braziller.
Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986a). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research, 35*(2), 68-71.
Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986b). Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nursing Research, 35*(6), 322-325.
Washington, L. J. (1997). Learning needs of adolescent mothers when identifying fever and illnesses in infants less than twelve months of age (Doctoral dissertation, University of Miami, Miami). *Dissertation Abstracts International, 57,* (12-B). (University Microfilms No. 1997-95012-208).
Werner, H. (1957). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D. H. Harris (Ed.), *The concept of development* (pp. 125-148). Minneapolis: University of Minnesota.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Mercer, R. T. (1977). *Nursing care for parents at risk.* Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
Mercer, R. T. (1979). *Perspectives on adolescent health care.* Philadelphia: J. B. Lippincott.
Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties.* New York: Springer.
Mercer, R. T. (1990). *Parents at risk.* New York: Springer.
Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present.* New York: Springer.

Artículos de revistas

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research, 44*, 31-37.
Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research, 44*, 89-95.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mercer, R. T. (1995). A tribute to Reva Rubin. *Maternal Child Nursing, 20*, 184.
Mercer, R. T. (1997). Chronically ill children: How families adjust. *Nurseweek, 10*(9), 14-15, 17.
Mercer, R. T. (1997). The employed mother's challenges. *Nurseweek, 10*(17), 10-11, 15.
Mercer, R. T. (2000). Response to "Life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 14*(4), 375-378.
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health, 18*, 333-343.

Créditos de la fotografía: doctor Michael Belyea, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

CAPÍTULO 28

Merle H. Mishel

1939-presente

Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Donald E. Bailey, Jr. y Janet L. Stewart

«Mi teoría puede aplicarse a la práctica y a la investigación. Se ha utilizado para explicar situaciones clínicas y diseñar intervenciones que llevan a la práctica basada en datos científicos. Las enfermeras científicas actuales y futuras siguen y seguirán extendiendo la teoría a diferentes poblaciones de pacientes. Este trabajo tiene el potencial para transformar la asistencia sanitaria» (Mishel, comunicación personal, 28 de mayo de 2008).

BIOGRAFÍA

Merle H. Mishel nació en Boston (Massachusetts). En 1961 obtuvo una licenciatura en la Universidad de Boston y en 1966, un máster en enfermería especializada en atención psiquiátrica en la Universidad de California. Mishel completó en 1976 otro máster y en 1980 su doctorado en psicología social en la Claremont Graduate School, en Claremont (California). En su tesis doctoral, financiada con una beca individual que le fue otorgada por el National Research Service, se centró en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad (Perceived Ambiguity in Illness Scale), posteriormente conocida como la escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale). La escala original se ha usado como base para otras tres escalas:

1. Una versión comunitaria para enfermos crónicos que no están hospitalizados o que reciben atención médica de forma activa.
2. Una medición de la percepción de la incertidumbre que tienen los padres con respecto a la experiencia vivida por la enfermedad de sus hijos.
3. Una medición de la incertidumbre que sufren las parejas u otros familiares cuando un miembro de la familia se halla gravemente enfermo.

Al principio de su carrera, Mishel trabajó como enfermera especializada en atención psiquiátrica en centros de enfermos agudos y ámbitos comunitarios. En el mismo período en que realizaba su

Los autores quieren dar las gracias a la doctora Merle Mishel por la revisión de este capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

tesis doctoral, formó parte del departamento de enfermería de la California State University, en Los Ángeles, ascendiendo de ayudante de profesor a profesora. De 1973 a 1979 ejerció de enfermera terapeuta tanto en centros públicos como privados. Tras finalizar su doctorado en psicología social, en 1981 se trasladó al College of Nursing de la Universidad de Arizona como profesora adjunta, y en 1988 obtuvo la plaza de profesora. De 1984 a 1991 fue jefa de enfermeras de la división del área de salud mental. Durante su estancia en la Universidad de Arizona, Mishel recibió un gran número de subvenciones para llevar a cabo sus investigaciones, tanto de la misma universidad como de fuera, con las que se financió un desarrollo continuado del marco teórico para la incertidumbre frente a la enfermedad. A lo largo de este período siguió ejerciendo como enfermera terapeuta en un programa de trasplantes de corazón en el centro médico de la universidad. En 1990 fue nombrada miembro de la American Academy of Nursing.

Mishel regresó a la costa este de Estados Unidos en 1991. Se incorporó al cuerpo docente como profesora en la escuela de enfermería de la University of North Carolina de Chapel Hill, y en 1994 se le concedió la presidencia remunerada del Kenan Professor of Nursing. En 1997 los amigos del National Institute of Nursing Research (NINR) otorgaron a Mishel un premio por su mérito en la investigación. Los amigos del NINR la invitaron a que presentara su investigación en el Congressional Breakfast de 1999 para que sirviera como ejemplo de los estudios de intervención enfermera financiados por el gobierno norteamericano. Es la directora del T-32 del Institutional National Research Service Award Training Grant: intervenciones para la prevención y el control de enfermedades crónicas. El T-32 otorga becas de investigación para antes y después del doctorado a las enfermeras interesadas en llevar a cabo intervenciones en diversos casos de pacientes crónicos que no están lo suficientemente bien atendidos. Actualmente es la directora de los programas doctorales y posdoctorales en la escuela. Mishel también dirige un programa productivo en el que se investigan las intervenciones de la enfermería en varios grupos de personas con cáncer diferentes entre sí. Desde 1984, el National Institute of Health (NIH) financia el programa de investigación conducido por Mishel, de modo que cada beca de investigación se basa en los descubrimientos de los estudios anteriores, con el fin de conseguir intervenciones enfermeras derivadas de la teoría y que se puedan comprobar científicamente.

Además de los premios mencionados anteriormente, de 1977 a 1979 Mishel recibió una subvención previa al doctorado por parte de la Sigma Theta Tau International-Sigma Xi Chapter Nurse Research, además de otra subvención denominada Mary Opal Wolanin Research Award en 1986. En 1987 Mishel fue la primera candidata a la beca Fullbright Award. Ha sido becaria visitante en numerosas instituciones de Estados Unidos, como la Universidad de Nebraska, la de Texas en Houston, la University of Tennessee en Knoxville, la University of South Carolina, la Universidad de Rochester, la de Yale y la McGill University. También ha colaborado en programas doctorales como consultora en el University of Cincinnati College of Nursing de 1991 a 1992, y en la Rutgers University School of Nursing en 1993. En 2004, Mishel recibió el Linnea Henderson Research Fellowship Program Award, de la Kent State University School of Nursing. En los últimos 15 años, Mishel ha ofrecido más de 80 charlas en escuelas de enfermería de Estados Unidos y Canadá. Como reflejo de este interés internacional creciente en su teoría y modelos de medición, Mishel dirigió un International Symposium on Uncertainty en la Kyungpook National University de Daegu (Corea del Sur), fue académica visitante en la Mahidol University en Bangkok (Tailandia) y recientemente ofreció el discurso inaugural en la convención anual de la Japanese Society of Nursing Research, en Sapporo (Japón).

Mishel es miembro de un gran número de organizaciones profesionales. Entre ellas destacan la American Academy of Nursing, la Sigma Theta Tau International, la American Psychological Association, la American Nurses Association, la Society of Behavioral Medicine, la Oncology Nursing Society, la Southern Nursing Research Society y la Society for Education and Research in Psychiatric Nursing. Asimismo, ha trabajado como revisora de las subvenciones que otorga el National Cancer Institute, el National Center for Nursing Research y el National Institute on Aging, y es miembro fundadora de la sección en la que se estudia el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) del National Institute of Mental Health.

FUENTES TEÓRICAS

Cuando Mishel comenzó a investigar acerca de la incertidumbre, este concepto aún no se había usado en el contexto de la salud y de la enfermedad. Su teoría sobre la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988) se basaba en modelos

ya existentes de procesamiento de información (Warburton, 1979) y en el estudio de la personalidad (Budner, 1962), procedentes de la psicología, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o un hecho. Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman (1984). Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación de este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, lo que hace que este marco resulte valioso para las enfermeras.

Con la reconceptualización de la teoría, Mishel (1990) reconoció que, en los países occidentales, el enfoque de la ciencia ofrecía una visión mecanicista, debido a su interés por el control y por la predictibilidad. Mishel usó la teoría social crítica y reconoció el sesgo inherente de la teoría original, a saber, la orientación hacia la certeza y la adaptación. Así, agregó los principios de la teoría del caos y dado que esta teoría se centraba en los sistemas abiertos, permitía obtener una representación más veraz del modo en que una enfermedad crónica provoca el desequilibrio, y del modo en que las personas pueden incorporar, en última instancia, un estado de continua incertidumbre para así encontrar un nuevo sentido a la enfermedad.

Conceptos principales y definiciones

INCERTIDUMBRE

La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán (Mishel, 1988).

ESQUEMA COGNITIVO

El esquema cognitivo es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización (Mishel, 1988).

MARCO DE LOS ESTÍMULOS

El marco de los estímulos constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo (Mishel, 1988).

Tipología de los síntomas

La tipología de los síntomas es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración (Mishel, 1988).

Familiaridad de los hechos

La familiaridad de los hechos supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles (Mishel, 1988).

Coherencia de los hechos

La coherencia de los hechos se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad (Mishel, 1988).

FUENTES DE LA ESTRUCTURA

Las fuentes de la estructura representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos (Mishel, 1988).

Autoridad con credibilidad

La autoridad con credibilidad es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende (Mishel, 1988).

Apoyo social

El apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos (Mishel, 1988).

CAPACIDADES COGNITIVAS

Las capacidades cognitivas son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación (Mishel, 1988).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

INFERENCIA

La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas (Mishel, 1988).

ILUSIÓN

La ilusión se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre (Mishel, 1988).

ADAPTACIÓN

La adaptación refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual (Mishel, 1988).

NUEVA PERSPECTIVA DE LA VIDA

La nueva perspectiva de la vida representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida (Mishel, 1988).

PENSAMIENTO PROBABILÍSTICO

El pensamiento probabilístico se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad (Mishel, 1988).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel se desarrolló a raíz de la tesis doctoral que realizó con pacientes hospitalizados, por lo que utilizó tanto datos cualitativos como cuantitativos y, de esta forma, creó la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad. Comenzando por la publicación de la escala de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel (Mishel, 1981), se han llevado a cabo amplias investigaciones sobre las experiencias en incertidumbre de adultos que padecen enfermedades crónicas o que amenazan la vida. Se han recogido pruebas empíricas significativas que confirman el modelo teórico de Mishel en las personas adultas. Recientemente, se han llevado a cabo varias revisiones integradas de la investigación de la incertidumbre, en las que se resume y examina de forma exhaustiva el estado actual de la ciencia (Mast, 1995; Mishel, 1997a, 1999; Stewart y Mishel, 2000). En este capítulo se incluyen los estudios que apoyan de modo directo los elementos que presenta Mishel en su modelo de incertidumbre.

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado predominantemente en dos de los antecedentes de la incertidumbre: el marco de los estímulos y las fuentes de la estructura, además de la relación entre la incertidumbre y las consecuencias psicológicas. Mishel analizó otros elementos del modelo, como los papeles mediadores de la evaluación de la situación y el intento de sobrellevarla, al comienzo de su programa de investigación (Mishel y Braden, 1987; Mishel, Padilla, Grant y Sorenson, 1991; Mishel y Sorenson, 1991). Sin embargo, estos elementos del modelo con capacidad cognitiva (ya que anteceden a la incertidumbre) no han suscitado tanto interés en el campo de la investigación.

Se ha demostrado en varios estudios que los indicadores objetivos y subjetivos tanto de la amenaza de la muerte como de la sintomatología de una enfermedad están, sin lugar a dudas, relacionados positivamente con la incertidumbre (Braden, 1990; Grootenhuis y Last, 1997; Hinds, Birenbaum, Clarke-Steffen, Quargnenti, Kreissman, Kazak et al., 1996; Janson-Bjerklie, Ferketich y Benner, 1993; Tomlinson, Kirschbaum, Harbaugh y Anderson, 1996). En un estado continuado de enfermedad, la impredictibilidad de la aparición, duración e intensidad de los síntomas se ha asociado con la percepción de la incertidumbre (Becker, Jason-Bjerklie, Benner, Slobin y Ferketich, 1993; Brown y Powell-Cope, 1991; Jessop y Stein, 1985; Mishel y Braden, 1988; Murray, 1993). De modo similar, la ambigua naturaleza de la sintomatología de la enfermedad y la consecuente dificultad para determinar la significación de las sensaciones físicas a menudo se han identificado como fuentes de incertidumbre (Cohen, 1993; Comaroff y Maguire, 1981; Hilton, 1988; Nelson, 1996; Weitz, 1989).

Mishel y Braden (1988) llegaron a la conclusión de que el apoyo social tenía un efecto directo sobre

la incertidumbre, puesto que reducía la complejidad percibida; pero también tenía un efecto indirecto, por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas. La percepción del estigma asociado con determinadas enfermedades, especialmente la infección por VIH (Regan-Kubinski y Sharts-Hopko, 1995; Weitz, 1989) o el síndrome de Down (Van Riper y Selder, 1989) provocaba incertidumbre, ya que las familias no sabían cómo reaccionarían los demás ante el diagnóstico de estas enfermedades. Los mismos miembros de la familia mostraron, de manera constante, niveles altos de incertidumbre, lo que podía originar una disminución del apoyo ofrecido al paciente (Brown y Powell-Cope, 1991; Hilton, 1996; Wineman, O'Brien, Nealon y Kaskel, 1993). Además, la incertidumbre se vio aumentada por la interacción del personal sanitario, del que la familia y el paciente obtenían información confusa o explicaciones demasiado simples que no encajaban con su experiencia vivida, o se daban cuenta de que el personal sanitario no era experto en la materia o no era el adecuado para ayudarles a convivir con las complejidades que presentaba una enfermedad (Becker et al., 1993; Comaroff y Maguire, 1981; Mason, 1985; Sharkey, 1995).

En numerosos estudios se ha visto el efecto negativo que provoca la incertidumbre en las consecuencias psicológicas, como la ansiedad, la depresión, la desesperación y los trastornos psicológicos (Failla, Kuper, Nick y Lee, 1996; Grootenhuis y Last, 1997; Jessop y Stein, 1985; Miles, Funk y Kasper, 1992; Mishel y Sorenson, 1991; Schepp, 1991; Wineman, 1990). También se ha comprobado que la sensación de incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida (Braden, 1990; Padilla, Mishel y Grant, 1992), en la satisfacción por las relaciones familiares (Wineman et al., 1993), en la satisfacción por el servicio sanitario (Green y Murton, 1996; Turner, Tomlinson y Harbaugh, 1990) y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado de los familiares que tienen a su cargo a un enfermo (Brett y Davies, 1988; Lang, 1987; O'Brien, Wineman y Nealon, 1995).

En 1990, Mishel conceptualizó de nuevo la teoría de la incertidumbre para adaptar las reacciones frente a la incertidumbre con respecto al concepto de tiempo en personas con enfermedades crónicas. Se amplió la teoría original para aportar la idea de que puede que no haya una solución contra la incertidumbre, pero el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive. En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y origina un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad. Con el fin de adoptar este nuevo modo de ver la vida, el paciente debe confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, los cuales también deben optar por la creencia en la probabilidad (Mishel, 1990). Si la incertidumbre se acepta como una parte más de la vida, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo de los enfermos (Gelatt, 1989; Mishel, 1990).

La reconceptualización de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad se ha visto respaldada sobre todo por estudios cualitativos realizados a personas con enfermedades crónicas o mortales. El proceso de formulación de un nuevo enfoque de la vida fue descrito por mujeres que padecían cáncer de mama y enfermedades cardíacas como: el replanteamiento de la perspectiva de la vida (Hilton, 1988), nuevos objetivos en la vida (Carter, 1993), un modo diferente de vivir en el mundo (Mast, 1998; Nelson, 1996), convivir y madurar con la incertidumbre (Pelusi, 1997) y una forma diferente de organizarse la vida (Fleury, Kimbrell y Kruszewski, 1995). En estudios realizados con hombres que sufrían enfermedades crónicas y con seis cuidadores, el proceso se describió como: un cambio en la identidad de uno mismo y nuevos objetivos en la vida (Brown y Powell-Cope, 1991), una visión más optimista de la vida (Katz, 1996), el replanteamiento de qué es lo verdaderamente importante (Nyhlin, 1990), la meditación y la autoestima (Charmaz, 1995), la interpretación de la incertidumbre como una oportunidad (Baier, 1995), la redefinición del concepto de normalidad y el planteamiento de nuevos sueños (Mishel y Murdaugh, 1987).

PRINCIPALES SUPUESTOS

En la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, publicada por primera vez en 1988, se incluyeron varios postulados relevantes (fig. 28-1). Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

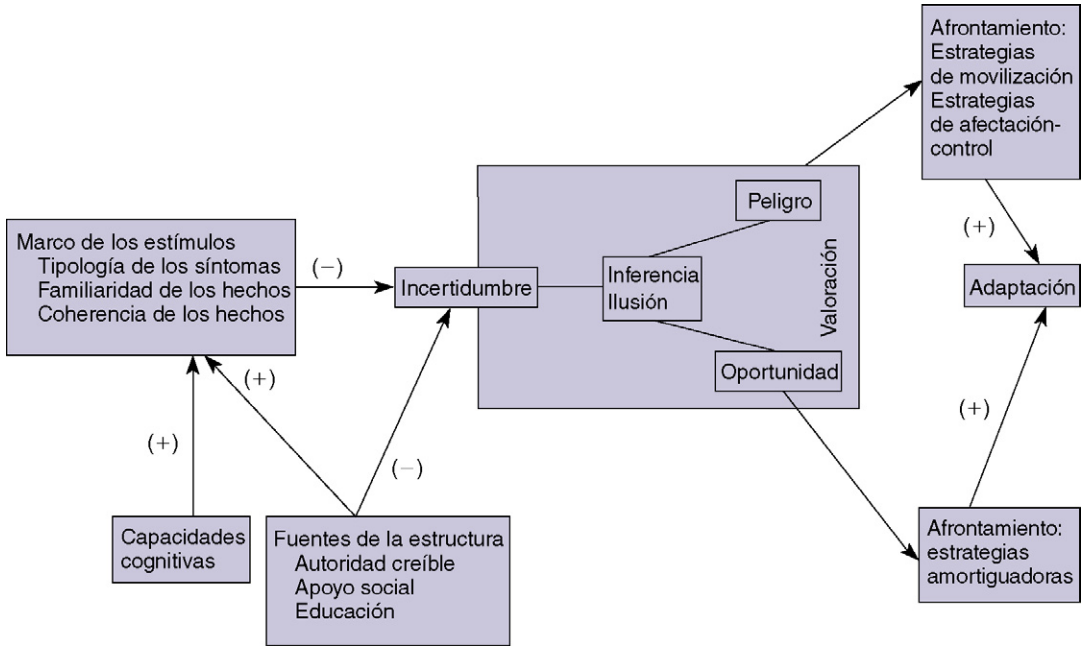


Figura 28-1 Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. (De Mishel, M. H. [Invierno de 1988]. Uncertainty in illness. *Imagen: The Journal of Nursing Scholarship, 20*, 226.)

Otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento, que presentan una relación lineal: estrés → sistemas de afrontamiento → relación de adaptación como sigue:

3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.
4. La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación.

La propia Mishel cuestionó estos dos postulados en su reconceptualización de la teoría, que se publicó en 1990. La reconceptualización surgió como resultado de los descubrimientos contradictorios que se obtuvieron al aplicar la teoría a enfermos crónicos. La formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre normalmente sólo se contempla como una oportunidad cuando representa una trayectoria descendente conocida; en otras palabras, la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa. Mishel y otros autores constataron que las personas también consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de la vida.

Descontenta con los modelos lineales tradicionales de que hablaba la teoría original, Mishel adoptó la teoría del caos, que es más dinámica, para explicar el modo en que la sensación prolongada de incertidumbre puede servir de catalizador para hacer cambiar la perspectiva que la persona tiene de la vida y de la enfermedad. La teoría del caos contribuyó con tres postulados, que sustituyen la parte lineal de los resultados del modelo: estrés → sistemas de afrontamiento → adaptación:

- Las personas, como sistemas biopsicosociales que son, normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.
- Las fluctuaciones significativas en los sistemas alejados del estado de equilibrio aumentan la receptividad del sistema para que cambie.
- Las fluctuaciones producen la reestructuración, que se repite en todos los niveles del sistema.

En el modelo reconceptualizado de Mishel, ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el

proceso de valoración cognitivo de la incertidumbre se interpretan como un peligro o como una oportunidad de cambio. Sin embargo, la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables. La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocados por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo ideal sería que, en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte ésta como parte de la realidad (fig. 28-2). Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente mortales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir a raíz de situaciones de incertidumbre.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Mishel afirmó lo siguiente (1988, 1990):

- La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes.
- La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de: ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad.
- Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias (marco de los estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.
- Las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e, indirectamente, al fortalecer el marco de los estímulos.
- La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera.
- La incertidumbre valorada como si fuese una oportunidad provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la incertidumbre.
- La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la eficacia de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad.
- Cuando la incertidumbre se valora como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.
- Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente.
- Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva regida por la probabilidad, que acepta la incertidumbre como parte natural de la vida.
- El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.
- Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales.

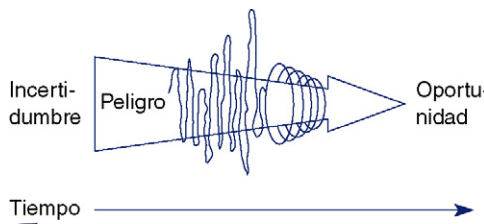


Figura 28-2 Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas. (© Merle Mishel, 1990.)

FORMA LÓGICA

Como teoría intermedia que se aplica y proviene de la práctica clínica, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es un ejemplo clásico de la cantidad de pasos que se requieren para desarrollar una teoría con valor heurístico y práctico. Sin ser estrictamente deductivo o

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

inductivo, el trabajo teórico de Mishel surgió de las cuestiones que ésta planteó acerca de la naturaleza de un problema clínico relevante; a esto sucedió una investigación cualitativa y cuantitativa sistemática y la aplicación esmerada de los modelos teóricos adoptados de otras disciplinas. Con la publicación de su teoría original en 1988, Mishel y otros autores han llevado a cabo numerosos exámenes empíricos de las relaciones entre los principales conceptos del modelo, y así han aplicado y confirmado plenamente la teoría en numerosos contextos de enfermedad. En 1990, la reconceptualización que hizo Mishel de su teoría fue deductiva. Se basó en los principios de la teoría del caos y se confirmó con pruebas empíricas pertenecientes a múltiples estudios cualitativos, con las que se llegó a la conclusión de que las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo en caso de enfermedades crónicas graves. La teoría de Mishel representa el proceso bidireccional por el que la teoría cumple un papel informativo, y también es adecuada para la investigación.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La teoría de Mishel describe el fenómeno experimentado por personas con enfermedades graves y crónicas, y por sus familiares. La teoría fraguó con la propia experiencia de Mishel al ser testigo de la batalla que libró su padre contra el cáncer. Durante su enfermedad, éste comenzó a prestar atención a ciertos hechos que se antojaban insignificantes para las personas que lo rodeaban. Su respuesta a por qué se fijaba en esos hechos fue que, cuando esas actividades se llevaban a cabo, él podía entender qué le estaba pasando. Mishel creyó que era el modo que tenía su padre de controlar la situación y encontrar un sentido a lo que le estaba sucediendo. Al principio de elaborar su teoría, Mishel comprendió que las enfermeras podían identificar el fenómeno basándose en sus experiencias con los pacientes.

Algunas publicaciones clínicas recientes han llevado la teoría de la investigación a la práctica. Teniendo como lectoras a enfermeras que se hallan a cargo de pacientes en estado grave, Hilton (1992) aplica la teoría al prescribir cómo evaluar e intervenir en los casos en que los pacientes experimentan incertidumbre. Hilton pone como ejemplo a pacientes que se recuperan de un problema cardíaco y explica así el modo en que éstos malinterpretan un síntoma físico no muy claro y se sobreprotegen limitando su actividad física, que sería esencial para una buena recuperación. Explica detalladamente el modo en que la incertidumbre puede activar los diferentes tipos de sistemas de afrontamiento para tomar el control de la situación, y describe cómo sería una intervención apropiada de la enfermera, basándose en una valoración exhaustiva de la incertidumbre que sufre el paciente o sus familiares.

Al dirigirse a enfermeras médico-quirúrgicas, Wurzbach (1992) pone el ejemplo de la experiencia de una mujer hospitalizada con un tumor en el pecho. La paciente tenía antecedentes de cáncer de mama en la familia y nunca había sido hospitalizada hasta la fecha; por tanto, Wurzbach aconseja a las enfermeras que examinen si la situación es de certeza o de incertidumbre. Al basarse en esta valoración, se prescribe la estrategia para realizar la intervención enfermera. Wurzbach advierte a las enfermeras que su intervención puede no ser apropiada cuando el paciente experimenta una certeza o incertidumbre moderadas o un nivel óptimo de una de las dos. En este caso, los pacientes pueden sentirse optimistas y no requieren la intervención de la enfermera.

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel también se ha aplicado en el cuidado de los enfermos con enterostomías por parte de las enfermeras. Righter (1995) describe cómo la confianza en el conocimiento y en la experiencia de las enfermeras en el cuidado de las enterostomías ayuda a los pacientes a desarrollar un esquema cognitivo para acostumbrarse a convivir con su ostomía. Al ser vistas como una autoridad con credibilidad y al haber sido testigos de anteriores casos de incertidumbre, las enfermeras que están al cuidado de los enfermos sometidos a enterostomía pueden intervenir para fomentar un método eficaz de afrontamiento en los pacientes.

Al revisar la base de datos de los usuarios de la escala del control de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1997b), se observa que gran parte de ellos son personal sanitario que trata de comprender la experiencia de la incertidumbre en diversos ámbitos de la práctica clínica y con pacientes de distintos tipos. El personal sanitario de Estados Unidos y de ocho países más ha utilizado la escala y la teoría de Mishel.

Formación

La teoría ha sido ampliamente utilizada por estudiantes licenciados como marco teórico para sus tesis y tesinas, como tema para tratar en análisis conceptuales y para la revisión de teorías de enfermería intermedias. Mishel utiliza su teoría en los cursos de doctorado que imparte para ejemplificar la forma en que la teoría guía la consecución de las intervenciones de las enfermeras. A menudo, Mishel acepta invitaciones para acudir a seminarios y simposios en escuelas de enfermería nacionales e internacionales donde presenta sus descubrimientos empíricos y el proceso del desarrollo de la teoría ante profesores y estudiantes.

Investigación

Como se ha señalado anteriormente, se ha llegado a un amplio cuerpo de conocimientos gracias al uso que han hecho los investigadores de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad y de sus escalas. Mishel et al., de la Universidad de Arizona, probaron y confirmaron los principales componentes del modelo teórico, sobre todo al estudiar casos de mujeres con cáncer. En la actualidad, su programa de investigación abarca el análisis de las intervenciones de la enfermería psicoeducativa, basadas en el modelo teórico, en casos de adultos con cáncer de mama o de próstata. Las escalas y la teoría son utilizadas por enfermeras dedicadas a la investigación y por científicos de otras disciplinas para describir y explicar las reacciones psicológicas de las personas que sufren de incertidumbre frente a un estado de enfermedad. Las escalas se han traducido a doce idiomas y se han usado en investigaciones en todo el mundo. Mishel (1997a, 1999) ha revisado la investigación realizada sobre la incertidumbre en casos de enfermedad grave y enfermedad crónica y ha sido coautora de una revisión de investigación sobre la incertidumbre en enfermedades infantiles (Stewart y Mishel, 2000). Sin embargo, señala que, aunque un gran número de investigadores ha empleado alguna de las escalas de su teoría, en la mayoría de los estudios no se ha utilizado el marco de la incertidumbre frente a la enfermedad para dirigir la investigación.

DESARROLLOS POSTERIORES

Mishel et al. han utilizado la teoría original como marco para siete estudios sobre la intervención enfermera, subvencionados por el gobierno de Estados Unidos. La intervención ha resultado ser eficaz, puesto que ha ayudado a aumentar el conocimiento del cáncer, a disminuir la carga que producen los síntomas y a mejorar la calidad de vida en mujeres norteamericanas de origen mexicano, caucásicas y afroamericanas con cáncer de mama, y en hombres afroamericanos y caucásicos con un cáncer de próstata localizado, avanzado o recidivante y a sus familiares (Gil, Mishel, Belyea, Germino, Porter et al., 2004; Gil, Mishel, Belyea, Germino, Porter et al., 2006; Gil, Mishel, Germino, Porter, Carlton-LaNey et al., 2005; Mishel, Belyea, Germino, Stewart, Bailey, Robertson et al., 2002; Mishel, Germino, Belyea, Stewart, Bailey, Mohler et al., 2003). Se está llevando a cabo el análisis de datos para continuar el estudio, ampliándolo a hombres afroamericanos y blancos con cáncer de próstata inicial recién diagnosticado y sus principales personas de apoyo para ayudar en la toma de decisiones. La aplicabilidad de la teoría en el contexto de enfermedades infantiles graves ha sido apoyada en padres de niños con VIH (Santacroce, Deatrick y Ledlie, 2002) y en niños en tratamiento con cáncer (Stewart, 2003). Bailey utiliza la teoría para apoyar la investigación en una enfermedad nueva, y con frecuencia silente, la hepatitis C crónica (Bailey, Landerman, Barroso, Bixby, Mishel et al., en prensa) y se está preparando para probar la intervención en pacientes a la espera de un trasplante hepático.

Basándose en los datos cualitativos que sustentaban la teoría ya reconceptualizada, Mishel y Fleury (1994) elaboraron la escala de desarrollo frente a la incertidumbre (Growth Through Uncertainty Scale), con el fin de medir la nueva perspectiva de vida que nace de un estado continuo de incertidumbre. La teoría reconceptualizada ha sido útil para que los investigadores comprendieran la experiencia de la incertidumbre de mujeres que han superado un cáncer de mama prolongado (Mast, 1998) y de personas con esquizofrenia, además de sus familiares (Baier, 1995). La teoría reconceptualizada también sirve como base para el estudio más reciente sobre la intervención enfermera, llevado a cabo por Mishel et al., donde estudian a mujeres menores de 50 años de edad que tienen que soportar la continua e inherente incertidumbre que sienten al haber superado un cáncer de mama. Bailey también ha puesto en práctica la teoría, con datos obtenidos de entrevistas cualitativas realizadas a hombres de edad avanzada que escogieron la conducta expectante como único tratamiento para

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

su cáncer de próstata, con el propósito de desarrollar una intervención del personal enfermero que ayude a los hombres a integrar la sensación de incertidumbre en sus vidas, a considerar sus vidas desde una perspectiva optimista y a mejorar su calidad de vida (Bailey et al., 2007). En el primer ensayo de Uncertainty Management Intervention for Watchful Waiting, los hombres que no veían sus vidas de una forma nueva y positiva, informaron de una calidad de vida superior que el grupo control, y esperaban que fuera superior en el futuro (Bailey, Mishel, Belyea, Stewart y Mohler, 2004). Wallace y Bailey han empezado a desarrollar y hacer pruebas piloto de una versión web de la intervención para hombres con cáncer de próstata sometidos a vigilancia activa (antes conocida como conducta expectante) (Wallace, Bailey, Latini, Carroll, Klein y Albertsen, 2007).

Mishel considera que el producto más importante de su programa de investigación es el hecho de retomar el conocimiento y aplicarlo a la práctica. Para tal fin, se están siguiendo planes para aplicar la intervención derivada de la teoría a la práctica actual, lo que permitiría a las enfermeras que tienen a su cargo distintos tipos de pacientes incorporar la valoración y la intervención en casos de incertidumbre en su plan de cuidados.

CRÍTICA

Claridad

La claridad se refiere al nivel de comprensión y de coherencia en que se conceptualizan y presentan los conceptos. La incertidumbre es el concepto principal de esta teoría, y se define como un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren debido a la enfermedad (Mishel, 1988). La teoría original sostiene que controlar la incertidumbre es esencial para conseguir la adaptación durante la enfermedad, y explica el modo en que las personas procesan cognitivamente los hechos asociados a la enfermedad y el modo en que les dan un significado.

Los conceptos de la teoría original se organizan en un modelo lineal que gira alrededor de tres ideas principales:

1. Antecedentes de la incertidumbre.
2. Proceso de valoración de la incertidumbre.
3. Sistemas de sobrellevar la incertidumbre.

Se trata de un marco fácil de seguir y que es claro en todas las secciones del modelo. Entre los antecedentes de la incertidumbre se encuentran el marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura. En el modelo lineal, las variables antecedentes tienen una relación inversa, tanto directa como indirecta, con la incertidumbre.

El segundo componente conceptual del modelo es la valoración. La incertidumbre se contempla como un estado neutro, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: *a)* la inferencia y *b)* la ilusión. La inferencia se forma a raíz de la disposición del individuo, que incluye la capacidad de inventiva adquirida, el dominio y el área de control. Se refiere a la creencia del individuo de que puede llegar a controlar los acontecimientos de su vida. La ilusión es una creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. Basada en el proceso de evaluación, la incertidumbre se interpreta bien como un peligro, bien como una oportunidad. La incertidumbre vista como un peligro se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo. Por el contrario, la incertidumbre vista como una oportunidad es fruto de la ilusión, aunque la inferencia también puede conducir a que la persona valore la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos. En este caso, se prefiere el estado de incertidumbre y la persona mantiene la esperanza.

El afrontamiento es la tercera idea que presenta el modelo original sobre la incertidumbre. El afrontamiento se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se divide en acción directa, vigilancia, búsqueda de información para coordinar estrategias, control del sistema afectivo por medio de la fe, desprendimiento de todo lo que asfixia y apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se observa como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla.

En 1990, se reconceptualizó la teoría original con el propósito de incorporar la idea de que las enfermedades crónicas implican una larga duración (posiblemente, años), por lo que se vuelve a valorar la incertidumbre. La persona es vista como un sistema abierto que intercambia energía con su entorno. Más que tratar de volver a una situación de estabilidad, los enfermos crónicos deberían pensar en una orientación del mundo compleja y dar un nuevo significado a sus vidas. Si la incertidumbre se interpreta como una perspectiva normal de

la vida, ésta puede convertirse en una fuente positiva, con múltiples oportunidades que provoquen estados de ánimo positivos. Para llegar a este punto, la persona tiene que creer en la probabilidad, lo que le permitirá estudiar un gran número de posibilidades y tener en consideración muchas maneras de conseguirlas. El paciente baraja diversas reacciones ante situaciones diferentes y se da cuenta de que la vida puede cambiar de un día para otro.

Mishel describió este proceso como una nueva manera de ver la vida en la que la incertidumbre pasa de ser un peligro a ser una oportunidad. En el caso de que el paciente quiera adoptar esta nueva visión de la vida, tiene que confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, y éste, a su vez, tiene que adoptar el pensamiento probabilístico. La relación entre el personal sanitario y el paciente tiene que concentrarse en percibir esa continua incertidumbre y en enseñar al paciente a usar la incertidumbre para encontrar distintas explicaciones a los hechos. Por tanto, las fuentes de la estructura, incluidas en la teoría original, se mantienen en el modelo reconceptualizado.

A pesar de la complejidad y de la gran dimensión de los modelos, éstos se presentan de forma clara y están conceptualizados de un modo comprensible. En 1981, Mishel presentó su modelo de medición, en 1988, su modelo teórico reconceptualizado, y en 1990, su teoría reconceptualizada; todas estas publicaciones explican con detalle el modelo, por lo que resulta fácil aplicarlo en el ámbito clínico y también en el de la investigación.

Simplicidad

Los dos modelos de incertidumbre frente a la enfermedad contienen gran cantidad de conceptos, que van de simples a complejos, y de directos a indirectos. Existen once conceptos principales reunidos entre las tres ideas de la teoría original, además de varios conceptos nuevos que se incluyeron en el modelo una vez reconceptualizado. Los antecedentes de la incertidumbre son concisos, y sus definiciones son claras y simples. El componente de la valoración es complejo porque representa los procesos cognitivos con las creencias y los valores de la persona. La fase de afrontamiento de la teoría también es compleja, puesto que depende de la parte del modelo de la valoración y, de nuevo, engloba diferentes tipos de estrategias que van orientadas a la adaptación. La parte del modelo que corresponde a los resultados está diferenciada en dos conceptualizaciones de la teoría: la relativa a pacientes con enfermedades graves y la relativa a la ampliación del modelo, que tiene como finalidad que los pacientes se adapten a convivir con su enfermedad crónica. Si bien los modelos no son simples, en general las definiciones de los conceptos y las relaciones entre ellos funcionan bien y su comprensión es fácil.

Generalidad

Las teorías explican el modo en que las personas dan un significado a los hechos que están relacionados con el estado de la enfermedad. Son generalizables y de carácter amplio, y pueden aplicarse tanto a los mismos enfermos como a las parejas o los padres de las personas que sufren de incertidumbre a causa de una enfermedad. El concepto de autoridad con credibilidad puede aplicarse a médicos, enfermeras y demás personal sanitario. Las teorías pueden aplicarse en varias áreas de la práctica enfermera y han sido utilizadas por personal sanitario para tratar a personas con enfermedades graves y crónicas como cáncer, enfermedades cardíacas y esclerosis múltiple.

Precisión empírica

Mishel concibió sus dos modelos teóricos basándose en su programa de investigación y en el de otros autores. Muchos de los conceptos, postulados y relaciones entre las variables se apoyan en la investigación científica. Los conceptos están bien descritos, y las relaciones se han establecido con precisión; las definiciones funcionales están bien escritas y comprobadas. La comprobación de las teorías se ha llevado a cabo tanto en el ámbito de la investigación como en los diferentes ámbitos clínicos. Las teorías han ayudado en el desarrollo y en el estudio de las intervenciones enfermeras para controlar el estado de incertidumbre.

Consecuencias deducibles

Las consecuencias deducibles se determinan al examinar si la teoría guía la investigación, aporta información a la práctica, crea ideas nuevas y si diferencia entre lo que es esencial para la enfermería y lo que es esencial para las otras disciplinas. El trabajo de Mishel es un ejemplo de teoría intermedia que aporta información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas. Las

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

teorías han generado investigaciones empíricas relevantes en las que se ha estudiado a personas adultas que padecen una enfermedad o que son parientes de enfermos; las teorías siguen fomentando nuevos campos de investigación, como el estudio de la incertidumbre en niños, en ancianos que adoptan una conducta expectante como único tratamiento para el cáncer de próstata y en el personal sanitario que informa a los pacientes de las opciones de tratamiento existentes en casos de pronósticos inciertos. Mishel considera que, al definir y conceptualizar un problema clínico importante, su trabajo apoya y enriquece la práctica enfermera. La teoría y su reconceptualización representan los marcos basados y dirigidos a la práctica, lo que las convierte en un proceso esencial para la enfermería al tratarse de una disciplina práctica.

RESUMEN

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad proporciona un marco global en el que contemplar la experiencia de enfermedad aguda o crónica y organizar las intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación óptima. La teoría ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad importante o de una condición crónica, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente en una experiencia de enfermedad y la importancia de los cuidadores profesionales para proporcionar información y apoyo a los individuos para comprender y manejar la incertidumbre. La teoría reconceptualizada se dirige al contexto único de incertidumbre continuada y, por tanto, amplía la teoría original para abarcar la trayectoria de incertidumbre continua de muchas enfermedades crónicas y que ponen en peligro la vida. La teoría original y su reconceptualización están bien explicadas, proporcionan apoyo a las bases teóricas y confirmación empírica, y puede aplicarse a muchos contextos de enfermedad para apoyar la práctica enfermera basada en datos científicos.

Caso clínico

Parte 1: teoría original

Rosie, una madre de 45 años, ha sido diagnosticada de cáncer de mama en estadio III. Se le detectó una masa en la mama izquierda durante su revisión ginecológica anual, y se ha sometido a pruebas diagnósticas más amplias, incluyendo mamografía y biopsia del nódulo centinela. Fue derivada por su médico de atención primaria a un programa de cáncer de mama en el centro médico regional a 2 horas de su casa. El equipo multidisciplinario ha recomendado que Rosie sea sometida a quimioterapia preoperatoria, seguida de una mastectomía parcial y a cirugía reparadora. El marido de Rosie la ha acompañado a la mayoría de visitas médicas, aunque fue incapaz de asistir a la visita final donde se le recomendó el tratamiento.

Lily, la enfermera práctica que coordina el cuidado de Rosie (fuente de estructura-autoridad creíble) dirige sus intervenciones hacia las múltiples fuentes de incertidumbre para Rosie y su familia, incluyendo la falta de información sobre las opciones terapéuticas y los resultados (familiaridad con la situación), desconocimiento del entorno terapéutico (familiaridad con la situación), expectativas de los efectos secundarios de la quimioterapia y de la recuperación postoperatoria (patrón del síntoma), impacto del tratamiento sobre las relaciones familiares y pronóstico. En concreto, Lily se dirige a responder muchas preguntas de Rosie sobre por qué su plan terapéutico es diferente del que le comentó su médico de atención primaria (congruencia de la situación) y cómo funcionará su familia mientras ella esté sometida al tratamiento. Lily le proporciona una grabación con una explicación sobre el tratamiento de manera que el marido de Rosie (apoyo social-fuente de estructura) pueda oír lo que sucederá y pueda apoyar a Rosie a la hora de responder preguntas y comprender la información proporcionada. El apoyo de Lily a Rosie y a su familia prosigue durante todo el tratamiento de Rosie y, periódicamente, valora las fuentes de incertidumbre y las estrategias que Rosie y su familia utilizan para manejarlas.

Parte 2: teoría reconceptualizada

Dos años después del diagnóstico de cáncer de mama, Rosie vuelve al centro para una visita de seguimiento. Lily le pide a Rosie que le cuente su experiencia con el cáncer. Aunque Rosie describe el momento del diagnóstico y del tratamiento como caóticos y dominados por la incertidumbre, en que se preguntaba cómo saldrían adelante tanto ella como su familia, pero le cuenta a Lilly que gradualmente empezó a ver que la experiencia del cáncer proporcionaba un nuevo significado a su vida y le

ayuda a establecer prioridades. Dejó un trabajo que no la satisfacía y ahora dirige su energía hacia sus relaciones con sus hijos adolescentes. Rosie y su marido han disfrutado recientemente de un segundo viaje de luna de miel a Hawai que había sido largamente pospuesto. Le dice a Lily que actualmente considera cada día como una oportunidad para vivir la vida y enriquecer las vidas de sus hijos.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Imagine que entrevista a un paciente a quien trata por primera vez. Piense en las preguntas que le formularía para valorar el nivel de incertidumbre que tiene acerca de su estado de salud. Reflexione acerca de qué le gustaría saber sobre sus percepciones o su situación actual, las relaciones de apoyo y experiencias anteriores con la salud y la enfermedad.
2. Está trabajando con una mujer joven que vive con esclerosis múltiple desde hace 6 años. Durante una exacerbación de la enfermedad se centra en sus planes para estudiar Derecho. Un compañero le sugiere que quizá la chica esté negando la gravedad de su enfermedad. Explique cómo usaría la teoría reconceptualizada de la incertidumbre frente a una enfermedad con el fin de proponer a la chica un enfoque alternativo para la perspectiva de su vida.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Mishel, M. (2008). Portraits of Excellence: The Nurse Theorist Series, vol. 2, Fitne, Inc., Athens, Ohio.
- Managing Uncertainty in Cancer Website: http://nursing.unc.edu/muic/index.html
- Research Tested Interventions for Practice (RTIP), NCI. Web de Managing Uncertainty in Older Long-term Breast Cancer Survivors: http://rtips.cancer.gov/rtips/index.do, clicar en «survivorship».

REFERENCIAS

Baier, M. (1995). Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 16*, 201-212.

Bailey, D. E., Landerman, L, Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M. H., Muir, A., Strickland, L., &. Clipp, E. (in press). Uncertainty, symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C undergoing watchful waiting. *Psychosomatics.*

Bailey, D. E., Mishel, M. H., Belyea, M., Stewart, J. L., & Mohler, J. (2004). Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing, 27*(5), 339-346.

Bailey, D. E., Wallace, M., & Mishel, M. H. (2007). Watching, waiting, and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 734-741.

Becker, G., Jason-Bjerklie, S., Benner, P., Slobin, K., & Ferketich, S. (1993). The dilemma of seeking urgent care: Asthma episodes and emergency service use. *Social Science and Medicine, 37*, 305-313.

Braden, C. J. (1990). A test of the self-help model: Learned response to chronic illness experience. *Nursing Research, 39*, 42-47.

Brett, K. M., & Davies, E. M. B. (1988). "What does it mean?" Sibling and parental appraisals of childhood leukemia. *Cancer Nursing, 11*, 329-338.

Brown, M. A., & Powell-Cope, G. M. (1991). AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty. *Nursing Research, 40*, 338-345.

Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality, 30*, 29-50.

Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing, 16*(5), 354-361.

Charmaz, K. (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. In D. Sobo & D. F. Gordon (Eds.), *Men's health and illness: Gender, power, and the body* (pp. 266-291). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen, M. H. (1993). The unknown and the unknowable—Managing sustained uncertainty. *Western Journal of Nursing Research, 15*, 77-96.

Comaroff, J., & Maguire, P. (1981). Ambiguity and the search for meaning: Childhood leukaemia in the modern clinical context. *Social Science and Medicine, 15B*, 115-123.

Failla, S., Kuper, B. C., Nick, T. G., & Lee, F. A. (1996). Adjustment of women with systemic lupus erythematosus. *Applied Nursing Research, 9*, 87-96.

Fleury, J., Kimbrell, L. C., & Kruszewski, C. (1995). Life after cardiac event: Women's experience in healing. Heart & Lung, *24*, 474-482.

Gelatt, H. B. (1989). Positive uncertainty: A new decision-making framework for counseling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 36*, 252-256.

Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., Stewart, J. L., et al. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 31*, 633-639.

Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., et al. (2006). Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *13*, 286-294.
Gil, K. M., Mishel, M. H., Germino, B., Porter, L. S., Carlton-LaNey, I., et al. (2005). Uncertainty management intervention for older African American and Caucasian long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*, 2-3, 3-21.
Green, J. M., & Murton, F. E. (1996). Diagnosis of Duchenne muscular dystrophy: Parents' experiences and satisfaction. *Child: Care, Health, and Development*, *22*, 113-128.
Grootenhuis, M. A., & Last, B. L. (1997). Parents' emotional reactions related to different prospects for the survival of their children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *15*, 43-61.
Hilton, B. A. (1988). The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, *9*, 217-238.
Hilton, B. A. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*, *12*, 70-73.
Hilton, B. A. (1996). Getting back to normal: The family experience during early stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *23*, 605-614.
Hinds, P. S., Birenbaum, L. K., Clarke-Steffen, L., Quargnenti, A., Kreissman, S., Kazak, A., et al. (1996). Coming to terms: Parents' response to a first cancer recurrence in their child. *Nursing Research*, *45*, 148-153.
Janson-Bjerklie, S., Ferketich, S., & Benner, P. (1993). Predicting the outcomes of living with asthma. *Research in Nursing and Health*, *16*, 241-250.
Jessop, D. J., & Stein, R. E. K. (1985). Uncertainty and its relation to the psychological and social correlates of chronic illness in children. *Social Science and Medicine*, *20*, 993-999.
Katz, A. (1996). Gaining a new perspective of life as a consequence of uncertainty in HIV infection. *JANAC*, *7*, 51-60.
Lang, A. (1987). Nursing of families with an infant who requires home apnea monitoring. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *10*, 123-133.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
Mason, C. (1985). The production and effects of uncertainty with special reference to diabetes mellitus. *Social Science and Medicine*, *21*, 1329-1334.
Mast, M. E. (1995). Adult uncertainty in illness: A critical review of the literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *9*, 3-24.
Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, *25*, 555-562.
Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing and Health*, *15*, 261-269.
Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, *30*, 258-263.
Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *20*, 225-231.
Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *22*, 256-262.
Mishel, M. H. (1997a). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, *15*, 57-80.
Mishel, M. H. (1997b). *Uncertainty in illness scales manual*. Available upon request from the author at http://nursing.unc.edu/music/instruments.html
Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, *17*, 269-294.
Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Robertson, C., et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, *94*, 1854-1866.
Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, *9*, 43-57.
Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, *37*, 98-103.
Mishel, M. H., & Fleury, J. (1994). *Psychometric testing of the growth through uncertainty scale*. Unpublished data, University of North Carolina at Chapel Hill.
Mishel, M. H., Germino, B. B., Belyea, M., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Mohler, J., et al. (2003). Moderators of an uncertainty management intervention for men with localized prostate cancer. Nursing Research, *52*, 89-97.
Mishel, M. H., & Murdaugh, C. L. (1987). Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nursing Research*, *36*, 332-338.
Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, *40*, 236-240.
Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*, *40*, 167-171.
Murray, J. (1993). Coping with the uncertainty of uncontrolled epilepsy. *Seizure*, *2*, 167-178.
Nelson, J. P. (1996). Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *ANS Advances in Nursing Science*, *18*(3), 59-76.
Nyhlin, K. T. (1990). Diabetic patients facing long-term complications: Coping with uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, *15*, 1021-1029.
O'Brien, R. A., Wineman, N. M., & Nealon, N. R. (1995). Correlates of the caregiving process in multiple sclerosis. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *9*, 323-342.
Padilla, G. V., Mishel, M. H., & Grant, M. M. (1992). Uncertainty, appraisal, and quality of life. *Quality of Life Research*, *1*, 155-165.

Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *24*, 1343-1353.
Regan-Kubinski, M. J., & Sharts-Hopko, N. (1995). Illness cognition of HIV-infected mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, *16*, 327-344.
Righter, B. M. (1995). Ostomy care: Uncertainty and the role of the credible authority during an ostomy experience. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society*, *22*, 100-104.
Santacroce, S. J., Deatrick, J. A., & Ledlie, S. W. (2002). Redefining treatment: How biological mothers manage their children's treatment for perinatally acquired HIV. *AIDS Care*, *14*, 47-60.
Schepp, K. G. (1991). Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. *Nursing Research*, *40*, 42-46.
Sharkey, T. (1995). The effects of uncertainty in families with children who are chronically ill. *Home Healthcare Nurse*, *13*(4), 37-42.
Stewart, J. L. (2003). Getting used to it": Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Research*, *13*, 394-407.
Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *14*, 299-320.
Tomlinson, P. S., Kirschbaum, M., Harbaugh, B., & Anderson, K. H. (1996). The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. *American Journal of Critical Care*, *5*, 140-146.
Turner, M. A., Tomlinson, P. S., & Harbaugh, B. L. (1990). Parental uncertainty in critical care hospitalization of children. *Maternal Child Nursing Journal*, *19*, 45-62.
Van Riper, M., & Selder, F. E. (1989). Parental responses to the birth of a child with Down syndrome. *Loss, Grief, & Care*, *3*(3-4), 59-76.
Wallace, M., Bailey, D., Latini, D. M., Carroll, P. R., Klein, E. A., & Albertsen, P. E. (2007). Active surveillance for older men with prostate cancer: Experiences, measurement & interventions. *The Gerontologist*, *47(Special Issue I)*, pp. 753-754.
Warburton, D. M. (1979). Physiological aspects of information processing and stress. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 33-65). New York: John Wiley & Sons.
Weitz, R. (1989). Uncertainty and the lives of persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, *30*, 270-281.
Wineman, N. (1990). Adaptation to multiple sclerosis: The role of social support, functional disability, and perceived uncertainty. *Nursing Research*, *39*, 294-299.
Wineman, N. M., O'Brien, R. A., Nealon, N. R., & Kaskel, B. (1993). Congruence in uncertainty between individuals with multiple sclerosis and their spouses. *Journal of Neuroscience Nursing*, *25*, 356-361.
Wurzbach, M. E. (1992). Assessment and intervention for certainty and uncertainty. *Nursing Forum*, *27*, 29-35.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Capítulos de libros

Mishel, M. H. (1993). Living with chronic illness: Living with uncertainty. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Weise (Eds.), Key aspects of caring for the chronically ill, hospital and home (pp. 46-58). New York: Springer.
Mishel, M. H. (1998). Methodological studies: Instrument development. In P. Brink & M. Woods (Eds.), Advanced design in nursing research pp. 235-282 (2. ª Ed.,). Beverly Hills, CA: Sage Press.
Mishel, M. H. (2008). Conducting evidence-based intervention. In *Advancing Oncology Nursing Science*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society Publications.
Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2008). Uncertainty in illness theories. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory in advanced practice nursing* (pp. 55-84). New York: Springer Publishing.
Mishel, M. H., Germino, B. G., Belyea, M., Harris, L., Stewart, J., Bailey, D. E., Jr., Mohler, J., & Robertson, C. (2001). Helping patients with localized prostate cancer: Managing after treatment. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, J. Leeman, M. S. Miles, & J. S. Harrell (Eds.), Key aspects of preventing and managing chronic illness (pp. 235-246). New York: Springer Publishing.

Artículos de revistas

Amoako, E. P., Skelly, A. H., & Mishel, M. M. (2004). Identifying intervention strategies for older African-American women to manage uncertainty in diabetes. *Diabetes*, *53*, A513.
Badger, T. A., Braden, C. J., Longman, A. J., & Mishel, M. H. (1999). Depression burden, self-help interventions, and social support in women receiving treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *17*(2), 17-35.
Badger, T. A., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *28*, 567-574.
Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H., & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, *27*, 19-28.
Bailey, D. E., Stewart, J., & Mishel, M. (2005). Watchful waiting in prostate cancer: Where can older men find support? *Oncology Nursing Forum*, *32*, 177.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bailey, D. E., Mishel, M. H., Belyea, M., Stewart, J. L., & Mohler, J. (2004). Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing*, *27*, 339-346.

Bailey, D. E., Wallace, M., & Mishel, M. H. (2007). Watching, waiting, and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 734-741.

Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2000). Highlights of the self-help intervention project (SHIP): Health-related quality of life during breast cancer treatment. *Innovations in Breast Cancer Care*, *5*, 51-54.

Braden, C. J., Mishel, M. H., Longman, A. J., & Burns, L. R. (1998). Self-help intervention project: Women receiving treatment for breast cancer. *Cancer Practice*, *6*, 87-98.

Clayton, M. F., Mishel, M. H., & Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing and Health*, *29*, 18-39.

Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., et al. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *31*, 633-639.

Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., et al. (2006). Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *13*, 286-294.

Gil, K. M., Mishel, M. H., Germino, B., Porter, L. S., Carlton-LaNey, I., et al. (2005). Uncertainty management intervention for older African American and Caucasian long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*(2-3), 3-21.

Germino, B. B., Mishel, M. H., Belyea, M., Harris, L., Ware, A., & Mohler, J. (1998). Uncertainty in prostate cancer: Ethnic and family patterns. *Cancer Practice*, *6*, 107-113.

Harris, L., Belyea, M., Mishel, M., & Germino, B. (2003). Issues in revising research instruments for use with Southern populations. *Journal of the National Black Nurses Association*, *14*, 44-50.

Longman, A., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (1997). Pattern of association over time of side-effects burden, self-help and self-care in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *24*, 1555-1560.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, *30*, 258-263.

Mishel, M. H. (1983). Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale. *Nursing Research*, *32*, 324-330.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, *20*, 225-232.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, *22*, 256-262.

Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, *15*, 57-80.

Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, *17*, 269-294.

Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Robertson, C., et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, *94*, 1854-1866.

Mishel, M. H., Germino, B. B., Belyea, M., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Mohler, J., et al. (2003). Moderators of an uncertainty management intervention for men with localized prostate cancer. *Nursing Research*, *52*, 89-97.

Mishel, M. H., Germino, B. B., Gilk, K. M., Belyea, M., LaNey, I. C., et al. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, *14*, 962-978.

Porter, L. S., Clayton, M. R., Belyea, M., Mishel, M., Gil, K. M., et al. (2006). Predicting negative mood state and personal growth in African American and white long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *31*, 195-204.

Porter, L. S., Mishel, M., Neelon, V., Belyea, M., Pisano, E., et al. (2003). Cortisol levels and responses to mammography screening in breast cancer survivors: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 842-848.

Schroeder, J. C., Bensen, J. T., Su, L. J., Mishel, M., Ivanova, A., et al. (2006). The North Carolina Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP): Methods and design of a multidisciplinary population-based cohort study of racial differences in prostate cancer outcomes. *Prostate*, *66*, 1162-1176.

Stewart, J. L., Lynn, M. R., & Mishel, M. H. (2005). Evaluating content validity for children's self-report instruments using children as content experts. *Nursing Research*, *54*, 414-418.

Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *14*, 299-320.

Fuentes secundarias

Publicaciones recientes seleccionadas que citan el trabajo de Mishel

Amoako, E., & Skelly, A. H. (2007). Managing uncertainty in diabetes: an intervention for older African American women. *Ethnicity & Disease*, *17*(3), 515-521.

Anderson, G. (2007). Patient decision-making for clinical genetics. *Nursing Inquiry*, *14*(1), 13-22.

Apostolo, J. L. A., Viveiros, C. S. C., Nunes, H. I. R., & Domingues, H. R. F. (2007). Illness uncertainty and treatment motivation in type 2 diabetes patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, *15*(4), 575-582.

Bailey, D. E., Jr., & Wallace, M. (2007). Critical review: Is watchful waiting a viable management option for

older men with prostate cancer? *American Journal of Men's Health*, *1*(1), 18-28.
Baty, B. J., Dudley, W. N., Musters, A., & Kinney, A. Y. (2006). Uncertainty in BRCAI cancer susceptibility testing. *American Journal of Medical Genetics Part C-Seminars in Medical Genetics, V 142C*(4), 241-250.
Bishop, M., Stenhoff, D. M., & Shepard, L. (2007). Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *Journal of Rehabilitation*, *73*(1), 3-12.
Boehmke, M. M., & Dickerson, S. S. (2006). The diagnosis of breast cancer: Transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, *33*(6), 1121-1127.
Bonner, M. J., Hardy, K. K., Guill, A. B., McLaughlin, C., Schweitzer, H., & Carter, K. (2006). Development and validation of the parent experience of child illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*(3), 310-321.
Brashers, D. E., Neidig, J. L., & Goldsmith, D. J. (2004). Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS. *Health Communication*, *16*(3), 305-331.
Brown, R. T., Fuemmeler, B., Anderson, D., Jamieson, S., Simonian, S., Hall, R. K., et al. (2007). Adjustment of children and their mothers with breast cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(3), 297-308.
Bunkers, S. S. (2007). The experience of feeling unsure for women at end-of-life. *Nursing Science Quarterly*, *20*(1), 56-63.
Carpentier, M. Y., Mullins, L. L., Wagner, J. L., Wolfe-Christensen, C., & Chaney, J. M. (2007). Examination of the cognitive diathesis-stress conceptualization of the hopelessness theory of depression in children with chronic illness: The moderating influence of illness uncertainty. *Childrens Health Care*, *36*(2), 181-196.
Chung, B. P. M., Wong, T. K. S., Suen, E. S. B., & Chung, J. W. Y. (2005). SARS: Caring for patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(4), 510-517.
Dale, W., Bilir, P., Han, M., & Meltzer, D. (2005). The role of anxiety in prostate carcinoma: A structured review of the literature. *Cancer*, *104*(3), 467-478.
Davidson, P. M., Dracup, K., Phillips, J., Padilla, G., & Daly, J. (2007). Maintaining hope in transition: A Theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *22*(1), 58-64.
Dillard, J. P., & Carson, C. L. (2005). Uncertainty management following a positive newborn screening for cystic fibrosis. *Journal of Health Communication*, *10*(1), 57-76.
Donovan-Kicken, E., & Bute, J. J. (2008). Uncertainty of social network members in the case of communication—debilitating illness or injury. *Qualitative Health Research*, *18*(1), 5-18.
Eggly, S., Penner, L., Albrecht, T. L., Cline, R. J. W., Foster, T., Naughton, M., et al. (2006). Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: Rethinking current communication guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(4), 716-719.
Elphee, E. E. (2008). Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma. *Oncology Nursing Forum*, *35*(*3*), 449-454.
Flattery, M. P., Pinson, J. M., Savage, L., & Salyer, J. (2005). Living with pulmonary artery hypertension: Patients' experiences. *Heart & Lung*, *34*(2), 99-107.
Flemme, I., Edvardsson, N., Hinic, H., Jinhage, B. M., Dalman, M., & Fridlund, B. (2005). Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung*, *34*(6), 386-392.
Gill, E. A., & Babrow, A. S. (2007). To hope or to know: Coping with uncertainty and ambivalence in women's magazine breast cancer articles. *Journal of Applied Communication Research*, *35*(2), 133-155.
Giske, T., & Artinian, B. (2008). Patterns of 'balancing between hope and despair' in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 22-31.
Giske, T., & Gjengedal, E. (2007). "Preparative waiting" and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, *57*(1), 87-94.
Haugh, K. H., & Salyer, J. (2007). Needs of patients and families during the wait for a donor heart. *Heart & Lung*, *36*(5), 319-329.
Hebert, R. S., Prigerson, H. G., Schulz, R., & Arnold, R. M. (2006). Preparing Caregivers for the death of a loved one: A theoretical framework and suggestions for future research. *Journal of Palliative Medicine*, *9*(5), 1164-1171.
Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, *23*(1), 3-15.
Iseri, P. K., Ozten, E., & Aker, A. T. (2006). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder is common in parents of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *8*(1), 250-255.
Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, *25*(6), 696-703.
Jordan, A. L., Eccleston, C., & Osborn, M. (2007). Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*, *11*(1), 49-56.
Jurgens, C. Y. (2006). Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure. *Research in Nursing & Health*, *29*(2), 74-86.
Kagan, I., & Bar-Tal, Y. (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(5), 576-583.
Kang, Y. (2005). Effects of uncertainty on perceived health status in patients with atrial fibrillation. *Nursing in Critical Care*, *10*(4), 184-191.
Kang, Y. (2006). Effect of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *21*(2), 83-88.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kang, Y., Daly, B. J., & Kim, J. S. (2004). Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *Western Journal of Nursing Research*, *26*(7), 770-783.

Kasper, J., Geiger, F., Freiberger, S., & Schmidt, A. (2008). Decision-related uncertainties perceived by people with cancer: modeling the subject of shared decision making. *Psycho-Oncology*, *17*(1), 42-48.

Lee, Y. L., Santacroce, S. J., & Sadler, L. (2007). Predictors of healthy behaviour in long-term survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(11C), 285-295.

Lemaire, G. S. (2004). More than just menstrual cramps: Symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, *33*(1), 71-79.

Lenhard, W., Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelhauer-Deutscher, H. J., & Henn, W. (2005). Psychological benefit of diagnostic certainty for mothers of children with disabilities: Lessons from Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, *133A*(2), 170-175.

Liu, L. N., Li, C. Y., Tang, S. T., Huang, C. S., & Chiou, A. F. (2006). Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, *29*(4), 273-282.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, *83*(1), 12-20.

Lockwood-Rayermann, S. (2006). Survivorship issues in ovarian cancer: A review. *Oncology Nursing Forum*, *33*(3), 553-562.

Malbasa, T., Kodish, E., & Santacroce, S. J. (2007). Adolescent adherence to oral therapy for leukemia: A focus group study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *24*(3), 139-151.

Martens, T. Z., & Emed, J. D. (2007). The experiences and challenges of pregnant women coping with thrombophilia. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, *36*(1), 55-62.

McCormick, K. M., Naimark, B. J., & Tate, R. B. (2006). Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, *35*(1), 34-45.

McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, *49*(2), 91-99.

Mu, P. F. (2005). Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(4), 367-376.

Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., Pai, A. L. H., Carpentier, M. Y., Gillaspy, S., Cheek, J., et al. (2007). The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(8), 973-982.

Pai, A. L. H., Mullins, L. L., Drotar, D., Burant, C., Wagner, J., & Chaney, J. M. (2007). Exploratory and confirmatory factor analysis of the child uncertainty in illness scale among children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(3), 288-296.

Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, *57*(6), 658-667.

Persson, E., Severinsson, E., & Hellstrom, A. L. (2004). Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, *27*(1), 85-90.

Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Carlson, L., & Jakulj, F. (2007). Psychosocial barriers to active surveillance for the management of early prostate cancer and a strategy for increased acceptance. *BJU International*, *100*(3), 544-551.

Politi, M. C., Han, P. K. J., & Col, N. F. (2007). Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making*, *27*(5), 681-695.

Puterman, J., & Cadell, S. (2008). Timing is everything: The experience of parental cancer for young adult daughters—A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*, *26*(2), 103-121.

Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(4), 307-316.

Rosen, N. O., Knauper, B., & Sammut, J. (2007). Do individual differences in intolerance of uncertainty affect health monitoring? *Psychology & Health*, *22*(4), 413-430.

Rybarczyk, B., Grady, K. L., Naftel, D. C., Kirklin, J. K., White-Williams, C., Kobashigawa, J., et al. (2007). Emotional adjustment 5 years after heart transplant: A multisite study. *Rehabilitation Psychology*, *52*(2), 206-214.

Santacroce, S. J., & Lee, Y. L. (2006). Uncertainty, posttraumatic stress, and health behavior in young adult childhood cancer survivors. *Nursing Research*, *55*(4), 259-266.

Scordo, K. A. (2005). Mitral valve prolapse syndrome health concerns, symptoms, and treatments. *Western Journal of Nursing Research*, *27*(4), 390-405.

Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2008). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*(*1*), 60-67.

Shaida, N., Jones, C., Ravindranath, N., Das, T., Wilmott, K., Jones, A., & Malone, P. R. (2007). Patient satisfaction with nurse-led telephone consultation for the follow-up of patients with prostate cancer. Prostate Cancer & Prostatic Diseases, *10*(4), 369-373.

Shih, F. J., Gau, M. L., Kao, C. C., Yang, C. Y., Lin, Y. S., Liao, Y. C., et al. (2007). Dying and caring on the edge: Taiwan's surviving nurses' reflections on taking care of patients with severe acute respiratory syndrome. *Applied Nursing Research*, *20*(4), 171-180.

Sossong, A. (2007). Living with an implantable cardioverter defibrillator: Patient outcomes and the nurse's role. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *22*(2), 99-104.

Stiegelis, H. E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bennenbroek, F. T. C., Buunk, B. P., Van den Bergh, A. C. M., et al. (2004). The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psycho-Oncology*, *13*(4), 248-259.

Van Pelt, J. C., Mullins, L. L., Carpentier, M. Y., & Wolfe-Christensen, C. (2006). Brief report: Illness uncertainty and dispositional self-focus in adolescents and young adults with childhood-onset asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*(8), 840-845.

Wallace, M. (2005). Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(7), 863-868.

Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, *29*(3), 250-257.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Créditos de la fotografía: Mark Thaler, Biomedical Communications Department, University of Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona.

CAPÍTULO 29

Pamela G. Reed

1952-presente

Teoría de la autotrascendencia

Doris D. Coward

«La tarea de la enfermería es entender la naturaleza y facilitar los procesos enfermeros en diversos contextos y experiencias de salud» (Reed, 1997a, p. 77).

BIOGRAFÍA

Pamela G. Reed nació en Detroit (Michigan). Se casó con Gary Reed en 1973 y tienen dos hijas. Obtuvo la diplomatura en enfermería en la Wayne State University de Detroit en 1974, y el título de enfermera especialista en psiquiatría y salud mental materno-infantil y en docencia de la enfermería en 1976. Inició sus estudios de doctorado en esta misma universidad en 1979, y obtuvo el título de doctora en 1982 con una tesis sobre la teoría y la investigación, y una secundaria sobre desarrollo adulto y envejecimiento. Su tesis doctoral fue dirigida por Joyce J. Fitzpatrick, y durante sus estudios de doctorado Reed se interesó por el bienestar y la espiritualidad en todo lo que estuviera relacionado con la vida y la muerte, tanto de los enfermos terminales como de las personas sanas.

Reed es profesora en el University of Arizona College of Nursing en Tucson, donde ha enseñado, investigado y trabajado en puestos administrativos, desde enero de 1983 como decana asociada para asuntos académicos. Reed ha recibido varios premios por su labor docente centrada en el desarrollo de teorías y metateorías de enfermería. Sus principales campos de investigación incluyen el bienestar y el envejecimiento. Fue pionera en la investigación de la espiritualidad en enfermería. Desarrolló dos instrumentos de investigación utilizados extensamente, la *Escala de Perspectiva Espiritual* y la *Escala de Autotrascendencia.* Sus investigaciones, financiadas por becas públicas y privadas, se han publicado en numerosas revistas especializadas. Su investigación y erudición actuales se centran en la sabiduría de los cuidadores familiares en cuidados paliativos, además de su permanente atención en el desarrollo

La autora desea expresar su agradecimiento a Pamela G. Reed por sus conocimientos a lo largo de los años y especialmente por su apoyo durante la creación de este capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

de conocimientos y la teoría en enfermería. Reed fue coeditora de la cuarta y quinta edición de *Perspectives on Nursing Theory*.

Reed es miembro de la American Academy of Nursing, así como de diversas asociaciones profesionales, como la Sigma Theta Tau International, la American Nurses Association y la International Society of Rogerian Scholars. Ha trabajado en los consejos de revisión editorial de numerosas revistas y como editora colaboradora de una columna de *Nursing Science Quarterly*, Scholarly Dialogue.

La influencia de Reed se aprecia en sus propias investigaciones y publicaciones. El impacto de su trabajo se refleja en la investigación de más de 50 estudiantes cuyas tesis y tesinas ha dirigido, en proyectos para estudiantes universitarios y en el trabajo de otros científicos que han aplicado su teoría o sus dos escalas de medición en su investigación. Sus ideas teóricas son confirmadas y divulgadas por las numerosas enfermeras a las que Reed ha orientado y formado.

FUENTES TEÓRICAS

Reed (1991a) desarrolló su teoría de la autotrascendencia utilizando la estrategia de la «reformulación deductiva». Esta estrategia, junto con otras teorías utilizadas en los modelos teóricos en enfermería, fue desarrollada por Reed con la ayuda de algunos de sus profesores de la Wayne State University, especialmente Ann Whall y Joyce Fitzpatrick (para la aplicación práctica de la reformulación deductiva, v. Fitzpatrick, Whall, Johnston y Floyd, 1982; Shearer y Reed, 2004; Whall, 1986). La reformulación deductiva da lugar a teorías de alcance medio y utiliza el conocimiento derivado de teorías ajenas al campo de la enfermería. Este conocimiento se reformula deductivamente a partir de modelos conceptuales de la enfermería. La teoría ajena al campo de la enfermería más importante que utilizó la autora fue la del ciclo vital sobre el desarrollo social-cognitivo y transpersonal de los adultos (p. ej., Alexander y Langner, 1990; Commons, Richards y Armon, 1984; Wilber, 1980, 1981, 1990). Reed reformuló los principios de las teorías del ciclo vital desde la perspectiva de la enfermería, utilizando para ello el modelo conceptual de Martha E. Rogers, del ser humano unitario (Rogers, 1970, 1980, 1990).

Reed ha explicado que los orígenes de su teoría se encuentran en tres fuentes (Reed, 2003, 2008). La primera fuente es la conceptualización del desarrollo humano (Lerner, 2002) en términos de un proceso que dura toda la vida y que va más allá de la vida adulta para abarcar el envejecimiento y la muerte. Esta conceptualización novedosa representó un cambio de paradigma con respecto al punto de vista existente hasta entonces, según el cual el desarrollo físico y mental termina en la adolescencia (Reed, 1983).

La segunda fuente de la teoría de Reed fueron los primeros trabajos sobre teoría de la enfermería realizados por Martha E. Rogers (Rogers, 1970, 1980, 1990). Los tres principios de la teoría homeodinámica de Rogers son coherentes con los principios fundamentales de la teoría del ciclo vital. El principio de integralidad de Rogers sostiene que el desarrollo humano depende de una serie de factores que son tanto humanos como contextuales. La homeodinámica hace hincapié en el papel que desempeña el desequilibrio entre la persona y el entorno como activador del desarrollo. Asimismo, el teórico del desarrollo humano Riegel (1976) señala que la asincronía en el desarrollo entre las dimensiones física, psicológica, social y del entorno es necesaria para que el desarrollo progrese. El principio de especificidad de Rogers señala que el desarrollo humano es innovador e impredecible. Este principio es similar a los principios del ciclo vital que indican que el desarrollo humano no es lineal, es continuo a lo largo de toda la vida y varía de un individuo a otro. El principio de resonancia de Rogers señala que el desarrollo humano es un movimiento que, si bien es impredecible, tiene un patrón y un propósito. Los teóricos del ciclo vital también subrayan que el proceso de desarrollo muestra ciertos patrones de complejidad y organización. En consecuencia, el conocimiento proveniente de la teoría del ciclo vital (que es una teoría ajena al campo de la enfermería) fue reformulado utilizando de forma apropiada un sistema conceptual de enfermería.

La tercera fuente de la teoría de Reed fue la práctica clínica y la investigación. La experiencia en el campo de la investigación clínica indica, que las personas mayores deprimidas informan de que tienen menos recursos para mantener la sensación de bienestar frente a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas provocadas por el envejecimiento, cuando se los comparaba con un grupo de personas mayores de igual edad que no padecen ningún trastorno mental (Reed, 1986b). Además, se observó que el desarrollo de las

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

«personas mayores» y de los ancianos no era un proceso lineal de ganancia y pérdida, sino que se trataba de un proceso de transformación de los viejos comportamientos e ideas y de integración de nuevos puntos de vista, conductas y actividades (Reed, 1989, 1991b).

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad se define como la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal (Reed, 2003). En los primeros trabajos de Reed, la expresión «conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal» representaba el contexto en el que tenía lugar la madurez o desarrollo en las últimas fases de la vida adulta. La autotrascendencia era un patrón asociado con un desarrollado avanzado dentro de este contexto (Reed, 1991b). Más tarde, la autora amplió el concepto de vulnerabilidad, de tal forma que ahora incluye la conciencia de su situación que tienen las personas que se encuentran en una crisis vital (p. ej., discapacidad, enfermedad crónica, nacimiento de un hijo, asunción de las responsabilidades asociadas con la paternidad).

AUTOTRASCENDENCIA

Inicialmente, la autora (1991b) definió la autotrascendencia como «una ampliación de los límites autoconceptuales de forma multidimensional: hacia dentro (p. ej., a través de experiencias introspectivas), hacia fuera (p. ej., aumentando las relaciones con los demás) y temporalmente (mediante la integración del pasado y el futuro en el presente)» (p. 71). Más tarde, la autora (Reed, 1997b) dio una definición más amplia y detallada del concepto de autotrascendencia:

> La autotrascendencia se refiere a una fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona (o el yo) se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que tenía en ese momento. Esta fluctuación es multidimensional; es decir, se da hacia fuera (hacia los otros y el entorno), hacia dentro (mediante una mayor conciencia de los propios puntos de vista, valores e ideales) y temporalmente (mediante la integración del pasado y el futuro de tal forma que el presente quede ampliado y reforzado) (p. 192).

En 2003, se incorporó otro patrón de ampliación de los límites autoconceptuales, por lo que ahora la autotrascendencia también es la capacidad de ampliar estos límites «transpersonalmente» (mediante la conexión con dimensiones que están más allá del mundo perceptible) (Reed, 2003, p. 147). Dado que la autotrascendencia es de naturaleza multidimensional, podrían añadirse otras dimensiones con el fin de describir la capacidad de ampliar los límites autoconceptuales (P. Reed, comunicación personal, 17 de junio de 2004).

BIENESTAR

El bienestar se define como «una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada uno tenga de lo que significan plenitud y salud» (Reed, 2003, p. 148). En sus primeros trabajos, la autora no definía explícitamente el concepto de bienestar, y lo asociaba únicamente con la salud mental, la cual, a su vez, dependía de una serie de factores fundamentales del desarrollo, que actuaban en una etapa determinada del ciclo vital (Reed, 1989, 1991b). En un artículo publicado en 1997, la autora describió los mecanismos responsables del bienestar. En ese artículo (Reed, 1997a, p. 76) proponía que la enfermería es «el estudio de los procesos enfermeros del bienestar». El bienestar, como proceso de enfermería, se describió en términos de síntesis de dos tipos de cambio: cambios en la complejidad de la vida (p. ej., aumento de la fragilidad conforme se va envejeciendo o la pérdida de un ser querido) atenuados por cambios en la integración (p. ej., capacidad para dar sentido a estos sucesos de la vida).

FACTORES MODERADORES-MEDIADORES

Existe una serie muy amplia de variables personales y contextuales que interactúan entre

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

sí y que pueden influir en el proceso de autotrascendencia, y, por tanto, contribuir positiva o negativamente al bienestar. Ejemplos de estas variables son la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, la espiritualidad, el entorno social y los acontecimientos históricos. Estas variables personales y contextuales pueden fortalecer o debilitar la relación entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre autotrascendencia y bienestar (Reed, 2003).

PUNTOS DE INTERVENCIÓN

Existen dos puntos de intervención en la teoría de la autotrascendencia. Ambos puntos interactúan de alguna forma con el proceso de la autotrascendencia. Las acciones de la enfermera pueden centrarse directamente en un recurso interno del paciente que le capacita para la autotrascendencia o indirectamente en factores personales o contextuales que afectan las relaciones entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre autotrascendencia y bienestar (Reed, 2003).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La teoría de la autotrascendencia se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (Reed, 1983). Por tanto, la investigación inicial para la construcción de la teoría se llevó a cabo con personas mayores (Reed, 1986b, 1989, 1991b).

En el primero de estos estudios, Reed (1986b) analizó los patrones de la evolución de la capacidad de resolución y la evolución de la depresión en 28 personas mayores sin ningún trastorno mental y 28 personas mayores que habían sido diagnosticadas de depresión (edad media: 67,4 años). Los niveles de la capacidad de resolución se midieron tres veces (dejando transcurrir 6 semanas entre una medición y otra) mediante la Escala de Capacidades de Resolución para Personas Mayores (ECRPM) de 36 ítems, desarrollada y validada por Reed. Las personas mayores que no tenían ningún trastorno mental percibían niveles más elevados de capacidades de resolución que las personas mayores deprimidas. Las puntuaciones en la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre la Depresión (ECE-D) (Radloff, 1977) fueron significativamente más elevadas a lo largo del tiempo en las personas mayores con depresión que en las que no padecían ningún trastorno mental. Se encontró una relación positiva importante entre las puntuaciones en la ECRPM y en las puntuaciones que, posteriormente, se encontraron en la ECE-D, lo que indicaba que las capacidades de resolución influían en la salud mental del grupo que no tenía ningún trastorno mental. En el grupo deprimido, se encontró una correlación inversa, lo que indica que la depresión influye negativamente en las capacidades de resolución en términos de la capacidad para explorar nuevas posibilidades y perspectivas en la vida, así como de compartir la sabiduría y la experiencia con otras personas y encontrar un significado espiritual a la vida.

En el segundo estudio, Reed (1989) analizó el grado en el cual los recursos clave para el desarrollo de las personas mayores estaban relacionados con la salud mental. Para ello, estudió a 30 personas mayores con depresión (diagnosticada por un psiquiatra) que se encontraban hospitalizadas (edad media, 67 años). A estos sujetos se les pasaron los cuestionarios ECRPM y la ECE-D, y se les pidió que puntuaran la importancia que tenían actualmente en su vida cada una de las capacidades de resolución que aparecen en los ítems de la ECRPM. Se encontró una relación inversa entre el nivel de capacidades y la depresión. Además, los sujetos informaron que las capacidades de resolución que aparecían en los ítems de la ECRPM eran muy importantes para su vida en ese momento. Por otro lado, las principales razones que, según los propios sujetos, explicaban la depresión que padecían estaban de acuerdo con los temas fundamentales de la autotrascendencia que son importantes en la vejez (p. ej., preocupación por la salud física, relación con los hijos y preguntas sobre la vida y la muerte).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuando se estaba elaborando y validando la ECRPM, se observó que un factor, al que se denominó *trascendencia,* explicaba el 45,2% de la varianza de las puntuaciones de esta escala. En el segundo estudio (Reed, 1989), el factor de trascendencia del ítem 15 se relacionó en mayor medida con la ECE-D que con los otros ítems de la ECRPM. En consecuencia, la autora recomendaba analizar las propiedades psicométricas de la ECRPM y contemplar la posibilidad de eliminar algunos ítems para facilitar su administración en el contexto clínico.

En un tercer estudio, la autora examinó los patrones de autotrascendencia y de salud mental en 55 personas mayores que vivían en su propia casa (intervalo de edad: 80-97 años) (Reed, 1991b). En este estudio, la autotrascendencia se definió como «la ampliación hacia dentro de los límites conceptuales de una persona a través de la introspección, y hacia fuera a través del interés por el bienestar de los demás, y mediante la ampliación temporal a través de la percepción del pasado y del futuro que tiene la persona, con el fin de hacer más significativo y estimulante el presente» (Reed, 1991b, p. 5). La autotrascendencia se midió mediante una nueva escala denominada Escala de Autotrascendencia (EAT). Esta escala se derivó a partir del factor de trascendencia previamente identificado en la escala ECRPM original. Las puntuaciones en la EAT se correlacionaron inversamente con las puntuaciones en la ECE-D y en la Escala de Sintomatología en Salud Mental (ESSM) de Langner. La ESSM es un índice de salud mental general, en la cual, en el caso de las poblaciones no psiquiátricas, cuanto más elevada es la puntuación, más deteriorada está la salud mental (Langner, 1962). Además, los cuatro patrones de trascendencia identificados por los participantes en el estudio (generatividad, introyectividad, integración temporal y trascendencia corporal) estaban de acuerdo con la definición conceptual que había realizado Reed.

En resumen, los tres estudios de Reed aportaron indicios empíricos que apoyaban la idea teórica de que las conductas y los puntos de vista relacionados con la autotrascendencia estaban presentes en las personas mayores. Los datos procedentes de estos estudios indican también que estos puntos de vista y conductas están fuertemente asociados con la salud mental. En consecuencia, los resultados sirven para realizar una conceptualización de la salud mental en las personas mayores, en la cual se hace hincapié en la importancia de los recursos que permiten al individuo ampliar los límites del concepto de sí mismo más allá de la preocupación por la salud física y el deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Al principio, Reed (1986a, 1987) propuso un modelo que permitía construir una serie de marcos conceptuales para orientar el trabajo de las enfermeras y la formación en enfermería en las diferentes especialidades clínicas. En este modelo, la salud constituía el concepto o eje central, en torno al cual giraban la actividad de la enfermera, la persona y el entorno. El supuesto teórico de este modelo es que el trabajo de enfermería debe centrarse en construir un conocimiento que permita mejorar los procesos relacionados con la salud.

Salud

En este modelo, la salud se define implícitamente como un proceso vital formado por experiencias tanto positivas como negativas que permiten al individuo crear una serie de valores y un entorno específicos para mejorar el bienestar.

Enfermería

El papel de la enfermera consiste en ayudar a las personas (a través de los procesos interpersonales y de la gestión terapéutica de los diferentes entornos) a desarrollar las habilidades que son necesarias para promover la salud y el bienestar.

Persona

La persona se concibe como un ser en desarrollo a largo de todo el ciclo vital, que está en interacción con otros individuos y dentro de un entorno de complejidad y vitalidad variables que pueden contribuir tanto positiva como negativamente a la salud y al bienestar.

Entorno

La familia, la red de relaciones sociales, el entorno físico y los recursos disponibles en el pueblo o ciudad en el que se vive son los entornos que contribuyen significativamente a los procesos relacionados con la salud. La enfermera debe intervenir en estos entornos «a través de la gestión terapéutica de las interacciones entre las personas, los objetos y entre la enfermera y el paciente» (Reed, 1987, p. 26).

Este enfoque metaparadigmático para el desarrollo del marco conceptual supuso una innovación para la formación de las enfermeras en las diferentes especialidades clínicas y representó la base a partir de la cual Reed desarrolló su teoría

basada en los conceptos de espiritualidad y autotrascendencia. La teoría de la autotrascendencia evolucionó desde la idea según la cual la autotrascendencia es uno de los muchos procesos relacionados con la salud y de que el objetivo último de la teoría debía ser proporcionar a las enfermeras una perspectiva distinta sobre las capacidades humanas para encontrar y promover el bienestar.

En su explicación inicial de la nueva teoría de la autotrascendencia, Reed (1991a) identificó un supuesto teórico fundamental basado en el sistema conceptual de Rogers. Según este supuesto teórico, los individuos somos sistemas abiertos que fijamos nuestros propios límites conceptuales, lo que nos permite definir la realidad y adquirir una sensación de totalidad y de conexión con nosotros mismos y con el entorno que nos rodea. Reed (2003) publicó un trabajo en el que profundizaba en este supuesto teórico y reafirmaba la idea fundamental de Rogers, según la cual «los seres humanos forman una integración con su entorno» (p. 146). Los límites autoconceptuales fluctúan a lo largo de todo el ciclo vital y se asocian con el desarrollo y la salud de los seres humanos. Se propuso que la autotrascendencia era un indicador importante de los límites autoconceptuales de cada persona y que podían evaluarse en un momento determinado del desarrollo personal.

Más adelante, Reed identificó un segundo supuesto teórico en la nueva descripción de su teoría, en la cual se asumía que la autotrascendencia es una parte integrante del desarrollo (Reed, 2003), es decir, que la autotrascendencia debe ser considerada como cualquier otra capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la persona consiga tener una sensación continua de plenitud y de conexión consigo misma y con el entorno. Este supuesto teórico coincide con la conceptualización realizada por Frankl (1969) y Maslow (1971) de la autotrascendencia. Estos autores consideraban la autotrascendencia como una característica innata de los seres humanos que, una vez actualizada, proporciona el sentido y el significado que la existencia humana necesita.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Los tres conceptos teóricos fundamentales de la teoría de Reed son los siguientes: vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar (Reed, 2003, 2008). La vulnerabilidad es la conciencia que tiene una persona de que es un ser mortal. Esta conciencia aumenta durante el envejecimiento o en otras etapas del ciclo vital cuando aparece una enfermedad, un traumatismo o una crisis vital (Reed, 2003). Aunque la vulnerabilidad no se identificó explícitamente como concepto importante en los primeros trabajos de Reed, no era una idea nueva. Este concepto sirve para clarificar que el contexto dentro del cual se realiza la autotrascendencia no es sólo la confrontación con la conciencia de que nuestra vida tendrá un final, sino que incluye también las crisis vitales (discapacidad física o mental, enfermedad crónica, nacimiento de un hijo, necesidad de asumir las responsabilidades de la paternidad). La autotrascendencia se refiere a las fluctuaciones que tienen lugar en la percepción de los límites que hacen que las personas se extiendan más allá de sus puntos de vista inmediatos y restringidos sobre sí mismos y el mundo. Estas fluctuaciones se observan en todas las dimensiones espaciales y temporales: hacia fuera (ampliación de la conciencia que tenemos de los demás y de nuestro entorno), hacia dentro (capacidad para mejorar la percepción que tenemos de nuestras creencias, valores e ideales), temporal (aumento de la capacidad para integrar el pasado y el futuro de tal forma que el presente quede reforzado) y transpersonal (ampliación de la conciencia más allá del mundo perceptible para el sujeto) (Reed, 1997b, 2003, 2008). Bienestar significa «sensación de plenitud y de salud, de acuerdo con los criterios que cada uno tenemos de lo que es la plenitud y la salud» (Reed, 2003, p. 148).

Otros conceptos de la teoría de la autotrascendencia son los siguientes: factores moderadores-mediadores y puntos de intervención. Los factores moderadores-mediadores son variables personales y contextuales, como la edad, el sexo, las experiencias vitales y el entorno social, que pueden influir en la relación existente entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia, y entre la autotrascendencia y el bienestar. Los puntos de intervención son todas aquellas acciones de la enfermera que promueven la autotrascendencia.

A partir de los tres conceptos básicos, se desarrollaron tres proposiciones fundamentales. Según la primera proposición de la teoría, la autotrascendencia es mayor en las personas que tienen que hacer frente a todo lo relacionado con el final de la vida, que en las personas que no tienen que enfrentarse a estos temas. El concepto de temas relacionados con el final de la vida es interpretado por la autora de forma amplia, y tiene que ver con el envejecimiento, determinados acontecimientos vitales, la enfermedad y cualquier otra experiencia que provoque un aumento de la conciencia de la mortalidad.

La segunda proposición de la teoría expone que los límites autoconceptuales están relacionados con el bienestar (Reed, 1991a). Dependiendo de su naturaleza, las fluctuaciones que se producen en los límites autoconceptuales influyen de forma

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

positiva o negativa en el bienestar a lo largo de todo el ciclo vital. Por ejemplo, cabe esperar que un aumento de las conductas y puntos de vista relacionados con la autotrascendencia desempeñe un papel positivo en relación con la salud mental que, a su vez, es un indicador del bienestar de las personas que tienen que hacer frente a los asuntos relacionados con el final de la vida. Un ejemplo concreto de una influencia negativa es la incapacidad de hacer amigos o de aceptar la amistad que otras personas nos ofrecen. Cabe esperar que esta incapacidad esté relacionada con la depresión, que es un indicador de salud mental y, por tanto, del grado de bienestar personal.

A partir de los supuestos teóricos básicos sobre el proceso persona-entorno (Reed, 1991a), la autora identificó en 2003 un tercer conjunto de proposiciones. Los factores personales y del entorno funcionan como correlatos, moderadores o mediadores de la relación existente entre vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar.

En resumen, el modelo de la autotrascendencia propuesto por la autora en 2003 propone los tres conjuntos de relaciones siguientes (fig. 29-1):

1. El aumento de la vulnerabilidad está relacionado con un incremento de la autotrascendencia.
2. La autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar.
3. Los factores personales y contextuales pueden influir en la relación existente entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia, y entre la autotrascendencia y el bienestar.

FORMA LÓGICA

Se trata de una teoría empírica de alcance medio que se formuló utilizando la estrategia de la reformulación deductiva, con el fin de mejorar nuestra comprensión de la autotrascendencia en tanto que fenómeno asociado con todo lo relacionado con el final de la vida (mortalidad) (Reed, 1991a). La lógica utilizada para la construcción de esta teoría es fundamentalmente deductiva. Esto se hizo para asegurarse de que la teoría fuera coherente con los principios teóricos de Rogers y con la teoría del ciclo vital. También se utilizó el razonamiento analógico para aprovechar las aportaciones de otras teorías del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, lo que permitió establecer comparaciones entre los modelos psicológicos y la práctica profesional de la enfermería en lo que respecta al potencial de bienestar en todas las etapas de la vida. Los conceptos fundamentales de la teoría de la autotrascendencia están relacionados de una forma lógica y clara, lo cual no impide que la teoría pueda ser aplicada en la práctica de forma creativa. Además, su estructura lógica no impide que pueda ser sometida a prueba y aplicada o desarrollada en el futuro. La estrategia que siguió Reed para construir esta teoría de la enfermería a partir de elementos heterogéneos (teorías que nada tenían que ver con la enfermería, modelos teóricos utilizados en enfermería, investigación empírica y experiencia clínica y personal) hizo que se despertara el interés de las enfermeras por todo lo relacionado con la

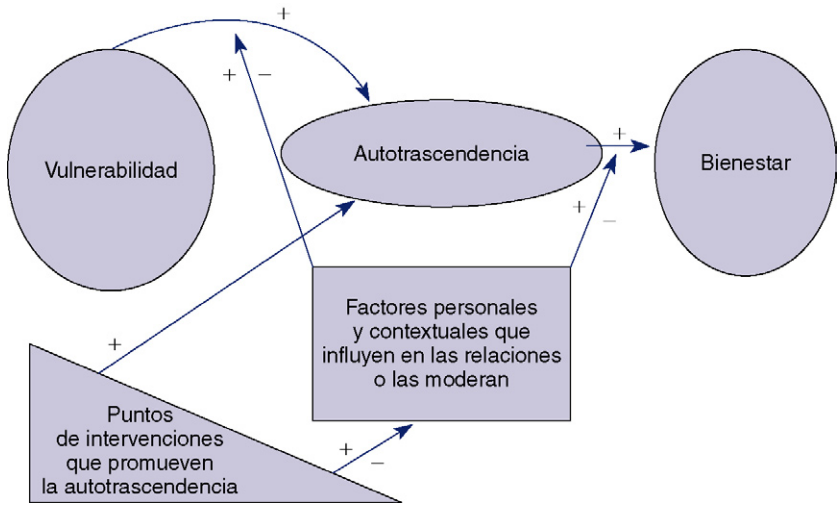


Figura 29-1 **Modelo de la teoría de la autotrascendencia.** (De Reed P. G. [2003]. The theory of self-transcendence. En M. J. Smith & P. Liehr [Eds.], *Middle range theory for nursing* [p. 150]. New York, Springer. Utilizado con autorización.)

madurez y el desarrollo humanos a lo largo del ciclo vital, y sirvió de inspiración a nuevas investigaciones y teorizaciones sobre las diversas situaciones en las que aparece la conciencia de la muerte.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

La tarea de la enfermería es facilitar el bienestar humano a través de lo que Reed llamó «procesos enfermeros», de los que la autotrascendencia es un ejemplo (Reed, 1997a). Con este fin, la teoría de la autotrascendencia se ha utilizado en la práctica, formación e investigación.

Práctica profesional

El modelo teórico de Reed (1986a, 1987) para la formación de las enfermeras en las diferentes especialidades clínicas y la práctica de la enfermería en el campo de la psiquiatría y la salud mental sirve para articular las relaciones entre los constructos metaparadigmáticos de salud, persona, entorno y actividad de la enfermera. La teoría de la autotrascendencia ofrece conceptos específicos derivados de los constructos del modelo: salud (p. ej., bienestar), persona (p. ej., autotrascendencia) y entorno (p. ej., vulnerabilidad), y propone una serie de relaciones entre estos conceptos, que sirven para orientar la actividad de la enfermera. Reed (1991a) y Coward y Reed (1996) recomiendan una serie de acciones de la enfermera dirigidas a ampliar los límites autoconceptuales del paciente (p. ej., llevar un diario, meditación, expresión de las creencias y sentimientos religiosos.

La autotrascendencia puede ser una parte integral del proceso de autocuración en muchas situaciones. Las acciones de la enfermera dirigidas a promover las conductas y los puntos de vista basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en las personas vulnerables están asociadas con una mayor sensación de bienestar. La psicoterapia de grupo (Stinson y Kirk, 2006; Young y Reed, 1995) y los grupos de apoyo formados por pacientes con cáncer de mama (Coward, 1998, 2003; Coward y Kahn, 2004, 2005) son ejemplos de intervenciones que los investigadores en el campo de la enfermería han utilizado para que los pacientes tengan la oportunidad de examinar sus valores, compartir sus experiencias con otros, ayudar a otras personas que se encuentran en la misma situación y encontrar sentido y significado a su situación como enfermos. Otros autores han recomendado estrategias similares para promover el bienestar de las personas que tienen que cuidar a un enfermo con demencia (Acton y Wright, 2000) y en personas que han perdido un ser querido (Joffrion y Douglas, 1994). Acton y Wright (2000) recomiendan organizar las cosas de tal modo que estas personas puedan tener períodos de descanso, con el fin de que tengan tiempo y energía para realizar actividades transpersonales. McGee (2000), por su parte, indica que la recuperación de los pacientes alcohólicos implica un proceso de autotrascendencia que puede verse facilitado si se consigue un entorno diseñado por la enfermera, basado en los 12 pasos y en las 12 normas tradicionales de la organización Alcohólicos Anónimos. Walsh y sus estudiantes aplican la arteterapia para fomentar la autotrascendencia en estudiantes de enfermería e ingresados en centros de cuidados de larga duración (Chen y Walsh, 2009).

Formación

Los conceptos de la teoría de la autotrascendencia pueden encontrarse en los libros y artículos de los pensadores que tienen influencia en la formación de las enfermeras. Sarter (1988) ha analizado las raíces filosóficas de cuatro teorías de la enfermería actualmente en uso (sistema unitario de los seres humanos, de Rogers, 1970, 1980; teoría de Newman sobre la ampliación de la conciencia, 1986; teoría de Watson sobre el cuidado y la atención a los seres humanos, 1979, 1985, y teoría de la salud del ser humano, de Parse, 1981). Todas estas teorías proponen la autotrascendencia como uno de los fundamentos filosóficos en los que debe basarse la disciplina. La teoría del modelado y del rol-modelado, que contiene conceptos similares al de autotrascendencia asociados con el desarrollo humano y la salud, ha servido para orientar los contenidos curriculares en varias escuelas de enfermería (Erickson, 2002; Erickson, Tomlin y Swain, 1983).

Reed describe la autotrascendencia como «una capacidad de los seres humanos y, al mismo tiempo, una actividad que puede verse facilitada por las enfermeras» (Reed 1996, p. 3). La autora (1997a) define sucintamente la enfermería como «un proceso de bienestar inherente a los seres humanos que se manifiesta por la complejidad y la integración» (p. 76). Según la autora, la autotrascendencia desempeña un cometido importante en el proceso de bienestar que persigue la enfermería. Dado que

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

existe un nexo entre el bienestar y la autotrascendencia, parece imprescindible que las enfermeras reciban una educación encaminada a comprender y promover las conductas y puntos de vista relacionados con la autotrascendencia de sus pacientes. La autotrascendencia también es una forma de ayudar a los profesionales sanitarios (cuidar al cuidador), lo cual contribuiría a que las enfermeras mantuvieran un estilo de vida sano (Conti-O'Hare, 2002).

Investigación

Numerosos estudios de investigación aportan pruebas que hablan a favor de la asociación entre la autotrascendencia y el bienestar en las poblaciones de individuos que tienen que enfrentarse al final de la vida. Los primeros estudios de investigación sobre la relación existente entre autotrascendencia y depresión se realizaron con personas mayores (Reed, 1986b, 1989, 1991a). Investigaciones más recientes indican relaciones similares en adultos deprimidos de edad avanzada (Klaas, 1998; Stinson y Kirk, 2006; Young y Reed, 1995), adultos de mediana edad (Ellermann y Reed, 2001) e individuos que han perdido a seres queridos por VIH/sida (Kausch y Amer, 2007). Buchanan, Ferran y Clark (1995), por su parte, estudiaron la relación entre la autotrascendencia y los pensamientos suicidas en las personas mayores. Upchurch (1993, 1999) y Upchurch y Mueller (2005) examinaron la relación entre autotrascendencia y actividades de la vida diaria en personas mayores que vivían en su propia casa. Dos estudios examinaron la autotrascendencia y las percepciones de salud física y mental en ancianos (Bickerstaff, Grasser y McCabe, 2005; Nygren et al., 2005). Walton, Shultz, Beck y Walls (1991) encontraron una relación inversa entre autotrascendencia y soledad en personas mayores sanas. Decker y Reed (2005) encontraron que el razonamiento moral integrado, la consecución de la voluntad de vivir y una experiencia previa con una enfermedad potencialmente mortal, pero no el nivel de autotrascendencia, estaban relacionados con el deseo de los ancianos de seguir un tratamiento menos agresivo al final de sus vidas.

Un número impresionante de estudios ha demostrado que existe una relación positiva entre autotrascendencia y bienestar (o calidad de vida) en los pacientes infectados por VIH o sida (Coward, 1994, 1995; Coward y Lewis, 1993; McCormick, Holder, Wetsel y Cawthon, 2001; Mellors, Erlen, Coontz y Lucke, 2001; Mellors, Riley y Erlen, 1997; Stevens, 1999). En varios estudios se ha considerado el papel que desempeña la autotrascendencia o los conceptos relacionados en las mujeres que padecen cáncer de mama (Carpenter, Brockopp y Andrykowski, 1999; Coward, 1990a, 1990b, 1991; Coward y Kahn, 2004, 2005; Kamienski, 1997; Kinney, 1996; Matthews, 2000; Pelusi, 1997; Taylor, 2000). Por su parte, Coward (1998, 2003) ha documentado la eficacia en términos de aumento del bienestar en las intervenciones basadas en la teoría de la autotrascendencia que se llevan a cabo en los grupos de apoyo de mujeres diagnosticadas recientemente de cáncer de mama.

Acton (2003) y Acton y Wright (2000) han estudiado el papel que desempeña la autotrascendencia en las personas que tienen que cuidar a un enfermo con demencia. Este mismo tema se ha estudiado también en las personas que cuidaban a enfermos terminales que habían muerto dentro del año anterior al inicio del estudio (Enyert y Burman, 1999; Reed y Rousseau, 2007). Otras poblaciones estudiadas incluyen adultos sanos de mediana edad (Coward, 1996), ancianos con cáncer de próstata (Chin-A-Loy y Fernsler, 1998), estudiantes y profesoras de enfermería (Kilpatrick, 2002), enfermeras (Hunnibell, 2006; McGee, 2004); adultos sin techo (Runquist y Reed, 2007), ancianos con insuficiencia cardíaca crónica (Gusick, 2005) y pacientes sometidos a un trasplante de hígado (Bean y Wagner, 2006; Wright, 2003). En otros estudios, se ha encontrado una relación positiva entre autotrascendencia, los cambios personales y la capacidad de dar sentido a la vida en personas mayores (Klaas, 1998) y en mujeres con artritis reumatoide (Neill, 2002).

Además, Reed ha dirigido varias tesis doctorales sobre la autotrascendencia. Los resultados de estos trabajos de investigación (algunos de los cuales se citan en los párrafos precedentes) proporcionan un indicio empírico claro que sirve para apoyar la teoría de la autotrascendencia. Para más referencias, véase la bibliografía de este capítulo.

DESARROLLOS POSTERIORES

La conceptualización inicial que hizo Reed de la teoría de la autotrascendencia se centraba en las personas mayores, y hacía hincapié en la importancia de los recursos personales que sirven para ampliar los límites de las autoconceptualizaciones más allá de las preocupaciones relacionadas con la salud física y el deterioro cognitivo. Estudios más recientes de Reed y otros autores han ampliado el ámbito de la teoría para incluir poblaciones adicionales de adolescentes y adultos, pacientes y no pacientes, que pueden tener una mayor conciencia de la mortalidad personal.

Existe una serie de variables personales y contextuales que influyen en la relación entre la

autotrascendencia y el bienestar. Si bien una serie de estudios de investigación han informado de la existencia de una asociación entre la vejez y el aumento de la autotrascendencia, muchos sujetos jóvenes informan de niveles elevados de conductas y puntos de vista relacionados con la autotrascendencia, y puntúan alto en las medidas de autotrascendencia. Existen una serie de experiencias en la vida de las personas, como el nacimiento de un hijo, la asunción de las responsabilidades asociadas con la paternidad, la enfermedad física o mental, la discapacidad, el cuidado de una persona enferma, la realización de una obra artística o literaria, y los pensamientos y prácticas religiosas, que pueden, durante un período más o menos largo, dar lugar a un aumento de las conductas y puntos de vista relacionados con la autotrascendencia. La investigación sobre estos factores personales y contextuales nos permitirá tener un mejor conocimiento del cometido que desempeñan en las propuestas teóricas derivadas del concepto de autotrascendencia (Reed, 2003, 2008).

El continuo desarrollo de la teoría incluirá más análisis de los puntos de intervención para promover los pensamientos y las actividades relacionados con la autotrascendencia en las personas que tienen la necesidad de aumentar su sentido de plenitud y bienestar. Uno de estos puntos de intervención son los grupos de apoyo basados en la teoría de la autotrascendencia, y ha demostrado que este tipo de intervención tiene un efecto positivo, aunque pequeño, en las variables relacionadas con la autotrascendencia en mujeres diagnosticadas recientemente de cáncer de mama (Coward, 2003; Coward y Kahn, 2004, 2005). Young y Reed (1995), y por su parte, informan que la psicoterapia de grupo es eficaz para facilitar la autotrascendencia en una muestra pequeña de personas mayores. Conforme la teoría de la autotrascendencia vaya evolucionando, las enfermeras irán conociendo más cosas sobre nuevos potenciales para promover el bienestar en las personas enfermas a lo largo de todo el ciclo vital.

Reed recibió fondos para estudiar el papel que desempeña la autotrascendencia en la toma de decisiones éticas sobre el final de la vida y el bienestar de los pacientes terminales y de los cuidadores. Las personas que tienen que hacer frente al tema del final de la vida se encuentran entre los individuos más vulnerables a quienes las enfermeras pueden ayudar en su práctica profesional. Aunque existe una bibliografía muy amplia sobre las experiencias en los momentos finales de la vida, ligadas a la trascendencia y al desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital, se ha realizado poca investigación sistemática sobre este tipo de experiencia de los seres humanos. La teoría de la autotrascendencia puede servir de orientación para planificar esta investigación. Se trata de una teoría que puede ser perfeccionada en el futuro, conforme avance la investigación sistemática.

Las recientes reconceptualizaciones sobre la enfermería realizadas por Reed pueden servir para orientar nuevos campos de investigación. En sus escritos filosóficos (Reed, 1997a), ofreció una conceptualización más amplia y explícita de la enfermería. En esta nueva conceptualización, ha habido un cambio desde la perspectiva de la enfermera como un conjunto de recursos externos (el «agente») a una perspectiva de la enfermería como un proceso interior. Concretamente, Reed define el cuidado de enfermería como un proceso de bienestar que existe dentro y entre los sistemas humanos. El proceso de la enfermería se caracteriza por una complejidad e integración variables. Desde este punto de vista, Reed presenta la autotrascendencia como un proceso de enfermería. La investigación que se realice en el futuro sobre los mecanismos que subyacen a esta complejidad e integración variables pueden ayudar a desarrollar nuevas conceptualizaciones sobre la forma en la cual la autotrascendencia aparece y funciona en la vida humana.

CRÍTICA

Claridad y coherencia

La claridad y la coherencia son los criterios fundamentales para juzgar una teoría (Chinn y Kramer, 2004). La claridad teórica depende de hasta qué punto los conceptos se han definido de forma clara y unívoca (claridad semántica) y de la facilidad que existe para comprender la forma en la cual los conceptos y los razonamientos están relacionados entre sí (claridad estructural). La coherencia semántica depende de hasta qué punto los conceptos se utilizan correctamente (coherencia entre el uso que se hace de los conceptos, su correspondiente definición y los supuestos básicos de la teoría), mientras que la coherencia estructural depende de la forma en la que los conceptos son coherentes con los supuestos básicos, con la finalidad de la teoría, con la definición de los conceptos y con las conexiones entre éstos.

Las fuentes de la teoría que sirvieron de base para su desarrollo se describen claramente en diferentes publicaciones (Reed, 1991b, 1996, 1997b, 2003). Sin embargo, las definiciones de los conceptos y los supuestos básicos derivados de la teoría del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital y de la teoría del ser humano unitario de Rogers a veces resultan difíciles de comprender para las enfermeras. En un intento de clarificar conceptos como

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

salud y autotrascendencia, Reed ha dado definiciones ligeramente diferentes y numerosos ejemplos, los cuales, aunque teóricamente coherentes, pueden confundir al lector. Por otro lado, en lo referente a la claridad estructural, algunas relaciones que se presentan en el modelo esquemático de la teoría (v. fig. 29-1) no están completamente definidas y descritas en los escritos de la autora, excepto en la publicación en la que aparece este diagrama (Reed, 2003). La coherencia estructural de la teoría de la autotrascendencia es buena, ya que las relaciones identificadas por la autora son lógicas y coherentes.

Es usual encontrar problemas de claridad en las definiciones cuando se trata de teorías que incorporan conceptos abstractos. Además, hay que tener en cuenta que, dado que la conceptualización es un proceso que se va dando a lo largo del tiempo, la claridad y la coherencia pueden resentirse, y la teoría puede acabar sobrepasando algunas de las ideas iniciales del autor (Malinski, 2006). Sin embargo, en términos generales el pensamiento teórico de Reed se ha mantenido en coherencia con sus ideas iniciales. Estas ideas se basan en los desarrollos teóricos rogerianos y en las teorías del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. A partir de estos dos elementos, Reed ha sido capaz de ofrecer una teoría que puede ser comprendida fácilmente tanto por las enfermeras que desarrollan su práctica profesional en la clínica como por quienes se dedican a la investigación en el campo de la enfermería.

Simplicidad

Cuantos menos conceptos y menos interrelaciones entre éstos tiene una teoría, más simple es (Chinn y Kramer, 2004). La simplicidad es importante en las teorías de alcance medio destinadas a orientar la práctica profesional de las enfermeras. La teoría de Reed es simple, ya que se utilizan sólo tres conceptos fundamentales (vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar), así como otros dos conceptos menos importantes (factores personales y del entorno, y puntos de intervención). Es probable que la complejidad de la teoría de Reed aumente un poco cuando se investiguen más a fondo estos dos conceptos y se identifique su relación con los tres conceptos principales. En resumen, la teoría de la autotrascendencia tiene pocos conceptos y un número limitado de interrelaciones entre ellos pero, aun así, es una teoría importante, práctica y bastante fácil de comprender.

Generalidad

El alcance y el propósito de la teoría de Reed permiten su aplicación en una serie muy amplia de situaciones relacionadas con la salud. El propósito de la teoría es aumentar la comprensión que tienen las enfermeras sobre el bienestar humano (Reed, 2003, 2008). Cuando fue presentado por primera vez, el trabajo de Reed se centraba fundamentalmente en los recursos de los que disponían las personas mayores que tenían que hacer frente a determinadas dificultades. Estos recursos se consideraban indicadores de salud mental (en concreto, de depresión diagnosticada por un psiquiatra) (Reed, 1983, 1986b, 1991a). Al establecer un nexo entre autotrascendencia (considerada como un indicador de madurez evolutiva, no necesariamente asociado con el envejecimiento) y salud mental (que es un indicador de bienestar general), el alcance de la teoría se amplió, por lo que pudo aplicarse a personas de cualquier edad que tengan que hacer frente al problema del final de la vida (Reed, 1991b). Posteriores desarrollos de la teoría han conducido a la introducción de nuevos conceptos, como el de vulnerabilidad, puntos de intervención y variables personales y contextuales (Reed, 2003, 2008). Por tanto, la teoría de la autotrascendencia es actualmente más amplia que al principio y más coherente con las teorías del desarrollo a lo largo del ciclo vital. Los conceptos principales pueden aplicarse a cualquier persona que tenga que hacer frente al tema del final de la vida, y a otros asuntos importantes que van surgiendo a lo largo del ciclo vital que van desde el nacimiento y ofrecer cuidados hasta contextos de cuidados a largo plazo, una enfermedad potencialmente mortal y la muerte. En consecuencia, la teoría de la autotrascendencia, que al principio se centraba únicamente en la salud mental, ha pasado a explicar el bienestar en general, por lo que actualmente es aplicable a numerosas situaciones relacionadas con la salud y la curación.

Precisión empírica

La validez empírica de una teoría se refiere al grado en el cual los conceptos coinciden con la realidad observada u observable, en este caso, especialmente con los hechos que se observan en la práctica de la enfermería. Chinn y Kramer (2004) definen la validez empírica en términos de accesibilidad de la teoría. Aunque los conceptos de la teoría de Reed (autotrascendencia, vulnerabilidad y bienestar) son algo abstractos, se han podido identificar indicadores empíricos de los subconceptos (p. ej., influencia de las enfermedades que pueden poner en peligro la vida, relación con los demás, depresión) y, además, han sido estudiados empíricamente por muchos investigadores. Por otro lado, se ha podido medir la autotrascendencia

mediante la Escala de Autotrascendencia de Reed, un instrumento de medida que se ha ido afinando y perfeccionando con el tiempo, lo cual ha permitido identificar nuevos indicadores empíricos.

Los investigadores pueden utilizar diferentes métodos e indicadores empíricos para medir la autotrascendencia, ya que este concepto permite ser abordado a partir de una serie de medidas que se adaptan bien al contexto clínico en el que desarrollan su práctica profesional las enfermeras. Los resultados de numerosos estudios empíricos hablan a favor de la existencia de una relación coherente entre el concepto de autotrascendencia y una serie de indicadores de bienestar, lo cual demuestra que la hipótesis de la teoría de Reed es correcta y que esta teoría tiene una validez empírica sólida.

Consecuencias deducibles

La teoría de la autotrascendencia es una teoría de alcance medio que permite fijar objetivos importantes en enfermería, tanto en la práctica clínica como en la formación y la investigación. Esta teoría se basa en la filosofía, en la investigación y en la práctica clínica de la enfermería. Una vez que ha sido sometida a estudios empíricos de validación, ha dado lugar a nuevos conocimientos que son útiles para la práctica profesional de las enfermeras. La teoría ofrece una serie de puntos de vista sobre el desarrollo de los seres humanos a lo largo del ciclo vital y sobre la relación que existe entre este desarrollo y la salud y la enfermedad. En muchas ocasiones, las enfermeras y los pacientes tienen que hacer frente a situaciones relacionadas con la muerte. Los recursos personales del paciente (es decir, la autotrascendencia) tienen que ver con su desarrollo personal y la enfermera puede ayudarle a ampliar estos recursos, lo cual significa que el personal de enfermería tiene la oportunidad de actuar de forma positiva para aumentar el bienestar de la persona en momentos de máxima vulnerabilidad. La naturaleza abstracta, aunque definible, del concepto de autotrascendencia facilita la puesta en marcha de muchos tipos de intervenciones que pueden actuar como estrategias que a la larga promueven el bienestar en diversos encuentros entre la enfermera y el paciente.

RESUMEN

La teoría de la autotrascendencia se desarrolló inicialmente utilizando la estrategia de reformulación deductiva a partir de las teorías del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, el sistema unitario de los seres humanos de Rogers y la experiencia clínica y personal de la autora. Si bien los conceptos teóricos son abstractos, la teoría también contiene subconceptos de naturaleza más concreta que han sido extensamente investigados en varios estudios empíricos con diferentes poblaciones. Los estudios exploratorios, correlacional-descriptivos y cuasiexperimentales demuestran que la hipótesis de que existe una relación entre las conductas y los puntos de vista relacionados con la autotrascendencia, por un lado, y los indicadores de bienestar, por otro, es correcta. Estos hallazgos de la investigación sirven para demostrar a las enfermeras que, con independencia de lo grave que se encuentre el paciente, los seres humanos conservan la capacidad de desarrollo personal, que está asociada con la sensación de bienestar.

Los hallazgos de la investigación también han indicado que las enfermeras pueden promover las conductas y los puntos de vista relacionados con la autotrascendencia tanto en ellas mismas como en sus pacientes. En el futuro, la investigación deberá centrarse en el estudio de los factores personales y contextuales que modifican la relación existente entre los conceptos de la teoría. Por otro lado, los métodos de investigación cualitativa puede servirnos para tener un mejor conocimiento del concepto de autotrascendencia, entendida como un proceso de enfermería y como una expresión de la profundidad y la complejidad variable de los seres humanos.

Caso clínico

El señor Jones tiene 65 años. Su mujer murió hace 6 meses después tras una larga enfermedad. Llevaban casados 45 años y se querían mucho. Tenían tres hijos, todos ellos mayores de 30 años. Dos de los hijos viven a varios cientos de kilómetros del lugar en el que reside el señor Jones, pero el tercero, que está casado y tiene tres niños pequeños, vive sólo a un kilómetro de distancia.

El señor Jones cuidó a su mujer durante su enfermedad. Le llevó mucho tiempo y le supuso un gran esfuerzo, pero se siente satisfecho de haber tenido la oportunidad de cuidar a su esposa. Ahora vive solo en la casa que compartía con su mujer. Siente mucha soledad y ha perdido el interés en preparar la comida, incluso por comer. No se siente con fuerzas suficientes para volver al círculo de amistades que tenía antes y reiniciar las relaciones sociales. Ni siquiera tiene ganas de ver a su hijo, su nuera y sus nietos.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Una enfermera que trabajaba en el hospital en el que murió su esposa se puso en contacto con el señor Jones para realizar un seguimiento del trabajo de duelo. La enfermera le dijo que el chequeo médico que le habían hecho la semana anterior demostraba que tenía buena salud, pero que estaba preocupada por su tristeza y falta de energía. La enfermera también le dijo al señor Jones que no tenía nada de extraño que el duelo durara muchos meses después de la pérdida de una persona muy querida. Le preguntó si creía que su mujer hubiese tenido una reacción similar si él hubiera sido el primero en morir, y el señor Jones contestó que su mujer lo hubiese pasado incluso peor. Luego, la enfermera y el señor Jones dedicaron algún tiempo a reflexionar sobre esta respuesta. La pregunta de la enfermera y la consiguiente respuesta del señor Jones de que la pena que él sentía no era tan intensa como lo hubiera sido la de su esposa le sirvieron para trascender su experiencia inmediata de pérdida y, por tanto, pudo empezar a ver cierto sentido y significado en su dolor.

En este ejemplo, vemos una ampliación hacia el interior de los límites autoconceptuales indicativos de la autotrascendencia. Otras expresiones de la autotrascendencia podrían ayudar al señor Jones a superar la situación y empezar a sentir cómo aumenta su bienestar.

En lo que se refiere a la ampliación hacia fuera, se podría ayudar al señor Jones a ponerse en contacto con su familia más próxima (su hijo, su nuera y sus nietos). Esto le serviría para tomar conciencia del mundo que lo rodea. Ir andando y volver desde su casa hasta la de su hijo podría servir para ampliar su mundo sensorial y sería una buena oportunidad de interactuar con otras personas y con la naturaleza. La interacción con sus nietos pequeños (juegos, risas, paseos, contar cuentos) le daría la oportunidad de volver a disfrutar de la vida, ya que la relación con los nietos, cuando son pequeños, es muy gratificante para la mayoría de las personas mayores. Además, podría ayudar a su hijo y a su nuera a cuidar de los pequeños, lo que le serviría para sentirse útil.

La experiencia adquirida durante el tiempo que cuidó de su esposa enferma puede servirle ahora al señor Jones para ayudar a otras personas mayores, por lo que podría trabajar como voluntario en alguna residencia de ancianos. Esto sería un buen ejemplo de trascendencia temporal. La integración de los recuerdos del señor Jones en su vida actual sería otro ejemplo de autotrascendencia temporal.

La autotrascendencia transpersonal puede ser otra experiencia importante para el señor Jones. Aunque lleva varios años sin ir a misa, en una época de su vida las ceremonias religiosas constituían para él una fuente de bienestar. Su vida espiritual podría ahora ampliarse a nuevas dimensiones espirituales, como el pensamiento de que algún día se reunirá con su mujer de nuevo o la sensación de que ella está todavía presente. Volver a la iglesia, practicar algún otro tipo de ceremonia religiosa con otras personas y abrirse a nuevas dimensiones espirituales relacionadas con los pensamientos que el señor Jones tiene sobre la mortalidad y la inmortalidad o sobre los planes divinos es otro ejemplo de autotrascendencia transpersonal.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de la autotrascendencia, coja un papel y haga una lista de algunas cosas que hacen que usted pueda ampliar sus límites autoconceptuales en su vida diaria. Describa de qué forma esta ampliación de su conciencia influye en su salud y en la sensación de bienestar.
2. ¿Cuáles son algunos de los factores personales y contextuales de su vida que influyen positiva o negativamente con su experiencia de la autotrascendencia?
3. ¿Qué haría usted para promover la autotrascendencia y la sensación de plenitud en una mujer con sida a la que le queda poco tiempo de vida?
4. ¿Cómo aplicaría usted la teoría de la autotrascendencia para ayudar a un hombre de 95 años, de salud muy frágil, que vive en una residencia, con el fin de conseguir que mantenga o recupere la sensación de bienestar?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Reed, P. G. (2008). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (2nd ed.) (pp. 163-200). New York: Springer.
- Reed, P. G. (1991a). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using

developmental theories. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(4), 64-77.

- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end-of-life. *Issues in Mental Health Nursing, 17*(3), 275-288.
- Reed, P. G. (2007). Scholarly reflections on nursing practice: Undergraduate student discoveries from four case studies. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship,* www.juns.nursing.arizona.edu

REFERENCIAS

Acton, G. (2003). Self-transcendent views and behaviors: Exploring growth in caregivers of adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 28*(12), 22-30.

Acton, G., & Wright, K. (2000). Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing, 18*(2), 143-158.

Alexander, C. N., & Langner, E. J. (1990). *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth.* New York: Oxford University Press.

Bean, K., & Wagner, K. (2006). Self-transcendence, illness distress, and quality of life among liver transplant recipients. *Journal of Theory Construction & Testing, 10*(*2*), 47-53.

Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. (2005). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice, 17*(3), 159-165.

Buchanan, D., Ferran, C., & Clark, D. (1995). Suicidal thought and self-transcendence in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 33*(10), 31-34. 42-43.

Carpenter, J. S., Brockopp, D., & Andrykowski, M. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 29*(6), 1042-1411.

Chen, S., & Walsh, S. (2009). A creative-bonding intervention model to promote nursing students' self-transcendence and positive attitudes toward elders. *Research in Nursing and Health, 32*(2), 204-216.

Chin-A-Loy, S. S., & Fernsler, J. I. (1998). Self-transcendence in older men attending a prostate cancer support group. *Cancer Nursing, 21*(5), 358-363.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge development in nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Commons, M. L., Richards, F. A., & Armon, C. (Eds.). (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development.* New York: Praeger.

Conti-O'Hare, M. (2002). *The nurse as wounded healer: From trauma to transcendence.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Coward, D. D. (1990a). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly, 3*, 162-169.

Coward, D. D. (1990b). Correlates of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Dissertation Abstracts International, B 52*(01). (University Microfilms No. 9108416).

Coward, D. D. (1991). Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 18*, 857-863.

Coward, D. D. (1994). Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nursing, 11*(5), 331-336.

Coward, D. D. (1995). Lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing, 24*, 314-318.

Coward, D. D. (1996). Correlates of self-transcendence in a healthy population. *Nursing Research, 45*(2), 116-121.

Coward, D. D. (1998). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group. *Oncology Nursing Forum, 25*, 75-84.

Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *Oncology Nursing Forum, 30*(Part 1 of 2), 291-300.

Coward, D. D., & Kahn, D. L. (2004). Resolution of spiritual disequilibrium in women newly diagnosed with breast cancer (Online exclusive). *Oncology Nursing Forum, 31*(2), E24-E31.

Coward, D. D., & Kahn, D. L. (2005). Transcending breast cancer: Making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing, 23*(3), 264-283.

Coward, D. D., & Lewis, F. M. (1993). The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS. *Oncology Nursing Forum, 20*, 1363-1369.

Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end-of-life. *Issues in Mental Health Nursing, 17*(3), 275-288.

Decker, I. M., & Reed, P. G. (2005). Developmental and contextual correlates of elders' anticipated end-of-life decisions. *Death Studies, 29*, 827-846.

Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-aged adults. *Western Journal of Nursing Research, 23*(7), 698-713.

Enyert, G., & Burman, M. E. (1999). A qualitative study of self-transcendence in caregivers of terminally ill patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 16*(2), 455-462.

Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Erickson, M. (2002). Modeling and role-modeling. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed., pp. 443-464). St. Louis: Mosby.

Fitzpatrick, J. J., Whall, A. L., Johnston, R. L., & Floyd, J. A. (1982). *Nursing models and their psychiatric mental health applications.* Bowie, MD: Robert J. Brady.

Frankl, V. (1969). *The will to meaning.* New York: New American Library.

Gusick, G. M. (2005). Factors affecting the symptom burden in chronic heart failure. *Dissertation Abstracts International B, 66*(03) (University Microfilms No. 3166193).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hunnibell, L. S. (2006). Self-transcendence and the three aspects of burnout syndrome in hospice and oncology nurses. *Dissertation Abstracts International, B 68*(02). (University Microfilms No. 3253704).

Joffrion, L. P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing, 32*(3), 13-19.

Kamienski, M. C. (1997). An investigation of the relationship among suffering, self-transcendence, and social support in women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International, B 58*(04). (University Microfilms No. ATT9729588).

Kausch, K. D., & Amer, K. (2007). Self-transcendence and depression among AIDS Memorial Quilt panel Makers. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 45*(6), 44-53.

Kilpatrick, J. A. W. (2002). Spiritual perspective, self-transcendence, and spiritual well-being in female nursing students and female nursing faculty. *Dissertation Abstracts International, B63*(02). (University Microfilms No. ATT 3044802).

Kinney, C. (1996). Transcending breast cancer: Reconstructing one's self. *Issues in Mental Health Nursing, 17*(3), 201-216.

Klaas, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 4*, 452-462.

Langner, T. S. (1962). A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior, 3*, 269-276.

Lerner, R. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Malinski, V. M. (2006). Rogerian science-based nursing theories. *Nursing Science Quarterly, 19*(1), 7-12.

Maslow, A. H. (1971). *Farther reaches of human nature.* New York: Viking Press.

Matthews, E. E. (2000). Optimism and emotional well-being in women with breast cancer: The role of mediators. *Dissertation Abstracts International, B61*(03). (University Microfilms No. 9967106).

McCormick, D. P., Holder, B., Wetsel, M., & Cawthon, T. (2001). Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 12*(3), 58-65.

McGee, E. M. (2000). Alcoholics Anonymous and nursing: Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing, 18*(1), 11-26.

McGee, E. M. (2004). *I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses.* Unpublished doctoral dissertation. Boston: Boston College.

Mellors, M. P., Erlen, J. A., Coontz, P. D., & Lucke, K. T. (2001). Transcending the suffering of AIDS. *Journal of Community Health Nursing, 18*(4), 235-246.

Mellors, M. P., Riley, T. A., & Erlen, J. A. (1997). HIV, self-transcendence, and quality of life. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 8*(2), 59-69.

Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *ANS Advances in Nursing Science, 24*(2), 27-47.

Newman, M. A. (1986). *Health as expanding consciousness.* St. Louis: Mosby.

Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*(4), 354-362.

Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing.* New York: John Wiley & Sons.

Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 24*(3), 1343-1353.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

Reed, P. G. (1983). Implications of the life span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *ANS Advances in Nursing Science, 6*(1), 18-25.

Reed, P. G. (1986a). A model for constructing a conceptual framework for education in the clinical specialty. *Journal of Nursing Education, 25*(7), 295-299.

Reed, P. G. (1986b). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research, 35*(6), 368-374.

Reed, P. G. (1987). Constructing a conceptual framework for psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing, 25*(2), 24-28.

Reed, P. G. (1989). Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research, 11*, 143-163.

Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(4), 64-77.

Reed, P. G. (1991a). Self-transcendence and mental health in the oldest-old adults. *Nursing Research, 40*(1), 5-11.

Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly, 9*(1), 2-4.

Reed, P. G. (1997a). Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly, 10*(2), 76-79.

Reed, P. G. (1997b). The place of transcendence in nursing's science of unitary human beings: Theory and research. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 187-196). New York: National League for Nursing.

Reed, P. G. (2003). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp.145-165). New York: Springer.

Reed, P. G. (2008). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (2nd ed., pp. 163-200). New York: Springer.

Reed, P. G., & Rousseau, E. (2007). Spiritual inquiry and well-being in life limiting illness. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 19*(4), 81-98.

Riegel, K. (1976). The dialectics of human development. *American Psychologist*, *31*, 689-699.
Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
Rogers, M. E. (1980). A science of unitary man. In J. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 329-338). New York: Appleton-Century-Crofts.
Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible human beings: Update 1990. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science based nursing* (pp. 5-12). New York: National League for Nursing Press.
Runquist, J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adul. *Journal of Holistic Nursing*, *25*(1), 5-13.
Sarter, B. (1988). Philosophical sources of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *1*(2), 52-59.
Shearer, N. B. C., & Reed, P. G. (2004). Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly*, *17*(3), 253-259.
Stevens, D. D. (1999). Spirituality, self-transcendence and depression in young adults with AIDS (Immune deficiency). *Dissertation Abstracts International*, *B61*(02). (University Microfilms No. 9961253).
Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, *15*, 208-218.
Taylor, E. J. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *27*, 781-788.
Upchurch, S. L. (1993). Self-transcendence, health status, and selected variables as determinants of the ability to perform activities of daily living in non-institutionalized adults. *Dissertation Abstracts International*, *B55*(01). (University Microfilms No. 9407736).
Upchurch, S. L. (1999). Self-transcendence and activities of daily living: The woman with the pink slippers. *Journal of Holistic Nursing*, *17*(3), 251-266.
Upchurch, S. L., & Mueller, W. H. (2005). Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African Americans. *International Journal of Aging & Human Development*, *60*(1), 77-94.
Walton, C., Shultz, C., Beck, C., & Walls, R. (1991). Psychological correlates of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, *5*(3), 165-170.
Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown & Co.
Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
Whall, A. L. (1986). *Family therapy theory for nursing: Four approaches*. East Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
Wilber, K. (1980). *The Atman project: A transpersonal view of human development*. Wheaton, IL: Quest.
Wilber, K. (1981). *Up from Eden: A transpersonal view of human evolution*. Garden City, NY: Theosophical Publishing House.
Wilber, K. (1990). *Eye to eye: The quest for the new paradigm* (2nd ed.). Boston: Shambhala.
Wright, K. (2003). Quality of life, self-transcendence, illness distress, and fatigue in liver transplant recipients. *Dissertation Abstracts International*, *B64*(12). (University Microfilms No. 3116238).
Young, C. A., & Reed, P. G. (1995). Elders' perceptions of the role group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, *9*(6), 338-347.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Reed, P. G., & Shearer, N. B. C., (2008). *Perspectives on nursing theory* (5th ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
Reed, P. G., Shearer, N. B. C. & Nicoll, L. H. (Eds.) (2004). *Perspectives on nursing theory* (4th ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Capítulos de libros

Reed, P. G. (1985). Early and middle adulthood. In D. L. Critchley & J. T. Maurin (Eds.), *The clinical specialist in psychiatric-mental health nursing: Theory, research, and practice* (pp. 135-154). New York: John Wiley & Sons.
Reed, P. G. (1986). The developmental conceptual framework: Nursing reformulations and applications for family theory. In A. Whall (Ed.), *Family therapy theory for nursing: Four approaches* (pp. 69-92). New York: Appleton-Century-Crofts.
Reed, P. G. (1992). Nursing theorizing as an ethical endeavor. In L. Nicoll (Ed.), *Perspectives on nursing theory* (2nd ed., pp. 168-175). New York: Lippincott.
Reed, P. G. (1996). Peplau's interpersonal relations model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (3rd ed., pp. 55-76). Norwalk: Appleton & Lange.
Reed, P. G. (1997). The place of transcendence in nursing's science of unitary human beings: Theory and research. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 187-196). New York: National League for Nursing Press.
Reed, P. G. (1998). Nursing theoretical models. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 385-387). New York: Springer.
Reed, P. G. (1998). The re-enchantment of health care: A paradigm of spirituality. In M. Cobb & V. Robshaw (Eds.), *The spiritual challenge of health care* (pp. 35-55). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
Reed, P. G. (2003). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 145-165). New York: Springer.
Reed, P. G. (2005). Peplau's nursing theory of interpersonal relations. In J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (4th ed., pp. 46-67). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Reed, P. G. (2008). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (2nd ed., pp. 163-200). New York: Springer.
Reed, P. G., & Johnston, R. L. (1983). Peplau's model: The interpersonal process. In J. J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (pp. 27-46). Bowie, MD: Brady.
Reed, P. G., & Johnston, R. L. (1989). Peplau's model: The interpersonal process. In J. J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (2nd ed., pp. 49-68). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Reed, P. G., & Larson, C. (2006). Spirituality. In J. J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), *Encyclopedia for nursing research* (2nd ed., pp. 565-567). New York: Springer.
Reed, P. G., & Shearer, N. C. (2006). Peplau's theoretical model. In J. J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), *Encyclopedia for nursing research* (2nd ed., pp. 459-461). New York: Springer.
Reed, P. G., & Zurakowski, T. (1983). Nightingale: A visionary model for nursing. In J. J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (pp. 12-26). Bowie, MD: Brady.
Reed, P. G., & Zurakowski, T. (1989). Nightingale: A visionary model for nursing revisited. In J. J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (2nd ed., pp. 33-48). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Reed, P. G., & Zurakowski, T. L. (1996). Florence Nightingale: Foundations of nursing theory, education, research, and practice. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (3rd ed., pp. 27-54). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Shearer, N., & Reed, P. G. (1998). Peplau's theoretical model. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of nursing research.* New York: Springer.

Artículos de revistas

Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues in Mental Health Nursing, 17*, 275-288.
Decker, I. M., & Reed, P. G. (2005). Developmental and contextual correlates of elders' anticipated end-of-life decisions. *Death Studies, 29*, 827-846.
Ellermann, C., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-aged adults. *Western Journal of Nursing Research, 23*(7), 698-713.
Felton, G., Reed, P. G., & Perla, S. (1981). Measurement of nursing students' and nurses' attitudes toward cancer. *Western Journal of Nursing Research, 3*(1), 62-75.
Fitzpatrick, J. J., & Reed, P. G. (1980). Stress in the crisis experience: Nursing intervention. *Occupational Health Nursing, 28*(12), 19-21.
Jesse, E., & Reed, P. G. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors among pregnant women from Appalachia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 33*(6), 739-747.
Moore, I. K., & Reed, P. G. (2000). Stress-response sequence model in pediatric oncology nurses: Theory critique and commentary. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17*(2), 72-75.
Reed, P. G. (1982). On Smith's definition of health (Editorial). *ANS Advances in Nursing Science, 4*, ix-x.
Reed, P. G. (1983). Implications of the life span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *ANS Advances in Nursing Science, 6*, 18-25.
Reed, P. G. (1984). The developmental concept (Editorial). *ANS Advances in Nursing Science, 6*, vii.
Reed, P. G. (1985). Strategies for teaching nursing research: Theory and metatheory in an undergraduate course. *Western Journal of Nursing Research, 7*, 482-486.
Reed, P. G. (1986). A model for constructing a conceptual framework for education in the clinical specialty. *Journal of Nursing Education, 25*(7), 295-299.
Reed, P. G. (1986). Death perspectives and temporal variables in terminally ill and healthy adults. *Death Studies, 10*, 443-454.
Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly: A longitudinal study. *Nursing Research, 35*, 368-374.
Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health, 9*, 35-42.
Reed, P. G. (1987). Constructing a conceptual framework for psychosocial nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing, 25*(2), 24-28.
Reed, P. G. (1987). Liberal arts and professional nursing education: Integration for knowledge and wisdom. *Nursing Educator, 12*(4), 37-40.
Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health, 10*(5), 335-344.
Reed, P. G. (1988). Promoting research productivity in new faculty: A developmental perspective of the early postdoctoral years. *Journal of Professional Nursing, 4*(2), 119-125.
Reed, P. G. (1989). Mental health of older adults [includes commentaries and author's response]. *Western Journal of Nursing Research, 11*(2), 143-163.
Reed, P. G. (1989). Nursing theorizing as an ethical endeavor. *ANS Advances in Nursing Science, 11*(3), 1-9.
Reed, P. G. (1991). Preferences for spiritually-related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Applied Nursing Research, 4*(3), 122-128.
Reed, P. G. (1991). Response to "Serenity: Caring with perspective". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 5*(2), 143-147.
Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research, 40*, 7-11.
Reed, P. G. (1991). Spirituality and mental health of older adults: Extant knowledge for nursing. *Family and Community Health, 14*(2), 14-25.
Reed, P. G. (1991). Toward a theory of self-transcendence: Deductive reformulation using

developmental theories. *ANS Advances in Nursing Science*, *13*(4), 64-77.
Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*, *15*, 349-357.
Reed, P. G. (1994). The spirituality factor: Response to "The relationship between spiritual perspective, social support, and depression in care giving and non-care giving wives". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *8*(4), 391-396.
Reed, P. G. (1995). A treatise on nursing knowledge development for the 21st century: Beyond postmodernism. *ANS Advances in Nursing Science*, *17*(3), 70-84.
Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly*, *9*(1), 2-4.
Reed, P. G. (1996). Transforming knowledge into nursing knowledge through the scholarship of practice: A revisionist analysis of Peplau. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *28*(1), 29-33.
Reed, P. G. (1997). Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly*, *10*(2), 76-79.
Reed, P. G. (1998). A holistic view of nursing concepts and theories in practice. *Journal of Holistic Nursing*, *16*(4), 4415-4419.
Reed, P. G. (1998). Response to commentary on "The ontology of the discipline of nursing": Breaking through a breakdown in logic. *Nursing Science Quarterly*, *11*(4), 146-148.
Reed, P. G. (1999). Commentary: Spirituality in older women who have osteoarthritis. Graduate Research in Nursing (Online publication), 1(1). Retrieved November 12, 2004, from http://www.graduateresearch.com/reed.htm
Reed, P. G. (1999). Response to "Attentively-embracing story: A middle range theory with practice and research implications". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *13*(2), 205-210.
Reed, P. G. (2000). Nursing reformation: Historical reflections and philosophic foundations. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 129-136.
Reed, P. G. (2001). Commentary: Spiritual care provided by parish nurses. *Western Journal of Nursing Research*, *23*, 456-458.
Reed, P. G. (2006). Neomodernism and evidence based nursing: The production of nursing knowledge. *Nursing Outlook*, *54*(1), 36-38.
Reed, P. G. (2006). The practice turn in nursing epistemology. *Nursing Science Quarterly*, *19*(1), 36-38.
Reed, P. G. (2006). Theory and nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *19*(2), 116.
Reed, P. G. (2008). The practice of nursing science: Crossing boundaries. *Nursing Science Quarterly*, *21*(1), 37-39.
Reed, P. G. (2008). Spiritual care as nursing care: Commentary on 'Spiritual care perspectives of Danish registered nurses'. *Journal of Holistic Nursing*, *26*, 15-16.
Reed, P. G., & Leonard, V. E. (1989). An analysis of the concept of self-neglect. *ANS Advances in Nursing Science*, *12*(1), 39-53.
Reed, P. G., & Rolfe, G. (2006). Nursing knowledge and nurses' knowledge: A reply to Mitchell and Bournes. *Nursing Science Quarterly*, *19*(2), 120-122.
Reed, P. G., & Runquist, J. (2007). Reformulation of a methodological concept in grounded theory. *Nursing Science Quarterly*, *20*(2), 118-122.
Reed, P. G., & Verran, J. (1988). Cross-lag panel correlation analysis assumptions: Stationarity, synchronicity, stability. *Western Journal of Nursing Research*, *10*(5), 671-676.

Reseñas de libros

Reed, P. G. (1999). Nursing theorists and their work by M. Tomey & M. Alligood. *Nursing Science Quarterly*, *12*(3), 266-268.
Reed, P. G. (1999). Theory and nursing: Integrated knowledge development by P. Chinn & M. Kramer. *Nursing Leadership Forum*, *4*(2), 2-3.
Reed, P. G. (2001). Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views by Janet Macrae. *Nursing Leadership Forum*, *6*(2), 90.
Reed, P. G. (2003). Nursing theories and nursing practice by Marilyn Parker. *Nursing Science Quarterly*, *16*(2), 175-176.
Reed, P. G. (2005). Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education by Carol Picard and Dorothy Jones. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 272-273.

Tesis doctoral

Reed, P. G. (1982). Well-being and perspectives on life and death among death-involved and non-death-involved individuals. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros seleccionados

Coward, D. D. (2000). Making meaning within the experience of life-threatening illness. In G. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 157-170). Thousand Oaks, CA: Sage.
Haase, J., Britt, T., Coward, D., Kline Leidy, N., & Penn, P. (2000). Simultaneous concept analysis: A strategy for developing multiple interrelated concepts. In B. Rodgers & K. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed., pp. 209-229). Philadelphia: W. B. Saunders.

Artículos publicados en revistas (no incluidos en REFERENCIAS)

Budin, W. C. (2001). Birth and death: Opportunities for self-transcendence. Journal of Perinatal Education, 10(2), 38-42.
Chen, K., & Snyder, M. (1999). A research-based use of Tai Chi/movement therapy as a nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, *17*(3), 267-279.
Chiu, L. (2000). Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, *22*, 29-53.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Chiu, L., Emblen, J., van Hofwegen, L., Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western Journal of Nursing Research*, *26*(4), 405-428.

Coward, D. D. (1996). Self-transcendence: Making meaning from the cancer experience. *Quality of Life—A Nursing Challenge*, *4*(2), 53-58.

Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Leidy, N. K., & Penn, P. E. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance, and self-transcendence. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, *24*(2), 141-147.

Hall, B. (1997). Spirituality in terminal illness: An alternative view of theory. *Journal of Holistic Nursing*, *15*(1), 82-96.

Phillips-Salimi, C. R., Haase, J. E., Kintner, E. K., Monahan, P. O., & Azzouz, F. (2007). Psychometric properties of the Herth Hope Index in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Nursing Measurement*, *15*(1), 3-23.

Ramer, L., Johnson, D., Chan, L., & Barrett, M. T. (2006). The effect of HIV/AIDS disease progression on spirituality and self-transcendence in a multicultural population. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(3), 280-289.

Rawnsley, M. (2000). Response to Reed's nursing reformulation: Historical and philosophic foundations. *Nursing Science Quarterly*, *13*(2), 134-136.

Reese, C. G., & Murray, R. B. (1996). Transcendence: The meaning of great-grandmothering. *Archives of Psychiatric Nursing*, *10*(4), 245-251.

Runquist, J. J. (2006). Persevering through postpartum fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*, *36*(1), 28-37.

Shearer, N. B. (2007). Toward a nursing theory of Health Empowerment in Homebound Older Women. *Journal of Gerontological Nursing*, *33*(12), 38-45.

Teixeira, M. E. (2008). Self-Transcendence: a concept for nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, *22*(1), 25-31.

Thorne, S., & Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(2), 173-178.

Walker, C. A. (2002). Transformative aging: How mature adults respond to growing older. *Journal of Theory Construction & Testing*, *6*(2), 109-116.

Tesis de licenciatura y de doctorado seleccionadas

Billard, A. (2001). The impact of spiritual transcendence on the well-being of aging Catholic sisters. *Dissertation Abstracts International*, *B61*(12). (University Microfilms No. 9999061).

Bouwkamp, C. I. (1996). *The relationships among depression, quality of life, and spirituality in older adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Brauchler, D. S. (1992). *An empirical study of the relationship between spiritually-related variables and depression in hospitalized adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Britt, T. (1989). *The relationship of self-transcendence, spirituality, and hope to positive personal death perspectives in healthy older adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Brown, M. L. (1995). *The relationship of spirituality and self-transcendence to life satisfaction among chronically ill Euro-American and Mexican-American older adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Campesino-Flenniken, M. (2003). Voces de las madres: Traumatic bereavement after gang-related homicide. *Dissertation Abstracts International*, *B64*(09). (University Microfilms No. 3106975).

Cookman, C. A. (1992). Attachment structures of older adults. *Dissertation Abstracts International*, *B53*(07). (University Microfilms No. 9234901).

Coward, D. (1990). Correlates of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Dissertation Abstracts International*, *B52*(01). (University Microfilms No. 9108416).

Decker, I. (1998). Moral reasoning, self-transcendence, and end-of-life decisions in a group of community dwelling elders. *Dissertation Abstracts International*, *B59*(11). (University Microfilms No. 9912131).

Egan, S. R. (1996). *The relationship of meaning of death field patterns to well-being, spiritual perspective and perception of health in healthy older adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Ellermann, C. (1998). *Depression and self-transcendence in middle-aged adults.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Forbes, M. A. R. (1998). Testing a causal model of hope and its antecedents among chronically ill older adults. *Dissertation Abstracts International*, *B59*(08). (University Microfilms No. 9901665).

Gallup, J. R. (1985). *The relationship of death anxiety to developmental resources and perceived distance to personal death in later adulthood.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Gross, D. (1994). *Harvesting the wisdom of the elders: A study of the lives of seven exemplary aged women.* Unpublished doctoral dissertation, Palo Alto, CA: Institute of Transpersonal Psychology.

Gusick, G. M. (2005). Factors affecting the symptom burden in chronic heart failure. *Dissertation Abstracts International*, *B66*(03). (University Microfilms No. 3166193).

Hunnibell, L. S. (2006). Self-transcendence and the three aspects of burnout syndrome in hospice and oncology nurses. *Dissertation Abstracts International B 68*(02). (University Microfilms No. 3253704).

Jacobs, M. L. (1995). *Spiritual perspective and death acceptance as correlates of the aggressiveness of elders' end-of-life treatment choices.* Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Kamienski, M. C. (1997). An investigation of the relationship among suffering, self-transcendence, and social support in women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International*, *B58*(04). (University Microfilms No. 9729588).

Kim, S. (Graduating in May 2008). *Family interdependence of spirituality and self-transcendence and well-being among Korean elders and family caregivers*. Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, AZ.

Kelley, M. G. (1999). *The lived experience of spiritual healing touch in older women with chronic pain*. Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Kilpatrick, J. A. W. (2002). Spiritual perspective, self-transcendence, and spiritual well-being in female nursing students and female nursing faculty. *Dissertation Abstracts International*, *B63*(02). (University Microfilms No. 3044802).

Klaas, D. J. K. (1996). The experience of depression, meaning in life and self-transcendence in two groups of elders. *Dissertation Abstracts International*, *B58*(02). (University Microfilms No. 9720690).

Larson, C. D. (1998). *The relationship of spiritual perspective and functional status to morale in adults with chronic pulmonary disease*. Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Larson, C. D. (2004). *Spiritual, psychosocial, and physical correlates of well-being across the breast cancer experience*. Unpublished doctoral dissertation, Tucson, AZ: University of Arizona.

Malcolm, J. D. (1989). *Self-transcendence, chronic illness and depression in later adulthood*. Unpublished master's thesis, Tempe, AZ: Arizona State University.

Matthews, E. E. (2000). Optimism and emotional well-being in women with breast cancer: The role of mediators. *Dissertation Abstracts International*, *B61*(03). (University Microfilms No. 9967106).

McGaffic, C. M. (1996). Patterns of spirituality and health. In *Dissertation Abstracts International*, *B57(03)*. Tucson, AZ: University of Arizona. (Unavailable from University Microfilms International).

McGee, E. M. (2004). *I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Boston: Boston College.

Nielson, S. T. P. (1992). *Life events as determinants of wisdom in older adults*. Tucson, AZ: University of Arizona. Unpublished doctoral dissertation.

Rieck, S. B. (2000). The relationship between the spiritual dimension of the nurse-patient relationship and patient well-being. *Dissertation Abstracts International*, *B61*(08). (University Microfilms No. 9983908).

Rosdahl, D. (2004). The effect of mindfulness meditation on tension headaches and secretory immunoglobulin A in saliva. *Dissertation Abstracts International*, *B65*(01). (University Microfilms No. 3119979).

Rose, S. S. (2003). Catastrophic injury and illness in the elderly. *Dissertation Abstracts International*, *B64*(05). (University Microfilms No. 3090018).

Runquist, J. J. (2006). Persevering through postpartum fatigue. *Dissertation Abstracts International*, *B67*(01). (University Microfilms No. 3205369).

Sabre, L. K. (1997). *Perceived insomnia, life-events and self-transcendence in middle and older adults*. Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Scharpf, S. S. (1996). *Self-transcendence in older men with prostate cancer*. Unpublished master's thesis, Newark: University of Delaware.

Shearer, N. B. C. (2000). Facilitators of health empowerment in women. *Dissertation Abstracts International*, *B61*(03). (University Microfilms No. 9965911).

Stevens, D. D. (1999). Spirituality, self-transcendence and depression in young adults with AIDS (Immune deficiency). *Dissertation Abstracts International*, *B61*(02). (University Microfilms No. 9961253).

Suzuki, M. (1999). *The relationship of depression and self-transcendence among community-living Japanese elders*. Tucson, AZ: University of Arizona. Unpublished master's thesis.

Upchurch, S. L. (1993). Self-transcendence, health status, and selected variables as determinants of the ability to perform activities of daily living in non-institutionalized adults. *Dissertation Abstracts International*, *B55*(01) (University Microfilms No. 9407736).

Van Lent, D. (1988). *The relationship of spirituality, self-transcendence, and social support to morale in chronically ill elderly*. Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

Walker, C. A. (2000). Aging among baby boomers. *Dissertation Abstracts International*, *B61*(11). (University Microfilms No. 9993966).

Wright, K. (2003). Quality of life, self-transcendence, illness distress, and fatigue in liver transplant recipients. *Dissertation Abstracts International*, *B64*(12). (University Microfilms No. 3116238).

Young, C. (1994). *Older adults group members' perceptions of the role of outpatient group psychotherapy in enhancing self-transcendence*. Unpublished master's thesis, Tucson, AZ: University of Arizona.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO

30

Carolyn L. Wiener

1930-presente

Créditos de la fotografía: Robert Foothorap (2001). The UCSF School of Nursing Annual Publication, *The Science of Caring, 13*(1), 7.

Marylin J. Dodd

1946-presente

Créditos de la fotografía: Craig Carlson.

Teoría de la trayectoria de la enfermedad

Janice Penrod, Lisa Kitko y Chin-Fang Liu

«La incertidumbre que rodea a una enfermedad crónica como el cáncer es la incertidumbre patente de la vida. Escuchando a quienes toleran esta exagerada incertidumbre, podemos aprender mucho de la trayectoria de la vida» (Wiener y Dodd, 1993, p. 29).

BIOGRAFÍA

Carolyn L. Wiener

Carolyn L. Wiener nació en San Francisco en 1930. Obtuvo su licenciatura en ciencias sociales interdisciplinarias en la San Francisco State University en 1972. Wiener completó un máster en sociología en la Universidad de California, en San Francisco (UCSF) en 1975. Volvió a la UCSF para realizar su doctorado en sociología y lo completó en 1978. Después Wiener aceptó el puesto de socióloga ayudante de investigación en la UCSF.

Wiener es profesora adjunta y socióloga investigadora en el Department of Social and Behavioral Sciences en la School of Nursing en la UCSF. Su investigación se centra en la organización de las instituciones sanitarias, las enfermedades crónicas y la política sanitaria. Enseña métodos de investigación cualitativa y ha dirigido numerosos seminarios y reuniones de trabajo sobre el método de la teoría sobre el terreno.

A lo largo de su carrera, el excelente trabajo de Wiener la ha hecho merecedora de varios galardones y honores. Su intensa relación de colaboración con el difunto Anselm Strauss (cocreador de los métodos de la teoría sobre el terreno) y su prolífica experiencia en los métodos de la teoría sobre el terreno hicieron que fuera invitada a presentar la celebración de la vida y de la obra de Anselm Strauss en la UCSF en 1996 con la conferencia titulada *Anselm Strauss, un teórico: El impacto de su pensamiento en las ciencias sociales alemanas y europeas* en 1999 en Magdeburgo (Alemania). Es una persona muy solicitada como consultora sociológica por investigadores y estudiantes de varias especialidades.

La difusión de los hallazgos de su investigación y de sus publicaciones metodológicas es un sello del trabajo de Wiener. Ha producido una serie continua de artículos de investigación y de teoría desde mediados de la década de 1970. Además, es autora o coautora de varios libros (Strauss, Fagerhaugh, Suczek y Wiener, 1997; Wiener, 1981, 2000; Wiener y Strauss, 1997; Wiener y Wysmans, 1990). En sus esfuerzos iniciales, Wiener se centró en las trayectorias de la enfermedad, la biografía y todo lo que se relaciona con la evolución de la tecnología médica. Desde finales de la década de 1980 a la década de 1990, Wiener se centró en la forma de afrontar los problemas, la indecisión y la responsabilidad en los hospitales. Luego completó un estudio en el que se examinaba el control cualitativo y los esfuerzos de rediseño en las relaciones entre las agencias de contratación de enfermeras y los hospitales sobre el tema de la responsabilidad (Wiener, 2000). Todo este trabajo se basa en su gran experiencia metodológica y en su perspectiva sociológica.

Marylin J. Dodd

Marylin J. Dodd nació en 1946 en Vancouver (Canadá). Obtuvo el diploma de enfermera tras estudiar en el Hospital General de Vancouver, en la Columbia Británica (Canadá). Continuó su educación y obtuvo la licenciatura y un máster

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

en enfermería en la Universidad de Washington en 1971 y 1973, respectivamente. Dodd trabajó como profesora de enfermería en la Universidad de Washington tras completar su máster. En 1977, Dodd volvió a la universidad y completó su doctorado en enfermería por la Wayne State University. Después aceptó la plaza de profesora ayudante en la UCSF. Durante su estancia allí, Dodd ha llegado a ejercer como profesora a tiempo completo y como directora del Center for Symptom Management at UCSF. En 2003 fue galardonada con el Sharon A. Lamb Endowed Chair en Control de síntomas en la Escuela de Enfermería, UCSF.

Su ejemplar programa de investigación se basa en la enfermería oncológica, específicamente en los autocuidados y en el control de los síntomas. Los extraordinarios registros de Dodd de investigación subvencionada proporcionan evidencias de la superioridad y del significado de su trabajo. Con gran habilidad, ha combinado modestos fondos internos y externos con 23 años de financiación continua de los National Institutes of Health para avanzar en su investigación. Su trayectoria investigadora ha avanzado impecablemente conforme ha utilizado de forma progresiva los estudios descriptivos y los estudios de intervención, usando metodologías de ensayos clínicos aleatorios para extender la comprensión de los fenómenos complejos en el cuidado del cáncer.

La investigación de Dodd se diseñó para comprobar las autointervenciones (Programa PRO-SELF) en el manejo de los efectos secundarios del tratamiento de los pacientes con cáncer (mucositis) y los síntomas del cáncer (astenia, dolor). Esta investigación, denominada *PRO-SELF: Pain Control Program. An Effective Approach for Cancer Pain Management*, se publicó en el *Oncology Nursing Forum* (West, Dodd, Paul, Schumacher, Tripathy et al., 2003). Actualmente Dodd enseña la especialidad de enfermería oncológica. En 2002 creó dos nuevos cursos *(Biomarcadores I y II)* desarrollados por el Center for Symptom Management Faculty Group.

La ilustre carrera de Dodd ha merecido varios galardones prestigiosos. Entre dichos honores, fue reconocida como miembro de la American Academy of Nursing (1986). Su continua excelencia y sus significativas contribuciones a la enfermería oncológica se evidencian por haber sido galardonada con el premio a la Oncology Nursing Society/Schering Excellence in Research Award (1993, 1996), la Best Original Research Paper en *Cancer Nursing* (1994, 1996), la Oncology Nursing Society Bristol-Myers Distinguished Researcher Career Award (1997) y la Oncology Nursing Society/Chiron Excellence of Scholarship and Consistency of Contribution to the Oncology Nursing Literature Career Award (2000). En 2005, Dodd recibió el prestigioso Episteme Laureate Award (el premio Nobel de Enfermería) de la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. Esta impresionante lista de premios, que no es exhaustiva, proporciona una medida de la magnitud del respeto profesional y de la admiración que Dodd ha despertado a lo largo de su carrera.

Los logros de Dodd en la expansión de su investigación también han sido memorables. Su volumen de publicaciones originales comenzó en 1975. A principios de la década de 1980 había publicado múltiples artículos cada año y su ritmo se ha ido acelerando. Ha sido autora o coautora de más de 130 artículos de revistas revisadas por expertos basadas en datos, siete libros y numerosos capítulos de libros, editoriales, conferencias y artículos de revisión (1978, 1987, 1988, 1991, 1997, 2001). Sus presentaciones en reuniones científicas por todo el mundo han acentuado su trabajo. Dodd ha sido conferenciante invitada en Norteamérica, Australia, Asia y Europa.

Su servicio activo en la universidad, la School of Nursing, el Department of Physiological Nursing y numerosas organizaciones públicas y profesionales, y sus revisiones en revistas aumentan su impresionante registro de servicio a la profesión enfermera. A pesar de la amplitud y volumen de sus actividades, Dodd es una profesora y tutora activa. Es miembro de la facultad, imparte varios cursos de grado y actúa como asesora en programas de másteres y trabajos doctorales y posdoctorales de la UCSF. Con esta breve revisión de sólo unos pocos logros de su admirable trayectoria, está claro que Dodd es un ejemplo de excelencia en la carrera de enfermería.

FUENTES TEÓRICAS

El hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal. Dicha alteración afecta a todos los aspectos de la vida, incluido el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo. Enfrentarse a

ello es la respuesta a esta alteración. Aunque el enfrentamiento con la enfermedad ha sido de interés para los científicos sociales y para las enfermeras desde hace décadas, Wiener y Dodd explican claramente que las suposiciones teóricas anteriormente implícitas tienen una utilidad limitada en este tipo de trabajo (Wiener y Dodd, 1993, 2000). Puesto que los procesos que rodean la aparición de la enfermedad tienen lugar en el contexto de la vida, las respuestas de afrontamiento están situadas, de forma inherente, en las interacciones sociológicas con los otros y en los procesos biográficos de uno mismo. El afrontamiento con frecuencia se describe como un compendio de estrategias utilizadas para manejar la alteración, tratar de aislar respuestas específicas a un acontecimiento que se vive con la complejidad del contexto vital, o asignar etiquetas de valor (p. ej., bueno o malo) a los comportamientos de respuesta que se describen colectivamente como afrontamiento al problema. No obstante, la compleja interrelación entre la disrupción fisiológica, las interacciones con los otros y la construcción de las concepciones biográficas de uno mismo garantiza una perspectiva de afrontamiento más sofisticada.

La teoría de la trayectoria de la enfermedad* estudia todas estas trampas teóricas al enmarcar este fenómeno dentro de una perspectiva social de una trayectoria que hace hincapié en la experiencia de la alteración en relación con la enfermedad, dentro de los contextos cambiantes de los procesos interaccionales y sociales que, finalmente, influyen en la respuesta de la persona a dicha alteración. Este abordaje teórico define la contribución significativa de esta teoría a la enfermería: afrontar no es un fenómeno simple de estímulo-respuesta que se pueda aislar del complejo contexto de la vida. Debido a que la vida se centra en el cuerpo vivo, la alteración fisiológica de la enfermedad permite que otros contextos vitales creen una nueva forma de ser, un nuevo sentido de uno mismo. Las respuestas a estas alteraciones producidas por la enfermedad están entretejidas en varios contextos que se encuentran en la vida de uno y en las interacciones con otros participantes en estas situaciones de la vida.

Desde esta perspectiva, hacer frente a los problemas se ve como un cambio a lo largo del tiempo, que es muy variable en relación con las influencias biográficas y sociológicas. La trayectoria es el curso de un cambio, de variabilidad, que no puede quedar confinado ni modelado en fases lineales o estadios. Más bien, la trayectoria de la enfermedad organiza visiones para una mejor comprensión de la dinámica que desempeña la alteración de la enfermedad dentro de los contextos cambiantes de la vida.

Dentro de este marco sociológico, Wiener y Dodd establecieron una serie de preocupaciones en lo que respecta a la sobreatribución conceptual del papel de la incertidumbre en el marco de las respuestas de comprensión para vivir con la alteración de la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). Un viejo proverbio dice que nada en la vida es seguro, salvo la muerte y los impuestos. La vida está llena de incertidumbre, de forma que la enfermedad (especialmente la crónica) agrava esa incertidumbre de varias formas. Tener una enfermedad crónica aumenta la incertidumbre de vivir para quienes están afectados (p. ej., por la enfermedad) en su capacidad de responder a estas incertidumbres. Por tanto, aunque el concepto de incertidumbre proporciona un punto de vista teóricamente útil para la comprensión de la trayectoria de la enfermedad, no se puede posicionar teóricamente de forma que ensombrezca conceptualmente el contexto dinámico de la vida con una enfermedad crónica.

En otras palabras, la trayectoria de la enfermedad es conducida por la experiencia de la enfermedad vivida en contextos que son inherentemente inciertos y que implican tanto a uno mismo como a otros. El flujo dinámico de los contextos de la vida (tanto biográfico como sociológico) crea un flujo dinámico de incertidumbres que toman distintas formas, significados y combinaciones cuando se vive con una enfermedad crónica. Por tanto, la tolerancia de la incertidumbre es una parte teórica crítica en la trayectoria de la teoría de la enfermedad.

*La teoría de la trayectoria de la enfermedad se usa para referirse a las formulaciones teóricas respecto a enfrentarse a la incertidumbre a través de la trayectoria de la enfermedad del cáncer. Es importante tener en cuenta que este trabajo amplía la teoría previa sobre trayectorias de la enfermedad, biografías y conceptos relacionados (identidad, temporalidad y cuerpo) desarrolladas en un extenso proyecto de investigación de cuatro años. Se recomienda a los lectores que consulten los trabajos originales de Corbin, Fagerhaugh, Strauss, Suczek y Wiener para una mejor explicación de la teoría.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES

La vida está situada en un contexto biográfico. Las concepciones de uno mismo tienen sus raíces en el cuerpo físico y se formulan de acuerdo con la capacidad percibida para llevar a cabo actividades normales o esperadas para lograr los objetivos de roles variados. Las interacciones con otros tienen una influencia importante en el establecimiento de la concepción de uno mismo. Como se representan distintos papeles de comportamiento, la persona controla las reacciones de otros y el sentido de uno mismo en un proceso integrado de significado establecido. La identidad, la temporalidad y el cuerpo son elementos fundamentales en el contexto biográfico:

- *Identidad:* la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo.
- *Temporalidad:* el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de los acontecimientos del curso de la vida; las percepciones del pasado, presente y posiblemente del futuro se entremezclan en la concepción de uno mismo.
- *Cuerpo:* las actividades de la vida y las percepciones derivadas se basan en el cuerpo.

La enfermedad, especialmente el cáncer, altera la percepción habitual o de cada día de uno mismo, y está compuesta por acciones percibidas y por reacciones de otros en un contexto sociológico de la vida. La alteración produce una permeabilidad de los elementos interdependientes de la biografía: identidad, temporalidad y cuerpo. La alteración del sentido del desequilibrio está marcada por el sentimiento de pérdida de control, dando lugar a situaciones de incertidumbre.

Conforme se desdobla continuamente el contexto vital, las dimensiones de la incertidumbre se manifiestan no sólo en las secuencias lineales de los estadios o las fases, sino también en una mezcla perturbadora de percepciones de incertidumbre, temporalidad incierta e identidad incierta. La experiencia de la enfermedad siempre se sitúa en el contexto biográfico; es decir, la enfermedad se experimenta como un flujo continuo de vida. El dominio de la incertidumbre relacionada con la enfermedad varía a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (tabla 30-1) a través de un flujo dinámico de las percepciones de uno mismo y de las interacciones con otros.

Las actividades de la vida y las de la vida con una enfermedad son formas de trabajo. La esfera de trabajo incluye a la persona y a las personas con las que ella interactúa, incluidas la familia y el personal sanitario. Esta red de participantes se denomina la organización total. La persona enferma (o paciente) es el trabajador central; sin embargo, el trabajo se lleva a cabo dentro y está influido por la organización total. Los tipos de trabajo se organizan alrededor de las siguientes cuatro líneas de trayectoria de trabajo llevadas a cabo por el paciente y sus familiares:

1. *Trabajo relacionado con la enfermedad:* diagnóstico, control de síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis.
2. *Trabajo diario:* actividades de la vida diaria, tareas domésticas, mantener la ocupación, mantener las relaciones y entretenerse.
3. *Trabajo biográfico:* intercambio de información, expresiones emocionales y división de tareas mediante las interacciones con la organización total.
4. *Trabajo de reducción de la incertidumbre:* actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad.

El equilibrio entre estos tipos de trabajo es dinámico, fluctuante a lo largo del tiempo, las situaciones, las percepciones y la variación de los participantes en la organización total para lograr algún sentido de equilibrio (p. ej., sentimiento de control). Esta interrelación entre los tipos de trabajo crea una tensión que está marcada por los cambios en el dominio de los tipos de trabajo a lo largo de la trayectoria. Hay que recordar, no obstante, que el contexto biográfico tiene sus raíces en el cuerpo. Conforme el cuerpo cambia a lo largo del curso de la enfermedad y el tratamiento, la capacidad de llevar a cabo determinados tipos de trabajo y, finalmente, la propia identidad, se transforman.

Una contribución fundamental a este tipo de trabajo fue la delimitación de los tipos de trabajo

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

de reducción de la incertidumbre (tabla 30-2). Estas actividades se hicieron para disminuir el impacto de los distintos estados de incertidumbre inducidos por una quimioterapia. Estas estrategias eran muy dinámicas, y las respuestas se generaban en combinaciones variadas y en configuraciones a lo largo de la trayectoria de la enfermedad para los diferentes participantes en la organización. Lo representado en estas estrategias afectaba a la concepción de uno mismo y a la monitorización de las respuestas de otros ante la estrategia de cómo intentar manejar la vida con la enfermedad.

Tabla 30-1 *Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre*

Dominio	Fuentes de incertidumbre	Dimensiones de la incertidumbre
INCERTIDUMBRE TEMPORAL	La vida se percibe como en un constante estado de movimiento relacionado con la enfermedad y con el tratamiento	La pérdida de predicción temporal conlleva a las siguientes preocupaciones:
Interrupción de las expectativas que dan por supuesto el flujo de los acontecimientos de la vida Disfunción temporal en la biografía	El propio pasado se ve de forma diferente (p. ej., la forma en la que solía ser) Las expectativas del propio yo están distorsionadas por la enfermedad y el tratamiento La anticipación del propio futuro está alterada	■ *Duración:* cuánto tiempo ■ *Ritmo:* con qué rapidez ■ *Frecuencia:* con qué frecuencia se altera la experiencia del tiempo (p. ej., extensión, obligación, sin limitación)
INCERTIDUMBRE DEL CUERPO Cambios debidos a la enfermedad y al tratamiento, que se centran en la capacidad de uno para llevar a cabo las actividades normales, incluyendo el cuidado del aspecto, las funciones fisiológicas y la respuesta al tratamiento	La confianza en el cuerpo se ve alterada (fallo del cuerpo) La concepción del cuerpo anterior (la forma en la que solía ser) se mezcla con el estado alterado del cuerpo en el momento actual y con el cambio de expectativas de cómo el cuerpo puede afrontar el futuro	Ambigüedad en la lectura de los signos del cuerpo. Preocupa lo siguiente: ■ Qué se le está haciendo al cuerpo ■ Poner en peligro la resistencia del cuerpo ■ Eficacia y riesgos del tratamiento ■ Recidiva de la enfermedad
INCERTIDUMBRE DE IDENTIDAD La interpretación de uno mismo está distorsionada conforme el cuerpo no es capaz de comportarse de la forma habitual y las expectativas relacionadas con el flujo de los acontecimientos (temporalidad) están alteradas por la enfermedad y por el tratamiento	El fallo del cuerpo y la dificultad para leer el nuevo cuerpo trastornan la concepción anterior del cuerpo La temporalidad sesgada altera el curso esperado de la vida	Se altera el curso esperado de la vida Las evidencias extraídas de la lectura del cuerpo no son interpretables dentro del marco habitual de la comprensión La esperanza se mantiene a pesar de las circunstancias cambiantes

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **30-2** ***Trabajo de disminución de la incertidumbre***

Tipo de actividad	Manifestaciones de comportamiento
Ritmo	Descansar o cambiar las actividades habituales
Convertirse en pacientes «profesionales»	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento
	Dirigir los cuidados
	Equilibrar la experiencia con la supermedicalización
Búsqueda de comparaciones de refuerzo	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarnos en que no es tan malo como podría ser
Implicarse en revisiones	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización
Buscar objetivos	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas
Cobertura	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas
	Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros
Encontrar un sitio seguro en el que confiar	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo
Elegir una red de apoyo	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos
Tomar las riendas	Valorar el derecho a determinar el curso del tratamiento

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La teoría de la trayectoria de la enfermedad se amplió mediante un análisis secundario de los datos cualitativos recogidos durante un estudio longitudinal prospectivo que examinó a familias que se enfrentan al autocuidado durante 6 meses de tratamiento con quimioterapia. La muestra para el estudio más grande incluyó a 100 pacientes y a sus familias. Todos los pacientes habían sido diagnosticados de cáncer (incluido de mama, de pulmón, colorrectal, ginecológico o linfoma) y estaban en proceso de recibir quimioterapia para el tratamiento inicial de la enfermedad, o por una recidiva. Los sujetos del estudio designaron por lo menos a un miembro de la familia que deseaba participar en el estudio.

Aunque se usaron métodos tanto cuantitativos como cualitativos en la recogida de los datos para un estudio mayor, esta teoría se derivó del análisis de los datos cualitativos. Las entrevistas se estructuraron alrededor de la lucha de la familia y se llevaron a cabo en tres momentos durante el tratamiento con quimioterapia. Se pidió a los pacientes y a los miembros de su familia que recordaran los meses previos y discutieran el problema o desafío más importante con el que habían tenido que tratar, el grado de desasosiego producido por el problema dentro de la familia y su satisfacción en el control de la preocupación.

La atención meticulosa se tradujo en la coherencia de los datos: los miembros de la familia fueron constantes y estaban presentes en cada entrevista, la entrevista estaba estructurada y la misma enfermera entrevistadora llevaba a cabo la recogida de datos para una determinada familia. El rigor metodológico aumentó porque se grababa la entrevista, se hacía una transcripción verbal y se tenía un registro de enfermería presente en cada entrevista para anotar frases clave en el progreso de la entrevista. Los datos resultantes consistieron en 300 entrevistas (tres entrevistas por cada 100 unidades paciente-familia) que se consiguieron en varios momentos en el curso del tratamiento quimioterápico del cáncer.

Conforme se analizaron datos de estudios más extensos, Dodd (investigadora principal) observó que los datos de la entrevista cualitativa tenían elementos significativos que podían ofrecer más información del estudio. Wiener, una teórica fundamentada que había colaborado con Anselm Strauss, uno de los fundadores el método, fue reclutada posteriormente para llevar a cabo análisis secundarios de los datos de las entrevistas. Se debería tener en cuenta que los métodos de la teoría tradicional sobre el terreno implican por lo general un proceso concurrente, reiterativo, de recogida y de análisis de datos (Glaser, 1978; Glaser y Strauss, 1965). Cuando se identificaron las percepciones teóricas, las muestras y las fuentes de recogida de datos, consecuentemente

se dibujaron y desarrollaron datos teóricos emergentes, conceptos, dimensiones, variaciones y casos negativos. Sin embargo, en este proyecto, los datos se recogieron previamente usando una guía de entrevista estructurada; esto fue un análisis secundario de un grupo de datos ya establecido.

La experiencia de Wiener en los métodos de la teoría sobre el terreno permitió que se adaptaran los métodos de esta teoría para la aplicación de los datos secundarios que se vio que era satisfactoria. En esencia, los principios del análisis subyacente (p. ej., el paradigma de afrontamiento) se aplicaron al grupo de datos ya existentes. La investigación analítica procedió de forma inductiva para mostrar el centro del proceso sociofisiológico alrededor del que se explica la teoría: tolerancia de la incertidumbre de vivir con cáncer. Las dimensiones de la incertidumbre, los procesos del control y las consecuencias se explicaron mejor para mostrar una coherencia interna de la perspectiva teórica de la trayectoria de la enfermedad.

Cuando se considera el uso de la autora de los métodos adaptados de la teoría sobre el terreno para analizar los indicios empíricos preexistentes, varias revelaciones pueden ser útiles para apoyar la integridad de este trabajo. En primer lugar, Wiener estaba bien preparada para avanzar en nuevas aplicaciones del método, por su preparación y por su experiencia como teórica sobre el terreno. La credibilidad metodológica de esta investigadora apoya la extensión de su método de investigación tradicional a una nueva aplicación dentro de su perspectiva disciplinaria (sociología). Además, es importante recordar el tamaño de la muestra: 100 pacientes y sus familias fueron entrevistados tres veces cada uno, con un total de 300 entrevistas. Esto es un gran número de datos para una investigación cualitativa. Oberst señaló que, dado ese volumen de datos, se debería permitir a los investigadores alguna licencia sobre la muestra teórica (dentro del grupo completo de datos) (Oberst, 1993). Pero el tamaño absoluto de la muestra no cuenta toda la historia.

El intervalo relativamente amplio de tipos de cáncer (desde ginecológicos a cáncer de pulmón) que sufrían los pacientes y la recogida de datos tanto de pacientes con quimioterapia para el tratamiento inicial como de quimioterapia en recidiva contribuyó significativamente a la variación de los datos. Estas estrategias de muestreo contribuyeron finalmente a establecer una muestra apropiada, especialmente para mostrar una perspectiva de la trayectoria de cambio a lo largo del tiempo. Por último, a pesar del formato estructurado de la entrevista, es importante destacar que los pacientes y las familias dialogaban sobre los acontecimientos de los meses previos en forma de «tormenta de ideas» (Wiener y Dodd, 1993, p. 18). Esta técnica permitiría a las personas introducir casi cualquier tema que les preocupara (independientemente de la estructura posterior de la entrevista). La grabación y la transcripción de estos diálogos contribuyeron a la variación y la adecuación del grupo de datos resultante. Dadas estas revelaciones, se puede concluir que los datos empíricos durante el estudio más largo proporcionó unos datos adecuados y apropiados para el análisis secundario usando los métodos adaptados de la teoría sobre el terreno.

PRINCIPALES SUPUESTOS

La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd explica los principales supuestos que reflejan su derivación dentro de una perspectiva sociológica (Wiener y Dodd, 1993). Un examen más exhaustivo de cada supuesto muestra que varias premisas básicas relacionadas están sustentando esta teoría. A diferencia de lo que ocurre en otras teorías de enfermería, los constructos de enfermería, la persona, la salud y el entorno no están explícitamente recogidos; sin embargo, la siguiente discusión de asunciones teóricas arroja algo de luz sobre la interpretación teórica de estas construcciones.

El modelo de trayectoria engloba no sólo los componentes físicos de la enfermedad, sino también «la organización total del trabajo hecho a lo largo del curso de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20). Una trayectoria de la enfermedad es teóricamente distinta del curso de la enfermedad. En esta teoría, la trayectoria de la enfermedad no se limita a la persona que sufre la enfermedad. Más bien, la organización total está formada por la persona enferma, la familia y los profesionales sanitarios que la atienden.

Además, debe fijarse en el uso del término *trabajo*. «Los distintos participantes en la organización tienen distintos tipos de trabajo: sin embargo, el paciente es el "trabajador central" en la trayectoria de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20). La declaración refuerza la afirmación encontrada en la bibliografía sobre la trayectoria de la enfermedad (Fagerhaugh, Strauss, Suczek y Wiener, 1987; Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczek et al., 1984). El trabajo de vivir con

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

una enfermedad da lugar a determinadas consecuencias o impactos que impregnan la vida de las personas implicadas. A su vez, las consecuencias y las consecuencias recíprocas se extienden por la organización, implicando a toda la organización con el trabajador central (es decir, el paciente) a través de la trayectoria de su vida con la enfermedad. La relación entre los trabajadores en la trayectoria es un atributo fundamental que «afecta tanto al control del curso de la enfermedad, como al destino de la persona que está enferma» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El foco de atención en el contexto social para el trabajo y las relaciones sociales que afectan al trabajo de vivir con la enfermedad en la teoría de la trayectoria de la enfermedad se basa en la influencia del trabajo de Corbin y Strauss (1988). Como trabajador central, las acciones se llevan a cabo por la persona que controla el impacto de vivir con la enfermedad dentro de un abanico de contextos, incluido el biográfico (concepción de uno mismo) y el sociológico (interacciones con los demás). Desde esta perspectiva, el control de las alteraciones (o el enfrentarse con la incertidumbre) implica interacciones con varios participantes en la organización, así como unas condiciones sociológicas externas. Dada la complejidad de dichas interacciones a lo largo de múltiples contextos y con numerosos participantes, experimentadas a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, el afrontamiento es un proceso muy variable y dinámico.

Originalmente, se anticipó que la trayectoria de la vida con cáncer tenía fases o estadios discernibles que se podrían identificar por cambios importantes en los problemas, desafíos o actividades descritas. Esto fue la base para la recogida de datos cualitativos en tres puntos durante el tratamiento con quimioterapia. De hecho, la hipótesis se rechazó; el estado físico del paciente con cáncer y las consecuencias sociopsicológicas de la enfermedad y del tratamiento fueron los temas centrales en todos los momentos de medición a lo largo de la trayectoria.

Los autores equipararon conceptualmente la incertidumbre con la pérdida de control, describiéndola como «el aspecto más problemático de la vida con cáncer» (Wiener y Dodd, 1993, p. 18). Esta afirmación teórica se refleja, además, en la identificación del centro del proceso sociopsicológico de la vida con cáncer, «tolerando la incertidumbre que impregna la enfermedad» (p. 19). Los factores que influían en el grado de incertidumbre expresada por el paciente y por su familia se basaban en el marco teórico de toda la organización y de las condiciones sociológicas externas, incluyendo la naturaleza del apoyo familiar, los recursos económicos y la calidad de la asistencia de los proveedores sanitarios.

FORMA LÓGICA

La principal forma lógica empleada para producir la base de esta teoría fue el razonamiento inductivo. La lectura analítica de las entrevistas proporcionó revelaciones que llevaron a la identificación del proceso central que unifica las afirmaciones teóricas: tolerancia de la incertidumbre. Los procesos sistemáticos de afrontamiento se aplicaron para definir mejor las dimensiones de la incertidumbre y los procesos de control empleados para tratar con la enfermedad y con sus consecuencias. Por eso, y dadas estas aportaciones, se examinaron los hallazgos para hacerlos coincidir con los extensos escritos teóricos de forma que aumentase nuestra comprensión de la trayectoria de la enfermedad. El resultado de la teoría cualitativa se derivaba y fundamentaba en las experiencias descritas de los participantes, hábilmente integradas con lo que se conoce como trayectoria de la enfermedad para avanzar en el estado de la ciencia.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La importancia de la teoría de la trayectoria de la enfermedad para la práctica de la enfermería está en proporcionar un marco para la comprensión de cómo los pacientes con cáncer toleran la incertidumbre que se manifiesta como pérdida de control. La identificación de tipos de trabajo que disminuyen la incertidumbre es especialmente útil para revelar las estrategias habitualmente empleadas por los pacientes oncológicos cuando intentan controlar sus vidas lo más normalmente que pueden en la incertidumbre creada por un diagnóstico de cáncer. La conciencia de estos temas de incertidumbre y de estrategias de control relacionadas a

las que hacen frente los pacientes en tratamiento quimioterápico y sus familias podría tener un impacto significativo en cómo las enfermeras intervienen posteriormente con el sistema de trabajo de estos pacientes comprometidos con su enfermedad para «facilitar el curso menos problemático para algunos pacientes y sus familias» (Wiener y Dodd, 1993, p. 29). Un ejemplo de dicha intervención fue descrito por Horner cuando recomendó que las enfermeras exploraran las asunciones de la familia sobre las experiencias con los cuidados de salud para establecer unos parámetros de diálogo sobre el trabajo que rodea a las incertidumbres que se encuentran en la trayectoria de la enfermedad (Horner, 1997).

Formación

Wiener y Dodd son educadoras muy respetadas que comparten un trabajo en marcha a través de conferencias internacionales, seminarios, consultorías, asesoramiento en tesis y organización de cursos. La incorporación de este trabajo en las presentaciones no sólo hace avanzar el conocimiento relacionado con la utilidad de los modelos de la trayectoria de la enfermedad, sino que, quizá más importante, demuestra cómo dichos avances teóricos basados en datos contribuyen a un programa en desarrollo de investigación en el cuidado del cáncer (Dodd, 1997, 2001). La reciente reimpresión de la teoría en un texto de enfermería sobre la investigación y la teoría de la enfermedad crónica aumentará la exposición del trabajo entre las licenciadas en enfermería (Wiener y Dodd, 2000).

Investigación

La teoría se ha citado en un número limitado de análisis de conceptos o de publicaciones de vanguardia sobre la incertidumbre (McCormick, 2002; Mishel, 1997; Parry, 2003). Mishel (1997) ha reconocido la focalización teórica mantenida a lo largo del abordaje cualitativo de la teoría de la derivación. Gran parte del trabajo para hacer frente a la enfermedad está obligatoriamente encuadrado por la aplicación del marco de Lazarus y de Folkman sobre la forma de afrontar, basada en los problemas y las emociones; sin embargo, el razonamiento inductivo produjo una teoría basada en datos que identificaban un amplio rango de estrategias relacionadas con la tolerancia y la disminución de la incertidumbre (Lazarus y Folkman, 1984; Mishel, 1997). La variación y el rango de las estrategias de disminución identificadas en esta teoría son una contribución única y significativa para el cuerpo de investigación en lo que respecta a hacer frente a la incertidumbre de la enfermedad.

DESARROLLOS POSTERIORES

En un artículo de réplica a la publicación original, Oberst (1993) disintió con la delimitación del concepto de incertidumbre en la pérdida de control. De esta crítica también se ha hecho eco McCormick (2002), que teóricamente coloca la pérdida de control como un componente del ciclo de la incertidumbre, más que como una manifestación del estado de incertidumbre. Es necesario realizar más investigaciones en el concepto de control para aclarar las fronteras conceptuales y los vínculos entre el control y la incertidumbre a lo largo de la trayectoria de la enfermedad.

Otros investigadores han criticado la afirmación implícita de que la incertidumbre (o pérdida de control) es siempre un hecho negativo que requiere alguna forma de disminución (Oberst, 1993; Parry, 2003). Oberst (1993) sugiere que son necesarias más investigaciones para diferenciar el trabajo relacionado con la tolerancia a la incertidumbre y con la disminución del trabajo, para mostrar cómo las estrategias eficaces en cada tipo de trabajo afectan al sentido de la incertidumbre a lo largo de la trayectoria. Parry (2003) estudió a los supervivientes de cáncer en la infancia y mostró que aunque determinados estados pueden ser un factor de estrés problemático para algunos, un tema más general de aceptación de la incertidumbre es el que se deriva hacia el crecimiento o transformación que era evidente en estos supervivientes.

Penrod (2007) ayudó a clarificar el concepto de incertidumbre con una investigación fenomenológica que desarrolló este concepto. Penrod (2007) identificó diferentes tipos de incertidumbre. La experiencia de vivir con incertidumbre era dinámica, con cambios en sus tipos y modos. Los diversos tipos de incertidumbre fueron guiados por los principios de confianza y un sentido de control.

Estos conocimientos demuestran un volumen desarrollado de investigación relacionado con la incertidumbre, el control y la trayectoria de la enfermedad. La investigación no debe estar coartada por la presunción de que la incertidumbre es

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

necesariamente un aspecto negativo de la enfermedad; los investigadores deben permanecer abiertos a los resultados transformacionales positivos de vivir con la incertidumbre. Las recomendaciones originales de Wiener y Dodd para ampliar el objetivo del marco de la trayectoria de la enfermedad siguen siendo notables (Wiener y Dodd, 1993). El marco teórico de la trayectoria de la enfermedad debería ser especialmente útil para la comprensión de las variaciones en la incertidumbre y en el control a lo largo de una perspectiva más completa de la trayectoria de la enfermedad en el cáncer y en otras enfermedades en las que el significado de la incertidumbre y el control pueden variar.

CRÍTICA

Claridad

Una preocupación acerca de la claridad en la teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es la delimitación del concepto de incertidumbre a la pérdida de control. Esta perspectiva conceptual limitada de la incertidumbre se explica claramente en el trabajo; por tanto, este tema no crea un defecto significativo en el trabajo. La teoría está claramente dibujada, así como sustentada sobre trabajos previos en las trayectorias de la enfermedad. La claridad de las proposiciones se logra a través de la presentación lógica en las relaciones y en los vínculos entre los conceptos discutidos en la teoría. La derivación conceptual en el control de la enfermedad como trabajo está bien desarrollada, y proporciona unas interpretaciones únicas del significado de vivir con quimioterapia durante el tratamiento del cáncer. La aplicación del modelo de trayectoria se usa para demostrar las fluctuaciones dinámicas del afrontamiento, no en los estadios o fases claramente delimitadas, sino en contextos específicos de situaciones del trabajo en el control de la enfermedad. El flujo dinámico de los contextos de trabajo, los participantes con la organización del trabajo y la situación en el tratamiento del cáncer hacen que el diagrama o el modelo de la teoría sea poco práctico.

Simplicidad

Esta teoría compleja se interpreta de una forma muy accesible. La teoría de la trayectoria de la enfermedad adopta un marco sociológico que se aplica al fenómeno que concierne a la enfermería: el tratamiento quimioterápico de los pacientes con cáncer y sus familias. El sentido de la comprensión impartido por la teoría es muy relevante para la enfermería oncológica. Las descripciones de los comportamientos de los pacientes y de sus familias y las revelaciones son congruentes con las experiencias clínicas. La teoría presenta una interpretación elocuente y parsimoniosa de la complejidad del fenómeno, usando conceptos fundamentales con definiciones adecuadas; no obstante, para comprender completamente las afirmaciones teóricas de la teoría sería útil un mayor estudio del trabajo previo en modelos de trayectoria.

Generalidad

Los autores han limitado cuidadosamente el campo de esta teoría a pacientes y familias que avanzan a lo largo de la quimioterapia para el tratamiento inicial del cáncer o de sus recidivas. La teoría de la trayectoria de la enfermedad está bien definida en este contexto. La integración de esta teoría intermedia con otras teorías de trayectorias de la enfermedad y con la teoría de la incertidumbre indica que existe un encaje emergente con otros modelos de trayectorias de la enfermedad y de la incertidumbre. Un mayor desarrollo del trabajo de construcción de la teoría puede originar niveles más elevados de la teoría con un ámbito más extenso que podrían permitir la aplicación de estas propuestas teóricas en otros contextos de las trayectorias de la enfermedad.

Precisión empírica

Los métodos de la teoría sobre el terreno se apoyan en la dominancia del razonamiento inductivo; es decir, el dibujo de abstracciones o de generalidades a partir de ejemplos de situaciones específicas. Por ello, la teoría derivada tiene sus raíces en experiencias expresadas en cientos de entrevistas con pacientes con cáncer y con sus familias. La integración de la evidencia basada en datos (p. ej., citas) en la descripción formal de la teoría apoya los vínculos entre las abstracciones teóricas y las observaciones empíricas. Los datos empíricos se presentan de una forma lógica y coherente que hace verdaderas las experiencias clínicas. Por ello, la teoría es relevante y útil para

los clínicos, y promete una mayor aplicación en investigación.

Consecuencias deducibles

Se ha establecido lo que las contribuciones teóricas significaron para este trabajo, especialmente para los tipos de trabajo sobre las estrategias de disminución de la incertidumbre. La utilidad de esta teoría es evidente en el tratamiento del cáncer, y con un mayor desarrollo teórico, la teoría sería generalizable a otros contextos dentro del cuidado del cáncer o incluso en otras trayectorias de enfermedad. Existe una evidencia limitada de las consecuencias directamente derivadas en relación con la aplicación de la teoría de la trayectoria de la enfermedad en los estudios basados en la práctica de la enfermería.

El tema sigue siendo problemático. La perspectiva sociológica reflejada en el trabajo no debería inhibir a las licenciadas en enfermería. La aplicabilidad de esta teoría a fenómenos concernientes a la enfermería se ha establecido porque las autoras se han centrado en la quimioterapia. La posible utilidad de la teoría para guiar la práctica de enfermería se demuestra quizá mejor en la integración de la teoría en el programa ejemplar de Dodd de investigación sobre los cuidados del cáncer (Dodd y Miaskowski, 2000; Dodd, 2001, 2004; Miaskowski, Dodd y Lee, 2004; Jansen, Miaskowski, Dodd y Dowling, 2007).

RESUMEN

La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es a la vez compleja y elocuentemente simple. La perspectiva sociológica de definir el trabajo de controlar la enfermedad es especialmente relevante para el contexto del cuidado del cáncer. La teoría proporciona nuevas formas de comprender cómo los pacientes y sus familias toleran la incertidumbre y trabajan estratégicamente para disminuir la incertidumbre a través de un flujo dinámico de los acontecimientos de la enfermedad, las situaciones del tratamiento y los diversos participantes que se ven implicados en la organización de los cuidados. Los méritos de este trabajo requieren una mayor atención en el uso de la teoría para producir unas implicaciones más directas en la práctica que puedan cambiar la forma en la que las enfermeras interpretan y facilitan el control de la enfermedad.

Caso clínico

El señor Miller tiene 67 años y padece un cáncer metastásico. Su primera cuidadora es la señora Miller, su esposa. Al inicio del tratamiento en el hospital de día, la pareja centró sus preguntas en el curso de la enfermedad, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de las distintas opciones de tratamiento. Estaban orgullosos de su capacidad de mantener una «vida normal», dado que el señor Miller continuó trabajando durante el agresivo tratamiento, descansando sólo cuando las molestias del tratamiento eran tan debilitantes que le era físicamente imposible ir a la oficina. El señor y la señora Miller expresaron pocas emociones a lo largo del curso del tratamiento: con frecuencia alababan ambos la fuerza del otro. Durante visitas recientes, la señora Miller se ha centrado considerablemente en las pruebas de laboratorio y en los resultados de las pruebas, usando un lenguaje muy técnico. También se ha vuelto inflexible sobre cómo ciertos miembros del personal hacen determinadas tareas porque «ella lo hace mejor que nadie».

La teoría de la trayectoria de la enfermedad ayuda a los clínicos a interpretar estos comportamientos y a intervenir para facilitar las transiciones fáciles a lo largo de la trayectoria. Por ejemplo, los clínicos pueden identificar fácilmente a los pacientes y familias que se han convertido en «pacientes profesionales» cuando aprenden la compleja jerga técnica sobre su tratamiento, las pruebas de laboratorio o la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). Estos «doctores novatos» intentan obtener un poco de control en el control del tratamiento mediante la petición de que determinados miembros de la plantilla realicen determinadas tareas (Dodd, 1997, p. 988). Los cuidadores tienen tendencia a ver su comportamiento como un hecho positivo al asumir los propios cuidados, y por tanto, a menudo refuerzan dichos comportamientos.

Una consideración más profunda de las afirmaciones teóricas de la teoría de la trayectoria de la enfermedad revela que estas estrategias de comportamiento son esfuerzos para tolerar la incertidumbre de la experiencia de la enfermedad. La confianza construida mediante estos comportamientos socialmente reforzados se puede convertir en culpa muy rápidamente cuando se complican las situaciones que van más allá del conocimiento

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de la familia o del paciente. Dada esta perspectiva, la limitación de la estrategia de control se hace clara y está indicada la intervención: si los pacientes y sus familias controlan los cuidados con eficacia, deben ser educados para hacer esto de forma proactiva (Dodd, 1997, 2001).

En la educación proactiva del sistema paciente-familia, deben considerarse los diversos dominios de la incertidumbre y las diversas formas del trabajo para reducir la incertidumbre. Para comprender la trayectoria del paciente-familia, la valoración de los datos es fundamental. Por ejemplo, aunque se dispone de protocolos bien desarrollados para el control y la forma de paliar los síntomas, dichos protocolos son inútiles para los pacientes y los cuidadores si no describen la extensión de los síntomas, porque se perciben como «molestos» y triviales en el marco de una enfermedad de riesgo vital. Agravando este tema, las enfermeras pueden caer en un patrón que se centre en el trabajo relacionado con la enfermedad, alejando por tanto su atención de otras formas de trabajo con estos pacientes y con sus familias. La comprensión de los distintos dominios de la incertidumbre y de las formas de trabajo para disminuir la incertidumbre facilita un diálogo más abierto en lo que respecta a áreas fundamentales de conocimiento, permitiendo a la enfermera animar al paciente y a su cuidador para compartir más sus experiencias, en un esfuerzo por ayudarles en estos momentos difíciles.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. ¿En qué se diferencia una trayectoria de la enfermedad de un curso de la enfermedad? Diferencie cómo la aplicación de cada perspectiva puede originar distintos focos de intervención para patologías seleccionadas. ¿Qué perspectiva es más congruente con las visiones paradigmáticas de la enfermería?
2. Considerando su experiencia clínica, ponga tres ejemplos de cómo los pacientes y sus familias han experimentado la incertidumbre de la enfermedad. ¿Tiene siempre la incertidumbre relación con la pérdida de control? ¿Existen diferentes condiciones bajo las cuales la incertidumbre relacionada con la enfermedad se perciba como un acontecimiento vital negativo frente a otras en las que la incertidumbre se coloque como un acontecimiento que favorece el crecimiento?
3. Como clínico, está usted estrechamente implicado en el trabajo de control de la enfermedad. A partir de su comprensión del trabajo de control de la enfermedad expuesto en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, ¿qué comportamientos de enfermería pueden exacerbar los sentimientos de pérdida de control o de incertidumbre del paciente? ¿Qué factores (personales, ambientales u organizativos) pueden contribuir a estos comportamientos? ¿Qué intervenciones sugiere usted que sean menos problemáticas para sus pacientes y sus familias?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Dodd, M. J. (2001). Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families (4.ª ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing Press.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C. (2000). The PRO-SELF program: A self care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology, 16*(4), 300-308.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 997-1005.
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), 658-667.
- West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2003). The PRO-SELF: Pain control program—An effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum, 30,* 65-73.
- Dodd, M. J. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. Oncology Nursing Forum, 31 (4 Suppl), 5-11.

REFERENCIAS

Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care.* San Francisco: Jossey Bass.

Dodd, M. J. (1978). *Oncology nursing case studies.* New York: Medical Publication Co.

Dodd, M. J. (1987). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and nurses. Norwalk*, CT: Appleton & Lange.

Dodd, M. J. (1988). *Monograph of the advanced research session at the 13th Annual Oncology Nursing Society's Congress.* Pittsburgh: Oncology Nursing Society Press.

Dodd, M. J. (1991). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation: A guide for patients and their families* (2nd ed.). Englewood, NJ: Prentice-Hall.

Dodd, M. J. (1997). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families* (3rd ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing Press.

Dodd, M. J. (2001). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families* (4th ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing Press.

Dodd, M. J. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum, 31* (4 Suppl), 5-11.

Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The PRO-SELF program: A self care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology, 16*(4), 300-308.

Fagerhaugh, S., Strauss, A., Suczek, B., & Wiener, C. (1987). *Hazards in hospital care: Ensuring patient safety.* San Francisco: Jossey-Bass.

Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity.* Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B., & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying.* Chicago: Aldine.

Horner, S. D. (1997). Uncertainty in mothers' care for their ill children. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 658-663.

Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 997-1005.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(2), 127-131.

Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32*, 17-21.

Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15*, 57-80.

Oberst, M. T. (1993). Response to "Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 7*(1), 33-35.

Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: An exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research, 13*(1), 227-246.

Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), 658-667.

Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B., et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life.* St. Louis: Mosby.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. L. (1997). *Social organization of medical work.* New Brunswick, NJ: Transaction Books.

West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2003). The PRO-SELF: Pain control program—An effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum, 30*, 65-73.

Wiener, C. L. (1981). *The politics of alcoholism: Building an arena around a social problem.* New Brunswick, NJ: Transaction Books.

Wiener, C. L. (2000). *The elusive quest: Accountability in hospitals.* New York: Aldine deGruyter.

Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 7*(1), 17-31.

Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (2000). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. In R. Hyman & J. Corbin (Eds.), *Chronic illness: Research and theory for nursing practice* (pp. 180-201). New York: Springer.

Wiener, C. L., & Strauss, A. (1997). Where medicine fails (5th ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Books.

Wiener, C. L., & Wysmans, W. M. (1990). *Grounded theory in medical research: From theory to practice.* Amsterdam: Sivets and Zeitlinger.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Dodd, M. J. (2001). Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families (4th ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing Press.

Wiener, C. L. (2000). The elusive quest: Accountability in hospitals. New York: Aldine deGruyter.

Wiener, C. L. (2004). Grounded theory in medical research from theory to practice. Oxfordshire, United Kingdom: Routledge.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Wiener, C. L., & Strauss, A. (1997). Where medicine fails (5th ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
Wiener, C. L., & Wysmans, W. M. (1990). Grounded theory in medical research: From theory to practice. Amsterdam: Sivets and Zeitlinger.

Capítulos de libros

Dodd, M. J. (1997). Measuring self-care activities. In M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical health-care research* (pp. 378-385). Wilsonville, OR: Jones & Bartlett.
Dodd, M. J. (1999). Self-care and patient/family teaching. In S. L. Groenwald, M. H. Frogge, M. Goodman & C. H. Yarbro (Eds.), *Cancer symptom management* (2nd ed., pp. 20-29). Wilsonville, OR: Jones & Bartlett.
Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2003). Symptom management, the PRO-SELF Program: A self-care intervention program. In B. Given, C. Given & V. Champion (Eds.), *Evidence-based behavioral interventions for cancer patients: State of the knowledge across the cancer care trajectory* (pp. 218-241). New York: Springer.

Artículos de revistas

Baggott, C., Beale, I. L., Dodd, M. J., & Kato, P. M. (2004). A survey of self-care and dependent-care advice given by pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology*, *21*(4), 214-222.
Chen, L., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Pantilat, S. (2008). Concepts within the Chinese culture that influence the cancer pain experience. *Cancer Nursing, 31*(2), 103-108.
Cho, M. H., Dodd, M. J., Lee, K. A., Padilla, G., & Slaughter, R. (2006). Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *Journal of Cancer Education, 21*(1 Suppl), S37-S41.
Chou, F., Dodd, M. J., Abrams, D., & Padilla, G. (2007). Symptoms, self-care, and quality of life of Chinese American patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(6), 1162-1167.
Cotanch, P., & Dodd, M. J. (1990). *Monograph of the advanced research sessions at the 14th Annual Oncology Nursing Society's Congress.* Pittsburgh: Oncology Nursing Society Press.
Dibble, S. L., Padilla, G. V., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (1998). Gender differences in the dimensions of quality of life. *Oncology Nursing Forum, 25*(3), 577-583.
Dodd, M. J. (2000). Cancer-related fatigue. *Cancer Investigation, 18*(1), 97.
Dodd, M. J. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum, 31*(4 Suppl), 5-11.
Dodd, M. J. (2002). Defining clinically meaningful outcomes in the evaluation of new treatments for oral mucositis: A commentary. *Cancer Investigation, 20*(5-6), 851-852.
Dodd, M. J., Cho, M. H., Cooper, B., Miaskowski, C., Lee, K. A., & Bank, K. (2005). Advancing our knowledge of symptoms clusters. *Journal of Supportive Oncology, 3*(6 Suppl 4), 30-31.
Dodd, M. J., Dibble, S., Miaskowski, C., Paul, S., Cho, M., MacPhil, L., Greenspan, D., & Shiba, G. (2001). A comparison of the affective state and quality of life of chemotherapy patients who do and do not develop chemotherapy-induced oral mucositis. *Journal of Pain and Symptom Management, 21*(6), 498-505.
Dodd, M. J., Dibble, S. L., Miaskowski, C., MacPhil, L., Greenspan, D., Paul, S. M., Shiba, G., & Larson, P. (2000). Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Journal of Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, 90*(1), 39-47.
Dodd, M. J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.
Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The PRO-SELF program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology, 16*(4), 300-308.
Dodd, M. J., Miaskowski, C., Dibble, S. L., Paul, S. M., MacPhil, L., Greenspan, D., & Shiba, G. (2000). Factors influencing oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Cancer Practice, 8*(6), 291-297.
Dodd, M. J., Miaskowski, C., Greenspan, D., MacPhil, L., Shis, A. S., Shiba, G., Facione, N., & Paul, S. M. (2003). Radiation-induced mucositis: A randomized clinical trial of micronized sucralfate versus salt & soda mouthwashes. *Cancer Investigation, 21*(1), 21-33.
Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32*, 76-78.
Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(3), 465-470.
Dodd, M. J., Miaskowski, C., Shiba, G. H., Dibble, S. L., Greenspan, D., MacPhil, L., Paul, S. M., & Larson, P. (1999). Risk factors for chemotherapy-induced oral mucositis: Dental appliances, oral hygiene, previous oral lesions, and history of smoking. *Cancer Investigation, 17*(4), 278-284.
Dowling, G. A., & Wiener, C. L. (1997). Roadblocks encountered in recruiting patients for a study of sleep disruption in Alzheimer's disease. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 29*(1), 59-64.
Edrington, J. M., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Wong, C., & Padilla, G. (2007). A review of the literature on the pain experience of Chinese patients with cancer. *Cancer Nursing, 30*(5), 335-346.

Edrington, J. M., Paul, S., Dodd, M. J., West, C., Facione, N., Tripathy, D., Koo, P., Schumacher, K., & Miaskowski, C. (2004). No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 28*(3), 225-232.

Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: New thoughts for early detection. *Preventative Medicine, 34*(4), 397-407.

Fletcher, B. S., Dodd, M. J., Schumacher, K. L., & Miaskowski, C. (2008). Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 35*(2), E23-E44.

Fletcher, B. S., Paul, S. M., Dodd, M. J., Schumacher, K., West, C., Cooper, B., Lee, K., Aouizerat, B., Swift, P., Wara, W., & Miaskowski, C. A. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology, 26*(4), 599-605.

Hilton, J. F., MacPhil, L. A., Pascasio, L., Sroussi, H. Y., Cheikh, B., LaBao, M. E., Malvin, K., Greenspan, D., & Dodd, M. J. (2004). Self-care intervention to reduce oral candidiasis recurrence in HIV-seropositive persons: A pilot-study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32*(3), 190-200.

Hinds, P. S., Baggott, C., DeSwarte-Wallace, J., Dodd, M. J., Haase, J., Hockenberry, M., Hooke, C., McGuire-Cullen, P., Moore, I., Roll, L., & Ruccione, K. (2003). Functional integration of nursing research into a pediatric oncology cooperative group: Finding common ground. *Oncology Nursing Forum, 30*(6), E121-E126.

Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Dowling, G. (2005). Chemotherapy-induced cognitive impairment in women with breast cancer: A critique of the literature. *Oncology Nursing Forum, 32*(2), 329-342.

Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). A metaanalysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive functioning. *Cancer, 104*(10), 2222-2233.

Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncology Nursing Forum, 32*(6), 1151-1163.

Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 997-1005.

Katapodi, M. C., Facione, N. C., Humphreys, J. C., & Dodd, M. J. (2005). Perceived breast cancer risk: Heuristic reasoning and search for a dominance structure. *Social Science and Medicine, 60*(2), 421-432.

Katapodi, M. C., Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum, 29*(5), 845-852.

Katapodi, M. C., Lee, K. A., Facione, N. C., & Dodd, M. J. (2004). Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived breast cancer screening: A meta-analytic review. *Preventative Medicine, 38*(4), 388-402.

Kim, J. E., Dodd, M. J., West, C., Paul, S., Facione, N., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2004). The PRO-SELF pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum, 31*(6), 1137-1143.

Krasnoff, J. B., Vintro, A. Q., Ascher, N. L., Bass, N. M., Dodd, M. J., & Painter, P. L. (2005). Objective measures of health-related quality of life over 24 months post-liver transplantation. *Clinical Transplantation, 19*(1), 1-9.

Krasnoff, J. B., Vintro, A. Q., Ascher, N. L., Bass, N. M., Paul, S. M., Dodd, M. J., & Painter, P. L. (2006). A randomized trial of exercise and dietary counseling after liver transplantation. *American Journal of Transplantation, 6*, 1896-1905.

Kris, A. E., & Dodd, M. J. (2004). Symptom experience of adult hospitalized medical-surgical patients. *Journal of Symptom Management, 28*(5), 451-459.

Larson, P., Dodd, M. J., & Aksamit, I. (1998). A symptom-management program for patients undergoing cancer treatment: The PRO-SELF Program. *Journal of Cancer Education, 13*(4), 248-252.

Larson, P. J., Miaskowski, C., MacPhil, L., Dodd, M. J., Greenspan, D., Dibble, S. L., Paul, S. M., & Ignoffo, R. (1998). The PRO-SELF Mouth Aware program: An effective approach for reducing chemotherapy-induced mucositis. *Cancer Nursing, 21*(4), 263-268.

Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C., & Dodd, M. J. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews, 8*(3), 199-212.

Lovely, M. P., Miaskowski, C., & Dodd, M. J. (1999). Relationship between fatigue and quality of life in patients with glioblastoma multiforme. *Oncology Nursing Forum, 25*(5), 921-925.

Mandrell, B. N., Ruccione, K., Dodd, M. J., Moore, J., Nelson, A. E., Pollock, B., et al. (2000). Consensus statements. Applying the concept of self-care to pediatric oncology patients. *Seminars in Oncology Nursing, 16*(4), 315-316.

McLemore, M. R., Miaskowski, C., Aouizerat, B. E., Chen, L. E., & Dodd, M. J. (2008). Rules of cell development and their application to biomarkers for ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum, 35*(3), 403-409.

Miaskowski, C., Cooper, B. A., Paul, S. M., Dodd, M. J., Lee, K., Aouizerat, B. E., West, C., Cho, M., & Bank, A. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptoms experiences and quality-of-life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum, 33*(5), E79-E89.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32*, 17-21.

Miaskowski, C., Dodd, M. J., West, C., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., & Koo, P. (2007). The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. *Pain, 129*, 55-63.

Miaskowski, C., Dodd, M. J., West, C., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Schumacher, K. (2001). Lack of adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology, 19*(23), 4275-4279.

Miaskowski, C., Dodd, M. J., West, C., Schumacher, K., Paul, S. M., Tripathy, D., & Koo, P. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care interventions to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology, 22*(90), 1713-1720.

Miaskowski, C., Mack, K. A., Dodd, M. J., West, C., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., Schumacher, K., & Facione, N. (2002). Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around-the-clock dosing of analgesics to achieve adequate pain control. *The Journal of Pain, 3*(1), 12-20.

Molfenter, T., Zetts, C., Dodd, M. J., Owens, B., Ford, J., & Mccarty, D. (2005). Reducing errors of omission in chronic disease management. *Journal of Interprofessional Care, 19*(5), 521-523.

Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M. J., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2002). The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum, 29*(9), 1304-1313.

Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M. J., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2005). Qualitative research contribution to a randomized clinical trial. *Research in Nursing & Health, 28*, 268-280.

Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, E., Dodd, M. J., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptom Management, 23*(5), 369-382.

Schumacher, K. L., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M. J., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health, 23*, 191-203.

Schumacher, K. L., West, C., Dodd, M. J., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. A. (2002). Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nursing, 25*(2), 125-133.

Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Stotts, N. A., & MacPhil, L. (2002). A research review of the current treatments for radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(7), 1063-1080.

Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Stotts, N. A., & MacPhil, L. (2003). Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. *Cancer Nursing, 26*(3), 222-229.

Tierney, D. K., Facione, N., Padilla, G., Blume, K., & Dodd, M. J. (2007). Altered sexual health and quality of life in women prior to hematopoietic cell transplantation. *European Journal of Oncology Nursing, 11*(4), 298-308.

Tierney, D. K., Facione, N., Padilla, G., & Dodd, M. J. (2007). Response shift: A theoretical exploration of quality of life following a hematopoietic cell transplantation. *Cancer Nursing, 30*(2), 125-138.

Villars, P., Dodd, M. J., West, C., Koetters, T., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2007). Differences in the prevalence and severity of side effects based on type of analgesic prescriptions in patients with chronic cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(1), 67-77.

Voss, J. G., Dodd, M. J., Portillo, C., & Holzemar, W. (2006). Theories of fatigue: Application in HIV/AIDS. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 17*(1), 37-50.

Voss, J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., & Dodd, M. J. (2007). Symptom cluster of fatigue and depression in HIV/AIDS. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 33*(1–2), 19-34.

West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2003). The PRO-SELF(c): Pain control program—an effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum, 30*(1), 65-73.

Wiener, C., Fagerhaugh, S., Strauss, A., & Suczek, B. (1979). Trajectories, biographies and the evolving medical technology scene: Labor and delivery and the intensive care nursery. *Sociology of Health and Illness, 1*, 261-283. (Reprinted in A. Strauss & J. Corbin [Eds.]. [1997]. *Grounded theory in practice* [pp. 229-250]. Thousand Oaks, CA: Sage.).

Wiener, C., Fagerhaugh, S., Strauss, A., & Suczek, B. (1982). What price chronic illness? *Society, 19*, 22-30. (Reprinted in C. Wiener & A. Strauss [Eds.]. [1987]. *Where medicine fails* [5th ed., pp. 25-42]. New Brunswick, NJ: Transaction Books.)

Wiener, C. L. (2000). Applying the Straussian framework of action, negotiation, and social arenas to a study of accountability in hospitals. *Sociological Perspectives, 43*, S59-S71.

Wiener, C. L. (2004). Holding American hospitals accountable: Rhetoric and reality. *Nursing Inquiry, 11*(2), 82-90.

Wong, P. C., Dodd, M. J., Miaskowski, C., Paul, S. M., Bank, S. A., Shiba, G. H., & Facione, N. (2006). Mucositis pain induced by radiation therapy: Prevalence, severity, and use of self care behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management, 32*(1), 27-37.

Wood, K. A., Wiener, C. L., & Kayser-Jones, J. (2007). Supraventricular tachycardia and the struggle to be

believed. European Journal of Cardiovascular Nursing, *6*(4), 293-302.

Fuentes secundarias

Horner, S. D. (1997). Uncertainty in mothers' care for their ill children. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 658-663.

McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(2), 127-131.

Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15*, 57-80.

Oberst, M. T. (1993). Response to "Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 7*(1), 33-35.

Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: An exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research, 13*(1), 227-246.

Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), 658-667.

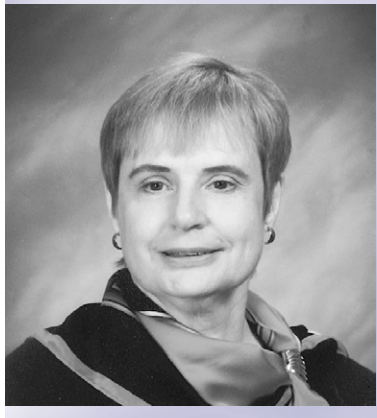
© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO
31

Créditos de la fotografía: Center for Health Sciences Communication, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, NC.

Georgene Gaskill Eakes

1945-presente



Créditos de la fotografía: Olan Mills Portrait Studio, Centerdale, RI.

Mary Lermann Burke

1941-presente

Créditos de la fotografía: Shawn Hainsworth, Nueva York.

Margaret A. Hainsworth

1931-presente

Teoría del duelo disfuncional

Ann M. Schreier y Nellie S. Droes

«El duelo disfuncional es la presencia de sentimientos generalizados relacionados con el pesar que se ha observado se producen periódicamente durante la vida de las personas con trastornos disfuncionales, sus cuidadores familiares y las personas que han perdido un ser querido» (Burke, Eakes y Hainsworth, 1999, p. 374).

BIOGRAFÍA

Georgene Gaskill Eakes

Georgene Gaskill Eakes nació en New Bern, en Carolina del Norte. Se diplomó en enfermería en el Watts Hospital School of Nursing en Durham (Carolina del Norte) en 1966, y en 1977 se licenció en enfermería con la calificación de *summa cum laude* en la North Carolina Agricultural and Technical State University. En 1980 Eakes completó un máster en enfermería en la University of North Carolina en Greensboro y en 1988, un doctorado en educación en la North Carolina State University. Además realizó un período de prácticas remuneradas por el gobierno federal para obtener su máster y disfrutó de una beca de la North Carolina League for Nursing para financiar sus estudios de doctorado. Fue investida en la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nurses en 1979 y en la Phi Kappa Phi Honor Society en 1988.

Al inicio de su carrera profesional, Eakes trabajó en el entorno de la salud mental y psiquiátrica de la comunidad. En 1980 pasó a formar parte del cuerpo docente de la East Carolina University School of Nursing, en Greenville (Carolina del Norte), donde sigue en la actualidad.

El interés de Eakes por temas relacionados con la muerte, el moribundo, la pena y la pérdida empezó en la década de 1970, cuando sufrió lesiones potencialmente mortales como consecuencia de un accidente de automóvil. Su experiencia próxima a la muerte potenció su concienciación de la deficiente preparación de los profesionales sanitarios y de las personas en general para tratar con individuos que hacen frente a la muerte, y la ausencia general del conocimiento de las reacciones de pesar experimentadas en respuesta a situaciones de pérdida. Motivada por esta perspectiva, dirigió sus primeros esfuerzos de investigación al estudio de la ansiedad por la muerte entre personal de enfermería en casos de cuidados prolongados, y a la exploración de la resolución de la pena entre enfermeras de hospitales para enfermos terminales.

En 1983, Eakes fundó, como un servicio a la comunidad, un grupo de apoyo quincenal para personas diagnosticadas de cáncer y sus parejas, en cuya instrucción y orientación continúa colaborando. Su participación en este grupo la alertó sobre la naturaleza continua de las reacciones de duelo asociadas al diagnóstico de una enfermedad crónica potencialmente mortal. Durante la presentación de su tesis en un congreso de investigación de la Sigma Theta Tau International en Taipei (Taiwán) en 1989, asistió a una presentación sobre duelo disfuncional de Mary Lermann Burke, e inmediatamente estableció la conexión entre la descripción de Burke del duelo disfuncional en madres de niños con discapacidad por mielomeningocele y sus observaciones de las reacciones de duelo entre los miembros del grupo de apoyo del cáncer.

Después del congreso, Eakes se puso en contacto con Burke para estudiar la posibilidad de realizar trabajos conjuntos de investigación. Después de sus conversaciones, programaron una reunión que incluyó a Burke, a su compañera Margaret A. Hainsworth y a Carolyn Lindgren, una compañera de Hainsworth. El Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS)

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

fue el resultado de esta primera reunión durante el verano de 1989.

Tras la fundación del NCRCS, sus miembros realizaron numerosos estudios de investigación cualitativa conjunta sobre poblaciones de individuos afectados por trastornos disfuncionales o potencialmente mortales, sobre cuidadores familiares y sobre individuos que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Eakes centró sus estudios en individuos diagnosticados de cáncer, en cuidadores familiares de niños, en cuidadores de adultos con una enfermedad mental y en individuos que habían sufrido la pérdida de un ser querido. De 1992 a 1997, Eakes recibió tres becas de investigación de la East Carolina University School of Nursing y dos becas de investigación de la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International para financiar sus estudios.

Además de sus publicaciones profesionales, Eakes ha realizado numerosas presentaciones sobre temas relacionados con el duelo-pérdida y la muerte, y el moribundo a grupos de profesionales y público general en tribunas locales, estatales, nacionales e internacionales. También se ha implicado intensamente en la formación de personal de apoyo en el síndrome de muerte súbita del lactante en Carolina del Norte y de voluntarios de hospitales para enfermos terminales, locales y regionales. Eakes también dirige activamente sus esfuerzos a mejorar la calidad asistencial al final de la vida y, con ese fin, es miembro de la junta directiva de la End of Life Care Coalition of Eastern North Carolina.

En 2002, Eakes recibió el premio East Carolina University Scholar Teacher en reconocimiento de la excelencia en la integración de la investigación en el ejercicio de la formación. En 1999, Eakes recibió el premio Best of Image para la publicación teórica presentado por la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing por su publicación *Middle-Range Theory of Chronic Sorrow*. Fue finalista del premio Excellence in Writing del *Oncology Nursing Forum* en 1994. Otros honores y premios que ha recibido incluyen la selección como North Carolina Nurse Educator of the Year por la North Carolina Nurse Association en 1991 y como Outstanding Researcher por la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International Honor Society for Nurses en 1994 y 1998. Eakes también es revisora de *Qualitative Health Research,* una revista internacional interdisciplinaria.

Eakes es catedrática del Department of Family and Community Nursing en la East Carolina University School of Nursing, donde imparte cursos sobre enfermería psiquiátrica, salud mental e investigación en enfermería, un curso de un máster en educación de enfermería y un curso interdisciplinario para estudiantes universitarios titulado «Perspectives on Death/Dying». Sus actuales investigaciones se centran en el desarrollo posterior de la Burke/Eakes Chronic Sorrow Assessment Tool, un instrumento cuantitativo diseñado para evaluar los indicios del duelo disfuncional y para identificar mecanismos eficaces para hacerle frente (G. Eakes, comunicación personal, 2005).

Mary Lermann Burke

Mary Lermann Burke nació en Sandusky (Ohio), y allí completó sus estudios de primaria y secundaria. Recibió su primer diploma en enfermería en el Good Samaritan Hospital School of Nursing en Cincinnati en 1962, seguido meses después de un certificado de posgrado en el Children's Medical Center en el District of Columbia. Tras varios años de experiencia laboral en enfermería pediátrica, Burke obtuvo una licenciatura en enfermería con una calificación de *summa cum laude* en el Rhode Island College, en Providence. En 1982 recibió el título de doctora en enfermería materno-infantil en la Universidad de Boston. Durante este período también recibió un certificado en enfermería materno-infantil y formación interdisciplinaria en discapacidades del desarrollo del Child Development Center del Rhode Island Hospital y de la Section on Reproductive and Developmental Medicine, en la Brown University, en Providence. En 1989 obtuvo su doctorado en ciencias de la enfermería en el Family Studies Cognate en la Universidad de Boston.

Burke ingresó como miembro de la Theta Chapter (Sigma Theta Tau) durante sus estudios de máster en la Universidad de Boston en 1981 y fue miembro privilegiado de la Delta Upsilon Chapter-at-Large of Sigma Theta Tau en Rhode Island College en 1988. Recibió un Doctoral Student Scholarship del Theta Chapter en 1988 y el Delta Upsilon Chapter-at-Large

Louisa A. White Award for Research Excellence en 1996.

De 1991 a 1996, Burke recibió cuatro becas de investigación de la Rhode Island College Faculty para realizar estudios en el área del duelo disfuncional. En 1998, recibió una beca del Delta Upsilon Chapter-at-Large para el desarrollo inicial de un instrumento cuantitativo para estudiar el duelo disfuncional. Burke fue la investigadora principal del proyecto *Transition to Adult Living,* financiado con una beca del Department of Health and Human Services, Maternal and Child Health Bureau, Genetics Services Branch, de 1992 a 1995. En 1995 recibió una beca del New England Regional Genetics Group Special Projects, The Transition to Adult Living Proyect-System Dissemination of Information. Burke fue la coinvestigadora principal.

Al principio de su carrera, Burke ejerció la especialidad de enfermería pediátrica en el campo de la atención primaria y el paciente agudo. Ingresó en el cuerpo docente del Rhode Island College Department of Nursing como profesora clínica en 1980 y pasó a ser profesora a jornada completa en 1982, profesora adjunta en 1987, profesora titular en 1991 y catedrática en 1996. Durante este período enseñó enfermería pediátrica en cursos teóricos y prácticos. También desarrolló y fue docente en un curso de enfermería básica que incluía formación en nutrición, farmacología y fisiopatología. Se retiró de su puesto en la facultad de Rhode Island College en diciembre de 2002.

Burke se interesó por el concepto de duelo disfuncional durante su programa de doctorado tras una práctica clínica en el Child Development Center del Rhode Island Hospital. Mientras trabajaba allí con niños con espina bífida y sus padres, tuvo la intuición clínica de que las emociones manifestadas por los padres coincidían con el duelo disfuncional descrito por primera vez por Olshansky (1962). Su tesis, *The Concerns of Mothers of Preschool Children with Myelomeningocele,* identificó emociones similares a las del duelo disfuncional. Luego desarrolló el Burke Chronic Sorrow Questionnaire para realizar el trabajo de su tesis doctoral, *Chronic Sorrow in Mothers of School-Age Children With Myelomeningocele.*

En junio de 1989 Burke presentó su tesis en el congreso de investigación de la Sigma Theta Tau International en Taipei (Taiwán), donde entró en contacto con la doctora Eakes de la East Carolina University y la doctora Hainsworth del Rhode Island College. Posteriormente, este grupo constituyó el NCRCS, en el que participó durante un breve período la doctora Carolyn Lindgren de la Wayne State University. Juntas desarrollaron un cuestionario de duelo disfuncional de Burke/NCRCS modificado, y realizaron individualmente una serie de estudios que fueron analizados conjuntamente. Los estudios individuales de Burke en esta serie se centraron en el duelo disfuncional en parejas estériles, en niños de padres con trastornos disfuncionales y en padres que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Los estudios analizados conjuntamente dieron lugar al desarrollo de una teoría intermedia de duelo disfuncional publicada en 1998. De forma individual y conjunta, miembros del consorcio presentaron numerosos artículos sobre duelo disfuncional en congresos a estatales, locales, nacionales e internacionales, y escribieron 10 artículos, publicados en revistas de referencia, recibiendo el premio Best of Image en la categoría Theory de la Sigma Theta Tau International por el artículo «Middle-Range Theory of Chronic Sorrow». Más recientemente, Burke ha colaborado con la doctora Eakes en el desarrollo de un instrumento de evaluación del duelo disfuncional de Burke/Eakes.

Burke participa en numerosas organizaciones profesionales y de la comunidad. Es miembro del St. Joseph's Health Services del Rhode Island Board of Trustees. Ha recibido el premio Outstanding Alumna por sus contribuciones en la formación de enfermería del Rhode Island College Department of Nursing, y el premio Rhode Island College Alumni Honor Roll (L. Burke, comunicación personal, 2005).

Margaret A. Hainsworth

Margaret A. Hainsworth nació en Brockville, en Ontario (Canadá). Realizó los estudios de primaria y secundaria en la localidad de Prescott, en Ontario. Después de graduarse en el instituto en 1949, ingresó en la escuela de diplomados en enfermería en el Brockville General Hospital de Brockville (Ontario), graduándose en 1953. En 1959 emigró a Estados Unidos para asistir al

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

George Peabody College for Teachers en Nashville, en Tennessee, donde se diplomó en enfermería en salud pública. En 1974 continuó su formación en el Salve Regina College, en Newport (Rhode Island), se licenció en enfermería en 1973 y completó un máster en enfermería psiquiátrica y de salud mental del Boston College en 1974. Se doctoró en administración docente en la Universidad de Connecticut en 1986. En 1988 obtuvo el certificado como especialista clínica en enfermería psiquiátrica y de salud mental.

Fue investida en Sigma Theta Tau, Alpha Chi Chapter en 1978 y Delta Upsilon Chapter-at-Large en 1989. En 1976 recibió un premio Outstanding Faculty del Rhode Island College. En 1992 fue seleccionada para asistir al Technical Assistance Workshop and Mentorship for Nurses in Implementation of the National Plan for Research in Child and Adolescent Mental Disorders, patrocinado por los National Institutes of Health. En 1991 fue seleccionada como revisora de manuscritos para la revista *Qualitative Health Research, an Interdisciplinary Journal,* una publicación de Sage. En 1999 Hainsworth fue aceptada en el Royal Melbourne Institute of Technology en Melbourne (Australia) como miembro invitado en un programa de intercambio de profesorado.

Ha ejercido la enfermería en las especialidades de salud pública y enfermería psiquiátrica y de salud mental. En 1974 fue aceptada como profesora en el Department of Nursing en el Rhode Island College y fue promocionada a catedrática en 1992. Su principal actividad docente fue impartir clases teóricas y enseñar la práctica clínica de la asistencia psiquiátrica. Dictó un curso titulado «Death and Dying», optativo en el programa de estudios generales de la universidad. Hainsworth ejerció y trabajó durante 13 años como consultora en la Visiting Nursing Association. Se incorporó al ejercicio privado en la Bay Counseling Association en 1993, puesto que mantuvo durante 5 años.

Su interés por la enfermedad crónica y su relación con la aflicción se inició durante su trabajo como orientadora de un grupo de apoyo para mujeres con esclerosis múltiple. Esta práctica la llevó a su tesis: *An Ethnographic Study of Women With Multiple Sclerosis Using a Symbolic Interaction Approach.* Esta investigación se aceptó para una ponencia en el congreso de investigación de la Sigma Theta Tau en Taipei (Taiwán) en 1989. En esta conferencia, se familiarizó con la investigación sobre duelo disfuncional después de asistir a una presentación de Burke.

A partir del trabajo de Burke, se fundó el NCRCS en 1989 para ampliar los conocimientos sobre duelo disfuncional. Hainsworth fue una de las cuatro cofundadoras y miembro activo hasta 1996. La investigación se inició con cuatro estudios centrados en el duelo disfuncional en individuos con situaciones vitales crónicas y los miembros del consorcio analizaron conjuntamente los datos. Durante los 7 años en que fue miembro, el consorcio publicó 13 artículos y presentó los resultados de sus estudios en congresos internacionales, estatales y regionales. En 1999 recibieron el premio Best of Image in Theory de la Sigma Theta Tau International (M. Hainsworth, comunicación personal, 2005).

FUENTES TEÓRICAS

El NCRCS basó la teoría intermedia del duelo disfuncional en dos fuentes principales. El trabajo de Olshansky de 1962 se citó como base del concepto original de duelo disfuncional (Eakes, Burke y Hainsworth, 1998). El modelo de Lazarus y Folkman (1984) de estrés y adaptación fue la base para la conceptualización de cómo las personas hacen frente al duelo disfuncional.

El concepto de duelo disfuncional se estableció inicialmente con el trabajo de Olshansky en 1962 (Lindgren, Burke, Hainsworth y Eakes, 1992). Las teóricas del NCRCS citan las observaciones de Olshanshy sobre padres de niños con retraso mental, que indicaban que estos padres presentaban una pena recurrente, acuñando el término de duelo disfuncional. Este concepto original se describió como «una simple y amplia descripción de reacción psicológica a una situación trágica» (Lindgren et al., 1992, p. 30).

Durante la década de 1980 otros investigadores empezaron a estudiar la experiencia de padres de niños con una discapacidad física o mental. Este trabajo validaba la pena recurrente y el duelo infinito que presentaban estos padres. Antes de este trabajo, el concepto de duelo era el de un proceso que se resuelve con el tiempo y, de

lo contrario, el duelo se consideraba patológico, según el trabajo de Bowlby y Lindemann (Lindgren et al., 1992). A diferencia de esta conceptualización relacionada con el tiempo, es inherente al concepto de duelo disfuncional que la pena recurrente es una experiencia normal, según Wikler, Wasow y Hatfield (Lindgren et al., 1992). En su estudio de niños con espina bífida, Burke definió el duelo disfuncional como «una pena generalizada que es permanente, periódica y progresiva» (Hainsworth, Eakes y Burke, 1994, p. 59).

El NCRCS no limitó su teoría a la existencia de duelo disfuncional, sino que buscó examinar la respuesta al duelo. Este grupo incorporó el trabajo de Lazarus y Folkman de 1984 sobre estrés y adaptación como base para los métodos de tratamiento eficaz descritos en su modelo (Eakes et al., 1998). La discrepancia encontrada y la respuesta a un nuevo duelo estimulan mecanismos individuales para hacerle frente. Existen categorías de estilos de afrontamiento o de tratamiento. Las estrategias internas para afrontar incluyen conductas orientadas a la acción, de revaloración cognitiva e interpersonales (Eakes et al., 1998). La teoría intermedia del duelo disfuncional amplió la base teórica del duelo disfuncional no sólo a la experiencia de este duelo en situaciones determinadas, sino también a las respuestas para hacerle frente.

Conceptos principales y definiciones

DUELO DISFUNCIONAL

El duelo disfuncional es la discrepancia continua por una pérdida, que es generalizada y permanente. Los síntomas de duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos.

PÉRDIDA

La pérdida tiene lugar por una discrepancia entre situaciones o experiencias «ideales» o reales. Por ejemplo, existe un «niño perfecto» y un niño con un trastorno disfuncional que difiere del ideal.

SITUACIONES DESENCADENANTES

Las situaciones desencadenantes son circunstancias y estados que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente e inician o exacerban sentimientos de duelo.

MÉTODOS DE GESTIÓN

Los métodos de gestión son medios mediante los que los individuos pueden tratar el duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias internas de abordaje) o externas (profesional sanitario o intervenciones de otras personas).

Gestión ineficaz

La gestión ineficaz se debe a estrategias que aumentan la inquietud del individuo o aumentan los sentimientos de duelo disfuncional.

Gestión eficaz

La gestión eficaz se debe a estrategias que pueden aumentar el confort del individuo afectado.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Duelo disfuncional

Los indicios empíricos que respaldan la definición conceptual inicial del duelo disfuncional del NCRCS derivan de las entrevistas con madres de niños con espina bífida que Burke realizó como parte de su tesis. Con esta investigación, Burke pudo definir el duelo disfuncional como una pena generalizada y halló que la experiencia era permanente, periódica y potencialmente progresiva (Eakes, Burke, Hainsworth y Lindgren, 1993). El trabajo inicial de Burke aportó la base para una serie posterior de estudios, como la base para las guías de las entrevistas utilizadas en estos estudios.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Estos estudios del NCRCS incluyeron:

- Individuos con cáncer (Eakes, 1993), esterilidad (Eakes et al., 1998), esclerosis múltiple (Hainsworth, Burke, Lindgren y Eakes, 1993; Hainsworth, 1994) y enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- Cónyuges cuidadores de personas con una enfermedad mental crónica (Hainsworth, Busch, Eakes y Burke, 1995), esclerosis múltiple (Hainsworth, 1995) y enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- Padres cuidadores de niños adultos con una enfermedad mental crónica (Eakes, 1995).

Según estos estudios, las teóricas postularon que el duelo disfuncional tiene lugar en cualquier situación en la que no se resuelve la pérdida. Estos estudios no demostraron de forma coherente que las emociones asociadas empeoraran con el tiempo. Sin embargo, las autoras concluyeron que los estudios confirmaban «el potencial de progresión e intensificación del duelo disfuncional con el tiempo» (Eakes et al., 1998, p. 180).

Las teóricas del NCRCS ampliaron sus estudios a individuos que presentaban una única pérdida de un ser querido y observaron que esta población presentaba los mismos sentimientos de duelo disfuncional (Eakes, Burke y Hainsworth, 1999).

Ante estas amplias pruebas empíricas, las teóricas del NCRCS ajustaron la definición de duelo disfuncional como «la recurrencia periódica de una aflicción generalizada y permanente u otros sentimientos relacionados con el duelo con una discrepancia continua secundaria a la experiencia de una pérdida» (Eakes et al., 1998, p. 377).

Desencadenantes

Utilizando los datos empíricos de estas series de estudios, las teóricas del NCRCS identificaron acontecimientos o situaciones primarias que desencadenaban la reexperiencia de los sentimientos iniciales de duelo. Estos hechos se etiquetaron como desencadenantes del *duelo disfuncional* (Eakes et al., 1993). El NCRCS comparó y contrastó los desencadenantes del duelo disfuncional en individuos con trastornos disfuncionales, cuidadores familiares y personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido (Burke, Eakes y Hainsworth, 1999). En todas las poblaciones se observó que los recuerdos de normas y aniversarios desencadenaban el duelo disfuncional. Los cuidadores familiares y las personas con trastornos disfuncionales presentaban desencadenantes en el control de las crisis. Un único desencadenante para cuidadores familiares era la necesidad de un cuidado inacabable. La población que había sufrido la pérdida de un ser querido describía que los recuerdos y el cambio de papeles eran desencadenantes excepcionales.

Estrategias de gestión

El NCRCS postuló que el duelo disfuncional no es debilitante cuando los individuos controlan eficazmente los sentimientos. Las estrategias de gestión se dividieron en internas y externas. Las estrategias de autogestión se denominaron estrategias internas de abordaje. El NCRCS designó otras estrategias internas de abordaje, como de acción, cognitiva, interpersonal y afectiva.

Los mecanismos de acción de abordaje se utilizaron en todos los sujetos-individuos con trastornos disfuncionales y sus cuidadores (Eakes, 1993; 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996). Los ejemplos son como métodos de distracción utilizados comúnmente para hacer frente al dolor. Por ejemplo, «mantenerse ocupado» y «hacer algo divertido» son ejemplos utilizados con frecuencia como abordaje orientado a la acción (Eakes, 1995; Lindgren et al., 1992). Se observó que el abordaje cognitivo se utilizaba con frecuencia y los ejemplos incluían «pensar positivamente», «aprovechar algo al máximo» y «no intentar combatirlo» (Eakes, 1995; Hainsworth, 1994; Lindgren, 1996). Algunos ejemplos de abordaje interpersonal incluyeron «ir a un psiquiatra», «unirse a un grupo de autoayuda» y «hablar con los demás» (Eakes, 1993; Hainsworth, 1994, 1995). Los ejemplos de estrategia emocional incluyeron «un buen llanto» y «expresar emociones» (Eakes et al., 1998; Hainsworth, 1995). Se consideró que una estrategia de gestión eficaz era aquella que el sujeto describía como útil para disminuir los sentimientos de un nuevo duelo.

La gestión externa fue descrita inicialmente por Burke como intervenciones proporcionadas por profesionales de la salud (Eakes et al., 1998).

Los profesionales de la salud ayudan a las poblaciones afectadas a aumentar su bienestar a través de diferentes roles de presencia empática, con experiencia en docencia y en cuidado y con competencia profesional (Eakes, 1993; 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996).

En resumen, una impresionante muestra de 196 entrevistas dio lugar a la teoría intermedia del duelo disfuncional. Las teóricas resumieron una década de investigación con individuos con duelo disfuncional y observaron que este fenómeno tiene lugar con frecuencia en personas con trastornos disfuncionales, en cuidadores familiares y en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (Burke et al., 1999; Eakes et al., 1998).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Diagnosticar el duelo disfuncional y ofrecer intervenciones está dentro del ámbito del ejercicio de la enfermería. Las enfermeras pueden ofrecer una guía anticipatoria a individuos de riesgo. Los roles principales de las enfermeras incluyen presencia empática, experiencia en docencia y cuidados, y competencia profesional (Eakes et al., 1998).

Persona

Los seres humanos tienen una percepción idealizada de los procesos vitales y de la salud. Las personas comparan sus experiencias con el ideal y con quienes les rodean. Aunque la experiencia de cada persona con la pérdida es única, existen características comunes y previsibles acerca de la experiencia de la pérdida (Eakes et al., 1998).

Salud

Hay un funcionamiento normal. La salud de una persona depende de la adaptación a discrepancias asociadas a la pérdida. El abordaje eficaz origina una respuesta normal a las pérdidas vitales (Eakes et al., 1998).

Entorno

Hay interacciones en un contexto social que incluye el ambiente familiar, social, laboral y de asistencia sanitaria. Los individuos responden a su evaluación de sí mismos con respecto a las normas sociales (Eakes et al., 1998).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

1. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal relacionada con la discrepancia continua creada por una situación de pérdida.
2. El duelo disfuncional es de naturaleza cíclica.
3. Los desencadenantes externos e internos previsibles de mayor duelo pueden clasificarse y anticiparse.
4. Los seres humanos tienen estrategias de abordaje inherentes y aprendidas, que pueden o no ser eficaces para recuperar el equilibrio normal al experimentar el duelo disfuncional.
5. Las intervenciones de los profesionales sanitarios pueden o no ser eficaces para ayudar al individuo a recuperar el equilibrio normal.
6. Un ser humano que presenta una pérdida única o continua percibirá una discrepancia entre el ideal y la realidad.
7. La discrepancia entre real e ideal conduce a sentimientos de aflicción generalizada y duelo (Eakes et al., 1998).

FORMA LÓGICA

Esta teoría se basa en diversos estudios cualitativos. A través del análisis de 196 entrevistas surgió la teoría intermedia del duelo disfuncional. Con las pruebas empíricas, las teóricas del NCRCS describieron el fenómeno del duelo disfuncional, identificaron desencadenantes comunes de nuevo duelo y describieron mecanismos internos para hacerle frente y el papel de las enfermeras en la gestión externa del duelo disfuncional. Los supuestos teóricos se evidencian claramente en los datos empíricos.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La serie de estudios del NCRCS que forman la base de la teoría intermedia del duelo disfuncional (Eakes et al., 1998) están llenos de implicaciones para la práctica. Cada artículo incluía un apartado que relacionaba los hallazgos con la práctica de la

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfermería clínica (Burke et al., 1999; Eakes, 1993, 1995; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1993, 1994, 1995; Lindgren, 1996; Lindgren et al., 1992). Además, el trabajo del NCRCS ha servido de base a otros autores para publicaciones dirigidas a un público centrado en la práctica.

Implicaciones del NCRCS en la práctica de enfermería

Las principales implicaciones para la práctica son sugerencias a las enfermeras para ayudar a individuos y cuidadores familiares a tratar eficazmente los hitos o los acontecimientos desencadenantes. Los papeles definidos para las enfermeras incluían: presencia empática, experiencia en docencia y asistencia, y competencia profesional (Eakes et al., 1993).

Otra bibliografía centrada en la práctica

Varias autoras ajenas al NCRCS han escrito y publicado artículos para enfermeras o médicos (Gedaly-Duff, Stoger y Shelton, 2000; Krafft y Krafft, 1998; Scornaienchi, 2003). Otra bibliografía centrada en la práctica, aunque no escrita por enfermeras, aportaba guías que las enfermeras considerarían útiles (Doka, 2004; Miller, 1996).

Aunque el trabajo aquí mencionado se describe en relación con la práctica, también puede considerarse relacionado con la educación. El siguiente apartado presenta pruebas adicionales que respaldan el papel del NCRCS en la importancia del duelo disfuncional para la comunidad educativa.

FORMACIÓN

Aquí se describen dos aspectos del uso de la teoría intermedia del duelo disfuncional. Uno de ellos es sobre el uso como diagnóstico de enfermería por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (NANDA International, 2003). El otro es el uso del trabajo del NCRCS en la formación continuada.

Duelo disfuncional: un diagnóstico enfermero

La revisión de la bibliografía sobre duelo disfuncional reveló que fue aceptado como diagnóstico enfermero por la NANDA en 1998 (NANDA International, 2003). La comparación de las definiciones utilizadas por la NANDA y el NCRCS (Eakes et al., 1998) reveló dimensiones muy similares. Además, varios de los manuales de diagnóstico enfermeros más utilizados (Ackley y Ladwig, 2008; Carpenito, 2006) y manuales para pregraduados han citado el trabajo del NCRCS (Lewis, Heitkemper y Dirksen, 2007; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein y Schwartz, 2001).

Implicaciones educativas

Además de la inclusión del duelo disfuncional en la lista de la NANDA, trabajos más recientes del equipo investigador de la Universidad de Iowa para el desarrollo de la Nursing Intervention Classification (NIC) y la Nursing Outcome Classification (NOC) han incluido relaciones entre el duelo disfuncional y la categoría diagnóstica, las intervenciones y los resultados esperados (Johnson, Bulechek, McCloskey Dochterman, Maas y Moorhead, 2001). Las relaciones tienen implicaciones educativas porque ofrecen una guía a los educadores de enfermería en la enseñanza de la toma de decisiones clínicas y el diseño curricular. Además, vuelven a centrarse en la planificación de cuidados incluyendo las intervenciones y los resultados, un paso esencial en la práctica docente basada en la evidencia (Pesut y Herman, 1998).

Formación investigadora de graduados

El trabajo del NCRCS ha constituido la base teórica a varias tesis y tesinas. Las tesinas no publicadas de Golden (1994) y Shumaker (1995) sobre duelo disfuncional en madres de niños enfermos disfuncionales y los artículos basados en la tesis doctoral de Hobdell (2004; Hobdell y Deatrick, 1996), Mallow (Mallow y Bechtel, 1999) y Northington (2000) avalan la utilización del trabajo teórico del NCRCS en la formación de enfermería de graduados.

Formación continuada

En tres artículos de formación continuada se utilizó el trabajo del consorcio sobre duelo disfuncional. Meleski (2002) y Melnyk, Feinstein,

Moldenhouer y Small (2001) publicaron cursos de formación continuada diseñados para médicos que trabajan con familias con niños enfermos disfuncionales. El curso de Drench (2003) para fisioterapeutas presentaba un contenido sobre pérdida y duelo que incluía el trabajo del NCRCS.

INVESTIGACIÓN

Una revisión de la investigación publicada que ha utilizado el trabajo del NCRCS reveló que la mayoría de artículos eran una extensión de este trabajo. Incluían representantes de poblaciones previamente estudiadas, como:

- Individuos con cáncer (Eakes, 1993), esclerosis múltiple (Hainsworth et al., 1993; Isaksson, Gunnarsson y Ahlstrom, 2007), esterilidad (Eakes et al., 1998) y enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- Cuidadores de niños con retraso del desarrollo (Burke et al., 1999), adultos con una enfermedad mental crónica (Eakes, 1995) y niños con epilepsia (Hobdell, Grant, Valencia, Kothare, Legido y Khurana, 2007).
- Individuos que han perdido a un ser querido (Eakes et al., 1999).

Varios estudios ampliaron el trabajo a nuevas poblaciones, individuos con virus de la inmunodeficiencia humana (Lichtenstein, Laska y Clair, 2002), madres con virus de la inmunodeficiencia humana (Ingram y Hutchinson, 1999) y cuidadores de niños con drepanocitosis (Northington, 2000), asma (Matby, Kristjanson y Coleman, 2003) y diabetes (Lowes y Lyne, 2000).

Aunque la mayoría de autoras eran enfermeras de Estados Unidos, la bibliografía muestra una influencia internacional, como reflejan las publicaciones de enfermeras de Australia (Matby et al., 2003), Nueva Zelanda (Carter, McKenna, MacLeod y Green, 1998), Suecia (Ahlstrom, 2007; Pejlert, 2001) y Reino Unido (Lowes y Lyne, 2000). Varios terapeutas ocupacionales han realizado varios estudios, además de un estudio realizado por sociólogos, que apoyan el supuesto de que el trabajo del NCRCS es la base para la investigación internacional e interdisciplinaria. La aplicación de esta teoría intermedia a la investigación se ve en la bibliografía actual sobre enfermería (Eakes, 2004; Eakes, 2008).

DESARROLLOS POSTERIORES

Un área de desarrollo posterior es la variación en la intensidad del duelo disfuncional. Como se sugería en un estudio de cuidadores de adultos con una enfermedad crónica o mental y niños con discapacidades crónicas, los cambios de roles impactan en la intensidad del duelo disfuncional (Lee, Strauss, Wittman, Jackson y Carstens, 2001). Al medir la intensidad, la teoría intermedia del duelo disfuncional sería útil como marco de estudios sobre la eficacia de las intervenciones. Otros posibles resultados de enfermería propuestos por Ackley y Ladwig (2008) incluyen aceptación, estado de salud y depresión, y equilibrio del estado de ánimo. Ackley y Ladwig sugerían intervenciones de enfermería para sujetos con duelo disfuncional. A través de la investigación, el apoyo empírico a estas intervenciones de enfermería se añadiría a la práctica de la enfermería basada en la evidencia.

Kendall (2005) desarrolló el instrumento de duelo disfuncional de Kendall (KCSI) y utilizó una muestra de 98 mujeres que estaban sufriendo pérdidas significativas para realizar pruebas de validez y fiabilidad. El KCSI, un instrumento unidimensional cuantitativo, consta de 18 ítems en la escala de Likert. Con el desarrollo de otros instrumentos, el KCSI facilitará otras pruebas de la teoría y la detección clínica del duelo disfuncional.

CRÍTICA

Claridad

Esta teoría describe claramente un fenómeno que se observa en el área clínica cuando tiene lugar una pérdida, y es evidente que es aceptado en la práctica de la enfermería. Como se ha indicado antes, el diagnóstico enfermero de duelo disfuncional aparece en los manuales de enfermería y se define como cíclico, recurrente y potencialmente progresivo y, como tal, coincide con la definición de estas teóricas. En cada una de las obras publicadas por estas teóricas se definen los principales conceptos y esta teoría intermedia describe la relación propuesta entre estos conceptos. La relación entre conceptos tiene un sentido intuitivo. Por ejemplo, está claro que una gestión eficaz, sea interna o externa, aumentará el bienestar y, por el contrario, una gestión ineficaz aumentará el malestar y la intensidad del duelo disfuncional. Como teoría

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

intermedia, el alcance se limita a la explicación de un único fenómeno, el de la respuesta a la pérdida, y es congruente con la experiencia de la práctica clínica. Como ha declarado Eakes, lo bueno de esta teoría intermedia es que sea aplicable por médicos, estudiantes y educadores, así como que permite establecer una relación de comunicación válida a nivel nacional e internacional (G. Eakes, comunicación personal, diciembre de 2004).

Un aspecto de la teoría que no está claro es la explicación de por qué no todos los individuos con pérdidas no resueltas experimentan un duelo disfuncional. Algunos, aunque pocos, de los entrevistados por el NCRCS no presentaron los síntomas de duelo disfuncional. No se dispone de más datos sobre estos individuos. ¿Tienen los individuos que no muestran duelo disfuncional diferentes características de personalidad, como la entereza, o reciben diferentes intervenciones asistenciales en el momento de producirse la pérdida? ¿Qué sugerirían los datos de estos individuos en cuanto al abordaje de la pérdida continua?

Otro concepto que debe aclararse es la progresión del duelo disfuncional. Aunque el duelo disfuncional se describe como potencialmente progresivo, ¿qué es la progresión? ¿Es patológica esta progresión?

Está justificado aclarar los grupos de estrategias de gestión interna. Para las revisoras no está claro cuáles son las diferencias entre las estrategias orientadas al problema y las cognitivas. Asimismo, no se describen claramente las estrategias emotivo-cognitivas, emocionales e interpersonales. Existe cierta superposición entre la gestión interna y la externa cuando se utiliza la palabra interpersonal para describir la búsqueda de ayuda profesional.

Simplicidad

El modelo teórico del duelo disfuncional (fig. 31-1) potencia la comprensión de la relación entre las variables. Con este modelo, está claro que el duelo disfuncional es cíclico, generalizado y potencialmente progresivo. Además, con los subconceptos de tratamiento interno frente a externo y tratamiento ineficaz frente a eficaz, está claro qué tipo de evaluación y hasta qué punto una intervención adecuada de las enfermeras y otros profesionales sanitarios sería mejor para evitar que el duelo disfuncional fuera progresivo. Con un número limitado de variables definidas, la teoría es concisa y de fácil comprensión. Como teoría intermedia, es útil para el diseño de la investigación y como guía para la práctica.

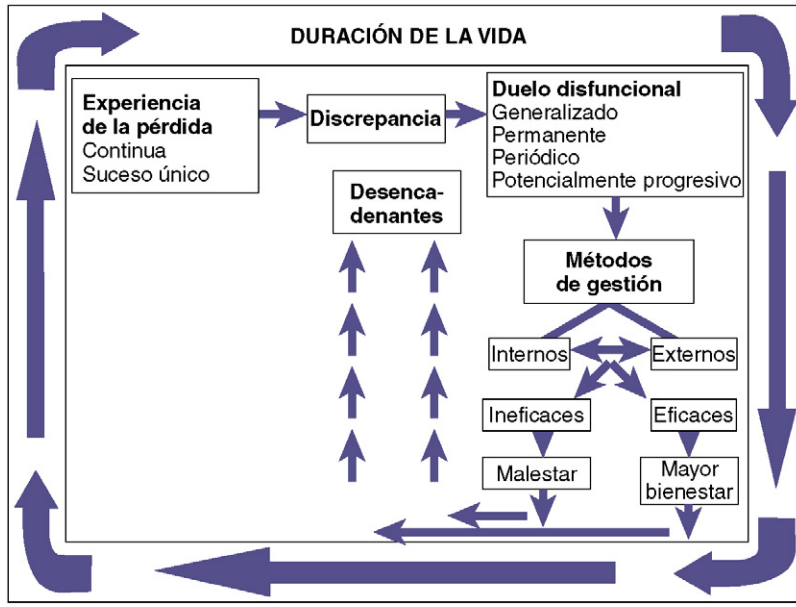


Figura 31-1 **Modelo teórico del duelo disfuncional.** (De Eakes, G. G. Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. [1998]. Middle range theory of chronic sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 30*[2], 180.).

Generalidad

El concepto de duelo disfuncional empezó con el estudio de padres de niños con un defecto físico o cognitivo. A través de pruebas empíricas, la teoría se amplió para incluir diversas experiencias de pérdida. La teoría se aplica claramente a un amplio abanico de pérdidas, y es aplicable al individuo afectado, además de a los cuidadores y a quienes han perdido a un ser querido. Además, la teoría es útil para diversos profesionales sanitarios. Con estos conceptos, se capta la naturaleza excepcional de la experiencia con la amplitud de conceptos como el de desencadenantes. Los desencadenantes y las estrategias de gestión son exclusivas de la situación individual y, por tanto, permiten la aplicación a diversas situaciones.

Precisión empírica

Como es característico de una teoría intermedia, el limitado alcance permite a los investigadores estudiar el fenómeno. Con un número limitado de variables y relaciones definidas entre las variables, los investigadores pueden generar hipótesis relacionadas con el estudio de intervenciones de enfermería que favorecen estrategias eficaces para la gestión del duelo disfuncional. Estos estudios de resultados proporcionan y se añaden a la base de la práctica basada en la evidencia.

Puesto que la teoría deriva de pruebas empíricas, tiene una clara utilidad para investigaciones futuras. La clara definición del duelo disfuncional permite estudiar a individuos con diversas pérdidas y aquellas situaciones de pérdida que suelen desembocar en un duelo disfuncional. En su estudio de individuos que habían perdido a un ser querido, Eakes et al. (1999) identificaron síntomas de duelo disfuncional en la mayoría de sujetos. Mediante estudios adicionales, los investigadores pueden idear instrumentos de evaluación para la práctica clínica.

Consecuencias deducibles

Como consecuencia de este gran volumen de investigación, el duelo disfuncional es un fenómeno ampliamente aceptado, como lo evidencia su inclusión en los diagnósticos de la NANDA. Las enfermeras y otros profesionales de la salud han validado su experiencia con la pérdida en la clínica. Por consiguiente, los profesionales sanitarios pueden normalizar la experiencia. Como afirmó Eakes, «el duelo disfuncional es como la experiencia del embarazo, es un proceso normal en el que los sujetos pueden beneficiarse de la guía y apoyo de los profesionales sanitarios» (G. Eakes, comunicación personal, diciembre de 2004). Eakes también afirmó que esta experiencia es exclusiva de cada individuo y de cada situación.

RESUMEN

La pérdida es una experiencia común a todos los individuos. Esta teoría intermedia describe el fenómeno del duelo disfuncional como una respuesta normal a la discrepancia continua creada por la pérdida. Se describen los principales conceptos que incluyen discrepancias, desencadenantes y estrategias de gestión (internas y externas). Se describen las fuentes teóricas y las pruebas empíricas. El capítulo presenta pruebas de que la teoría es aceptada y utilizada en la práctica, en la formación y en la investigación. Enfermeras y por profesionales de otras disciplinas citan la teoría en foros internacionales. Se presentan sugerencias para una investigación y desarrollo posterior. Una extensa crítica describe la claridad de los conceptos y la sencillez y utilidad de la teoría para la investigación basada en la evidencia.

Caso clínico

Susan Jones es una mujer de 21 años con una lesión medular desde los 14 años por un accidente de submarinismo. Es tetrapléjica y acude a una universidad local. Su madre, Mary Jones, es su principal cuidadora. La señora Jones tiene dificultades para dormir y sufre cefaleas frecuentes. Como enfermera, usted sospecha que la señora Jones podría tener duelo disfuncional.

Con el cuestionario de duelo disfuncional de Burke/NCRCS (versión para cuidadores) como guía para la entrevista, encuentra pruebas de duelo disfuncional (Eakes, 1995). La señora Jones describe frecuentes sensaciones de estar desbordada. Explica que, a veces, se enfada y se desconsuela al ver que su hija nunca tendrá una vida normal. Indica que tiene estos sentimientos repetidamente desde el accidente de su hija. Además, dice que no ve un final a sus responsabilidades como cuidadora. Estos sentimientos son más

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

fuertes cuando los hijos de sus amigas se casan y encuentran trabajo fuera de casa. Hace frente a estos sentimientos intentando centrarse en lo positivo (su hija está viva y sus hijos están bien) y hablando con sus amigos íntimos.

Tranquiliza a la señora Jones diciéndole que no está sola en esta situación y que es normal tener estos sentimientos. Durante la entrevista, descubre que la señora Jones no ha buscado ayuda profesional. Ella le dice que se encuentra mejor porque es la primera vez que un profesional de la salud le ha preguntado acerca de sus sentimientos. Junto con la señora Jones usted empieza a buscar estrategias para darle un respiro y también un asesor de salud mental para que le ayude periódicamente a hacer frente al duelo disfuncional.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Utilizando la teoría intermedia del duelo disfuncional como marco, idear una o más hipótesis sobre padres de niños con diabetes que acuden o no a un grupo de apoyo.
2. Proporcionar un grupo de apoyo es sólo una posible estrategia de intervención para ayudar a los individuos con duelo disfuncional. ¿Qué medidas de resultados o de evaluación objetiva utilizaría para evaluar la eficacia de las intervenciones?
3. Compare y contraste la teoría intermedia de duelo disfuncional con los estadios de duelo de Kubler-Ross o con la teoría de la pérdida de Bowlby.
4. Describa la experiencia de tres individuos con un trastorno disfuncional como la esclerosis múltiple. ¿Cree que los supuestos teóricos de la teoría intermedia del duelo disfuncional se aplican en estas situaciones? Explique su justificación.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Eakes, G. G. (2004). Chronic sorrow. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (pp. 165–175). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eakes, G. G., & Burke, M. L. (2002). Development and validation of the Burke/Eakes chronic sorrow assessment tool. Datos en bruto inéditos (eakesg@ecu.edu).
- Kendall, L. C. (2005). *The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument.* Tesis inédita, Virginia Commonwealth University, Richmond.

REFERENCIAS

Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2008). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (7th ed.). St. Louis: Mosby. pp. 772-777.

Ahlstrom, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, *16*(3a), 76-83.

Burke, M. L., Eakes, G. G., & Hainsworth, M. A. (1999). Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*, *5*(4), 374-387.

Carpenito, L. J. (2006). In (11th Edition, *Handbook of Nursing Diagnosis*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 446-448).

Carter, H., McKenna, C., MacLeod, R., & Green, R. (1998). Health professionals' responses to multiple sclerosis and motor neuron disease. *Palliative Medicine*, *12*(5), 383-394.

Doka, K. J. (2004). Grief and dementia. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief: Alzheimer's disease*. Washington DC: Hospice Foundation of America.

Drench, M. E. (2003). Loss, grief, and adjustment: A primer for physical therapy. Part I. *PT, 11*(6), 50-62.

Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *20*(9), 1327-1334.

Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(2), 77-84.

Eakes, G. G. (2004). Chronic sorrow. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (pp. 165-175). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Eakes, G. G. (2008). *Chronic sorrow*. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research,* (2nd ed., pp. 170-185). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(2), 179-184.

Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1999). Chronic sorrow: The lived experience of bereaved individuals. Illness, Crisis, and Loss, *7*(1), 172-182.

Eakes, G. G., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Lindgren, C. L. (1993). Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In S. G. Funk, E.

Tornquist & M. T. Champagne (Eds.), *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home* (pp. 231-236). New York: Springer.
Gedaly-Duff, V., Stoger, S., & Shelton, K. (2000). Working with families. In R. E. Nickel & L. W. Desch (Eds.), *The physicians' guide to caring for children with disabilities and chronic conditions* (pp. 31-75). Baltimore: Paul H. Brooks.
Golden, B. A. (1994). *The presence of chronic sorrow in mothers of children with cerebral palsy*. Tempe: University of Arizona. Unpublished master's thesis.
Hainsworth, M. A. (1994). Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuro-science Nursing*, *26*(4), 237-240.
Hainsworth, M. A. (1995). Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*, *21*(7), 29-33.
Hainsworth, M. A., Burke, M. L., Lindgren, C. L., & Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*, *11*(2), 9-13.
Hainsworth, M. A., Busch, P. V., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1995). Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *1*(4), 120-124.
Hainsworth, M. A., Eakes, G., & Burke, M. L. (1994). Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*, *15*(1), 59-66.
Hobdell, E. F. (2004). Chronic sorrow and depression in parents of children with neural tube defects. *Journal of Neuroscience Nursing*, *36*(2), 82-88.
Hobdell, E. F., Grant, M. L., Valencia, J. M., Kothare, S., Legido, A., & Khurana, D. S. (2007). Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, *39*(2), 76-82.
Hobdell, E. F., & Deatrick, J. A. (1996). Chronic sorrow: A content analysis of parental differences. *Journal of Genetic Counseling*, *5*(2), 57-68.
Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (1999). Defensive mothering in HIV-positive mothers. *Qualitative Health Research*, *9*(2), 243-258.
Isaksson, A., Gunnarsson, L., & Ahlstrom, G. (2007). The presence of meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(11), 315-324.
Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. E. (2001). *Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC and NIC linkages*. St. Louis: Mosby.
Kendall, L. C. (2005). *The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument*. Unpublished dissertation.Virginia Commonwealth University. Richmond.
Krafft, S. K., & Krafft, L. J. (1998). Chronic sorrow: Parents' lived experience. *Holistic Nursing Practice*, *13*(1), 59-67.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
Lee, A. L., Strauss, L., Wittman, P., Jackson, B., & Carstens, A. (2001). The effects of chronic illness on roles and emotions of caregivers. Occupational *Therapy in Health Care*, *14*(1), 47-60.
Lewis, S. M., Heitkemper, M. L., & Dirksen, S. R. (2007). *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
Lichtenstein, B., Laska, M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *AIDS Patient Care and STDs*, *16*(1), 27-38.
Lindgren, C. L. (1996). Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *10*(4), 351-370.
Lindgren, C. L., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Eakes, G. G. (1992). Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *6*(1), 27-42.
Lowes, L., & Lyne, P. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 41-48.
Mallow, G. E., & Bechtel, G. A. (1999). Chronic sorrow: The experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *37*(7), 31-35.
Matby, H. J., Kristjanson, L., & Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, *9*(6), 368-373.
Meleski, D. D. (2002). Families with chronically ill children. *American Journal of Nursing*, *102*(5), 47-54.
Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, *27*(6), 548-558.
Miller, F. E. (1996). Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *47*(6), 633-636.
NANDA International. (2003). NANDA: Nursing diagnoses: Definitions & classification 2003-2004. Philadelphia: NANDA International.
Northington, L. (2000). Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *23*(3), 141-154.
Olshanky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to a mentally defective child. *Social casework*, *43*, 191-193.
Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, *9*(4), 194-204.
Pesut, D., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. Outcome-Present State-Test. *Nursing Outlook*, *46*(1), 29-36.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Scornaienchi, J. M. (2003). Chronic sorrow: One mother's experience with two children with lissencephaly. *Journal of Pediatric Health Care*, *17*(6), 290-294.

Shumaker, D. (1995). *Chronic sorrow in mothers of children with cystic fibrosis.* Memphis: University of Tennessee. Unpublished master's thesis.

Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Capítulos de libros

Eakes, G. G. (2004). Chronic sorrow. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (pp. 165-175). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Eakes, G. G., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Lindgren, C. L. (1993). Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In S. G. Funk, E. Tornquist & M. T. Champagne (Eds.), *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home* (pp. 231-236). New York: Springer.

Artículos de revistas

Burke, M. L., Eakes, G. G., & Hainsworth, M. A. (1999). Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*, *5*(4), 374-387.

Burke, M. L., Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Lindgren, C. L. (1992). Current knowledge and research on chronic sorrow: A foundation for inquiry. *Death Studies*, *16*(3), 231-245.

Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *20*(9), 1327-1334.

Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, *9*(2), 77-84.

Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). The middle-range theory of chronic sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(2), 179-184.

Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1999). Chronic sorrow: The lived experience of bereaved individuals. *Illness, Crisis, and Loss*, *7*(1), 172-182.

Eakes, G. G., Hainsworth, M. A., Lindgren, C. L., & Burke, M. L. (1991). Establishing a long-distance research consortium. *Nursing Connections*, *4*(1), 51-57.

Hainsworth, M. A. (1994). Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuro-science Nursing*, *26*(4), 237-240.

Hainsworth, M. A. (1995). Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*, *21*(7), 29-33.

Hainsworth, M. A., Burke, M. L., Lindgren, C. L., & Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*, *11*(2), 9-13.

Hainsworth, M. A., Busch, P. V., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1995). Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *1*(4), 120-124.

Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1994). Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*, *15*(1), 59-66.

Lindgren, C. L. (1996). Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *10*(4), 351-370.

Lindgren, C. L., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Eakes, G. G. (1992). Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *6*(1), 27-42.

Tesis doctoral

Burke, M. L. (1989). Chronic sorrow in mothers of school age children with a myelomeningocele disability (Doctoral dissertation, Boston University, 1989). *Dissertation Abstracts International*, 50, 233-234B.

Fuentes secundarias

Libros

Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2008). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (8th ed.). St. Louis: Mosby.

Carpenito, L. J. (2006). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. E. (2001). *Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC and NIC linkages.* St. Louis: Mosby.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Lewis, S. M., Heitkemper, M. L., & Dirksen, S. R. (2007). *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th ed.). St. Louis: Mosby.

NANDA International. (2003). *NANDA: Nursing diagnoses: Definitions & classification* 2003-2004. Philadelphia: NANDA International.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing.* Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing.* St. Louis: Mosby.

Capítulos de libros

Doka, K. J. (2004). Grief and dementia. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief: Alzheimer's disease.* Washington DC: Hospice Foundation of America.

Gedaly-Duff, V., Stoger, S., & Shelton, K. (2000). Working with families. In R. E. Nickel & L. W. Desch (Eds.), *The physicians' guide to caring for*

children with disabilities and chronic conditions (pp. 31-75). Baltimore: Paul H. Brooks.

Lindgren, C. L. (2000). Chronic sorrow in long-term illness across the life span. In J. M. Miller (Ed.), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (3rd ed., pp. 125-143). Philadelphia: F. A. Davis.

Smith, M. J., & Liehr, P. (2003). Introduction: Middle range theory and the ladder of abstraction. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 1-23). New York: Springer.

Artículos de revistas

Carter, H., McKenna, C., MacLeod, R., & Green, R. (1998). Health professionals' responses to multiple sclerosis and motor neuron disease. *Palliative Medicine*, *12*(5), 383-394.

Charles, K., Sellick, S. M., Montesanto, B., & Mohide, E. A. (1996). Priorities of cancer survivors regarding psychosocial needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, *14*(2), 57-72.

Dewar, A. L., & Lee, E. A. (2000). Bearing illness and injury. *Western Journal of Nursing Research*, *22*(8), 912-926.

Doornbos, M. M. (1997). The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *35*(9), 22-26.

Doornbos, M. M. (2000). King's systems framework and family health: The derivation and testing of a theory. *Journal of Theory Construction & Testing*, *4*(1), 20-26.

Drench, M. E. (2003). Loss, grief, and adjustment: A primer for physical therapy. Part I. *PT, 11*(6), 50-62.

Gordon, M. (1998, September 30). Nursing nomenclature and classification system development. *Online Journal of Issues in Nursing.* Retrieved December 20, 2004, from http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm

Hewson, D. (1997). Coping with loss of ability: "Good grief" or episodic stress responses. *Social Science & Medicine*, *44*(8), 1129-1139.

Hobdell, E. F. (2004). Chronic sorrow and depression in parents of children with neural tube defects. *Journal of Neuroscience Nursing*, *36*(2), 82-88.

Hobdell, E. F., & Deatrick, J. A. (1996). Chronic sorrow: A content analysis of parental differences. *Journal of Genetic Counseling*, *5*(2), 57-68.

Howard, P. B. (1998). The experience of fathers of adult children with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, *19*(4), 399-413.

Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (1999). Defensive mothering in HIV-positive mothers. *Qualitative Health Research*, *9*(2), 243-258.

Johnsonius, J. R. (1996). Lived experiences that reflect embodied themes of chronic sorrow: A phenomenological pilot study. *Journal of Nursing Science*, *1*(5/6), 165-173.

Kearney, P. M., & Griffin, T. (2001). Between joy and sorrow: Being a parent of a child with developmental disability. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(5), 582-592.

Krafft, S. K., & Krafft, L. J. (1998). Chronic sorrow: Parents' lived experience. *Holistic Nursing Practice*, *13*(1), 59-67.

Langridge, P. (2002). Reduction of chronic sorrow: A health promotion role for children's community nurses. *Journal of Child Health Care*, *6*(3), 157-217.

Lee, A. L., Strauss, L., Wittman, P., Jackson, B., & Carstens, A. (2001). The effects of chronic illness on roles and emotions of caregivers. *Occupational Therapy in Health Care*, *14*(1), 47-60.

Lichtenstein, B., Laska, M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *AIDS Patient Care and STDs*, *16*(1), 27-38.

Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *ANS Advances in Nursing Science*, *21*(4), 81-91.

Lindgren, C. L., Connelly, C. T., & Gaspar, H. L. (1999). Grief in spouse and children caregivers of dementia patients. *Western Journal of Nursing Research*, *21*(4), 521-537.

Lowes, L., & Lyne, P. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 41-48.

Mallow, G. E., & Bechtel, G. A. (1999). Chronic sorrow: The experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *37*(7), 31-35.

Matby, H. J., Kristjanson, L., & Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, *9*(6), 368-373.

Meleski, D. D. (2002). Families with chronically ill children. *American Journal of Nursing*, *102*(5), 47-54.

Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, *27*(6), 548-558.

Miller, F. E. (1996). Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *47*(6), 633-636.

Northington, L. (2000). Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *23*(3), 141-154.

Parse, R. R. (1997). Joy-sorrow: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, *10*(2), 80-87.

Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, *9*(4), 194-204.

Pesut, D. J., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, *46*(1), 29-36.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Phillips, M. (1991). Chronic sorrow in mothers of chronically ill and disabled children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 14*(2), 111-120.

Scornaienchi, J. M. (2003). Chronic sorrow: One mother's experience with two children with lissencephaly. *Journal of Pediatric Health Care, 17*(6), 290-294.

Sumner, J. (2001). Caring in nursing: A different interpretation. *Journal of Advanced Nursing, 35*(6), 926-932.

Thorne, S., Paterson, B., Acorn, S., Canam, C., Joachim, G., & Jillings, C. (2002). Chronic illness experience: Insights from a metastudy. *Qualitative Health Research, 12*(4), 437-452.

Tesis doctorales

Hobdell, E. F. (1993). The relationship between chronic sorrow and accuracy of perception of cognitive development in parents of children with neural tube defect. (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1993) *Dissertation Abstracts International, B 54/03*, 1333. .

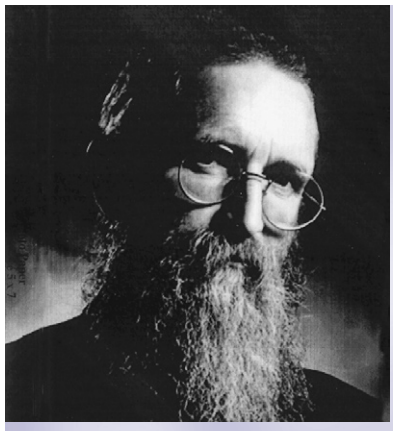
Kendall, L. C. (2005). The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument. Unpublished dissertation. Virginia Commonwealth University. Richmond.

Northington, L. K. (1999). Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Dissertation Abstracts International, B 59/10*, 5313. (Doctoral dissertation, Louisiana State University, Health Science Center, 1999).

Tesinas de másteres

Golden, B. A. (1994). *The presence of chronic sorrow in mothers of children with cerebral palsy*. Tempe: University of Arizona. Unpublished master's thesis.

Shumaker, D. (1995). *Chronic sorrow in mothers of children with cystic fibrosis*. Memphis: University of Tennessee. Unpublished master's thesis.



CAPÍTULO 32

Phil Barker

El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Nancy Brookes

«Las enfermedades mentales o los trastornos psiquiátricos son "problemas de la vida humana": las personas encuentran que es difícil vivir consigo mismos o vivir con otros en el mundo social. Una idea simple que se complica cuando intentamos comprometernos con ello. Las enfermeras intentan ayudar a las personas a abordar estos problemas para vivir, en un intento de sobrevivir con ellos. Otra simple idea que se complica a nivel de la práctica. Todo es paradoja» (comunicación personal, 23 de febrero de 2008).

BIOGRAFÍA

Phil Barker nació en Escocia, cerca del mar y, por tanto, así empezó la influencia y su interés por el agua, la metáfora fundamental de la vida (Barker, 1996a, p. 239). Atribuye a su padre y a su abuelo su lema «el calor de la educación y la disciplina de los límites», que le ayudaron a apreciar que «la vida era una respuesta a la espera de la pregunta correcta» e, igual que ellos, llegó a ser filósofo (Barker, 1999b, p. xii). La vida en este contexto también contribuyó a su imperecedera curiosidad y a la filosofía del día a día, que resuenan en el modelo de la marea.

Barker se formó como pintor y escultor a mediados de la década de 1960 y ganó el prestigioso premio Pernod para pintores jóvenes en 1974, momento en que ya era enfermero en psiquiatría. Sigue pintando cuadros de palabras en metáfora. Barker atribuye a la escuela de arte su introducción en el «aprendizaje de la realidad», la realidad de la experiencia, que fue el centro de sus investigaciones filosóficas. Su fascinación por las filosofías orientales, que se inició en la escuela de arte, fluye a través del modelo de la marea con ecos de caos, incertidumbre, cambio y la idea china de la crisis como una oportunidad. Esta implicación inicial en las artes también ayuda a explicar la visión de la enfermería de Barker como «el arte de cuidar» (Barker, 2000c, 2000e; Barker y Whitehill, 1997).

Después de pasar por la escuela de arte, Barker trabajó como dibujante publicitario y muralista, y complementó sus ingresos trabajando en ferrocarriles y fábricas. Su «océano de experiencia»

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

tomó un nuevo rumbo en 1970 cuando ocupó un cargo como «auxiliar en el manicomio local». Su fascinación por la dimensión humana, la experiencia vivida y las historias de personas con estrés emocional le llevaron a trasladar su interés por las artes y las humanidades a la enfermería.

El progreso inicial de Barker en enfermería, aunque infrecuente, era característico del momento y del contexto. La enfermería, en esencia, se sumergió temporalmente cuando empezó a estudiar y practicar varias psicoterapias, como la terapia conductual cognitiva y la terapia familiar y de grupo. La investigación doctoral de Barker se caracteriza por un trabajo conductual cognitivo con un grupo de mujeres que vivían con depresión (Barker, 1987). Sin embargo, por entonces, Barker no se sentía cómodo con la aplicación de terapias a personas que tenían problemas para vivir y reafirmó «el principio de incertidumbre». Su curiosidad sobre la vida y las personas le sugirió cuestiones sobre las personas con las que trabajaba y su capacidad de adaptación e integridad. Aprendía de ellos qué significaba presentar estrés y se preguntaba qué significaba la recuperación para las personas. Reaparecieron cuestiones sobre:

- ¿Qué es ser una persona?
- ¿Cuál es el objetivo adecuado de la enfermería?
- ¿Para qué son necesarias las enfermeras?

Mientras fue catedrático de la Psychiatric Nursing Practice en la University of Newcastle, estas cuestiones conformaron su agenda de investigación y culminaron el desarrollo del modelo de la marea.

Como primer catedrático de Psychiatric Nursing Practice de Reino Unido, Barker siguió manteniendo una consulta y desarrollando el modelo de la marea. Durante su carrera de enfermería, Barker se ha preguntado por el objetivo adecuado de la enfermería psiquiátrica y el papel del cuidado, la compasión, la comprensión y el respaldo para ayudar a personas que sufren un estrés extremo o una pérdida del yo o en crisis espirituales (Barker, 1999b). El modelo de la marea se desarrolló en este contexto e historia. La base narrativa de conocimientos del modelo de la marea, aunque particular, no es exclusiva y deja espacio al desarrollo y a otros puntos de vista.

Barker ha sido un escritor prolífico en el área de enfermería psiquiátrica y salud mental desde 1978. Es autor de 14 libros, de más de 50 capítulos de libros y más de 150 artículos académicos. También fue editor ayudante del *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* durante una década. Barker fue nombrado miembro del Royal College of Nursing de Reino Unido en 1995, el cuarto enfermero psiquiátrico que ha recibido tal honor. Recibió el Red Gate Award for Distinguished Professors en la Universidad de Tokyo en 2000. En 2001, recibió un doctorado *honoris causa* por la Oxford Brookes University en Inglaterra y se puso su nombre a una sala de la Health Care Studies Faculty del Homerton College, en Cambridge. Ha sido invitado por cátedras de varias universidades internacionales, como Sidney (Australia), Barcelona (Europa) y Tokio (Japón). Fue profesor invitado en el Trinity College de Dublín de 2002 a 2007. En 2006 recibió el «Lifetime Achievement Award» de las revistas Blackwell, editores del *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Barker ha viajado mucho con su esposa y socia profesional, Poppy Buchanan-Barker, en respuesta al interés por el paradigma de la recuperación del modelo de la marea, realizando talleres y seminarios en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Japón, Finlandia, Dinamarca, Turquía, Alemania e Irlanda, además de en Reino Unido. Popular comentarista sobre la condición humana, lleva a la radio, la televisión y la prensa popular su pasión y la curiosidad por el proceso de recuperación y por la persona.

Actualmente, Barker es catedrático de honor de la University of Dundee, en Escocia, donde mantiene una consulta privada de psicoterapia. Con su esposa ha desarrollado el paradigma de recuperación en la Clan Unity, una consultoría internacional sobre recuperación mental en Escocia.

FUENTES TEÓRICAS

El modelo de la marea se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, es aplicable a nivel universal y es una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de salud mental (Barker, 2001b). La teoría es radical en su reconceptualización de los problemas de salud mental y las necesidades, además de inequívocamente *humana*, más que psicológica, social o física (Barker, 2002b, p. 233). El modelo de la marea «destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención

interdisciplinaria» (Barker, 2000e, p. 4) y la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos (Stevenson, Barker y Fletcher, 2002, p. 272).

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación de la salud mental. No es un modelo de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental, aunque las personas descritas como mentalmente enfermas necesitan y reciben cuidados. El modelo de la marea es una visión específica del mundo. Ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje de la recuperación.

El modelo de la marea no es prescriptivo, sino más bien un grupo de principios (los 10 compromisos) que son la brújula metafórica para el profesional (Buchanan-Barker y Barker, 2006, 2008). Orientan a la enfermera en el desarrollo de respuestas para cumplir las necesidades individuales y contextuales unidas de la persona que ahora es el paciente. La experiencia del malestar psíquico siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es «la metáfora central de la experiencia vivida de la persona... y el sistema de cuidados que automodela la persona con la ayuda de las enfermeras» (Barker, 2000e, p. 10).

Barker describe un «interés temprano por el contenido humano del malestar psíquico... y un interés por la experiencia humana (fenomenológica) del malestar», que se contempla en contextos y como un todo, más que como partes aisladas (Barker, 1999b, p. 13). La naturaleza «total» del ser humano está «representada por el plano físico, emocional, intelectual, social y espiritual» (Barker, 2002b, p. 233). Este interés fenomenológico domina el modelo de la marea con un énfasis en la experiencia vivida de las personas, sus historias (repletas de metáforas) y las intervenciones narrativas. Las enfermeras cumplen e interaccionan cuidadosa y sensiblemente con personas en un «espacio sagrado» (Barker, 2003a, p. 613).

Una característica de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas con usuarios de servicios de salud mental. En la década de 1980 desarrolló el concepto de «cuidar» personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más «mutua» que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau (1969). Barker siguió desarrollando su concepto durante la década de 1990 en una relación laboral con la doctora Irene Whitehill y otros que utilizaban los servicios de salud mental (Barker y Whitehill, 1997). Este trabajo le llevó a estudios de «necesidad de enfermería» y «delegación de poder», además del compromiso de publicar las historias de la experiencia de locura de las personas y su viaje a la recuperación, junto con los significados personales y espirituales (Barker, Jackson y Stevenson, 1999a; Barker y Duchanan-Barker, 2004b). Barker consiguió el apoyo de la doctora Whitehill y otros «consultores de usuarios/consumidores» para evaluar si los procesos originales del modelo de la marea eran «fáciles de utilizar». La participación de los «consultores de usuarios/consumidores» se ve en varios proyectos en curso y es una característica distintiva del desarrollo continuo del modelo de la marea.

El prolongado interés de Barker por las filosofías orientales domina su trabajo. El trabajo de Shoma Morita es un ejemplo concreto de cómo las suposiciones filosóficas del budismo zen se integraron en la psicoterapia (Morita, Kondo, Levine y Morita, 1998). La máxima de Morita, «haz lo que tengas que hacer», resuena en muchas de las actividades prácticas del modelo de la marea. A diferencia de la entusiasta actitud de «resolución de problemas» abrazada por gran parte de la psiquiatría y psicología occidental, Morita creía que era inútil intentar «cambiar» a uno mismo o los «problemas» de uno, que vienen y van como el tiempo. En su lugar, el objetivo debería ser responder a las cuestiones:

- ¿Cuál es mi objetivo en la vida?
- ¿Qué debe hacerse ahora?

Las personas tienen la capacidad de vivir y crecer a través del estrés, haciendo lo que tienen que hacer. En personas con un estrés agudo, especialmente con riesgo para ellos mismos y los demás, es importante que las enfermeras se relacionen directamente con la experiencia continua de la persona. Originalmente, Barker llamó compromiso a este proceso, pero ahora ha redefinido el proceso interpersonal específico como «puente». Este término hace hincapié en la necesidad de construir, de forma creativa, un medio para llegar a la persona, cruzando las aguas turbias del malestar psíquico en el proceso (Barker y Buchanan-Barker, 2004b).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El modelo de la marea también puede verse a través de la lente del constructivismo social, reconociendo que existen múltiples formas para comprender el mundo. El significado emerge a través de las complejas redes de interacción, relaciones y procesos sociales. El conocimiento no es independiente del conocedor, y todo el conocimiento está ubicado (Stevenson, 1996). El cambio es la única constante, dado que el significado y las realidades sociales se renegocian o construyen constantemente a través del lenguaje y la interacción. Barker cree que «todo lo que soy es historia: todo lo que podré ser alguna vez es historia». Cuando las personas intentan explicar a los demás «quiénes» son, explican historias sobre sí mismos y su mundo de experiencias, repasando, corrigiendo y reescribiendo estas historias a través del diálogo con los demás. Barker habló primero de esta idea con su mentora, Hilde Peplau, en 1994, quien estuvo de acuerdo al decir «las personas se hacen a sí mismas a medida que hablan» (Barker, 2003a; Barker y Buchanan-Barker, 2007b).

Barker atribuye a muchos pensadores influencias en su trabajo, empezando por Annie Altschul y Thomas Szasz. Su visión de los problemas de la salud mental, así como los *problemas para vivir* popularizados por Szasz (1961, 2000) y más tarde por Podvoll (1990), es una perspectiva que prefiere para la etiqueta diagnóstica y la construcción biomédica de persona y enfermedad (Barker, 2001c, p. 215). Coincide con Szasz en que es inútil intentar «resolver los problemas para vivir». La vida no es un problema que deba solucionarse. La vida es algo que debe vivirse, de forma tan inteligente, competente y bien como podamos, todos los días (Miller, 1983, p. 290). El reto de la enfermería es ayudar a las personas a vivir de forma «inteligente» y «competente».

El concepto de Travelbee (1969) del uso terapéutico del yo fluye a través del modelo de la marea y proporciona una oportunidad para el «objetivo propio de la enfermería». Tres bases teóricas sustentan el modelo de la marea:

1. La teoría de relaciones interpersonales de Peplau (1952, 1969).
2. La teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental derivada de la necesidad de estudios de enfermería.
3. La delegación de poder en las relaciones interpersonales.

El énfasis pragmático en métodos basados en la fortaleza y centrados en la solución acepta la importante influencia de Steve de Shazer y la terapia centrada en la solución.

El modelo de la marea extrae su metáfora filosófica central de la teoría del caos, donde la naturaleza imprevisible, aunque limitada, de la conducta y la experiencia humanas puede compararse con el flujo y el poder del agua (Barker, 2000b, p. 54). En flujo constante, las mareas van y vienen; muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados (Vicenzi, 1994). Barker (2000b) reconoce la «complejidad del universo interno de la experiencia humana y del universo externo que está, paradójicamente, en y más allá del individuo, y al mismo tiempo» (p. 52). En esta perspectiva compleja, no lineal, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles más adelante. Este mensaje optimista se dirige a las enfermeras y a las personas para identificar pequeños cambios y variaciones. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber y Barker invita a las enfermeras a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre. Sabiendo que el «cambio es constante», uno de los compromisos del modelo de la marea identifica y celebra el cambio en personas, circunstancias, relaciones y organizaciones (Barker, 2003b; Buchanan-Barker y Barker, 2008). Esta perspectiva también presenta desafíos al intentar comprender a las personas, las relaciones y las situaciones. Dirige la pregunta de forma cualitativa, no lineal, como investigación de acción, teoría fundada, fenomenología y teoría crítica (Barker, 1999a).

Annie Altschul, la *gran dama* de la enfermería psiquiátrica inglesa (Barker, 2003a, p. 12), junto con Hilda Peplau, fueron algunas de las profesoras de Barker. La influencia de Altschul, especialmente su apreciación inicial de la teoría de sistemas, se evidencia en el modelo de la marea, igual que su interés por el conocimiento más que por la explicación del malestar psíquico, y su creencia de que las personas necesitan ayudas más directas de lo que las teorías psiquiátricas sugieren.

Barker atribuye a Peplau, la madre de la enfermería psiquiátrica, el llegar a ser «un defensor para la enfermería como es para ésta una actividad terapéutica» (Barker, 2000a, p. 617). Peplau introdujo su paradigma interpersonal para el estudio y la práctica de la enfermería durante los primeros años de la década de 1950, y definió la enfermería como «un proceso significativo, terapéutico, interpersonal» (Peplau, 1952, p. 16). Una característica defini-

toria del modelo de la marea es el énfasis en la narrativa de la persona a través de su propia voz.

La estructura empírica derivada de las interacciones de poder sugiere que es posible mejorar la situación y el estilo de vida de la persona mediante el aumento de la fortaleza personal, y no centrándose en los problemas; la colaboración es básica, la participación es la vía y la autorresolución es el principal objetivo (Barker y Buchanan-Barker, 2004a; Barker, Stevenson y Leamy, 2000, p. 8). Ocho consideraciones permiten las interacciones, así como en el campo de la práctica se utilizan las interacciones de la enfermería (Michael, 1994). La influencia de De Shazer (1994) es evidente, ya que afirma que el cambio y la intervención «se reducen a historias sobre explicar historias, la forma y remodelación de las mismas, de forma que las personas afectadas las cambien» (p. xvii).

La base firme del modelo de la marea destaca la investigación y los resultados, y la identificación de recursos. La teoría integra la necesidad de estudios de enfermería, de colaboración, de delegación de poder, de relaciones interpersonales, de narrativa, de métodos basados en la fuerza y orientados a soluciones y es sistémica. El centrarse en las soluciones, un modelo de preguntas, ofrece una orientación específica a las enfermeras. En la valoración holística, las enfermeras exploran los «problemas» o «necesidades» actuales de la persona, la escala de estos problemas/necesidades, qué es parte de la vida actual de una persona que puede ayudar a resolver los problemas o cubrir las necesidades y qué debe ocurrir para que tenga lugar un cambio (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a). Las enfermeras ayudan a identificar y movilizar las fuerzas y recursos de las personas, los objetivos de la persona dirigen el trabajo del equipo sanitario (Barker, 2000e; Stevenson, Jackson y Barker, 2003). Los 10 compromisos (cuadro 32-1) también apoyan esta perspectiva y dirección. Es una reestructuración significativa de la imagen de la persona cuidada y el verdadero objetivo de la enfermería.

Cuadro 32-1 *Los diez compromisos: valores esenciales del modelo de la marea*

El **modelo de la marea** se inspira en nuestros valores *respecto* a las personas que concentran nuestros esfuerzos por ayudar a los demás en su momento de malestar.

Los valores del **modelo de la marea** reflejan una filosofía de cómo esperaríamos que nos trataran si nos encontramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas.

A medida que más personas en el mundo han participado en la exploración del **modelo de la marea** para su trabajo en diferentes ámbitos, es más evidente la necesidad de reafirmar los valores fundamentales del modelo de la marea. Hemos llegado a apreciar cómo el cuidador (sea profesional, un amigo o un compañero de viaje) y la persona tienen que asumir un compromiso para cambiar. Este compromiso es lo que les une.

Los diez compromisos destilan la esencia del valor base del modelo de la **marea**.

Estos *diez compromisos* tienen que estar bien ubicados en cualquier equipo o profesional individual que quiera decir que está desarrollando la práctica del **modelo de la marea**.

1. **Valorar la voz:** la historia de la persona es el principio y el final de todo el proceso de ayuda; abarca no sólo el relato del malestar de la persona, sino también la esperanza de su resolución. La historia se explica por la voz de la experiencia. Buscamos alentar la voz verdadera de la persona, más que reforzar la voz de la autoridad.

Tradicionalmente, la historia de la persona es «traducida» a una tercera persona (un relato profesional) por diferentes profesionales de la salud o asistentes sociales. Esto se convierte no tanto en la historia de la persona (*mi* historia), sino en la visión de la historia del equipo profesional *(historia)*. La marea busca ayudar a las personas a desarrollar sus propios y singulares relatos narrativos en una versión formalizada de «*mi historia*», asegurando que todas las valoraciones y registros de los cuidados se escriben en la «voz» de la propia persona. Si la persona no puede o no desea escribirlo por sí mismo, la enfermera hace de secretaria; es importante registrar lo que han acordado conjuntamente, escribirlo en la «voz» de la persona.

2. **Respetar el lenguaje:** las personas desarrollan formas únicas de expresar historias de su vida, representando a los demás lo que sólo la persona puede saber. El lenguaje de la historia (completada con su gramática inhabitual

(*Continúa*)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 32-1 *Los diez compromisos: valores esenciales del modelo de la marea (Cont.)*

y metáforas personales) es el medio ideal para iluminar el camino a la recuperación. Animamos a las personas a hablar en sus propias palabras, en su voz característica.

Las historias escritas sobre los pacientes por los profesionales se enmarcan tradicionalmente en un lenguaje técnico arcano de psiquiatría o psicología. Lamentablemente, muchos usuarios y usuarios de servicios a menudo se describen a sí mismos en el lenguaje exclusivo de los profesionales que les han diagnosticado. Al valorar (y al utilizar) el lenguaje natural de la persona, el profesional del modelo de la marea transmite el respeto más simple, aunque más potente, por la persona.

3. **Desarrollar la curiosidad genuina:** la persona escribe una historia de su vida, pero en ningún sentido es un «libro abierto». Nadie puede conocer la experiencia de otra persona. Por consiguiente, los profesionales deben expresar un interés genuino por la historia para que puedan entender mejor a quién explica la historia y la historia.

A menudo, los profesionales se interesan sólo por «lo que está mal» en la persona o por buscar líneas concretas de examen profesional, por ejemplo, buscar «signos y síntomas». La curiosidad genuina refleja un interés por la persona y su experiencia única, a diferencia de clasificar y agrupar simplemente características, que podrían ser comunes a muchos otros «pacientes».

4. **Llegar a ser el aprendiz:** la persona es el experto mundial en la historia de la vida. Los profesionales pueden aprender algo del poder de esa historia, pero sólo si se aplican de forma diligente y respetuosa a la tarea de convertirse en el aprendiz. Debemos aprender de la persona qué es necesario hacer, más que dirigir.

Nadie puede conocer la experiencia de una persona. Los profesionales con frecuencia hablan «como si» acaso pudieran conocer a la persona mejor que lo que saben de sí mismos. Como observó Szasz: «¿cómo se puede saber más de una persona después de verla durante sólo unas horas, unos días o incluso unos meses, de lo que se conoce a sí mismo? ¡Lleva conociéndose mucho más tiempo!». «La idea de que la persona está totalmente a cargo de sí mismo es una premisa fundamental» (Szasz, 2000).

5. **Utilizar el equipo de herramientas disponible:** la historia contiene ejemplos de «lo que ha funcionado» en esta persona en el pasado o creencias sobre «lo que puede funcionar» en esa persona en el futuro. Son las principales herramientas que deben utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación. El equipo de herramientas profesional (expresado habitualmente a través de ideas como «práctica basada en datos científicos») describe lo que ha «funcionado» en otras personas. Aunque potencialmente útil, debe utilizarse sólo si el equipo de herramientas disponible es deficiente.
6. **Trabajar un paso más allá:** el cuidador profesional y la persona trabajan juntos para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse «ahora». El «primer paso» es crucial, muestra el poder de cambio y apunta potencialmente hacia el objetivo final de la recuperación. Lao Tzu dijo que el viaje de miles de kilómetros empieza con un paso. Iríamos más allá: cualquier viaje empieza en nuestra imaginación. Es importante imaginar (o prever) que avanzamos. Trabajar un paso más allá nos recuerda la importancia de trabajar con la persona en el «yo ahora»: estudiar qué debe hacerse ahora, ayudar a avanzar hasta el siguiente paso.
7. **Dar el don del tiempo:** aunque el tiempo es en gran parte una ilusión, no hay nada más valioso. Con frecuencia, los profesionales se quejan de no tener suficiente tiempo para trabajar de forma constructiva con la persona. Aunque quizá realmente no pueden «fabricar» tiempo a través de la atención creativa a su trabajo, los profesionales con frecuencia encuentran el tiempo para hacer «lo que debe hacerse». Es la relación del profesional con el concepto tiempo de lo que se trata, más que del propio tiempo (Jonsson, 2005). Al final, el tiempo dedicado a la comunicación interpersonal constructiva es un don para ambas partes. No hay nada más valioso que el tiempo que cuidador y persona pasan juntos.
8. **Revelar la sabiduría personal:** sólo la persona puede conocerse a sí misma. La persona desarrolla un potente almacén de sabiduría al escribir la historia de su vida. Con frecuencia, las personas no pueden encontrar las palabras para

Cuadro 32-1 *Los diez compromisos: valores esenciales del modelo de la marea (Cont.)*

expresar plenamente la multitud, la complejidad o la inefabilidad de su experiencia, invocando potentes metáforas personales para transmitir algo de su experiencia (Barker, 2002b). Una tarea fundamental para el profesional es ayudar a la persona a revelar y llegar a valorar la sabiduría, para que pueda utilizarse para apoyar a la persona durante el viaje de recuperación.

9. **Saber que el cambio es constante:** el cambio es inevitable porque el cambio es constante. Ésta es la historia común para todos. Sin embargo, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. Deben tomarse decisiones y elecciones si tiene lugar el crecimiento. La tarea del cuidador profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y apoyar a la persona en la toma de decisiones respecto al curso del viaje de la recuperación. En concreto, ayudamos a la persona para que deje de estar en peligro y con malestar, manteniendo el curso de reclamación y recuperación.
10. **Ser transparente**: si el profesional y la persona llegan a ser un equipo, cada uno debe bajar sus «defensas». En el proceso de escribir la historia, la pluma del profesional puede acabar siendo, con demasiada frecuencia, un arma: escribir una historia que corre el riesgo de inhibir, restringir y delimitar las elecciones vitales de la persona. Los profesionales están en una posición privilegiada y deben modelar la confianza siendo transparentes en todo momento, ayudando a la persona a comprender exactamente qué se está haciendo y por qué. Conservando el uso del propio lenguaje de la persona y realizando todas las valoraciones y los planes de cuidados juntos (in vivo), la naturaleza colaboradora de la relación profesional-persona se vuelve aún más transparente.

Barker, P. J. (2003b). *The 10 Commitments: Essential Values of the Tidal Model.* Último acceso, 23 de febrero de 2008 en http://www.tidal-model.com/Ten Commitments.htm

Conceptos principales y definiciones

BASES TEÓRICAS DEL MODELO DE LA MAREA[a]

El modelo de la marea empieza desde puntos simples, aunque importantes:

1. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad. La vida natural de una persona es un «océano de experiencia». La crisis psiquiátrica es sólo una entre muchas cosas que pueden amenazarlas con «hundirlas». Al final, el objetivo del cuidado de la salud mental es devolver las personas a ese «océano de experiencia», para que puedan continuar en su viaje de vida.
2. El cambio es un proceso constante, continuo. Aunque las personas cambian constantemente, esto puede ocurrir más allá de su conciencia. Uno de los principales objetivos de los abordajes utilizados en el **modelo de la marea** es ayudar a las personas a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia, tendrán un gran efecto en sus vidas.
3. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar. Sin embargo, las personas ya tienen su propio «poder». Debemos ayudar a las personas a «arrancar», para que puedan utilizar su propio poder personal para hacerse más cargo de sus vidas, utilizándolo de maneras constructivas.
4. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile. Cuando la enfermería es eficaz, como W. B. Yeats (1928) puede haber destacado, «¿Cómo llamamos al bailarín del baile?». Esto nos recuerda que los encuentros genuinos con los cuidados implican «cuidar con» la persona, no sólo «cuidar sobre» la persona o hacer cosas que sugieren que «cuidamos de» ellas.

(*Continúa*)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

LOS TRES DOMINIOS: UN MODELO DE LA PERSONA[a]

En el modelo de la marea, la persona está representada por tres dominios personales: yo, el mundo y los demás. Un dominio es una esfera de control o influencia, un lugar donde la persona experimenta o manifiesta aspectos de la vida pública o privada. De forma más simple, un dominio es el lugar donde alguien vive.

Los dominios son como el domicilio particular de una persona. Su casa o piso tiene varias habitaciones, pero la persona no se encuentra en cada una de estas habitaciones en todo momento. A veces, la persona está en una habitación y a veces en otra. Los dominios personales son similares. A veces, la persona pasa principalmente el tiempo en el dominio del yo y, otras veces, principalmente lo pasa en los dominios del mundo o de los demás.

El **dominio del yo** es el lugar privado donde vive la persona. Aquí la persona tiene pensamientos, sentimientos, creencias valores, ideas, etc., que sólo ella conoce. En este mundo privado, se sufre primero el malestar llamado «enfermedad mental». Todas las personas mantienen en secreto gran parte de su mundo privado y revelan a los demás sólo lo que ellas quieren. Éste es el motivo por el que las personas con frecuencia son un «misterio» para nosotros, incluso cuando son amigos íntimos o familiares.

En el modelo de la marea, el **dominio del yo** se convierte en el objetivo de nuestros intentos de ayudar a la persona a sentirse más «segura», donde intentamos ayudar a la persona a abordar y empezar a tratar los miedos, ansiedades y otras amenazas a la estabilidad emocional, relacionadas con problemas específicos para vivir. El principal objetivo es crear una relación «puente» y ayudar a la persona a desarrollar un **plan de seguridad personal** significativo. Este trabajo es la base para el desarrollo del programa de «autoayuda» de la persona, que la ayude a volver a su vida diaria. El dominio del mundo es el lugar donde la persona comparte algunas experiencias del dominio del yo con otras personas, en el mundo social de la persona.

Cuando las personas hablan con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias privadas que sólo ellas conocen, van al **dominio del mundo**.

En el modelo de la marea, el **dominio del mundo** pasa a ser el centro de nuestros esfuerzos por comprender a la persona y sus problemas para vivir. Esto se lleva a cabo con el uso de la valoración holística. En el **dominio del mundo**, también intentamos ayudar a la persona para que empiece a identificar y abordar problemas específicos para vivir, diariamente. Se realiza utilizando **sesiones individualizadas** especializadas.

El **dominio de los demás** es el lugar donde la persona representa la vida diaria con otras personas (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionales, etc.). Aquí la persona se embarca en diferentes encuentros interpersonales y sociales, en los que la persona puede estar influida por otros y, a su vez, puede influir en los demás.

En el **dominio de los demás** se encuentra la organización y la prestación de cuidados profesionales y otras formas de apoyo. Sin embargo, el principal foco del modelo de la marea son grupos concretos de trabajo en grupo *(descubrir, compartir información y buscar soluciones)*.

Al participar en estos grupos, la persona desarrolla una conciencia del valor del apoyo social que puede dar y recibir de los demás. Ésta será la base de la apreciación por la persona del valor del apoyo mutuo, al que puede accederse en la vida diaria.

AGUA: UNA METÁFORA[b]

El modelo de la marea se centra en lo impredecible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua.

[a] Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). *The Tidal Model: Mental health, recovery and reclamation.* Newport-on-Tay: Clan Unity International.

[b] De Barker, P. J. (2000d). *The Tidal Model—Humility in mental health care.* Recuperado el 12 de marzo de 2008, de http://www.tidal-model.com/Humility%20in%20mental%20health%20care.htm

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo del océano de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir tempestades o piratería. El barco puede empezar a hacer agua, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse o naufragar. La persona puede tener que ser guiada a un puerto seguro, someterse a reparaciones o recuperarse de un trauma. Una vez el barco está intacto o la persona se ha vuelto a acostumbrar al movimiento del barco, puede volver a empezar el viaje, ya que establece de nuevo un trayecto en el océano de la experiencia.

Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de los episodios psiquiátricos y las respuestas necesarias a sus desafíos. *Tempestades* es una metáfora para los problemas de la vida; *piratería* evoca la experiencia de una violación o *asalto del yo* que puede producir un malestar grave. Muchos usuarios describen la naturaleza arrolladora de la experiencia del malestar como algo parecido a *ahogarse* y, con frecuencia, acaba en un *naufragio* metafórico en las costas de una unidad psiquiátrica de pacientes agudos. Un *rescate psiquiátrico* adecuado debe parecerse a un *salvavidas*, y debería llevar a la persona a un puerto seguro donde pueda realizarse el trabajo de reparación humana necesario.

PRINCIPIOS[c]

1. Una creencia en *virtud de la curiosidad:* la persona es la autoridad mundial de su vida y sus problemas. Al expresar la curiosidad genuina, el profesional puede aprender algo del «misterio» de la historia de la persona.
2. Reconocimiento del *poder de los recursos:* más que centrarse en los problemas, deficiencias y debilidades, la marea busca revelar los muchos recursos disponibles a la persona (personales e interpersonales) que podrían ayudar en el viaje de la recuperación.
3. Respeto por los *deseos de la persona,* más que ser paternalista, y sugiriendo que podemos «saber qué es lo mejor» para la persona.
4. Aceptación de la *paradoja de crisis* como oportunidad: los desafíos en nuestras vidas señalan que algo «debe hacerse». Esto podría ser una oportunidad para cambiar la dirección de la vida.
5. Aceptar que todos los objetivos deben, evidentemente, *pertenecer a la persona.* Representarán los pequeños pasos en el camino de la recuperación.
6. La virtud de *perseguir la elegancia:* los cuidados y el tratamiento psiquiátrico con frecuencia son complejos y desconcertantes. Deberían buscarse los medios más simples posible, que pueden aportar los cambios necesarios para que la persona siga adelante.

LANZARSE A NADAR. CREENCIAS DE COMPROMISO[d]

Cuando las personas tienen un malestar grave, con frecuencia sienten como si se estuvieran ahogando. En estas circunstancias necesitan un «salvavidas». Desde luego, los salvavidas tienen que comprometerse con la persona (tienen que hacerse íntimos) para empezar el proceso de rescate. Para «lanzarse a nadar» y empezar el proceso de compromiso tenemos que creer que:

- La recuperación es posible.
- El cambio es inevitable; nada es duradero.
- En última instancia, las personas saben qué es lo mejor para ellas.

[c] Recuperado el 11 de marzo de 2008, de www.tidal-model.com/Clarifying%20the%20value%20base%20of%20the%20Tidal%29Model.htm

[d] Barker, P. J. (n.d.). *A beginner's guide to the Tidal Model.* Recuperado el 12 de marzo de 2008, de http://www.tidal-model.co.uk/New%20beginner's%20Guide.htm

(*Continúa*)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

- Las personas poseen todos los recursos que necesitan para empezar el viaje de recuperación.
- La persona es el profesor, y nosotros, los ayudantes, los alumnos.
- Tenemos que ser creativamente curiosos, aprender qué debe hacerse para ayudar a la persona **ahora**.

FILOSOFÍA TERAPÉUTICA[e]

1. **¿Por qué? ¿Por qué ahora?** Primero debemos considerar por qué la persona tiene esta dificultad concreta de la vida *ahora*. El objetivo del cuidado está en lo que la persona está experimentando *ahora* y qué debe hacerse *ahora* para abordar y, es de esperar, resolver este problema.
2. **¿Qué funciona?** Debemos preguntar «qué funciona» (o podría funcionar) en la persona bajo las circunstancias actuales. Éste es el objetivo de los cuidados «centrados en la persona». Más que utilizar técnicas o métodos terapéuticos estandarizados, que pueden tener un valor general, nuestro objetivo es identificar qué ha funcionado para la persona en el pasado o qué podría funcionar en la persona en un futuro inmediato, según su historia, personalidad y circunstancias vitales generales.
3. **¿Qué es la teoría personal de la persona?** Por último, debemos considerar cómo comprende o explica la persona sus problemas. ¿Qué «sentido tienen» los problemas para la persona? Más que darle a la persona una explicación profesionalizada de sus problemas (en forma de teoría o diagnóstico) intentamos comprender cómo entiende la persona su experiencia. ¿Cuál es su teoría personal?
4. **¿Cómo limitar las restricciones?** Nuestro objetivo debería ser utilizar los medios menos restrictivos para ayudar a la persona a abordar y resolver sus dificultades. Aunque esto con frecuencia se da por hecho, el modelo de la marea intentó identificar lo *poco* que podría hacer la enfermera para ayudar a la persona y *cuánto* podría hacer la persona para ayudar a realizar un cambio significativo. Juntos, representarían la intervención menos restrictiva.

CUIDADO CONTINUO[f]

A medida que fluyen las necesidades de la persona a través de límites artificiales, el cuidado es perfecto, siempre que se dé la intención de la persona de volver a su océano de experiencia en su propia comunidad. Mediante el cuidado continuo, las personas pueden necesitar cuidados agudos o inmediatos, transicionales o de desarrollo. El cuidado práctico inmediato se centra en buscar soluciones a los problemas de la persona, generalmente a corto plazo, y se centra en qué necesidades deben cubrirse ahora. Las personas entran en el cuidado continuado a través del inmediato cuando presentan una crisis inicial de la salud mental, entrando quizá por primera vez, en el sistema de la salud mental, o cuando se produce una crisis en personas ya familiarizadas con el sistema. El cuidado transicional se centra en el trayecto uniforme de un entorno a otro, cuando la persona se desplaza de una forma de cuidado a otra. Aquí, las responsabilidades de enfermería incluyen una relación con los colegas y aseguran la participación de la persona en la transferencia de los cuidados. El otro extremo del proceso continuado es el cuidado del desarrollo, cuyo objetivo es una intervención terapéutica o un apoyo más intenso y a más largo plazo.

[e] De Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). *The Tidal Model: Mental health recovery and reclamation* (pp. 30-31). Newport-on-Tay: Clan Unity International.

[f] De Barker, P. J. (2000e). *The Tidal Model Theory and practice* (pp. 22-24). Newcastle: University of Newcastle.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La prolongada curiosidad de Barker por la naturaleza y objetivos de la enfermería psiquiátrica y las historias de las personas cuidadas le llevaron al desarrollo de una construcción teórica de la enfermería psiquiátrica o una metateoría, que podría seguir explorándose a través de preguntas empíricas (Barker, Reynolds y Stevenson, 1997, p. 663). En cinco años, desde 1995, el equipo de investigación de Newcastle y North Tyneside analizó lo que pueden necesitar de las enfermeras las personas con problemas de experiencias vividas. Empezaron a utilizar sus primeros hallazgos en 1997 como base para el desarrollo del modelo de la marea.

Barker apoya el aprendizaje, la utilización y la integración de la teoría y la investigación existente, además de la experiencia de la realidad: «pruebas del más "real" de los mundos reales» (Barker y Jackson, 1997). Un ejemplo es el método «adaptado a la necesidad» para cuidar a personas con esquizofrenia, desarrollado a partir de los estudios de Alanen. Una interpretación que sustenta el trabajo de Alanen y fluye a través del modelo de la marea es que las personas y sus familias tienen que pensar en el ingreso en un centro psiquiátrico como consecuencia de problemas que han vivido y no como una enfermedad misteriosa que está dentro del paciente (Alanen, Lehtinen y Aaltonen, 1997).

El poder de la relación enfermera-paciente demostrado a través de las primeras investigaciones de Altschul a principios de la década de 1960, y el paradigma de Peplau de las relaciones interpersonales contribuyen a la base empírica del modelo de la marea. El estudio de Altschul de la interacción enfermera-paciente en la década de 1960 aporta una base empírica a la «naturaleza compleja, aunque paradójicamente "ordinaria" de la relación» (Barker, 2002a). El estudio de Altschul de equipos comunitarios en la década de 1980 planteó cuestiones sobre el «objetivo propio de la enfermería» y la «necesidad de la enfermería», y Altschul y Peplau proporcionaron pruebas relacionadas con el trabajo del equipo interprofesional.

Dos de los estudios que generaron la teoría de Barker aportan una base empírica para el modelo de la marea. Los estudios de «necesidad de la enfermería» (Barker, Jackson y Stevenson, 1999a, 1999b) examinaron las percepciones del servicio por parte de los usuarios, de los miembros de los equipos multidisciplinarios y de las enfermeras, y pretendían clarificar los roles y funciones propias de la enfermería en la asistencia multidisciplinaria y el proceso de tratamiento y aprender qué valoran las personas de las enfermeras (Barker, 2001c, p. 215). Demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Hubo una aceptación universal de las especiales relaciones interpersonales entre enfermeras y personas, haciéndose eco del trabajo de Peplau (1952). «Conociéndote, conociéndome» apareció como el concepto clave en estos estudios. Se espera que la enfermera sepa qué quiere la persona aunque no lo verbalice o no esté claro y las necesidades cambien constantemente (Jackson y Stevenson, 2004, p. 35). La función de la enfermería profesional se describe en tres roles identificados como: *a)* yo cotidiano; *b)* seudocotidiano/yo autogenerador, y *c)* yo profesional. Las relaciones son fluidas y requieren habilidades que combinen actuaciones altamente profesionales con las más cotidianas del yo, y las relaciones varían según el rol (Jackson y Stevenson, 1998, 2000). El seudocotidiano o yo autogenerador están relacionados como un vaivén (Jackson y Stevenson, 2004, p. 41). A veces, las personas necesitan a alguien que cuide de ellas, y otras, alguien a quien cuidar (Barker et al., 1999a, 1999b). Los estudios sugerían que las enfermeras responden sensiblemente a las necesidades humanas rápidamente fluctuantes de las personas y sus familias. Tienen que «sintonizar con lo que es necesario hacer en cada momento» para cubrir las necesidades de la persona (Barker, 2000e). Las enfermeras son traductoras y aglutinadoras de la persona y del equipo que le atiende: son las que permiten mantener unido todo el sistema (Stevenson y Fletcher, 2002, p. 30).

El segundo estudio se centró en la naturaleza de la delegación de poder y cómo se representa en la relación entre enfermeras y personas cuidadas. Dio lugar al modelo de interacciones de delegación de poder (Barker, Stevenson y Leamy, 2000). Se desarrolló con la técnica de incidencia crítica de Flanagan (Flanagan, 1954) junto con el método de investigación cooperativo (Heron, 1996), con un método de teoría de campo modificada (Glaser y Strauss, 1967). Desarrolló los supuestos de Peplau sobre la importancia de las transacciones interpersonales específicas y proporcionó una guía y estrategias para las enfermeras en las relaciones

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cooperativas enfermera-persona. Las estrategias incluyen:

- Ser respetuoso con el conocimiento y la experiencia de las personas sobre su propia salud y enfermedad.
- Situar a la persona como eje director de la interacción.
- Buscar el permiso para examinar la experiencia de la persona.
- Valorar la contribución de la persona.
- Tener interés como una forma de validar la experiencia de la persona.
- Hallar un lenguaje común para describir la situación.
- Evaluar la situación.
- Revisar en colaboración y alentar la esperanza a través del diseño de un futuro realista conjuntamente.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Las enfermeras participan en el proceso de trabajar con personas, sus entornos, su estado físico y su necesidad de cuidados (Barker, 1996a, p. 242). El modelo de la marea se basa en los supuestos de que:

- Existen «cosas» como necesidades psiquiátricas.
- La enfermería podría, en cierta forma, cubrir estas necesidades (Barker y Whitehill, 1997, p. 15).
- Las personas y la gente que les rodea ya poseen las soluciones para los problemas de su vida.
- La enfermería está para facilitar el afloramiento de estas soluciones (Barker, 1995, p. 12).

Dos asunciones principales apuntalan el modelo de la marea. Primero, «el cambio es la única constante», nada perdura. Toda experiencia humana comporta un flujo, y las personas cambian constantemente. Ello sugiere el valor de ayudar a las personas a ser más conscientes de cómo se producen los cambios en y alrededor de ellos «ahora» (Barker y Buchanan-Barker, 2004a). Segundo, las personas son sus historias. No existe nada más y nada menos que la compleja historia de la experiencia vivida. La historia de la persona se enmarca en primera persona y la historia de cómo vinieron para estar aquí experimentando este «problema de vida» contiene material en bruto para las soluciones (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea supone que cuando las personas quedan atrapadas en la forma psíquica de la «locura» es «como si» tuvieran el riesgo de ahogarse en su malestar o estrellarse contra las rocas; es «como si» hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana; es «como si» hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben.

Enfermería

La enfermería está cambiando continuamente, internamente y respecto a otras profesiones, en respuesta a las necesidades y a las estructuras sociales cambiantes. La naturaleza de la relación de Barker con los usuarios de los servicios confirma su apreciación de la enfermería como un constructo social, más que profesional. «Si algo define a la enfermería globalmente es la construcción social del papel de la enfermera» (Barker, Reynolds y Ward, 1995, p. 390). La enfermería como educadora existe sólo cuando se encuentran las condiciones necesarias para potenciar el crecimiento y el desarrollo (Buchanan-Barker y Barker, 2008). La enfermería es una actividad interpersonal humana duradera y comporta centrar los cuidados en la promoción del crecimiento y del desarrollo (Barker y Whitehill, 1997, p. 17) y en la dirección presente y futura (Barker y Buchanan-Barker, 2007a). Barker intentó ampliar la definición original de Peplau, definiendo el objetivo de la enfermería como *trephotaxis*, del griego, que significa «proveer las condiciones necesarias para promover el crecimiento y el desarrollo» (Barker, 1989). Más recientemente, ha distinguido la enfermería psiquiátrica de la enfermería de salud mental. «Cuando las enfermeras ayudan a las personas a *explorar* su malestar, en un intento de descubrir formas para *remediarlo* o *mejorarlo*, están ejerciendo *enfermería psiquiátrica.* Cuando las enfermeras ayudan a las mismas personas a *explorar* formas de *crecimiento y desarrollo*, como personas, explorando cómo actualmente *viven con* y pueden ir *más allá* de sus problemas para vivir, están ejerciendo *enfermería de salud mental*» (Barker, en prensa).

La enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro. Existe un poder dinámico en el «arte de cuidar»; una persona tiene la obligación de asistir a otra (Barker, 1996b, p. 4). La enfermería es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de qué necesitan las personas ahora, además de explorar vías para cubrir estas necesidades y desarrollar sistemas apropiados de cuidados humanitarios (Barker, 1995, 2003a). El objetivo propio de la enfermería es la

«necesidad» expresada por la persona cuidada, que «sólo puede definirse como una función de la relación entre una *persona con la necesidad de enfermería y una persona que ha cubierto tal necesidad*» (Barker, 1996a, p. 241; Barker et al., 1995, p. 389). Estas respuestas son el objetivo fenomenológico de la enfermería (Barker et al., 1995, p. 394; Peplau, 1987). Este objetivo se centra en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (American Nurses Association, 1980). Puede variar entre conducta, emociones, creencias, identidad, capacidad, espiritualidad y la relación de la persona con el entorno (Barker, 1998a).

La exploración de enfermería del contexto humano de ser y cuidar sugiere que la enfermería es una forma de investigación humana. Estar con personas y cuidarlas es el proceso que sustenta la enfermería psiquiátrica y de salud mental, y este proceso distingue a las enfermeras de aquellas de las disciplinas de asistencia sanitaria y social (Barker, 1997). La enfermería complementa otros servicios y es congruente con los roles y las funciones de otras disciplinas respecto a las necesidades de la persona (Barker, 2001c, p. 216).

Persona

Con el modelo de la marea, el interés se dirige hacia una visión fenomenológica de la experiencia vivida por la persona y su historia o narrativa. Las personas son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia y construyendo modelos explicativos del mundo y de su lugar en él (Barker, 1996b, p. 4). Las enfermeras pueden ver y apreciar el mundo desde la perspectiva de la persona y lo comparten con ella. Las personas son sus historias. «El sentido del yo de la persona y el mundo de la experiencia (incluida la experiencia de los demás) están intrínsecamente unidos a las historias de sus vidas y a los diversos significados que han generado» (Barker, 2001c, p. 219). Las personas están en un estado constante de flujo, con una gran capacidad de cambio (Buchanan-Barker y Barker, 2008) y unido al proceso de llegar a ser (Barker, 2000c, p. 330). Viven en su mundo de experiencia representado en tres dimensiones: *a)* el mundo, *b)* yo y *c)* los demás.

La vida es un viaje del desarrollo y las personas viajan por su «océano de experiencia». Este viaje de descubrimiento y exploración puede ser arriesgado y las personas tienen una necesidad fundamental de seguridad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. El viaje a través de nuestro océano de experiencia depende de nuestro cuerpo físico, sobre el que extendemos la historia de nuestras vidas (Barker y Buchanan-Barker, 2007a, p. 21). El modelo de la marea «sostiene algunos supuestos sobre el curso adecuado de la vida de una persona» (Barker, 2001a, p. 235). Las personas se definen por las relaciones, como por ejemplo, madre, padre, hija, hijo, hermana, hermano o amigo de alguien. También están en relación con las enfermeras.

Salud

Barker aporta la definición provocativa de salud de Illich (1976) como «el resultado de una reacción autónoma, aunque modelada culturalmente a una realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a entornos cambiantes, crecer... hasta la curación cuando existe daño, al sufrimiento y a la expectativa tranquila de la muerte. La salud engloba el futuro... incluye los recursos internos para vivir con ella (p. 273). La salud es una tarea personal de la que el éxito es «en gran parte, el resultado del autoconocimiento, la autodisciplina y los recursos internos con los que cada persona regula sus propios ritmos y acciones diarios, su dieta y su sexualidad» (Illich, 1976, p. 274). Nuestra persona, las conexiones y la fragilidad «hacen de la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte, una parte integral de la vida» (Illich, 1976, p. 274). La descripción de Illich (1976) ilustra el sentido *caótico* y el sentido *Zen* de la «realidad». «La salud no está "ahí fuera", no es algo que perseguir, ganar o entregar (autocuidado). Es parte de la tarea global de ser y vivir» (Barker, 1999b, p. 240).

«Salud significa todo... y está probablemente relacionada con la forma en que vivimos nuestras vidas, en el sentido más amplio. Este "vivir" incluye el contexto social, económico, cultural y espiritual de nuestras vidas» (Barker, 1999b, p. 48). La experiencia de la salud y la enfermedad es fluida. Desde un punto de vista holístico, las personas tienen sus propios significados individuales de salud y enfermedad que valoran y aceptan. Las enfermeras se comunican con las personas para conocer sus historias y su situación actual y entenderlas, incluyendo sus relaciones con la salud y la enfermedad en sus visiones del mundo (Barker, 2001c).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

No tener una buena salud o estar enfermo casi siempre comporta una crisis espiritual o una pérdida del yo (Barker, 1996a). Un estado de enfermedad es un problema humano con relaciones sociales, psicológicas y médicas que provocan una crisis vital total. En el modelo de la marea, la enfermería es pragmática y está centrada en las fuerzas, los recursos y las posibilidades de las personas, manteniendo una orientación hacia la salud; el modelo de la marea es una teoría saludable.

Entorno

El entorno es en gran medida social, el contexto en el que las personas viajan en su océano de experiencia y las enfermeras crean «espacio» para el crecimiento y el desarrollo. «Las relaciones terapéuticas se utilizan de forma que realzan las relaciones de las personas con su entorno» (Montgomery y Webster, 1993, p. 7). Los problemas humanos pueden derivar de complejas interacciones persona-entorno en el caos organizado del mundo del día a día (Barker, 1998b, p. 215). «Las personas viven en un mundo social y material donde su interacción con el entorno incluye a otras personas, grupos y organizaciones» (Barker, 2003a, p. 67). Familia, cultura y relaciones se integran en este entorno. Dentro del entorno se encuentran áreas vitales de la vida diaria, como vivienda, economía, ocupación, ocio, sentido de lugar y de pertenencia (Barker, 2001c, p. 218).

La división entre comunidad e institución es artificial y se rechaza, ya que las necesidades fluyen con la persona a través de estos límites. Gran parte de los cuidados de la enfermería psiquiátrica y de salud mental tienen lugar en el más mundano de los escenarios; desde habitaciones de día de salas de hospital hasta la sala de estar o la cocina de la casa de una persona (Barker, 1996b, p. 5). En intervenciones críticas, las enfermeras hacen que la persona y el entorno sean seguros. Cuando el entorno social es crítico, el compromiso es crítico. Cuando las personas están en riesgo, puede ser que se detengan en un entorno seguro y de apoyo, un puerto seguro, hasta que vuelvan a su océano de experiencia en la comunidad (Barker, 2003a, p. 6). «Las enfermeras organizan el tipo de condiciones que ayudan a aliviar el malestar y empiezan el proceso de recuperación, resolución o aprendizaje a largo plazo. Ayudan a las personas a sentir «toda» la experiencia... y a engendrar el potencial de curación» (Barker, 2003a, p. 9).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El modelo de la marea se basa en cuatro premisas referentes a la práctica, que fueron desarrolladas por Barker a mediados de la década de 1990, con el grupo que se centraba en «enfermeras expertas» (Barker, 1997). Estas premisas fueron validadas por un grupo de ex pacientes psiquiátricos, dirigidos por una compañera de Barker durante muchos años, empleada y activista del servicio de salud mental, la doctora Irene Whitehill.

- La enfermería psiquiátrica es una actividad interactiva del desarrollo humano, más preocupada por el desarrollo futuro de la persona que por los orígenes o la causa del malestar psíquico.
- La experiencia del malestar psíquico asociado con un trastorno psiquiátrico está representada por la alteración evidente o por situaciones internas conocidas sólo por la persona afectada. Las enfermeras ayudan a las personas a acceder, revisar y reescribir estas experiencias.
- Las enfermeras y las personas cuidadas entablan una relación basada en la influencia mutua. El cambio es constante; hay cambios en la relación y entre los participantes de la relación.
- La experiencia de la enfermedad mental se traduce en diversas alteraciones de la vida diaria y las respuestas humanas a los problemas cotidianos (Barker y Whitehill, 1997).

Estas premisas se enmarcan en una perspectiva filosófica y teórica más amplia, especialmente en la afirmación fenomenológica de que las personas tienen su propia experiencia: sólo la persona puede conocer su experiencia y su significado. La enfermedad mental es una fuerza simbólica conocida, en términos fenomenológicos, sólo por la persona implicada. La experiencia vivida es el medio a través del cual recibimos importantes mensajes sobre nuestra vida y su significado (Barker, 2001c). Barker contempla el malestar psíquico como parte del todo que es la persona, no como algo separado del ser «normal» de la persona.

El modelo de la marea supone y afirma que las personas saben cuáles son sus necesidades o si pueden recibir ayuda para identificarlas a lo largo del tiempo. Desde una posición mínimamente autorizada, puede ayudarse a las personas a cubrir estas necesidades a «corto» plazo. Las enfermeras y otras personas del entorno social de la persona se pueden relacionar con la conducta expresada. La enfermedad mental desautoriza, y «las personas que presentan cualquiera de las miles de

amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominada *enfermedad mental* o *problemas de salud mental,* experimentan una amenaza que los hace humanamente vulnerables». Sin embargo, «muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas» (Barker, 2003a, pp. 6-7). La recuperación es posible y las personas disponen de los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación (Barker, 2001c, p. 215).

FORMA LÓGICA

El modelo de la marea es lógicamente adecuado, la estructura de las relaciones es clara y los conceptos son precisos, desarrollados y en desarrollo. Contiene ideas amplias, estudia situaciones de personas con problemas vitales, sigue la «lógica de la experiencia» (Barker, 1996b) y desarrolla la «práctica basada en datos científicos» (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Barker et al. han creado una metateoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Cuestiones sobre la naturaleza de las personas, los problemas vitales y la enfermería fueron seguidas de una investigación sistemática. Mediante la investigación, la teoría se modela. El modelo de la marea fluye desde una perspectiva filosófica y una visión del mundo concretas, que aportan un contexto de las creencias sobre las personas y la enfermería.

La teoría identifica el centro de la práctica enfermera en «conocerte, conocerme». Especifica el objetivo de la investigación en enfermería, identifica fenómenos de interés concreto para las enfermeras y proporciona una amplia perspectiva de la investigación, la práctica, la educación y la política de enfermería. La teoría clasifica un volumen de conocimientos de enfermería que es, en gran medida, narrativo. Los componentes se presentan claramente y derivan lógicamente de la observación clínica, la práctica, la teoría, la investigación y la filosofía.

Las pruebas que aparecen a partir de usuarios de la teoría de Reino Unido, Irlanda, Canadá y Nueva Zelanda confirman la importancia de la simple afirmación de la narrativa personal, con énfasis en el conocimiento de lo que le está sucediendo a la persona y qué significa para las personas, en su propio lenguaje. Las historias generadas en el contexto de los cuidados se escriben en la propia voz de la persona, lo que significa que se ayuda a la persona a «devolver» la historia personal, que se ha perdido de vista al convertirse en «paciente» o «cliente». Incluso cuando la persona está gravemente discapacitada para vivir a causa de los problemas, la enfermera mantiene la atención en ayudar a la persona a determinar «qué debe hacerse» y encontrar los recursos personales e interpersonales necesarios para fortalecerla.

El intento de comprender las construcciones de las personas de su mundo se expresa a través de la valoración holística que ofrece los medios para ayudar a las personas a relatar su historia y explorar qué debe hacerse. La planificación de la asistencia es un ejercicio de colaboración que pone énfasis en el desarrollo de estrategias de cambio y en facilitar soluciones. El ensalzamiento de la persona y el método narrativo holístico crean un estilo de práctica que funciona en colaboración con las personas. Destaca los recursos inherentes de las personas y acepta el cambio como una característica perdurable.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

El modelo de la marea es atractivo para aquellos interesados en la práctica centrada en la persona y en la investigación. La bibliografía muestra la amplia aceptación y el uso de la teoría en la práctica y en la investigación. La aceptación de la teoría se ve facilitada por la base filosófica, teórica, investigadora y práctica, junto con unos valores y principios claramente establecidos.

Práctica profesional

El modelo de la marea se desarrolló originalmente en la práctica entre 1995 y 1997 y se introdujo formalmente en dos salas de psiquiatría de pacientes agudos en Newcastle (Inglaterra) en 1998. Posteriormente, fue adoptado por el Mental Health Program y en 2000, en nueve salas de psiquiatría de agudos, con equipos de apoyo comunitario, y en un centro de día (Barker y Buchanan-Barker, 2005, p. 211). El modelo de la marea es de ámbito internacional, porque el interés se expandió desde Reino Unido a Irlanda y luego a todo el mundo.

Gran parte del trabajo de desarrollo inicial sobre el modelo de la marea fue realizado en Reino Unido, con proyectos que abarcan desde servicios hospitalarios y comunitarios, de pacientes agudos a pacientes en fase de rehabilitación, servicios forenses y atención comunitaria. Estos proyectos también

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

varían desde servicios metropolitanos en ciudades como el centro de Londres y Birmingham, donde las poblaciones clínicas son social, cultural y étnicamente diversas, hasta Cornualles, Glamorgan y Norfolk, donde se aplican en personas de ciudades inglesas y galesas más tradicionales y en una comunidad rural extensa. El mayor proyecto hasta la fecha se está llevando a cabo en Escocia, donde los servicios de salud mental de Glasgow desarrollan una serie de proyectos de marea en la ciudad, que incluyen cuidados intensivos, de rehabilitación, en adolescentes y ancianos, en la mayor fundación de salud mental de Reino Unido (Lafferty y Davidson, 2006). A principios de 2008, los proyectos de Glasgow se ampliaron para incluir Greenrock, Invercycle, Paisley y Ayrshire, que representan un tercio de la población de Escocia.

La República de Irlanda tiene más de 30 proyectos, muchos de ellos en el condado de Cork, además de otros proyectos en el condado de Mayo y Dublín, en entornos hospitalarios y comunitarios. La ciudad de Cork, en Irlanda, fue la primera en introducir y desarrollar el modelo de la marea en atención comunitaria de salud mental en Tosnú («empezar de nuevo», en gaélico) y ahora existen casi 20 proyectos que enlazan servicios hospitalarios y comunitarios.

En el Royal Ottawa Mental Health Centre de Canadá se implementaron tres programas del modelo de la marea en septiembre de 2002. Los programas Forensic y Mood incluyen unidades de pacientes ingresados y de pacientes externos. El programa Substance Use and Concurrent Disorders incluye una unidad de pacientes hospitalizados, enfermería domiciliaria, un hospital de día y un programa residencial en la comunidad, y es el primer programa de este tipo que aplica el modelo de la marea. En febrero de 2004, el modelo de la marea se introdujo en las demás unidades de pacientes hospitalizados, como geriatría, unidades de observación y críticos, psiquiatría general, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia y jóvenes (adolescentes). En 2005 la marea se introdujo y se puso en práctica en el Forensic Program del Brockville Campus del Royal Ottawa Health Care Group. El modelo de la marea también se ha introducido en el Royal Ottawa Place, un centro de cuidados a largo plazo (residencias de ancianos) y es llevado a cabo por un Tidal Champion en consulta con otra residencia de ancianos. En Canadá también ha habido mucho interés por el modelo de la marea. Se ha puesto en marcha o está funcionando en centros de costa a costa.

En Australia, el modelo se introdujo primero en Sidney, seguido de Townsville (Queensland). Más recientemente, se han creado nuevos proyectos en atención de niños y adolescentes en Sidney, con un nuevo desarrollo en el área de la «salud judicial». En Nueva Zelanda, las enfermeras del servicio forense de *Rangipapa* en Porirua han desarrollado sus cuidados alrededor del modelo de la marea durante más de 3 años, y fue el primer servicio de enfermería legal del mundo en adoptar el modelo (Cook, Phillips y Sadler, 2005). El énfasis del modelo de la marea en la narrativa ha sido especialmente atractivo para los indígenas maoríes y la gente de las islas del Pacífico, que valoran enormemente el poder de explicar historias. Ello se refleja en una reciente evaluación de las percepciones asistenciales de la marea por algunos de los residentes de la unidad.

En Japón, el modelo ha sido objeto de un gran programa de desarrollo en el Kanto Medical Center, el centro psiquiátrico privado más grande de Tokio, en los últimos 5 años. Allí, el doctor Tsuyoshi Akayama, jefe de psiquiatría, tradujo todos los materiales de formación del modelo de la marea al japonés y luego enseñó a sus colegas médicos y de enfermería a utilizarlo, después de su breve viaje de estudios a Newcastle con el doctor Barker. Éste fue el primer ejemplo de colaboración formal entre psiquiatras y enfermeras; en todos los proyectos anteriores, las enfermeras realizaban la implementación solas. El doctor Akayama también ha fomentado el modelo de la marea en el programa para «naciones en vías de desarrollo» de la World Psychiatric Association. Los japoneses han sentado una tendencia para una mayor colaboración interprofesional, aunque la enfermería tiene el papel principal.

Formación

Barker ofrece un paquete de formación multimedia a quienes apliquen el modelo de la marea, y todos los centros utilizan este programa para preparar su puesta en práctica. Ello garantiza una perspectiva común y la fidelidad a los valores, principios y procesos del modelo de la marea, aunque permite una implementación creativa, localmente relevante. Las enfermeras de atención a la comunidad tienen la oportunidad de aprender el modelo antes, durante y después de su aplicación.

El modelo de la marea está integrado en los programas de enfermería de diplomatura, licenciatura y posgrado en la mayoría de universidades

de Reino Unido. Ian Beech, enfermera de salud mental y profesora en la University of Glamorgan, desarrolló el primer programa de formación para profesionales en Gales. En el University College de Cork, el modelo de la marea relaciona la universidad con varios ámbitos de la práctica. En la University of Ottawa, en Canadá, el modelo de la marea se incluye en el curso de teorías y conceptos para pregraduados; también forma parte del curso de Community Mental Health Nursing y del programa para obtener el título de posgrado Mental Health Nursing en el Algonquin College. El modelo de la marea se apoya en el programa de residencia de salud mental en enfermería que se está desarrollando conjuntamente en cinco centros terciarios de salud mental en Ontario. El curso de enfermería de salud mental de posgrado en la Dalhousie University en Halifax (Nueva Escocia) también está enmarcado por el modelo de la marea. El modelo de la marea está incluido en el curso de salud mental comunitaria del Mount Royal College en Calgary (Canadá). El modelo de la marea, holístico, narrativo, basado en la fuerza, es prometedor en cuanto a su inclusión en programas de formación relacionados con los cuidados centrados en la persona y la práctica basada en la investigación.

Investigación

El modelo de la marea se desarrolló a partir de un programa de investigación clínica. Se anima a todos los miembros de la red internacional del modelo de la marea a evaluar el modelo en la práctica. Se ha establecido una consultoría de investigación y desarrollo como una red flexible para la aplicación del modelo de la marea y los proyectos de desarrollo. La consultoría ofrece un marco para la evaluación del modelo de la marea en acción, desde la perspectiva organizativa de los resultados, la experiencia profesional y la experiencia usuario/consumidor (Barker y Buchanan-Barker, 2005). La tarea importante de evaluar la implementación, los procesos y los resultados del modelo de la marea en la práctica se está llevando a cabo en Canadá, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda y Reino Unido.

Dos estudios de evaluación (Fletcher y Stevenson, 2001; Stevenson y Fletcher, 2002) exploraron las medidas de los resultados que podían ser importantes al evaluar el modelo de la marea, y determinaron el impacto de su valoración en la práctica (Stevenson y Fletcher, 2002). Los resultados de los dos estudios muestran un aumento en el número de ingresos y un descenso en la duración de la estancia. Hubo un descenso en la necesidad del nivel más alto de observación, que se relacionó con la velocidad de la valoración, el descenso de los incidentes de violencia, autolesión y restricciones de contenciones. Las propias enfermeras describieron que el modelo de la marea aumentaba la práctica profesional y potenciaba un compromiso pleno con las personas cuidadas. Era útil para ayudar a las personas a cumplir los planes de cuidados y permitía a las enfermeras centrar sus interacciones en las necesidades de las personas. Los trabajadores de apoyo (cuidadores) eran más capaces de ayudar a las personas a identificar los objetivos del día y llevarlos a cabo; describieron el modelo de la marea como una forma de mejorar su perfil y la estima profesional (Stevenson y Fletcher, 2002, p. 35). Se hallaron resultados similares utilizando el mismo método en Birmingham, la segunda ciudad de Inglaterra en aplicar el modelo de la marea (Gordon, Morton y Brooks, 2005), Glasgow, la ciudad más grande de Escocia (Lafferty y Davidson, 2006) y Dublín, la capital de Irlanda (Collins, Maxwell y Lynch, 2004). Estos estudios ayudan a poner en práctica esta teoría centrada en la persona.

Barker y Walker (2000) estudiaron las opiniones de enfermeras expertas de un equipo de trabajo multidisciplinario en 26 unidades psiquiátricas de ingresos agudos, y la relación con los cuidados a las personas y sus familias. Si bien las enfermeras hacen frente a desafíos al aplicar el «trabajo en asociación», el estudio aporta cierta orientación para seguir investigando sobre la naturaleza interprofesional de la teoría.

La transición para las enfermeras centrada en las interacciones de las soluciones fue el tema de estudio del equipo de Newcastle (Stevenson, Jackson y Barker, 2003). Las enfermeras participaron en un constructo especial y una iniciativa educativa, y se valoró el impacto por parte de las enfermeras y de las personas cuidadas, usando múltiples datos. Este estudio aporta evidencias de un progreso significativo de las enfermeras en el conocimiento centrado en la solución, el resultado y la práctica. Las personas cuidadas también encontraron que el método les ayudaba.

El equipo del Royal Ottawa Mental Health Centre Tidal replicó el estudio de Newcastle y evaluó el impacto de la aplicación de la marea en criterios de valoración seleccionados en cuatro períodos en los tres programas pioneros, con resultados similares, especialmente con el programa

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mood. También replicaron el estudio de Newcastle en cuatro períodos en el Forensic Program en Brockville. El equipo de Tosnú completó con una evaluación centrada en el usuario sobre la aplicación del modelo de la marea. En Birmingham, en la unidad Tolkien, se realizó una evaluación de 4 meses que se ha publicado (Gordon, Morton y Brooks, 2005). Se están realizando trabajos de evaluación en el St. Tydfil Hospital de Gales.

En Nueva Zelanda se realizó un estudio cualitativo, fenomenológico hermenéutico después de la instauración del modelo de la marea en una unidad de pacientes estables (Cook, Phillips y Sadler, 2005). El estudio exploró la experiencia vivida de cuatro pacientes ingresados y cuatro enfermeras. Surgieron cinco temas que reflejaban los significados unidos a la proporción y recepción del cuidado: relación, esperanza, aspecto humano, ecuanimidad y trabajo conjunto. Ello sugiere experiencias y resultados positivos en la aplicación del modelo de la marea. Éste se establece en una base de investigación que ofrece la posibilidad más contemporánea de utilizar la investigación o transferir los conocimientos. Las enfermeras que adoptan el modelo de la marea utilizan activamente la investigación en la práctica, además de contribuir al desarrollo de la práctica de enfermería. El modelo de la marea tiene el potencial de una investigación de acción participativa, descubrir conocimientos incluidos en la práctica y desarrollar nuevos conocimientos.

Recientemente Barker y Buchanan-Barker han buscado problemas en la agenda de investigación. «La gente a menudo nos pregunta: ¿funciona el modelo de la marea? No creemos que pueda demostrarse que el modelo de la marea funciona, como tampoco puede decirse que la partitura de un concierto de Mozart "funciona". Para hacer música fantástica, necesitamos grandes músicos. Por consiguiente, creemos que cualquier estudio realista del modelo de la marea *en la práctica* debe centrarse en los "trabajos" del equipo, individual y colectivamente. También debe tenerse en cuenta el contexto organizativo, el apoyo del que dispone el equipo, la calidad del entorno y otros factores físicos, sociales e interpersonales».

DESARROLLOS POSTERIORES

El modelo de la marea es claro; se definen conceptos y se identifican relaciones. Ello permite identificar áreas para un desarrollo posterior de la teoría. Por ejemplo, Barker reestructura su concepto original de «lógica de la experiencia» como «indicio basado en la práctica» que representa el conocimiento de lo que es posible en esta situación particular *y* que podría contribuir a nuestro conocimiento compartido de la ayuda humana (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

El modelo de la marea se caracteriza por otros aspectos. Ha evolucionado desde un uso inicial en pacientes agudos, a un continuo de cuidados, con componentes críticos, transicionales y de desarrollo. La teoría ha evolucionado hacia el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, ampliando su alcance y su utilidad. Los colegas de otros campos, como cuidados paliativos, han expresado su reconocimiento del modelo y desean llevarlo a la práctica. Otras profesiones también apoyan los valores, la filosofía y la utilidad del modelo de la marea. Las comunidades de salud mental usuario-consumidor-superviviente del mundo participan en el desarrollo continuo de esta teoría de recuperación de la salud mental (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Desde su inicio, el modelo de la marea ha ganado la atención nacional e internacional. Sigue aplicándose, enseñándose y estudiándose internacionalmente y se implanta en nuevos lugares de todo el mundo. En noviembre de 2003 el modelo de la marea se introdujo en Norteamérica. A medida que nuevos centros apliquen y estudien el modelo de la marea, se enriquecerá la base práctica, teórica y la investigación. Si bien se considera que el cuidado psiquiátrico y de salud mental es una especialidad, tiene posibilidades ilimitadas en distintas partes de la geografía, ámbitos y poblaciones clínicas.

En el 2003, Barker reafirmó los valores que subyacen en el modelo de la marea en 10 compromisos (v. cuadro 32-1). Aportan la guía necesaria para seguir y desarrollar la filosofía del modelo de la marea. Aunque Barker espera fidelidad a los principios y valores del modelo de la marea (10 compromisos), al ponerlo en práctica advierte frente a una importación incondicional. La aplicación debe individualizarse para adaptarse al contexto local, con el resultado de que cada implantación será única y contribuirá al desarrollo de la teoría. Ello refleja la apreciación de Barker del concepto de «evidencia basada en la práctica», que él llamó «el arte de lo posible», es decir, desarrollar formas filosóficas práctica y teóricamente lógicas, que se basan en las consideraciones de lo que es

apropiado, significativo y potencialmente eficaz en un contexto práctico.

El modelo de la marea se desarrolla entre culturas, con diferentes poblaciones clínicas, en diversos ámbitos. Siguen desarrollándose los conocimientos enmarcados en el modelo de la marea, aceptando el amplio abanico de complejos factores que definen a las personas y sus necesidades humanas: historia personal, preferencias personales, valores y creencias, estado social, contenido cultural, relaciones familiares y filiación comunitaria (Barker, 2003a).

CRÍTICA

El objetivo del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental es comprender y explicar aún más la condición humana. El centro de este esfuerzo es ayudar a las personas a utilizar sus voces como instrumento fundamental para definir su recuperación del malestar psíquico. El modelo de la marea es un modelo genuino de salud mental centrado en la persona, respetuoso con su cultura y sus creencias (Barker y Buchanan-Barker, 2005). Esta teoría práctica identifica los conceptos necesarios para conocer las necesidades humanas de personas con problemas vitales y también el cómo y el qué pueden hacer las enfermeras para cubrir estas necesidades. La teoría explica sistemáticamente fenómenos específicos e indica la naturaleza de las relaciones en una visión particular del mundo. Sin embargo, Barker ha reafirmado de forma constante que la teoría «no son más que palabras en un papel». No es un trabajo directivo ni una receta para la práctica, sino una guía práctica y en evolución para administrar unos cuidados de colaboración, centrados en la persona, basados en la fuerza y a través del poder de la relación.

Claridad

Los conceptos, subconceptos y relaciones se desarrollan de forma lógica y clara, y los supuestos son compatibles con los objetivos de la teoría. Las palabras tienen múltiples significados; sin embargo, estos conceptos, subconceptos y relaciones principales se describen de forma cuidadosa, específica y metafórica, y no necesariamente de forma concisa. La selección cuidadosa del término «problemas de vida» o malestar psíquico y la visión de los individuos que los sufren como «personas» dirige a las enfermeras a su objetivo. La identificación de las «necesidades humanas», más que psicológicas, sociales o físicas, también aportan claridad y perspectiva. Cómo las enfermeras ven a las personas y cómo las personas quieren ser cuidadas por las enfermeras se ilustra claramente en la categoría básica «conociéndote, conociéndome». Cada una de las tres subcategorías, yo cotidiano, yo seudocotidiano y yo profesional, tiene cuatro dimensiones: profundidad de traducción, conocimiento, poder y tiempo (Barker et al., 1999a; Jackson y Stevenson, 2004).

En la práctica, la utilización del lenguaje propio de la persona, sin traducirlo a la jerga o lenguaje profesional, contribuye al éxito de la teoría y a su claridad. Los conceptos principales (colaboración, delegación de poder, relaciones, centro de la solución) que se refuerzan a través de las relaciones, la narrativa y el uso de «problemas de la vida», son suficientemente claros y abren la teoría para utilizarla en otras áreas de enfermería y asistencia sanitaria.

En el modelo de la marea se presentan diversos conceptos y relaciones de forma correcta y esquemática. La experiencia única vivida por la persona es sinérgica y recíproca en los dominios del mundo, yo y los demás. Esto se representa con un triángulo (fig. 32-1). En la valoración holística, la historia de la persona es el centro de la planificación de los cuidados y se representa como un corazón. El círculo de seguridad de valoración rodea al corazón que, a su vez, está rodeado por un círculo del equipo interprofesional (fig. 32-2). El cuidado continuo (inmediato, transicional y de desarrollo) intersecciona con el objetivo del cuidado (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a) (fig. 32-3). Esta teoría clara y de fácil comprensión es accesible desde el punto de vista conceptual y lingüístico con el uso del lenguaje diario.

Simplicidad

El modelo de la marea se basa en unas ideas simples sobre «ser humano» y «ayudarse unos a otros» (Barker, 2000e). Es completo, simple y con un nivel de abstracción para poder guiar la práctica, la formación, la investigación y la política. Sin embargo, los conceptos por sí mismos son complejos, y las amplias relaciones entre los mismos se añaden a la complejidad del modelo de la marea; las personas y las relaciones son intrínsecamente complejas.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Supuestos, conceptos y relaciones se describen en el lenguaje diario y se ilustran a través de la metáfora. Por ejemplo, confiere poder simplemente ser respetuoso con los conocimientos de las personas y la experiencia sobre su propia salud y enfermedad, y escuchar sus historias. Los conceptos o relaciones abstractos y complejos, por ejemplo, la teoría del caos, se expresan metafóricamente, igual que el flujo y el reflujo de la marea. Práctico y filosófico, el modelo de la marea ofrece cierta direccionalidad en la utilización y puesta en práctica de algunos de los conceptos, aunque no prescribe la práctica.

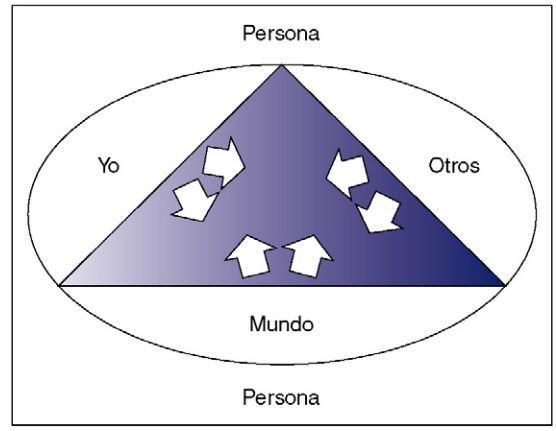


Figura 32-1 Tres dimensiones de la persona. (De Barker, P. J. [2000]. *The Tidal Model theory and practice* [pp. 29-31]. Newcastle, UK: University of Newcastle. © Phil Barker, 2000.)

Generalidad

El modelo de la marea es de ámbito internacional, indicando su importancia a través de culturas y naciones. A principios de 2004, existían casi 100 proyectos del modelo de la marea en evolución en diferentes ámbitos clínicos de varios países de todo el mundo: Australia, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda, Escocia y Gales (Barker, 2004; Barker y Buchanan-Barker, 2005). En los proyectos del modelo de la marea está representado un amplio espectro de entornos y poblaciones clínicas: rural y urbano, unidades de agudos y convalecencia, centros públicos y privados, programas comunitarios, de rehabilitación, unidades legales, en jóvenes, adultos y ancianos. El modelo de la marea ha sido un éxito a través del continuo

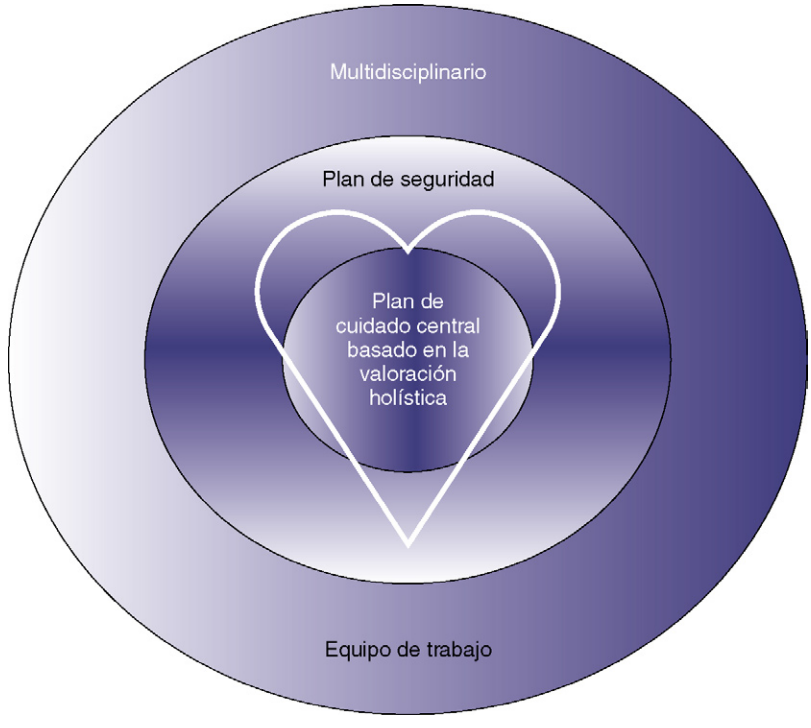


Figura 32-2 Estructura del cuidado. (De Barker, P. J. [2000]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 27]. Newcastle, UK: University of Newcastle. © Phil Barker, 2000.)

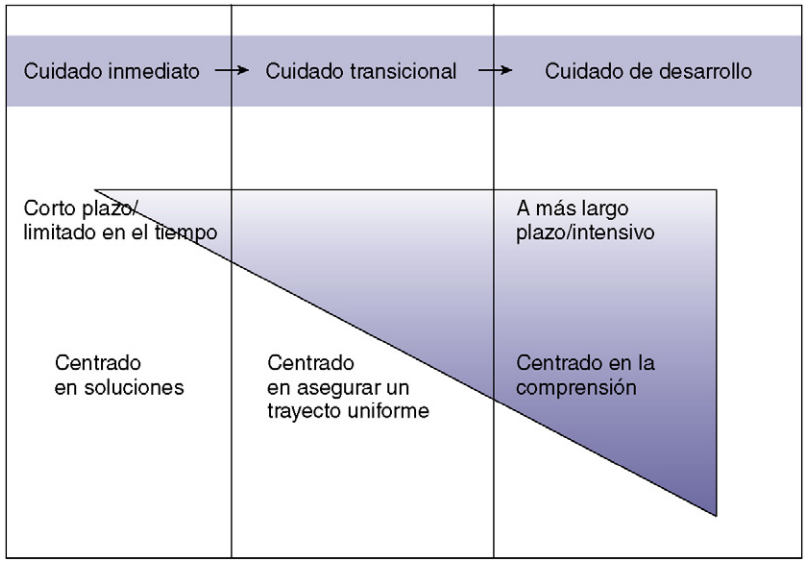


Figura 32-3 Cuidado continuo del modelo de la marea. (De Barker, P. J. [2000]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 22]. Newcastle, UK: University of Newcastle. © Phil Barker, 2000.)

de cuidados psiquiátricos y de salud mental y en diversas situaciones de la práctica. Las características universales de colaboración, delegación de poder, relaciones, historias y resistencias atraen a enfermeras, usuarios de servicios y colegas de otras disciplinas, y apoyan la aplicación general.

El modelo de la marea también es compatible con la Ottawa Charter for Health Promotion, donde el proceso de delegación de poder y participación es fundamental para el buen estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 1986). El modelo de la marea es paralelo al proceso de permitir a las personas aumentar el control y mejorar su salud. Los 10 compromisos de la marea (Barker, 2003b) ofrecen guía, dirección y apoyo para utilizar la teoría. En Escocia, Lafferty y Davidson (2006) observaron que la práctica del modelo de la marea ayudó a las enfermeras a satisfacer los requisitos centrados en la persona de la nueva ley de salud mental de Escocia. En Canadá, la Best Practice Guideline for Client-Centred Care (Registered Nurses' Association de Ontario, 2006) se hace eco del modelo de la marea, incluso utilizando parte del mismo lenguaje.

Barker admite que para ejercer con el modelo de la marea tenemos que creer que la recuperación es posible y el cambio, inevitable. «El modelo de la marea *per se* no funciona. El profesional es el instrumento o el medio de cambio» (Buchanan-Barker, 2004, p. 8). Los profesionales con diferentes visiones del mundo no estarían cómodos ni aceptarían el modelo de la marea si esta diversidad no se respetara. Debido a que el modelo de la marea se desarrolló específicamente para el cuidado psiquiátrico y la salud mental, se ha de cumplir el criterio de generalidad.

Precisión empírica

Esta teoría sustantiva se basa en los datos que emergen inductivamente de los estudios de la necesidad de enfermería. Los estudios guiados por el modelo de la marea indican su utilidad y precisión, y ofrecen la seguridad de que la teoría es útil, práctica y accesible. Los estudios del impacto de la aplicación de la teoría en la práctica también respaldan su utilidad y precisión. La «necesidad de enfermería», el objetivo propio de la enfermería y el marco de interacciones de delegación de poder ofrecen una firme base empírica al modelo de la marea.

Las enfermeras que trabajan con diferentes poblaciones clínicas y en diversos ámbitos están probando el modelo de la marea en la práctica. El objetivo de la investigación es el resultado centrado en la persona y la experiencia vivida de las personas que colaboran en la asistencia. Los estudios que se centran en la orientación de soluciones en interacciones de delegación de poder contribuyen a la adecuación empírica y la confianza en esta perspectiva

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

compartida orientada en la solución. Algunos sustentos teóricos, como la teoría del caos, no son susceptibles de estudio, aunque pueden contribuir a la base teórica y conceptual del modelo.

Consecuencias deducibles

El modelo de la marea ofrece guía y objetivos a la enfermería. La teoría es conceptual y lingüísticamente accesible y se presta a la investigación. Esta investigación, relevante para el trabajo de las enfermeras, contribuye a los conocimientos para guiar e informar la práctica. Los estudios guiados por el modelo de la marea también exploran su impacto y sus diversos resultados. El conocimiento narrativo derivado de la teoría potencia la práctica, la docencia y la investigación de la enfermería, y la política. El modelo de la marea está representado por diversas valoraciones holísticas (exploradoras) y centradas (riesgo), que generan intervenciones centradas en la persona que resaltan los recursos existentes de las personas y la capacidad para encontrar soluciones (Barker, 2001b, p. 82).

Trabajar en el modelo de la marea permite a las enfermeras articular su práctica y evidenciar «habilidades invisibles» (Michael, 1994). Por ejemplo, las estrategias de delegación de poder, como respetar a la persona y dar esperanzas, también dan voz a las enfermeras por sí mismas. Las enfermeras ganan confianza al trabajar junto a miembros de equipos interprofesionales porque su contribución y objetivos están más claramente articulados.

Existen desafíos con cualquier cambio a nivel práctico, personal y del sistema, y son anticipados y estudiados. Sin embargo, el modelo de la marea es una teoría importante y esencial para desarrollar y guiar la práctica en cuidados psiquiátricos y de salud mental. También es un importante contexto teórico para centros comprometidos con los cuidados centrados en la persona, y ofrece métodos prácticos para su implementación.

RESUMEN

El modelo de la marea se desarrolló desde un objetivo discreto en enfermería psiquiátrica en unidades de agudos para obtener un modelo más flexible de recuperación de la salud mental en cualquier ámbito, en relación con cualquier disciplina. Destaca formas de delegación de poder del compromiso o puente, la importancia de la experiencia vivida y una apreciación del potencial para la curación que radica en reescribir la propia historia o narrativa (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea ofrece una orientación centrada en las personas, holística, basada en la práctica y en la investigación. Keen (en Barker y Buchanan-Barker, 2005, pp. 231-241) lo describe como una teoría sistémica y pragmática profundamente colaboradora, centrada en la persona, centrada en la solución (McAllister, 2003) y basada en la narrativa. La teoría describe varios supuestos sobre las personas, su valor inherente y el valor de relacionarse con las personas de forma concreta. Describe cómo las personas pueden llegar a apreciar de forma diferente, quizá mejor, su propio valor y el valor único de su experiencia. El modelo de la marea abre nuevas posibilidades para las personas. Quizá parte de su atractivo es que nos devuelve a las raíces y valores que tenía la enfermería inicialmente. Si bien la teoría sirve de orientación para la práctica, la formación, la investigación y la política, no es fácil. Las enfermeras son conscientes del desafío de cambiar con los 10 compromisos para someterse al cambio y crecer y desarrollar, al representar la esencia del modelo de la marea.

Caso clínico

Scott era un hombre joven que había tenido un primer episodio de psicosis. Había golpeado a su padre, que falleció posteriormente. Scott fue trasladado a una unidad de seguridad, cuya enfermera jefe empezó a explorar la historia con él a través de una valoración holística, que representa el mundo de experiencias de Scott, en ese momento.

Cómo empezó: «Empezó cuando mi padre volvió a pegar a mi madre; esa noche estaba completamente borracho. Había tanto ruido en esa habitación, la televisión, los golpes y esas voces en mi cabeza, seguían gritándome que hiciera algo rápido para salvar a mi madre. No recuerdo exactamente qué sucedió después, estaba muy confundido».

Cómo me afectó: «No lo sé. Estuve en la cárcel 4 meses antes de venir aquí. Me dijeron que había matado a mi padre. No lo recuerdo, salvo que seguí golpeándole la cabeza. Sólo recuerdo que estaba en un charco de sangre». «Me dijeron que mi madre aún está en el hospital. No la he visto desde entonces.» «Estoy asustado. No puedo dormir.»

Cómo me sentí al principio: «Me quedé deshecho, me superó». «Me sentía horriblemente, aunque le odiaba tanto, nunca me escuchaba, nadie me escuchaba ni me creía.» «Le odio porque le he visto pegar a mi madre toda la vida.»

Cómo han cambiado las cosas con el tiempo: «Fue peor cuando se marchó mi hermanastro. Mi padre era un pecador, borracho, pegaba a su mujer e incluso conspiraba con los comunistas. No pude dejar mi casa, sólo el colegio; mi madre estaba en casa todo el día en la granja; él era el único que vagaba fuera de casa». «Siempre he estado asustado y también enfadado.»

El efecto en mis relaciones: «No me relaciono con nadie; no me gusta la gente porque yo no les gusto a ellos».

Cómo me siento ahora: «Bueno, me encuentro nervioso, muy agitado y asustado. No sé qué esperar; no sé qué va a pasar». «Confundido y cansado.»

Qué pienso que significa: «No lo sé, ésta es mi pregunta, quizá volveré a la cárcel, quizá quiere decir que necesitaba ayuda». «Quiere decir que tengo que enfrentarme a muchos desafíos.»

Qué quiere decir todo esto sobre mí, como persona: «Sólo quiero ser mejor persona, quiero estar bien y quiero cuidar a mi madre».

Qué tiene que pasar ahora: «Bueno, supongo que estoy aquí para una valoración».

Qué espero que la enfermera haga por mí: «Seguir hablándome de la forma en que lo hace. Nunca nadie me habla así. Me está escuchando y parece que me cree. Es tan diferente de la cárcel y de otros sitios...».

Personas que son importantes: «Mi madre es la única persona importante del mundo, mi hermanastro sólo vuelve cuando necesita dinero».

Cosas que son importantes: «Bueno, poder compartir con los demás». «Mi perro, Pepper, pero ahora está en la sociedad benéfica.» «Tengo una foto realmente bonita en la que estoy con mi madre».

Ideas sobre la vida que son importantes: «Poder adaptarme».

Valoración de los problemas: «Mis principales problemas son la soledad y qué me va a suceder en el futuro. ¡Toda mi vida es compleja!». «Puntuaría mi soledad con un 8 en malestar, un 8 en alteración y un 2 en control. Mi futuro y lo que va a suceder, con un 10 en malestar, un 10 en alteración y como no tengo control, un cero.»

Cómo sabré que el problema se ha solucionado: «Sabré que el problema se ha solucionado quizá cuando las voces dejen de hablarme, cuando salga de la cárcel y del hospital».

Qué tiene que cambiar para que esto suceda: «Quizá tenga que tomar medicación, quizá sólo empezar a hablar con personas reales, no con voces».

La enfermera identificó que Scott necesitaba ayuda para sentirse más seguro emocionalmente. Le comprometió en una valoración de su seguridad y desarrollaron juntos un plan de seguridad personal.

Más adelante, durante la semana, las enfermeras notaron que Scott pasaba mucho tiempo en su habitación. En vez de animar a Scott a participar en actividades de la unidad, su enfermera compartió su observación y le preguntó si le ayudaba estar tanto tiempo en la cama, solo en la habitación. La respuesta de Scott fue que «las voces no me molestan tanto». Ello llevó a una conversación, ayudando a la enfermera a empezar a comprender qué es lo que le parecía a Scott que le podría ser útil.

En otra conversación, la enfermera le hizo «la pregunta milagro». «Supón que anoche, mientras dormías, el problema que tienes se hubiera resuelto milagrosamente. ¿Cómo lo sabrías? ¿Cuál sería la primera diferencia que notarías al despertarte?» La respuesta inesperada de Scott fue: «Tendría un amigo». Al explorar, más que cerrar, la narrativa, la enfermera empezó a implicar a Scott en «qué hacer» para ayudarle.

Cuestiones que pueden preguntarse en una valoración de su seguridad: el plan tiene dos cuestiones: ¿Qué puedo hacer para ayudarme a tratar mis problemas actuales? ¿Y qué ayuda que me parezca valiosa pueden ofrecerme otros? ¿Cómo sería el plan de seguridad de Scott?

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Existen 10 compromisos. Seleccione tres o cuatro y considere cómo podrían desarrollarse en la práctica.
2. ¿Dónde encontraría apoyo para cada uno de los compromisos en su lugar de trabajo?
3. ¿Cuál es la cuestión clave?

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- La página web del modelo de la marea en www.tidal-model.com permite el acceso y la conexión a la comunidad internacional de la marea.
- Barker, P. J. (n.d.). *A beginner's guide to the Tidal Model.* Último acceso, 12 de marzo de 2008, de http://www.tidal-model.com/Beginner's guide.htm
- Barker, P. J. (2003b). *The 10 Commitments: Essential values of the Tidal Model.* Recuperado el 23 de febrero de 2008, de http://www.tidal-model.com/Ten Commitments.htm
- Barker, P. J. (2001b). The Tidal Model: Developing a person-centerd approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care, 37*(3), 79-87.
- Barker, P. J. y Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals.* London: Brunner-Routledge.
- Barker, P. J. y Buchanan-Barker, P. (2007a). The Tidal Model—*Mental health recovery and reclamation.* Newport-on-Tay: Clan Unity International.
- Buchanan-Barker, P. y Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 93-100.

REFERENCIAS

Alanen, Y., Lehtinen, K., & Aaltonen, J. (1997). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experience and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandanavica, 83*, 363-372.

American Nurses' Association. (1980). *Nursing. A social policy statement.* Kansas City, Missouri: American Nurses' Association.

Barker, P. J. (1987). *An evaluation of specific nursing interventions in the management of patients suffering from manic-depressive psychosis.* Unpublished PhD thesis, Dundee Institute of Technology (University of Abertay), Scotland.

Barker, P. J. (1989). Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies, 26*(2), 131-141.

Barker, P. J. (1995). Promoting growth through community mental health nursing. *Mental Health Nursing, 15*(3), 12-15.

Barker, P. J. (1996a). Chaos and the way of Zen: Psychiatric nursing and the 'uncertainty principle'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 235-243.

Barker, P. J. (1996b). The logic of experience: Developing appropriate care through effective collaboration. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 5*, 3-12.

Barker, P. J. (1997). Towards a meta-theory of psychiatric nursing. *Mental Health Practice, 1*(4), 18-21.

Barker, P. J. (1998a). It's time to turn the tide. *Nursing Times, 94*(46), 11-12.

Barker, P. J. (1998b). The future of the Theory of Interpersonal Relations? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 213-220.

Barker, P. J. (1999a). Qualitative research in nursing and health care. London: NT Books.

Barker, P. J. (Ed.). (1999b). *The philosophy and practice of psychiatric nursing.* Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barker, P. J. (2000a). Commentaries and reflections on mental health nursing in the UK at the dawn of the new millennium: Commentary 1. *Journal of Mental Health, 9*(6), 617-619.

Barker, P. J. (2000b). From chaos to complex order: Personal values and resources in the process of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care, 36*(2), 51-57.

Barker, P. J. (2000c). Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International Journal of Nursing Studies, 37*, 329-336.

Barker, P. J. (2000d). The Tidal Model—Humility in mental health care. Recuperado el 8 de marzo de 2008, de http://www.tidalmodel.com/Humility%20in%20mental%20health%20care.htm.

Barker, P. J. (2000e). The Tidal Model: Theory and practice. Newcastle, UK: University of Newcastle.

Barker, P. J. (2001a). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 233-240.

Barker, P. J. (2001b). The Tidal Model: Developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care, 37*(3), 79-87.

Barker, P. J. (2001c). The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health nursing. *Nursing Philosophy, 2*, 213-223.

Barker, P. J. (2002a). Annie Altschul—An appreciation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 127-128.

Barker, P. J. (2002b). Doing what needs to be done: A respectful response to Burnard and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 232-236.

Barker, P. J. (Ed.). (2003a). *Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring.* London: Arnold.

Barker, P. J. (2003). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring.* London: Arnold.

Barker, P. J. (2003b). *The 10 Commitments: Essential values of the Tidal Model.* Retrieved 23 February,

2008 from http://www.tidal-model.co/Ten%20Commitments.htm.
Barker, P. J. (2004). Uncommon sense—The Tidal Model of mental health recovery. *The New Therapist, 33* (Sept/Oct), 14-19.
Barker, P. J. (n.d.). *A beginner's guide to the Tidal Model.* Retrieved March 12, 2008 from http://www.tidalmodel.co.uk/New%20beginner's%20Guide.htm.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004a). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice, 7*(5), 18-20.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004b). *Spirituality and mental health: Breakthrough.* London: Whurr.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals.* London: Brunner-Routledge.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). *The Tidal Model—Mental health recovery and reclamation.* Newport-on-Tay: Clan Unity International.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007b). Words of wisdom. *Nursing Standard, 21*(37), 24-25.
Barker, P. J., & Jackson, S. (1997). No apologies for 'imperialist' view [Letter]. *Nursing Standard, 11*(20), 10.
Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999a). The need for psychiatric nursing: Toward a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry, 6*, 103-111.
Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999b). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*, 273-282.
Barker, P. J., Reynolds, W., & Stevenson, C. (1997). The human science basis of psychiatric nursing: Theory and practice. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 660-667.
Barker, P. J., Reynolds, W., & Ward, T. (1995). The proper focus of nursing: A critique of the caring ideology. *International Journal of Nursing Studies, 32*(4), 386-397.
Barker, P. J., Stevenson, C., & Leamy, M. (2000a). The philosophy of empowerment. *Mental Health Practice, 20*(9), 8-12.
Barker, P. J., & Walker, L. (2000b). Nurses' perceptions of multidisciplinary teamwork in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*, 539-546.
Barker, P. J., & Whitehill, I. (1997). The craft of care: Towards collaborative caring in psychiatric nursing. In S. Tilley (Ed.). *The mental health nurse. Views of practice and education.* (pp. 15-27). Oxford: Blackwell Science.
Buchanan-Barker, P. (2004). The Tidal Model: Uncommon sense. *Mental Health Nursing, 24*(3), 6-10.
Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2005). The ten commitments: A value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial & Mental Health Nursing, 44*(9), 29-33.
Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 93-100.
Collins, R, Maxwell, J, Lynch, J. (2004). Evaluation of the holistic nursing assessment of the Tidal Model. Retrieved April 11, 2009 from http://rms.ucd.ie/ufrs/W_RMS_CONFERENCE.POPUP_DETAILS?p_object_id =159734.
Cook, N., Phillips, B., & Sadler, D. (2005). The Tidal Model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 536-540.
De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* New York: Norton.
Flannagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*, 327-358.
Fletcher, E., & Stevenson, C. (2001). Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. *Nursing Standard, 15*(49), 33-36.
Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine/Atherton.
Gordon, W., Morton, T., & Brooks, G. (2005). Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 703-712.
Heron, J. (1996). Cooperative inquiry: *Research into the human condition.* London: Sage.
Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis—The expropriation of health.* London: Marion Boyars.
Jackson, S., & Stevenson, C. (1998). The gift of time from the friendly professional. *Nursing Standard, 12*, 31-33.
Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing, 31*(2), 378-388.
Jackson, S., & Stevenson, C. (2004). How can nurses meet the needs of mental health clients. In D. Kirby, D. Hart, D. Cross, & G. Mitchell (Eds). *Mental health nursing—Competencies for practice* (Chapter 3, pp. 32-45). Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
Jonsson, B. (2005). *Ten thoughts about time.* London: Constable and Robinson.
Lafferty, S., & Davidson, R. (2006). Putting the person first. *Mental Health Today,* (March), 31-33.
McAllister, M. (2003). Doing practice differently: Solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing, 41*(6), 528-535.
Michael, S. P. (1994). Invisible skills: How recognition and value need to be given to the 'invisible skills' frequently used by mental health nurses, but often unrecognized by those unfamiliar with mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1*, 56-57.
Miller, J. (Eds.). (1983). Objections to psychiatry: Dialogue with Thomas Szasz. In J. Miller (Ed). *States of mind: Conversations with psychological*

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

investigators. London: British Broadcasting Corporation.
Montgomery, C., & Webster, D. (1993). Caring and nursing's metaparadigm: Can they survive the era of managed care. *Perspectives in Psychiatric Care, 29*(4), 5-12.
Morita, M., Kondo, A., Levine, P., & Morita, S. (1998). *Morita Therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu).* Princeton, NJ: University of New York Press.
Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. New York: Putman. (reissued 1988. London: MacMillan).
Peplau, H. E. (1969). Theory: The professional dimension. In C. M. Norris (Ed.). *Proceedings of the first nursing theory conference* (pp. 33-46). Kansas City, KS: University of Kansas University.
Peplau, H. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today, 7*, 201-208.
Podvoll, E. M. (1990). *The seduction of madness: Revolutionary insights into the world of psychosis and a compassionate approach to recovery at home.* New York, NY: Harper Collins Publishers.
Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Best practice guideline: Client-Centred Care.* Toronto: Author.
Stevenson, C. (1996). The Tao, social constructivism and psychiatric nursing practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 217-224.
Stevenson, C., Barker, P., & Fletcher, E. (2002). Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 271-276.
Stevenson, C., & Fletcher, E. (2002). The Tidal Model: The questions answered. *Mental Health Practice, 5*(8), 29-38.
Stevenson, C., Jackson, S., & Barker, P. (2003). Finding solutions through empowerment: A preliminary study of a solution-oriented approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 688-696.
Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct.* New York: Hoeber-Harper.
Szasz, T. S. (2000). The case against psychiatric power. In. P. J. Barker & C. (Eds.). *The construction of power and authority in psychiatry.* Oxford: Butterworth Heinemann.
Travelbee, J. (1969). *Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship.* Philadelphia: F. A. Davis Company.
Vicenzi, A. E. (1994). Chaos theory and some nursing considerations. *Nursing Science Quarterly, 7*, 32-44.
World Health., & Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion.* Geneva: Author.
Yeats, W. B. (1928). *The tower.* New York: Macmillan.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Barker, P. J. (1985). Patient assessment in psychiatric nursing. London: Croom Helm.
Barker, P. J. (1997). Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person. Cheltenham: Stanley Thornes.
Barker, P. J. (1999). The philosophy and practice of psychiatric and mental health nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone.
Barker, P. J. (1999). The talking cures: A guide to the psychotherapies for health care professionals. London: NT Books.
Barker, P. (2000). Qualitative research in nursing and health care. Nursing Times Clinical Monographs (No 13). London: NT Books.
Barker, P. J. (2000). The Tidal Model: Theory and practice. Newcastle: University of Newcastle.
Barker, P. J. (2003). Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring. London: Arnold.
Barker, P. J. (2004). Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person (2nd Edition). London: Nelson-Thornes.
Barker, P. J. & Baldwin, S. (Eds.). (1991). Ethical issues in mental health. London: Croom Helm.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004). Spirituality and mental health: Breakthrough. London: Whurr Publications.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2005). The Tidal Model: A guide for mental health professionals. London: Brunner-Routledge.
Barker, P. J., Campbell, P., & Davidson, B. (1999). From the ashes of experience: The experience of recovery from psychosis. London: Whurr Publications.
Barker, P. J., & Davidson, B. (1998). Psychiatric nursing: Ethical strife. London: Edward Arnold.
Barker, P. J., & Kerr, B. (2001). The process of psychotherapy. Oxford: Butterworth-Heinemann.
Barker, P. J., & Stevenson, C. (1999). The construction of power and authority in psychiatry. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Capítulos de libros

Barker, P. J. (1990). Cognitive therapy model: Principles and general applications. In W. Reynolds & D. F. S. Cormack (Eds.). Psychiatric and mental health nursing: Theory and practice. London: Chapman & Hall.
Barker, P. J. (1990). Professional stress. In D. F. S. Cormack (Ed.). Developing your career in nursing. London: Chapman & Hall.
Barker, P. J. (1992). Professional and practice perspectives: Psychiatric nursing. In T. Butterworth & J. Faugier (Eds.). Clinical supervision and mentorship in nursing. London: Chapman & Hall.
Barker, P. J. (1992). Understanding people—Problems of development: Stress and distress. In H. Wright & M. Giddey (Eds.). Mental health nursing: From first Principles to professional practice (Chapter 11). London: Chapman & Hall.

Barker, P. J. (1993). Foreword. In D. Milne (Ed.). Psychology and mental health nursing. London: BPS Books.
Barker, P. J. (1996). The Interview. In D. F. S. Cormack (Ed.). The research process in nursing. 3rd Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
Barker, P. J. (1997). Counselling for behavioural change. In P. Burnard & I. Hulatt (Eds.). Nurses counseling: The view from the practitioners. Oxford: Butterworth-Heinemann.
Barker, P. J. (1998). Advanced practice in mental health nursing: developing the core. In G. Rolfe & P. Fulbrook (Eds.). Advanced nursing practice. Oxford: Butterworth Heinemann.
Barker, P. J. (1998). Depression. In M. Clinton & S. Nelson (Eds.). Advanced practice in mental health nursing. Oxford: Blackwell.
Barker, P. J. (1998). Psychiatric nursing. In A. C. Butterworth, J. Faugier & P. Burnard (Eds.). Clinical supervision and mentorship in nursing. Cheltenham: Stanley Thornes.
Barker, P. J. (1999). History, truth and the politics of madness. In P. J. Barker & C. Stevenson (Eds.). The construction of power and authority in psychiatry. Oxford: Butterworth-Heinemann.
Barker, P. J. (1999). The construction of mind and madness: From Leonardo to the Hearing Voices Network. In P. J. Barker & C. Stevenson (Eds.). The construction of power and authority in psychiatry. Oxford: Butterworth-Heinemann.
Barker, P. J. (2001). Working with the metaphor of life and death. In D. Kirklin & R. Richardson (Eds.). Medical humanities: A practical introduction. London: Royal College of Physicians.
Barker, P. J. (2002). Realizing the promise of liaison mental health care. In S. Regel & D. Roberts (Eds.). Mental health liaison: A handbook for nurses and health professionals. London: Baillièré Tindall.
Barker, P. J. (2004). Who cares any more, anyway? In S. Wilshaw (Ed.). Consultant nursing in mental health. Sussex: Kingsham Press.
Barker, P. (2008). Foreword. In J. Morrissey, B. Keogh & L. Doyle (Eds.). Psychiatric/mental health nursing—Concepts, application, challenges and reflections: An Irish perspective. Dublin: Gill & MacMillan.
Barker, P. J., & Baldwin, S. (1991). Change not adjustment: The ethics of psychotherapy. In P. J. Barker & S. Baldwin (Eds.). Ethical issues in mental health. London: Chapman & Hall.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004). Spirituality and mental health: An integrated dimension. In S. Ramon & J. Williams (Eds.). Mental health at the crossroads: The promise of the psychosocial approach. Sussex: Ashgate.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2006). The psychological impact of serious illness. In J. Cooper (Ed.). Stepping into palliative care 1: Relationships and responses. Oxford: Radcliffe Publishing.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2008). Patiently, telling the story. In T. Warne & S. McAndrew (Eds.). Creative approaches in health and social care education and practice: Knowing me, understanding you. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2008). Spirituality and mental health. In T. Turner & R. Tumney (Eds.). Critical issues in mental health. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2008). [tr m. Kayama]. The Tidal Model of Mental Health Recovery. In Kayama, Noda, Myamoto, & Ohyama (Eds.). Textbook of psychiatric nursing. Tokyo: Nankodo Co.(Japanese).
Barker, P. J., & Davidson, B. (1998). Epilogue: The heart of the ethical matter. In P. J. Barker & B. Davidson (Eds.). Psychiatric nursing: Ethical strife. London: Arnold.
Barker, P. J., Manos, E., Novak, V., & Reynolds, B. (1998). The wounded healer and the myth of mental well-being: Ethical issues concerning the mental health status of psychiatric nurses. In P. J. Barker & B. Davidson (Eds.). Psychiatric nursing: Ethical strife. London: Arnold.
Barker, P. J., & Whitehill, I. (1997). The craft of care: Towards collaborative caring in psychiatric nursing. In S. Tilley (Ed.). The mental health nurse: Views of practice and education. Oxford: Blackwell Science.
Stevenson, C., & Barker, P. J. (1996). Negotiating boundaries: Reconciling differences in mental health teamwork. In N. Cooper, C. Stevenson & G. Hale (Eds.). Integrating Perspectives on Health (pp. 47-56). Buckingham: Open University Press.

Artículos publicados

Barker, P. J. (1988). Reasoning about madness:the long search for the vanishing horizon (Part 2). *Community Psychiatric Nursing Journal, 8*(5), 14-19.
Barker, P. J. (1989). Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies, 26*(2), 131-141.
Barker, P. J. (1990). Needs and wants and fairy-tale wishes: A Scottish impression of care in the community. *Architecture and Comportment: Architecture and Behaviour, 6*(3), 233-244.
Barker, P. J. (1990). The conceptual basis of mental health nursing. *Nurse Education Today, 10*, 339-348.
Barker, P. J. (1990). The philosophy of psychiatric nursing. *Nursing Standard, 3*(12), 28-33.
Barker, P. J. (1990). Training to meet the new agenda. *Nursing Times, 86*(39), 71.
Barker, P. J. (1993). The Peplau Legacy . . . Hildegard Peplau. Nursing Times, *89*(11), 48-51.
Barker, P. J. (1995). Seriously misguided. *Nursing Times, 92*(34), 56-57.
Barker, P. J. (1996). Chaos and the way of Zen: Psychiatric nursing and the 'uncertainty principle.'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 235-344.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Barker, P. J. (1996). The logic of experience: Developing appropriate care through effective collaboration. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 5*, 3-12.
Barker, P. J. (1997). Towards a meta theory of psychiatric nursing. *Mental Health Practice, 1*(4), 18-21.
Barker, P. J. (1998). Creativity and psychic distress in writers, artists and scientists. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*(2), 109-118.
Barker, P. J. (1998). Different approaches to family therapy. *Nursing Times, 94*(14), 60-62.
Barker, P. J. (1998). It's time to turn the tide. *Nursing Times, 18*(94), 70-72.
Barker, P. J. (1998). La Funcion Psicoterapeutica de la Enfermera en la Cuidado del Paciente Psicotico. *Avances en Salud Mental, 2*, 4-7.
Barker, P. J. (1998). Psychodynamic psychotherapy in nursing. *Nursing Times, 94*(2), 54-56.
Barker, P. J. (1998). Sharpening the focus of mental health nursing: Primary health care. *Mental Health Practice, 1*(7), 14-15.
Barker, P. J. (1998). Solution-focused therapies. *Nursing Times, 94*(19), 53-55.
Barker, P. J. (1998). The behavioural psychotherapies. *Nursing Times, 94*(10), 44-46.
Barker, P. J. (1998). The future of Interpersonal Relations Theory: A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*(3), 213-220.
Barker, P. J. (1998). The humanistic therapies. *Nursing Times, 94*(6), 52-53.
Barker, P. J. (2000). Commentaries and reflections on mental health nursing in the UK at the dawn of the new millennium. *Journal of Mental Health, 9*(6), 617-619.
Barker, P. J. (2000). The Tidal Model of mental health care: Personal caring within the chaos paradigm. *Mental Health Care, 4*(2), 59-63.
Barker, P. J. (2000). The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy, 2*(3), 213-223.
Barker, P. J. (2000). The virtue of caring. *International Journal of Nursing Studies, 37*, 329-336.
Barker, P. J. (2000). Turning the tide. *Open Mind, 106*(Nov/Dec), 10-11.
Barker, P. J. (2000). Working with the metaphor of life and death. *Journal of Medical Ethics, 26*, 97-102.
Barker, P. J. (2001). Psychiatric caring. *Nursing Times, 97*(10), 38-39.
Barker, P. J. (2001). Response to Duncan-Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 180-183.
Barker, P. J. (2001). The ripples of knowledge and the boundaries of practice. *International Journal of Psychotherapy, 6*(1), 11-23.
Barker, P. J. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(3), 233-240.
Barker, P. J. (2001). The Tidal Model: Developing a person-centred approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care, 37*(3), 79-87.
Barker, P. J. (2002). Annie Altschul: An appreciation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(2), 127-128.
Barker, P. J. (2002). Doing what needs to be done: A respectful response to Burnard and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 232-236.
Barker, P. J. (2002). End of an era? *Mental Health Practice, 5*(5), 26-27.
Barker, P. J. (2002). Inspiration: My cousin Vinnie. Pendulum: *The Journal of the Manic Depression Fellowship, 18*(4), 11, 180-193.
Barker, P. J. (2002). The Tidal Model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 40*(7), 42-50. 54-55.
Barker, P. J. (2002). Update: Acute care guidelines. *Openmind, 116*, July/Aug, 24.
Barker, P. J. (2003). Putting acute care in its place. *Mental Health Nursing, 23*(1), 12-15.
Barker, P. J. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. International *Journal of Mental Health Nursing, 12*(2), 96-102.
Barker, P. J. (2004). Commentary: Mental health recovery and occupational therapy in Australia and New Zealand. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 11*(2), 70.
Barker, P. (2004). Uncommon sense: The Tidal Model of Mental Health Recovery: *The New Therapist, 33,* Sept/Oct, 14-19.
Barker, P. J. (2005). Missing pieces. *Nursing Standard, 19*(24), 26.
Barker, P. J. (2005). People make change happen. *Mental Health Practice, 8*(5), 10-11.
Barker, P. J. (2005). Voices. *Mental Health Practice, 9*(3), 46.
Barker, P. J. (2005). Voices. *Mental Health Practice, 8*(8), 46.
Barker, P. J. (2006). 30th anniversary on Crowe, M. (2000). Psychiatric Diagnosis: Some implications for mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 31(3),* 580-589. *Journal of Advanced Nursing,* 53, 132-133.
Barker, P. J. (2006). Book reviews. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 468-472.
Barker, P. J. (2006). More harm than good. *Nursing Standard, 20*(30), 28-29.
Barker, P. J. (2006). Voices. *Mental Health Practice, 9*(8), 38.
Barker, P. J. (2006). Voices. *Mental Health Practice, 10*(4), 39.

Barker, P. J. (2007). Voices. *Mental Health Practice, 10*(10), 38.
Barker, P. J., & Baldwin, S. (1993). Speaking Out. *Nursing Times* Feb. 24th, *89*(8), 62.
Barker, P. J., Baldwin, S., & Ulas, M. (1989). Medical expansionism: some implications for psychiatric nursing practice. *Nurse Education Today, 9*, 192-202.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2001). Apologizing for our colonial past. *Openmind, 112,* (Nov/Dec), 10.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2003). Banning 'bonkers. *Openmind, 124*, Nov/Dec, 26.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2003). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice, 7*(5), 18-20.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2003). Death by assimilation. *Asylum, 13*(3), 10-13.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2003). Not so NICE guidelines. *Openmind, 121*, May/June, 14.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2003). Schizophrenia: The 'not-so-nice' guidelines[commentary]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 372-378.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice, 7*(5), 18-20.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Bridging: Talking meaningfully about the care of people at risk. *Mental Health Practice, 8*(3), 12-15.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Caring as craft. *Nursing Standard, 19*(9), 17-18.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Does the gold standard have feet of clay? *Mental Health Nursing, 23*(3), 9-11.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Experts without a voice. *Nursing Standard, 18*(50), 22-23.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2004). Guidelines miss the reality of self harm. *Mental Health Nursing, 24*(6), 4-6.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2005). Still invisible after all these years: Mental health nursing on the margins. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 252-256.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2006). More harm than good. *Nursing Standard, 20*(30), 28.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2006). Post-psychiatry: Good ideas, bad language and getting out of the box. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 619-625.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2006). Staying in touch. *Nursing Standard, 21*(1), 16-18.
Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. J. (2007). Words of wisdom. *Nursing Standard, 21*(37), 24-25.
Barker, P. J., Buchanan-Barker, P. J., Freshwater, D., Stevenson, C., Fuagier, J., Wright, S., Rolfe, G., et al. (2005). Dear CNO. *Nursing Standard, 19*(30), 36-37.
Barker, P. J., & Cutcliffe, J. (1999). Clinical risk: A need for engagement not observation. *Mental Health Practice, 2*(8), 8-12.
Barker, P. J., & Cutcliffe, J. (2000). Creating a hopeline for suicidal people: A new model for acute sector mental health nursing. *Mental Health Care, 3*(4), 190-192.
Barker, P. J., Glenister, D., Jackson, S., Parkes, T., Parson, S., Ryan, D., Stevenson, C., Tilley, S., & Walker, L. (1998). End of the old pier show? *Mental Health Practice, 1*(7), 22.
Barker, P. J., & Jackson, S. (1996). No apology for 'imperialist' views. Nursing Standard, *11*(20), 10.
Barker, P. J., & Jackson, S. (1997). *Mental health nursing:* making it a primary concern. *Nursing Standard, 11*(17), 39-41.
Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). The need for psychiatric nursing: Towards a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry, 6*, 103-111.
Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*(4), 273-282.
Barker, P. J., Keady, J., Croom, S., Stevenson, C., Adams, T., & Reynolds, B. (1998). The concept of serious mental illness: Modern myths and grim realities. Journal of Psychiatric and *Mental Health Nursing, 5*(4), 247-254.
Barker, P. J., Leamy, M., & Stevenson, C. (2000). The philosophy of empowerment. *Mental Health Nursing, 20*(9), 8-12.
Barker, P. J., & Reynolds, W. (1994). A critique: Watson's caring ideology, the proper focus of psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 32*(5), 17-22.
Barker, P. J., & Reynolds, B. (1996). Rediscovering the proper focus of nursing: a critique of Gournay's position on nursing theory and models. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 75-80.
Barker, P. J., Reynolds, B., & Stevenson, C. (1998). The human science basis of psychiatric nursing: Theory and practice. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*, 5-14.
Barker, P. J., Reynolds, B., Whitehill, I., Delaval, S., & Novak, V. (1996). Working with mental distress. *Nursing Times, 92*(2), 25-27.
Barker, P. J., & Stevenson, C. (2002). Reply to Gamble and Wellman. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(6), 743-745.
Barker, P. J., & Walker, L. (2000). Nurses' perceptions of multidisciplinary teamwork in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*, 539-546.
Barker, P. J., Walker, L., & Pearson, P. (1998). Extending the role of the community mental health nurse. *British Journal of Community Nursing, 3*(10), 496-500.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Buchanan-Barker, P. J., & Barker, P. J. (2002). Lunatic language. *Openmind, 115*, 23.
Buchanan-Barker, P. J., & Barker, P. J. (2003). NICE: Does the gold standard have feet of clay? *Mental Health Nursing, 23*, 9-11.
Buchanan-Barker, P. J., & Barker, P. J. (2004). More than a feeling. *Nursing Standard, 19*(11), 18-19.
Buchanan-Barker, P. J., & Barker, P. J. (2005). Observation: The original sin of mental health nursing? Journal of Psychiatric and *Mental Health Nursing, 12*, 541-549.
Buchanan-Barker, P. J., & Barker, P. J. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 93-100.
Cutcliffe, J., & Barker, P. J. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(5), 611-621.
Higgins, A., Barker, P. J., & Begley, C. M. (2005). Neuroleptic medication and sexuality: The forgotten aspect of education and care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 439-446.
Higgins, A., Barker, P. J., & Begley, C. M. (2006). Iatrogenic sexual dysfunction and the protective withholding of information: In whose interest? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 437-446.
Higgins, A., Barker, P. J., & Begley, C. M. (2006). Sexual health education for people with mental problems: What can we learn from the literature? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*. 687-297.
Higgins, A., Barker, P. J., & Begley, C. M. (2006). Sexuality and the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice, 12*(6), 345-351.
Parsons, S., & Barker, P. J. (2001). The Phil Hearne Course: An evaluation of a multidisciplinary mental health education programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*(2), 101-108.
Simpson, A., & Barker, P. J. (2007). The persistence of memory: Using narrative picturing to co-operatively explore life stories in qualitative inquiry. *Nursing Inquiry, 14*(1), 35-41.
Stevenson, C., Barker, P. J., & Fletcher, E. (2002). Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(3), 271-276.
Stevenson, C., Jackson, S., & Barker, P. (2003). Finding solutions through empowerment: A preliminary study of a solution-oriented approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(6), 688-696.
Walker, L., & Barker, P. J. (1998). The required role of the CPN: Uniformity or flexibility? *Clinical Effectiveness in Nursing, 2*, 21-29.
Wilkin, P., & Barker, P. J. (2002). A conversation with Phil Barker. SacredSpace: *International Journal of Spirituality and Health, 3*(4), 15-23.

Tesis doctoral

Barker, P. J. (1987). An evaluation of specific nursing interventions in the management of patients suffering from manic depressive psychosis. Unpublished PhD thesis. Dundee Institute of Technology (University of Abertay), Scotland.

Fuentes secundarias

Adam, R., Tilley, S., & Pollock, L. (2003). Person first: What people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 203-212.
Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health, 21*(2), 13-34.
Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: The mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*, 425-434.
Barry, K. J. (2007). Collective inquiry: Understanding the essence of best practice construction in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 558-565.
Beech, P., & Norman, I. J. (1995). Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: Findings from a small study. *Journal of Clinical Nursing, 4*, 117-123.
Brookes, N. L. (2006). The Tidal Model of Mental Health Recovery. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Nurse theorists and their work,* 6th Edition (Chapter 32, pp. 696-725). St. Louis: Mosby.
Brookes, N., Tansey, M., & Murata, L. (2006). Guiding practice development using the Tidal commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 460-463.
Buchanan-Barker, P. J. (2004). The Tidal Model: Uncommon sense. *Mental Health Nursing, 24*(3), 6-10.
Burnard, P. (2002). Not waving but drowning: A personal response to Barker and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 221-232.
Bowles, A. (2000). Therapeutic nursing care in acute psychiatric wards: Engagement over control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7,* 179-184.
Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 64-74.

Casey, B., & Long, A. (2003). Meanings of madness: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 89-99.

Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing, 42*(3), 269-277.

Collins, S., & Cutcliffe, J. R. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: Building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 175-185.

Cutcliffe, J. R., Black, C., Hanson, E., & Goward, P. (2001). The commonality and synchronicity of mental health nurses and palliative care nurses: Closer than you think? Part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 53-59.

Cutcliffe, J. R., Black, C., Hanson, E., & Goward, P. (2001). The commonality and synchronicity of mental health nurses and palliative care nurses: Closer than you think? Part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 61-66.

Cutcliffe, J. R., & Goward, P. (2000). Mental health nurses and qualitative research methods: A mutual attraction? *Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 590-598.

Cutcliffe, J. R., & Grant, G. (2001). What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 427-436.

Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient—Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health, 14*(1), 25-35.

Deacon, M. (2003). Caring for people in the 'virtual ward:'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 465-471.

Dodds, P., & Bowles, N. (2001). Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: A case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 183-188.

Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., & Lovell, K. (2007). Developing a framework for admission and: A nurse-led initiative within a mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 705-712.

Flood, C., Brennan, G., Bowers, L., Hamilton, B., Li-pang, M., & Oladapo, P. (2006). Reflections on the process of change on acute psychiatric wards during the City Nurse Project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 260-268.

Forchuk, C., Jewell, J., Tweedell, D., & Steinnagel, L. (2003). Reconnecting: The client experience of recovery from psychosis. *Perspectives in Psychiatric Care, 39*(4), 141-150.

Gamble, C., & Wellman, N. (2002). Judgement impossible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 741-742.

Grant, A. (2001). Knowing me knowing you: Towards a new relational politics in 21st century mental health nursing[commentary]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 269-275.

Grant, A. (2001). Psychiatric nursing and organizational power: Rescuing the hidden dynamic [commentary]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 173-177.

Grant, A. (2001). Rejoinder to Barker and Clarke. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 463-465.

Hannigan, B., & Cutcliffe, J. (2002). Challenging contemporary mental health policy: Time to assuage the coercion? *Journal of Advanced Nursing, 37*(5), 477-484.

Harnett, P. J., & Greaney, A. M. (2008). Operationalizing autonomy: Solutions for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 2-9.

Hayne, Y. M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: Client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 722-729.

Holst, H., & Severinsson, E. (2003). A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 650-658.

Hopton, J. (1996). Reconceptualizing the theory-practice gap in mental health nursing. *Nurse Education Today, 16*, 227-232.

Hosany, Z., Wellman, N., & Lowe, T. (2007). Fostering a culture of engagement: A pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 688-695.

Hostick, T., & McClelland, F. (2002). 'Partnership:' A co-operative inquiry between community mental health nurses and their clients. 2. The nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 111-117.

Hummelvoll, J., & Severinsson, E. (2001). Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. Australian and New Zealand *Journal of Mental Health Nursing, 10*, 156-166.

Hurley, J., & Linsley, P. (2007). Expanding roles within mental health legislation: An opportunity for professional growth or a missed opportunity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 535-541.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Jackson, S., & Stevenson, C. (1998). The gift of time from the friendly professional. *Nursing Standard, 12*(51), 31-33.

Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing, 31*(2), 378-388.

Jackson, S., & Stevenson, C. (2004). How can nurses meet the needs of mental health clients? In D. Kirby, D. Hart, D. Cross, & G. Mitchell (Eds.). *Mental health nursing—Competencies for practice* (Chapter 3, pp. 32-45). Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.

Jones, A. (1996). The value of Peplau's theory for mental health nursing. British *Journal of Nursing, 5*(14), 877-881.

Keen, T. M. (2003). Post-psychiatry: paradigm shift or wishful thinking? A speculative review of future possibles for psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 29-37.

Kilkku, N., Munnukka, T., & Lehtinen, K. (2003). From information to knowledge: The meaning of information-giving to patients who had experienced first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 57-64.

Kirby, D., Hart, D., Cross, D., & Mitchell, G. (Eds.). *Mental health nursing—Competencies for practice.* Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.

Kitson, A. (2004). The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. Worldviews on Evidence-Based Nursing, *1*(1), 6-8.

Koivisto, K., Janhonen, S., & Vaisanen, L. (2003). Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 221-229.

Lacey, D. (1993). Discovering theory from psychiatric nursing practice. *British Journal of Nursing, 2*(15), 763-766.

Lakeman, R. (1998). Beyond glass houses in the desert: A case for a mental health 'care' system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 324-328.

Mason, T., Lovell, A., & Coyle, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: 1 role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 118-130.

McAllister, M. (2007). Solution focused nursing: Rethinking practice. Bassingstoke: Palgrave MacMillan.

McAllister, M., & Moyle, W. (2008). An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. International *Journal of Mental Health Nursing, 17*, 18-26.

McAllister, M., & Walsh, S. (2003). CARE: A framework for mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 39-48.

McCann, T., & Hemingway, S. (2003). Models of prescriptive authority for mental health nurse practitioners [Commentary]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 743-749.

Morita, M., Kondo, A., Levine, P., & Morita, S. (1998). Morita Therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu). Princeton NJ: University of New York Press.

Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: Anatomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 105-109.

Murata, L. (2005). The Tidal Model continues to make waves. Worth the change. *Mental Health Practice, 9*(8), 10.

Musker, M. (1997). Applying empowerment in mental health practice. *Nursing Standard, 11*(31), 45-47.

Newnes, C., Holmes, G. & Dunn, C. (Eds.). (2000). This is madness. A critical look at psychiatry and the future of mental health services. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Noak, J. (2001). Do we need another model for mental health care? *Nursing Standard, 16*(8), 33-35.

O'Donovan, A. (2007). Patient-centred care in acute psychiatric admission units: Reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 542-548.

Perraud, S., Delaney, K., Carlson-Sabelli., Johnson, M., Shepard, R., & Paun, O. (2006). Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: The therapeutic relationship in the 21st century. *Perspectives in Psychiatric Care, 42*, 215-226.

Repper, J. (2000). Adjusting the focus of mental health nursing: Incorporating service users' experiences of recovery. *Journal of Mental Health, 9*(6), 575-587.

Rolfe, G. (1999). What to do with psychiatric nursing [commentary]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 330-333.

Saunders, J. (1997). Walking a mile in theirshoes . . . Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing, 35*(6), 8-13.

Stevenson, C., & Fletcher, E. (2002). The Tidal Model: The questions answered. *Mental Health Practice, 5*(8), 29-38.

Stickley, T. (2002). Counseling and mental health nursing: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 301-308.

Tee, S., Lathlean, J., Hebert, L., Coldham, T., East, B., & Johnson, T. (2007). User participation in mental health nurse decision-making: A co-operative inquiry. *Journal of Advanced Nursing, 60*, 135-145.

Tilley, S. (1995). Notes on narrative knowledge in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2*, 217-226.

Tilley, S. (1999). Altschul's legacy in mediating British and American psychiatric nursing discourses: Common sense and the 'absence' of the accountable practitioner. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*, 283-295.

Wand, T., & White, K. (2007). Progression of the mental health nurse practitioner role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 644-651.

Warne, T., & McAndrew, S. (2007). Passive patient or engaged expert? Using a Ptolemaic approach to enhance mental health nurse education and practice. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 224-229.

Wilkin, P. (2006). In search of the True Self: A clinical journey through the vale of the soul. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 12-18.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Créditos de la fotografía: Barker's Camera Shop, Chagrin Falls, OH.

CAPÍTULO 33

Katharine Kolcaba

1944-presente

La teoría del confort

Thérèse Dowd

«En el mundo tecnológico actual, la misión histórica de la enfermería de confortar a los pacientes y a los familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante. Además, las enfermeras se sienten más satisfechas con los cuidados que prestan.» K. Kolcaba (comunicación personal, 7 de marzo de 2008).

BIOGRAFÍA

Katharine Kolcaba nació y recibió su educación en Cleveland (Ohio). En 1965 se diplomó en enfermería y trabajó a tiempo parcial durante algunos años en enfermería médico-quirúrgica, cuidados de larga duración y cuidado domiciliario antes de volver a estudiar. En 1987 obtuvo la primera licenciatura superior que se realizaba en enfermería en la escuela de enfermería Frances Payne Bolton, de la Case Western Reserve University (CWRU), con una especialidad en gerontología. Mientras estudiaba compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia. Fue en el contexto de esta experiencia donde empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort.

La autora desea dar las gracias a Katharine Kolcaba por su ayuda en este capítulo.

Después de completar un máster en enfermería, Kolcaba empezó a trabajar como profesora en la University of Akron College of Nursing. Obtuvo y conserva el certificado de gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora. Durante los siguientes 10 años utilizó el trabajo en su doctorado para desarrollar una teoría y demostrarla. Publicó un análisis del concepto del confort con su marido, que es filósofo (Kolcaba y Kolcaba, 1991), elaboró un diagrama recogiendo los aspectos de la comodidad (Kolcaba, 1991), utilizó la comodidad como objetivo del cuidado (Kolcaba, 1992a), contextualizó la comodidad en una teoría intermedia (Kolcaba, 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención (Kolcaba y Fox, 1999).

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En la actualidad, Kolcaba es profesora emérita asociada de enfermería en la University of Akron College of Nursing, donde sigue enseñando teorías de enfermería a tiempo parcial. Sus áreas de interés incluyen intervenciones y mediciones de confort para la práctica basada en datos científicos. Sigue viviendo en Cleveland con su marido, donde disfruta de sus nietos y de su madre. Representa a su propia empresa (The Comfort Line) para ayudar a agencias sanitarias a aplicar la teoría del confort a nivel institucional. Es fundadora y coordinadora de un programa parroquial local para enfermeras y es miembro de la ANA y de Sigma Theta Tau International. Kolcaba sigue trabajando con estudiantes que realizan estudios de confort.

FUENTES TEÓRICAS

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para sus estudios de doctorado. Cuando presentó su marco para el cuidado de la demencia (Kolcaba, 1992b), una persona del público preguntó: «¿Ha analizado el concepto de comodidad?» Kolcaba respondió que no, pero que sería su siguiente paso. Esa pregunta fue el principio de su larga investigación del concepto de confort.

El primer paso, el prometido análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre la comodidad en enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía, y del uso que se hace de esta palabra en inglés (especialmente, el uso que le dan Shakespeare y el *Oxford English Dictionary* [OED]). Del OED, Kolcaba aprendió que la definición original de comodidad era «reconfortar enormemente». Esta definición ofrecía una maravillosa justificación para que las enfermeras conforten a los pacientes, porque los pacientes estarían mejor y las enfermeras se sentirían más satisfechas.

Los relatos históricos de la comodidad en enfermería son numerosos. Por ejemplo, Nightingale (1859) declaró: «Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad» (p. 70).

De 1900 a 1929, la comodidad era el centro de la enfermería y de la medicina, ya que a través de ella se llegaba a la recuperación (McIlveen y Morse, 1995). La enfermera estaba obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente. Aikens (1908) propuso que, a la hora de procurar la comodidad del paciente, no había que ignorar ningún detalle. La comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera. Una buena enfermera hace que los pacientes se sientan cómodos y proporcionar comodidad es uno de los factores determinantes de la capacidad y el carácter de una enfermera (Aikens, 1908).

Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un «ambiente general de comodidad» y que el cuidado personal de los pacientes incluía prestar atención a «la felicidad, la comodidad y la tranquilidad tanto físicas como mentales», además del «descanso y el sueño, la nutrición, la higiene y la eliminación» (p. 26). Goodnow (1935) dedicó un capítulo de su libro *The Technique of Nursing* a la comodidad del paciente. Escribió: «Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico» (p. 95). En libros de texto de 1904, 1914 y 1919, la comodidad emocional se denominó *comodidad mental* y dependía principalmente de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes (McIlveen y Morse, 1995).

En esos ejemplos, la comodidad es algo positivo y se consigue con la ayuda de las enfermeras y, en algunos casos, indica la mejoría de una enfermedad o de un estado previo. Intuitivamente, la comodidad se asocia con la actividad de cuidado. Desde el principio, Kolcaba explicó sus características principales y, a partir de la ergonomía, la relación directa que se establecía entre la comodidad y la realización de una tarea. Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y suele resultar ambiguo. El concepto varía semánticamente según sea verbo, nombre, adjetivo, adverbio, proceso o resultado.

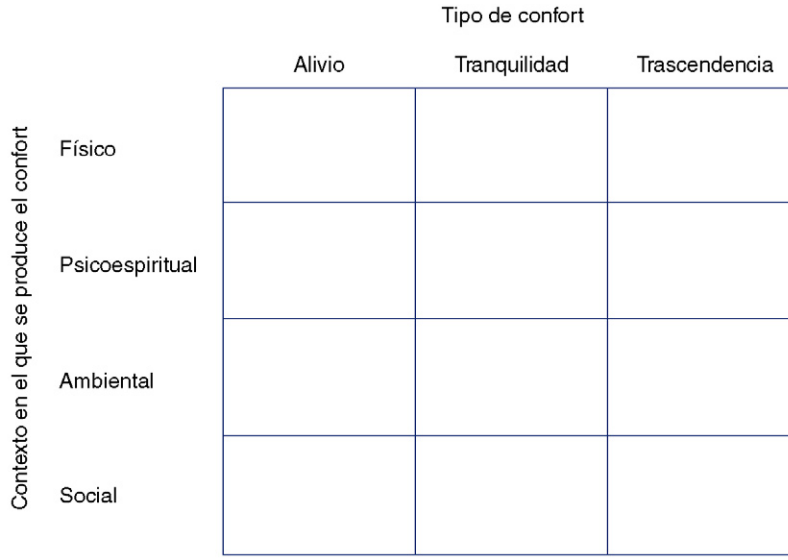
Para sintetizar y elaborar los tipos de confort del análisis conceptual de Kolcaba, se utilizaron las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras (Kolcaba y Kolcaba, 1991). El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961), quien postulaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las 13 funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse durante los

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cuidados. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes propusieron que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de las enfermeras.

A partir de la revisión de la bibliografía de enfermería se obtuvieron cuatro contextos de confort experimentados por los receptores de los cuidados (Kolcaba, 2003). Los contextos son: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental. Cuando los cuatro contextos se yuxtaponen con los tres tipos de confort, se crea una estructura taxonómica a partir de la que se consideran las complejidades del confort como un resultado (fig. 33-1).

La estructura taxonómica ofrece un mapa del dominio de los contenidos del confort. Se prevé que en el futuro los investigadores diseñarán instrumentos que utilizan la estructura como el cuestionario desarrollado a partir de la taxonomía para el instrumento al final de la vida (Novak, Kolcaba, Steiner y Dowd, 2001). Kolcaba incluye los pasos para adaptar el *General Comfort Questionnaire* en su página web para investigaciones futuras.



Tipo de confort:
Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica
Tranquilidad: estado de calma o satisfacción
Trascendencia: estado en el que se está por encima de los problemas o el dolor propios

Contexto en el que se produce el confort:
Físico: perteneciente a las sensaciones del cuerpo
Psicoespiritual: hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o estado superiores
Ambiental: incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas
Social: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales

Figura 33-1 Estructura taxonómica del confort. (De Kolcaba, K. y Fisher, E. [1996]. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly, 18*[4], 66-76.)

Conceptos principales y definiciones

En la teoría de Kolcaba, quienes reciben las medidas de confort se conocen como receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

NECESIDADES DE CUIDADOS DE LA SALUD

Las necesidades de cuidados de la salud son necesidades para conseguir la comodidad que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen de manifiesto a través del seguimiento, informes verbales y no verbales, parámetros fisiopatológicos, educación y de apoyo, y asesoramiento e intervención financiera (Kolcaba, 1994).

INTERVENCIONES DE CONFORT

Las intervenciones de confort son intervenciones enfermeras diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (Kolcaba, 2003).

VARIABLES DE INTERVENCIÓN

Las variables de intervención son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de comodidad total por parte de los receptores. Consisten en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 1994).

CONFORT

El confort es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 2003). Los tipos y contextos están definidos en la figura 33-1.

CONDUCTAS DE BÚSQUEDA DE LA SALUD

Schlotfeldt (1975) sintetizó una extensa categoría de resultados relacionados con la consecución de la salud definida por el(los) receptor(es) en consulta con las conductas de búsqueda de la salud de la enfermera, y propuso que eran internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

INTEGRIDAD INSTITUCIONAL

Corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, regiones, estados y países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, atractivos, éticos y sinceros. Cuando una institución muestra este tipo de integridad, genera pruebas para las mejores prácticas y las mejores políticas (Kolcaba, 2001).

PRÁCTICAS RECOMENDADAS

Utilización de intervenciones sanitarias basadas en datos científicos para crear el mejor resultado posible en los pacientes y las familias.

POLÍTICAS RECOMENDADAS

Políticas institucionales o regionales que abarcan protocolos para procedimientos y afecciones médicas y el acceso y prestación de asistencia sanitaria. La relación de estos últimos tres conceptos se muestran en la figura 33-2.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La investigación moderna sobre el resultado del confort empezó a finales de la década de 1980, cuando se inició un período de reconocimiento colectivo, aunque con estudios individuales, del concepto de la comodidad holística. Hamilton (1989) dio un paso adelante estudiando lo que la comodidad representaba desde la perspectiva del paciente. Utilizó entrevistas en un centro de cuidado

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

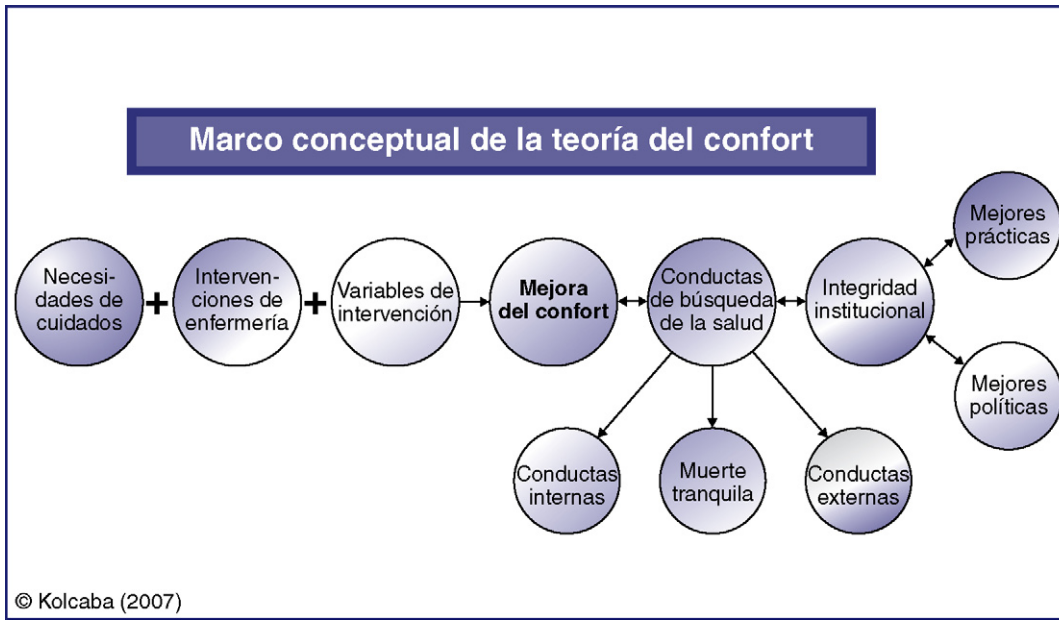


Figura 33-2 **Marco conceptual de la teoría del confort.** (© Kolcaba, 2007. Último acceso, 25 de febrero de 2008 en www.thecomfortline.com.)

prolongado para saber cómo cada paciente definía la comodidad. El tema que aparecía con mayor frecuencia era el alivio del dolor, pero los pacientes también identificaron en una buena posición el mobiliario ergonómico y una sensación de independencia, ánimo, consideración y utilidad. Hamilton (1989) concluyó: «El mensaje que aparece con claridad es que la comodidad es multidimensional y posee diferentes significados para distintas personas» (p. 32).

Después de desarrollar su teoría, Kolcaba la probó utilizando un diseño experimental en su tesis (Kolcaba y Fox, 1999). En dicho estudio, las necesidades de cuidados de salud eran las necesidades de confort asociadas con un diagnóstico de cáncer de mama en su fase inicial. La intervención holística utilizó una visualización guiada, diseñada para que esta población de pacientes alcance específicamente sus necesidades de comodidad, el objetivo deseado. Los descubrimientos revelaron una diferencia significativa en la comodidad a lo largo del tiempo entre las mujeres que realizaban una visualización guiada y el grupo en el que no se intervenía (Kolcaba y Fox, 1999). Kolcaba et al. han realizado otras pruebas empíricas de la teoría del confort. Están detalladas en su libro (Kolcaba, 2003, pp. 113-124) y citadas en su página web. Estos estudios del confort revelaron una diferencia significativa en el confort con el tiempo en las personas que recibían tratamiento, en comparación con el grupo control. Se han comprobado las siguientes intervenciones:

- Tipos de inmovilización para personas con angiografía coronaria.
- Estrategias cognitivas para personas con frecuencia e incontinencia urinaria.
- Reducir el estrés en estudiantes universitarios.
- Masajes para pacientes ingresados en centros de cuidados paliativos y de cuidados a largo plazo (Kolcaba, Dowd, Steiner y Mitzel, 2004).

En cada estudio las intervenciones se diseñaron para todos los atributos de confort importantes para los entornos de investigación, los instrumentos de confort se adaptaron a partir del *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 1997, 2003)

utilizando la estructura taxonómica de confort como guía y, como mínimo, hubo dos puntos de medición, generalmente tres, para captar el cambio del confort con el tiempo. La prueba de la eficacia del masaje como intervención para mejorar el confort se ha publicado en *Evidence-Based Nursing Care Guidelines: Medical-Surgical Interventions* (Kolcaba y Mitzel, 2008).

Otras pruebas de apoyo de la teoría del confort se encuentran en un estudio de las siguientes cuatro proposiciones teóricas mayores sobre la naturaleza del confort holístico (Kolcaba y Steiner, 2000):

1. Por lo general el confort es un estado específico.
2. El resultado de la comodidad depende de los cambios que tienen lugar con el paso del tiempo.
3. Cualquier intervención enfermera holística aplicada con coherencia con una historia establecida mejora la eficacia de la comodidad con el tiempo.
4. El confort total es superior a la suma de las partes.

Los resultados de las pruebas con datos de un estudio anterior de Kolcaba y Fox (1999) en mujeres con cáncer de mama respaldaban cada proposición. Otras áreas de estudio incluidas en la página web de Kolcaba son unidades de quemados, parto, esterilidad, residencias de ancianos, atención domiciliaria, dolor crónico, pediatría, oncología, higiene dental, transporte, cárceles, pacientes sordos y aquellos con discapacidades mentales.

PRINCIPALES SUPUESTOS

CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS

Enfermería

La enfermería incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas, en comparación con una situación anterior. La valoración y la revaloración deben ser intuitivas y/o subjetivas, como cuando una enfermera le pregunta al paciente si está cómodo, u objetivas, como cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o en la conducta. La valoración se consigue mediante la administración de escalas de puntuación verbales (clínicas) o cuestionarios de confort (investigación), con instrumentos desarrollados por Kolcaba (2003).

Paciente

Los receptores del cuidado deben ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud. Las enfermeras pueden ser receptoras de un mayor confort en el lugar de trabajo cuando se ponen en marcha iniciativas para mejorar las condiciones laborales, como aquellas que consiguen el Magnet Status (Kolcaba, Tilton y Drouin, 2006).

Entorno

El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera, los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort.

Salud

La salud es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

SUPUESTOS

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos (Kolcaba, 1994).
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera (Kolcaba, 1994).
3. El confort es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer o ya han satisfecho. Se trata de un esfuerzo activo (Kolcaba, 1994).
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas de búsqueda de la salud (Kolcaba y Kolcaba, 1991).
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud (Kolcaba, 1997, 2001).
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores de los cuidados (Kolcaba, 1997, 2001). La misma importancia tiene una orientación hacia un entorno holístico, promotor de la salud para familias y cuidadores.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría del confort contiene tres partes (afirmaciones) que se comprueban por separado o como un todo.

La parte I afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort en los receptores (pacientes y familias), en comparación con una preintervención basal. Los cuidadores también pueden ser receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral. Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos. Estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de asistencia técnica.

La parte II afirma que el mayor confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud que se negocian con los receptores.

La parte III afirma que la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Kolcaba cree que las enfermeras quieren aplicar los cuidados de confort y que pueden incorporarse fácilmente en cada acción enfermera. Propone que este tipo de práctica de confort potencia la mayor creatividad y satisfacción de las enfermeras, además de la alta satisfacción de los pacientes. Para mejorar el confort, la enfermera debe aplicar la intervención adecuada de forma afectuosa. Sin embargo, cuando la intervención adecuada se aplica de forma deliberada y reconfortante, quizás el confort aún no se potencia lo suficiente. Cuando el confort aún no se aumenta al máximo, entonces las enfermeras consideran variables de intervención para explicar por qué no funciona el control del confort. Estas variables pueden ser hogares abusivos, falta de recursos económicos, diagnósticos devastadores o deterioros cognitivos que hacen ineficaces las intervenciones y acciones de comodidad más adecuadas. El control o cuidado del confort incluye intervenciones, acciones, el objetivo de mejorar el confort y la selección de conductas de búsqueda de la salud adecuadas por pacientes, familias y enfermeras. Por tanto, se propone que el control del confort sea proactivo, enérgico, deliberado y deseado por los receptores de los cuidados en todos los entornos.

FORMA LÓGICA

Kolcaba (2003) utilizó los tres tipos siguientes de razonamiento lógico: *a)* inducción, *b)* deducción y *c)* retroducción (Bishop y Hardin, 2006) en el desarrollo de la teoría del confort.

Inducción

La inducción consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados (Bishop y Hardin, 2006). Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y de la enfermería como disciplina, conocen los conceptos implícitos y explícitos, los términos, las afirmaciones y los supuestos que subyacen en su práctica. A las estudiantes de enfermería se les puede pedir que hagan un diagrama de su práctica (como la doctora Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba que hiciera), lo que es un ejercicio fácilmente engañoso.

La situación de finales de la década de 1980 era la siguiente: Kolcaba trabajaba como directora de enfermería en una unidad de Alzheimer y conocía algunos de los términos actuales utilizados para describir la práctica del cuidado de la demencia, como *entorno facilitador, discapacidades por exceso* y *función óptima*. Cuando establecía relaciones entre estos tres términos, no conseguía describir totalmente su práctica. Faltaba una pieza importante de la enfermería y observó lo que hacían las enfermeras para evitar las discapacidades por exceso (más tarde estas acciones se denominaron *intervenciones*) y si estas intervenciones funcionaban. Se creó el concepto de funcionamiento óptimo, que se definió como la capacidad de realizar las actividades especiales de la unidad, como poner la mesa, preparar una ensalada o asistir a un programa y seguirlo. Esas actividades hacían que los internos se sintieran bien con ellos mismos, como si fuera la actividad adecuada en el momento adecuado. A pesar de ello, estas actividades no podían realizarse más de dos veces al día, ya que los internos no podrían soportarlo. ¿Qué hacían entre tanto? ¿Qué conductas esperaba el personal que mostraran de modo que indicaran una ausencia de discapacidades por exceso? ¿Era necesario

delimitar el término *discapacidades por exceso* más claramente?

Las soluciones parciales a estas preguntas fueron: *a)* dividir las discapacidades por exceso en físicas y mentales; *b)* introducir el concepto de comodidad en el diagrama original, ya que esta palabra parecía transmitir el estado deseado para los pacientes cuando no estaban realizando ninguna actividad especial, y *c)* observar la relación recurrente entre la comodidad y el funcionamiento óptimo. Esos esfuerzos marcaron los primeros pasos hacia la teoría del confort y la reflexión sobre las complejidades del concepto (Kolcaba, 1992a).

Deducción

La deducción consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop y Hardin, 2006). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas enfermeras para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba buscó otro espacio común para unificar el alivio, la tranquilidad y la trascendencia (tres conceptos mayores). Se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas.

El trabajo del psicólogo Henry Murray (1938) cumplía los criterios para elaborar un marco en el que situar los conceptos enfermeros de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas; por tanto, podía aplicarse a los pacientes que experimentan múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado de la salud. Además, la idea de Murray sobre tendencias unitarias dio a Kolcaba la idea de que, aunque el confort era específico del estado, si se implementaban intervenciones de confort a lo largo del tiempo, el confort global de los pacientes podía aumentar con el tiempo. En este estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezó con una construcción teórica general abstracta y utilizó el proceso sociológico de substrucción para identificar los niveles de conceptos más específicos (menos abstractos) para la práctica enfermera.

Retroducción

La retroducción es útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este tipo de razonamiento se aplica a campos que disponen de pocas teorías (Bishop y Hardin, 2006). Éste fue el caso de la investigación de resultados que ahora se centra en recoger bases de datos para medir los resultados seleccionados, y relacionar esos datos con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios. El marco para el siglo xxi de Murray no podía explicar el énfasis que se da en el siglo xxi a los resultados institucionales y comunitarios. Por tanto, utilizando la retroducción, Kolcaba añadió el concepto de integridad institucional a la teoría intermedia del confort. Añadir ese término a la teoría del confort amplió la teoría para considerar las relaciones entre las conductas de búsqueda de la salud y la integridad institucional. En 2007, los conceptos de mejores prácticas y mejores políticas se relacionaron con la integridad institucional. Los indicios basados en la teoría organizan la base de conocimientos para las mejores prácticas y políticas (v. fig. 33-2).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Esta teoría ha sido seleccionada con frecuencia por estudiantes y enfermeras investigadoras como guía para sus estudios, en áreas como el cuidado de las comadronas (Schuiling y Sampselle, 1999), el parto (Koehn, 2000), la cateterización cardíaca (Hogan-Miller, Rustad, Sendelbach y Goldenberg, 1995), los cuidados intensivos (Jenny y Logon, 1996; Kolcaba y Fisher, 1996), los cuidados paliativos (Vendlinski y Kolcaba, 1997), la infertilidad (Schoerner y Krysa, 1996), la radioterapia (Cox, 1998; Kolcaba y Fox, 1999), la enfermería ortopédica (Panno, Kolcaba y Holder, 2000), la enfermería preoperatoria (Wilson y Kolcaba, 2004), ancianos hospitalizados (Robinson y Benton, 2002) y el control vesical (Dowd, Kolcaba y Steiner, 2000) y estudiantes universitarios estresados (Dowd, Kolcaba, Steiner y Fashinpaur, 2007).

Para la práctica clínica, Kolcaba recomienda pedir a los pacientes o familiares que puntúen su confort de 0 a 10, siendo 10 el confort máximo posible en su situación. Esta escala de puntuación verbal es sensible a los cambios de confort a lo largo del tiempo (Dowd, Kolcaba, Steiner y

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fashinpaur, 2007). Esto puede hacerse junto con una evaluación del dolor o con fines de documentación. Debe entregarse y comunicarse una lista de intervenciones de confort eficaces para cada paciente/familiar.

La teoría del confort ha sido incorporada por enfermeras de perianestesia en sus pautas de práctica clínica para controlar el confort de los pacientes. En este entorno, el control del confort especifica: *a)* evaluar las necesidades de confort de los pacientes relacionados con cirugía, dolor crónico y comorbilidades actuales; *b)* establecer un contrato de confort con los pacientes antes de la cirugía, que especifica qué intervenciones son eficaces, medir el confort que es comprensible y eficiente y el tipo de analgesia postoperatoria preferida; *c)* facilitar una posición cómoda, temperatura corporal y otros factores relacionados con el confort durante la cirugía, y *d)* seguir con el control y la medición del confort en el período postoperatorio (Kolcaba y Wilson, 2002; Wilson y Kolcaba, 2004).

Formación

Siguiendo las directrices para enseñar el confort en los programas de diplomatura de enfermería, la teoría del confort se aplicó al cuidado enfermero de pacientes que recibían radioterapia, como observó Cox (1998). La teoría era fácil de comprender y de aplicar para las estudiantes de enfermería y proporcionaba un método eficaz para valorar las necesidades de confort holísticas y resolverlas con pacientes ancianos en un ámbito de cuidados agudos. La teoría del confort está incluida en *Core Concepts in Advanced Nursing Practice* (Robinson y Kish, 2001). La teoría es adecuada para que los estudiantes la utilicen en cualquier ámbito clínico y su aplicación puede facilitarse con los Comfort Care Plans disponibles en la página web de Kolcaba.

Recientemente, Goodwin, Sener y Steiner (2007) utilizaron la teoría del confort como filosofía docente en un programa rápido de formación de enfermería para estudiantes licenciadas en otras disciplinas. La estructura taxonómica y el marco conceptual fueron las vías para ser un miembro con facultad para confortar. La teoría también ofrecía a las estudiantes maneras de obtener *alivio* de su duro trabajo del curso (sabiendo dónde encontrar respuestas a sus preguntas y problemas clínicos), mantener la *tranquilidad* con su plan de estudios (confiando en el profesorado) y conseguir la *trascendencia* a partir de sus factores de estrés (utilizando técnicas de autoconfort). Los autores anticipan que «esta adaptación puede ayudar a las estudiantes a transformarse en enfermeras profesionales que estén cómodas y ofrezcan confort en sus roles y que se comprometan en el objetivo del aprendizaje de por vida» (p. 278).

Investigación

Una entrada en la *Encyclopedia of Nursing Research* trata sobre la importancia de la medición de la comodidad como resultado sensible de ésta (Kolcaba, 1992a). Las enfermeras pueden proporcionar pruebas que influyan en la toma de decisiones en el ámbito institucional, comunitario y legislativo por medio de estudios de comodidad que demuestren la eficacia del cuidado de confort holístico. Es esencial añadir la medición de la comodidad con datos de grandes hospitales y de cuidado domiciliario a la bibliografía sobre investigación de resultados (Kolcaba, 1997, 2001).

Utilizando una estructura taxonómica del confort (v. fig. 33-1) como guía, Kolcaba (1992a) desarrolló el cuestionario general de comodidad para medir la comodidad holística en una muestra de participantes del hospital y de la comunidad. Para llevarlo a cabo, se elaboraron ítems positivos y negativos para cada casilla de la cuadrícula. Se redactaron veinticuatro ítems positivos y veinticuatro negativos, utilizando un formato Likert que iba del totalmente de acuerdo al totalmente en desacuerdo. Cuanto más alta era la puntuación, mayor era la comodidad. Al final de la recogida de datos con 206 participantes procedentes de todo tipo de unidades en dos hospitales y 50 personas de la comunidad, este cuestionario demostró un coeficiente α de Cronbach de 0,88 (Kolcaba, 1992a).

Se espera que los investigadores creen cuestionarios de confort específicos de sus áreas de investigación. Las escalas de puntuación verbales y otros cuestionarios tradicionales pueden descargarse de la página web de Kolcaba, donde responde a las preguntas en un intento de potenciar la utilización de su teoría. Además, en su página web se encuentran las instrucciones para utilizar los cuestionarios. La popularidad de la

teoría parece asociada al reconocimiento universal del confort como un resultado deseable de los cuidados de enfermería para los pacientes y sus familias.

Se han utilizado métodos cualitativos en investigación diseñados para describir el confort desde la perspectiva del resultado de las estrategias de enfermería holística en urgencias (Hawley, 2000), ortopedia (Santy, 2001), áreas posquirúrgicas (McCaffrey y Good, 2000), posparto (Collins, McCoy, Sale y Weber, 1994), cuidados intensivos (Walters, 1994) y esterilidad (Schoerner y Krysa, 1996).

DESARROLLOS POSTERIORES

Kolcaba ha continuado el desarrollo de su teoría desde su concepción original como el origen de la práctica, hasta el análisis conceptual que proporcionó una estructura taxonómica del confort, también hasta el desarrollo de los sistemas de medición del concepto y, actualmente, en su uso en la práctica, la educación y la investigación. Utilizó multitud de planteamientos para construir su teoría.

El desarrollo metódico del concepto dio lugar a una teoría sólida, claramente organizada y lógica, que puede aplicarse en una gran variedad de ambientes para la formación, la práctica y la investigación. Kolcaba ha elaborado plantillas con el fin de desarrollar instrumentos para facilitar medidas de confort en nuevos ámbitos. Ella proporciona plantillas de control que han sido útiles para estudiantes y profesores del confort para utilizarlas en entornos de la práctica. Los resultados de investigación han demostrado la adecuación de su teoría para medir los cambios globales en la persona que se habían captado de forma menos eficaz con otros tipos de instrumentos, como se observó en estudios de incontinencia urinaria (Dowd, Kolcaba y Steiner, 2000; Dowd, Kolcaba y Steiner, 2006).

La afirmación teórica original (parte I) de la teoría del confort ha podido demostrarse empíricamente. Cuando una intervención de comodidad está destinada a satisfacer las necesidades holísticas de comodidad de los pacientes en situaciones específicas de cuidado de la salud, esta comodidad aumenta a partir de la medición basal. Además, la mejora de la comodidad se ha relacionado con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud (Schlotfeldt, 1975). Se ha planificado el análisis de la ruta de confort y variables de las conductas de búsqueda de la salud para futuros estudios.

Deberían realizarse pruebas empíricas de las afirmaciones teóricas para la segunda y tercera parte de la teoría del confort. Los resultados de las conductas de búsqueda de la salud deseables incluyen aumento del estado funcional, un progreso más rápido durante la rehabilitación, una curación más rápida o una muerte tranquila cuando sea adecuado. Las conductas de búsqueda de la salud deberían negociarse entre el paciente, los familiares y los cuidadores. Los resultados institucionales podrían incluir menor duración de la estancia de pacientes hospitalizados, menos readmisiones y el logro de premios nacionales como el Magnet Status o el Beacon Award. Kolcaba ha consultado con administradores de hospitales que quieren mejorar la calidad asistencial. La autora ve los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud.

Kolcaba postula que un énfasis deliberado y un apoyo al control del confort por parte de una institución o comunidad aumentarán la satisfacción del paciente/familia ya que las personas se curan, ganan fuerza y están motivadas para estar más sanas. Una proposición importante que aún debe demostrarse es que el control del confort es importante para los receptores del cuidado y para la viabilidad de las instituciones. El interés actual reside en ampliar la teoría del confort a la comunidad. Se sabe que algunas comunidades son más cómodas para vivir, envejecer e ir a la escuela que otras.

Un área de interés que hay que desarrollar con mayor profundidad es la naturaleza universal de la comodidad. Actualmente, el cuestionario general de comodidad se ha traducido a los idiomas taiwanés, español, persa, portugués e italiano (v. página web de Kolcaba) y está pendiente la traducción al turco. El confort en niños se ha observado con detalle y documentado en entornos perioperatorios (comunicación personal, Nancy Laurelberry, 16 de febrero de 2008) y la utilización de Comfort Daisies por niños que informan por sí mismos (v. página web) se ha probado en un ámbito hospitalario (comunicación personal, Carrie Majka, 28 de febrero de 2008).

La teoría del confort se ha incluido en sistemas electrónicos de clasificación de enfermería como

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

NANDA (2007-2008), NIC (2001) y NOC (2004). Kolcaba consulta con hospitales para incluir el control del confort en sus sistemas de documentación. La utilización de la teoría del confort ha hecho contribuciones importantes a la enfermería y la práctica y la disciplina. Kolcaba tiene tiempo y energía para desarrollar y divulgar la teoría por medio de presentaciones, publicaciones y discusiones desde que ha dejado la docencia a tiempo completo.

CRÍTICA

Claridad

Algunos de los primeros artículos, como el análisis del concepto (Kolcaba, 1991) pueden carecer de claridad, pero son coherentes con los términos de las definiciones, las derivaciones, los supuestos y las afirmaciones. La claridad mejora mucho en el artículo que explica la teoría y en artículos posteriores, Kolcaba aplica la teoría a la práctica específica utilizando un lenguaje académico, pero comprensible. Todos los conceptos de investigación se definen teórica y funcionalmente.

Simplicidad

La teoría del confort es sencilla porque es básica para los cuidados de enfermería y la misión tradicional de la enfermería. Posee un lenguaje y una aplicación sencillos, pero ello no impide su uso en ambientes muy especializados. Existen pocas variables en la teoría y las variables seleccionadas pueden utilizarse en proyectos de investigación o de formación. La principal intención de la teoría es que las enfermeras vuelvan a una práctica centrada en las necesidades holísticas de los pacientes, dentro o fuera de una institución. Es su simplicidad la que permite que estudiantes y enfermeras aprendan y practiquen la teoría fácilmente (Kolcaba, 1995; Panno et al., 2000).

Generalidad

La teoría de Kolcaba se ha aplicado a numerosos ámbitos de investigación, culturas y grupos de edad. El único factor restrictivo para su aplicación es en qué grado la valoran bien las enfermeras y las administradoras para satisfacer las necesidades de confort de los pacientes. Si enfermeras, instituciones y comunidades están implicadas en este tipo de cuidado enfermero, la teoría del confort permite una práctica holística eficiente e individualizada. La estructura taxonómica del confort facilita a los investigadores el desarrollo de instrumentos de confort para nuevos entornos (Kolcaba, 1991).

Precisión empírica

La primera parte de la teoría, afirmando que esas intervenciones enfermeras eficaces demostrarán una mejora de la comodidad, ha sido probada y aceptada por las mujeres con cáncer de mama (Kolcaba y Fox, 1999), personas con IU (Dowd et al., 2000), personas en cuidados paliativos (Kolcaba, Dowd, Steiner y Mitzel, 2004) y estudiantes universitarios estresados (Dowd, Kolcaba, Steiner y Fashinpaur, 2007). En el estudio de IU, el confort mejorado fue un firme predictor del aumento de las conductas de búsqueda de la salud, que confirman la segunda parte de la teoría del confort. Los instrumentos de comodidad han demostrado sólidas propiedades psicométricas, confirmando la validez de estos cuestionarios como medidas de comodidad que revelan cambios de confort a lo largo del tiempo y apoyan la estructura taxonómica (v. página web).

Consecuencias deducibles

La teoría del confort describe la práctica centrada en el paciente y explica cómo determinar si las medidas de comodidad preocupan a los pacientes, su salud y la viabilidad de las instituciones. La teoría predice el beneficio de las medidas eficaces de confort (intervenciones) para mejorar la comodidad y la implicación en conductas de búsqueda de la salud. La teoría del confort ayuda a mantener la enfermería, devolviendo la disciplina a sus raíces.

RESUMEN

Desde el principio, la teoría del confort se ha centrado en lo que la disciplina de la enfermería hace por los pacientes. Con la evolución de la teoría, la definición que se derivó de un análisis de conceptos se ha ampliado para incluir aspectos más amplios del paciente, como los culturales y los espirituales, aunque el formato básico sigue siendo el mismo. El desarrollo del General Comfort Questionnaire fue importante para validar que el concepto puede medirse y que mide un resultado que es único y separado de otros resultados de cuidados enfermeros.

El concepto tiene importancia para la práctica y guía fácilmente a las enfermeras en la planificación y el diseño de los cuidados enfermeros en cualquier entorno. Su utilidad en formación ha sido descrita como un marco que permite a los estudiantes organizar su valoraciones y planes de cuidados e incluso para aprender el arte de la enfermería, así como la ciencia. También es útil para las enfermeras experimentadas cuando suministran cuidados y explican qué hacen más allá de los aspectos técnicos de la enfermería.

En investigación, la teoría proporciona una forma de validar la mejoría en el confort del paciente después de recibir intervenciones de confort. El concepto de confort explica ese aspecto de la calidad que el paciente describe como «sentirse mejor». Kolcaba ha realizado esfuerzos constantes para desarrollar y ampliar el concepto en todos los ámbitos de la enfermería. A través de su propio pensamiento y en interacción con enfermeras y otros profesionales orientados hacia la persona, el concepto ha evolucionado continuamente a técnicas de cuidados de enfermera y paciente. Las instituciones han reconocido el valor de diseñar entornos de confort para sus pacientes y su personal. La teoría del confort es conocida en todo el mundo a través de las publicaciones y las actividades de internet (v. página web) de Kolcaba.

Caso clínico

Una mujer afroamericana de 32 años, madre de tres niños y embarazada de 28 semanas, ingresa en la unidad de embarazos de alto riesgo con contracciones regulares. Está preocupada porque los planes de su familia no se han llevado a cabo. Tiene muchas necesidades de confort, representadas en la tabla 33-1. Cuando las enfermeras valoran las necesidades de confort en cualquier otra paciente, pueden utilizar la estructura taxonómica o recuadro para el registro de confort con el fin de identificar y organizar todas las necesidades conocidas. Utilizando el recuadro para el registro de confort (v. fig. 33-1) como guía mental, las enfermeras pueden diseñar intervenciones de confort interrelacionadas que pueden aplicarse en una o dos interacciones enfermera-paciente-familia. Para este caso, en la tabla 33-2 se presentan algunas sugerencias para individualizar los tipos de intervenciones de confort que podrían considerarse.

Tabla 33-1 *Estructura taxonómica de las necesidades de confort para el caso clínico*

Contexto del confort	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	Dolor lumbar Contracciones fuertes iniciales	Intranquilidad y ansiedad	La paciente piensa: «¿Qué le pasará a mi familia y mis hijos?»
Psicoespiritual	Ansiedad y tensión	Incertidumbre respecto al pronóstico	Necesidad de apoyo emocional y espiritual
Ambiental	La compañera de habitación es primeriza Habitación pequeña, limpia y agradable	Falta de intimidad Teléfono en la habitación Sentimiento de reclusión con reposo en cama	Necesidad de calma, elementos ambientales familiares y accesibilidad a la distracción
Sociocultural	Ausencia de familia y cuidados culturalmente sensibles	Familia no presente Barreras lingüísticas	Necesidad de apoyo por parte de la familia u otras personas significativas Necesidad de información, consulta

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **33-2** *Acciones e intervenciones de cuidados de confort*

Tipo de acción o intervención de cuidados de confort	Ejemplo
Intervenciones de confort estándar	Signos vitales
	Resultados de las pruebas de laboratorio
	Valoración del paciente
	Medicaciones y tratamientos
	Trabajador social
Coaching	Apoyo emocional
	Dar tranquilidad
	Formación
	Escucha
	Asistencia religiosa
Alimento de confort para el espíritu	Terapia de energía como contacto terapéutico, si es culturalmente aceptable
	Musicoterapia o imaginación guiada (elección de la música por el paciente)
	Pasar el rato
	Relaciones personales
	Reducción de los estímulos ambientales

Para uso clínico, la enfermera podría pedir al paciente que puntúe su confort antes y después de recibir las intervenciones en una escala de 0 a 10, siendo 10 el nivel máximo posible. Para determinar a través de la investigación si una intervención de confort específica mejoró el confort de un grupo de pacientes, podría desarrollarse y administrarse un cuestionario de confort, evaluando cada celda del recuadro para el registro de confort (v. fig. 33-1). Una escala tipo Likert con respuestas del 1 al 6 facilitaría una puntuación total del confort. Podría entregarse un cuestionario al paciente antes y después de aplicar las intervenciones para demostrar el nivel de eficacia de las intervenciones de confort.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Si se le pidiera que realizara un diagrama de su práctica, ¿qué conceptos incluiría como resultados deseables? ¿Y como variables de intervención? ¿Dónde se sitúa el confort en su diagrama?
2. ¿Ofrece la teoría del confort un marco que podría utilizar en su práctica enfermera? ¿Por qué?
3. Hay pruebas de que el confort es una necesidad universal. ¿Podría identificar una manera de satisfacer una necesidad de confort para alguien al que ha cuidado recientemente? ¿Funcionaría esta intervención de confort en otra cultura? ¿Cuál es el contexto de esa necesidad de confort en la estructura taxonómica? (v. fig. 33-1).
4. ¿Cómo aplicaría la teoría del confort en una comunidad? ¿Qué intervenciones podría utilizar para mejorar la comodidad de un grupo agregado? ¿Cómo podría evaluar si su intervención fue eficaz?
5. Identifique un área de la práctica enfermera para investigar el confort y explique por qué es necesaria.
6. ¿Cómo puede influir la teoría del confort en un cambio de política?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Kolcaba, K. (1997). TheComfortLine.com. Último acceso, 25 de febrero de 2007 en http://www.thecomfortline.com (página web de Kolcaba).

- American Society of Perianesthesia Nurses, www.ASPAN.org. Último acceso, 1 de julio de 2010 en https://www.aspan.org/ClinicalPractice/ClinicalGuidelines/PainandComfort/tabid/3256/Default.aspx.
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. Image: *The Journal of Nursing Scholarship, 23*(4), 237-240.
- Kolcaba, K. (2008). The theory of comfort. En S. J. Peterson & T. S. Brednow (Eds.). Middle range theories: Application to nursing research, 2.ª edition (pp. 255-273). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K. (2006). Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions.) In J. Fitzpatrick (Ed.), The encyclopedia of nursing research (2.ª ed.). New York: Springer.

REFERENCIAS

Aikens, C. (1908). Making the patient comfortable. *The Canadian Nurse*, *4*(9), 422-424.

Bishop, S., & Hardin, S. (2006). Logical reasoning. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 25-34). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Collins, B. A., McCoy, S. A., Sale, S., & Weber, S. E. (1994). Descriptions of comfort by substance-using and no using postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *23*(4), 293-300.

Cox, J. (1998). Assessing patient comfort in radiation therapy. *Radiation Therapist*, *5*(2), 119-125.

Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holistic Nursing Practice*, *14*(2), 91-103.

Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2006). Development of an instrument to measure holistic client comfort as an outcome of healing touch. *Holistic Nursing Practice*, *20*(3), 122-129.

Dowd, T., Kolcaba, K., Steiner, R., & Fashinpaur, D. (2007). Comparison of healing touch and coaching on stress and comfort in young college students. *Holistic Nursing Practice*, *21*(4), 194-202.

Goodnow, M. (1935). *The technique of nursing* (p. 95). Philadelphia: W. B. Saunders.

Goodwin, M., Sener, I., & Steiner, S. (2007). A novel theory for nursing education: Holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 278-285.

Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*, *15*(4), 28-33.

Harmer, B. (1926). *Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing* (p. 26). New York: Macmillan.

Hawley, M. P. (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patients. *Clinical Nursing Research*, *9*(4), 441-459.

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Macmillan.

Hogan-Miller, E., Rustad, D., Sendelbach, S., & Goldenberg, I. (1995). Effects of three methods of femoral site immobilization on bleeding and comfort after coronary angiogram. *American Journal of Critical Care*, *4*(2), 143-148.

Jenny, J., & Logon, J. (1996). Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *28*(4), 349-352.

Koehn, M. L. (2000). Alternative and complementary therapies for labor and birth: An application of Kolcaba's theory of holistic comfort. *Holistic Nursing Practice*, *15*(1), 66-77.

Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *23*(4), 237-240.

Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Advances in Nursing Science*, *15*(1), 1-10.

Kolcaba, K. (1992). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, *18*(6), 33-38.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 1178-1184.

Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, *27*(4), 287-289.

Kolcaba, K. (1997). *TheComfortLine.com. Akron, OH: The University of Akron College of Nursing.*

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, *49*(2), 86-92.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research* (pp. 113-124). New York: Springer.

Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R., & Mitzel, A. (2004). Hand massage to enhance comfort for hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Care*, *6*(2), 91-102.

Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, *18*(4), 66-76.

Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, *26*(1), 67-92.

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, *16*, 1301-1310.

Kolcaba, K., & Mitzel, A. (2008). Two chapters: Hand Massage; Simple Massage. In B. J. Ackley, G. B.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ladwig, B. A. Swan & S. J. Tucker (Eds.), *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions* (pp. 402-407). Mosby. 504-508.
Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing, 18*(1), 46-62.
Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration, 36*(11), 538-544.
Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). The framework of comfort care for Perianesthesia Nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing, 17*(2), 102-114. With post-test for 1. 2 contact hours.
McCaffrey, R. G., & Good, M. (2000). The lived experience of listening to music while recovering from surgery. *Journal of Holistic Nursing, 18*(4), 378-390.
McIlveen, K., & Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research, 4*(2), 127-148.
Murray, H. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford Press.
NANDA: Herdman, T. H., Heath, C., Meyer, G., Scroggins, L., & Vassallo, B. (2007-2008). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. St. Louis: Mosby 34.
NIC: Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. (2001). *Nursing Diagnoses, Outcomes & Interventions*. St. Louis: Mosby 221.
Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing*). London: Harrison 70.
NOC: Moorhead, S., Johnson, M., & Mass, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification*). St. Louis: Mosby 228.
Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Instrumentation study for end-of-life comfort questionnaires. *American Journal of Palliative Care, 18*(3), 170-180.
Orlando, I. (1961). The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles. New York: Putnam.
Panno, J., Kolcaba, K., & Holder, C. (2000). Acute care for elders (ACE): A holistic model for geriatric orthopedic nursing care. *Journal of Orthopedic Nursing, 19*(6), 53-60.
Paterson, J., & Zderad, L. (1975). *Humanistic nursing* (2nd ed.). New York: National League for Nursing. [Reprinted in 1988.]
Robinson, D., & Kish, C. (2001). *Core concepts in advanced nursing practice*. St. Louis: Mosby.
Robinson, S., & Benton, G. (2002). Warmed blankets: An intervention to promote comfort for elderly hospitalized patients. *Geriatric Nursing, 23*(6), 320-323.
Santy, J. (2001). An investigation of the reality of nursing work with orthopedic patients. *Journal of Orthopedic Nursing, 5*(1), 22-29.
Schlotfeldt, R. (1975). The need for a conceptual framework. In P. Verhovic (Ed.), *Nursing research* (pp. 3-25). Boston: Little & Brown.
Schoerner, C., & Krysa, L. (1996). The comfort and discomfort of infertility. *Journal of Obstetrical, Gynecological & Neonatal Nurses, 25*(2), 167-172.
Schuiling, K., & Sampselle, C. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(1), 77-81.
Vendlinski, S., & Kolcaba, K. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *The American Journal of Hospice and Palliative Care, 14*(6), 271-276.
Walters, A. (1994). The comforting role in critical care nursing practice: A phenomenological interpretation. *International Journal of Nursing Studies, 31*(6), 607-616.
Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting (Invited article). *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 19*(3), 164-173.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Capítulos de libros

Kolcaba, K. (2001). Holistic care: Is it feasible in today's health care environment? In H. Feldman (Ed.), *Nursing leaders speak out* (pp. 49-54). NewYork: Springer.
Kolcaba, K. (2001). Kolcaba's theory of comfort. In D. Robinson & C. Kish (Eds.), *Core concepts for advanced nursing practice* (pp. 418-422). St. Louis: Mosby.
Kolcaba, K. (2003). The theory of comfort. In S. J. Peterson & T. S. Brednow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (pp. 255-273). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Kolcaba, K. (2006). Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions.). In J. Fitzpatrick (Ed.), *The encyclopedia of nursing research* (2nd ed.). New York: Springer.

Artículos de revistas

Dowd, T., & Kolcaba, K. (2007). Two interventions to relieve stress in college students. *AHNA Beginnings*, Winter, 2007.
Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2003). The addition of coaching to cognitive strategies. *Journal of Ostomy and Wound Management, 30*(2), 90-99.
Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2002). Correlations among six measures of bladder function. *Journal of Nursing Measurement, 10*(1), 27-38.
Fox, C., & Kolcaba, K. (1995). Unsafe practice: A lack of strategies for effective decision making. *Nurse Educator, 20*(5), 3-4.
Fox, C., & Kolcaba, K. (1996 Spring). Decision making in unsafe practice situations. *Revolution: The Journal of Nurse Empowerment, 6*(1/2), 68-69.

Kolcaba, K. (1987). Reaching optimum function is realistic goal for elderly (Letter to the editor). *Journal of Gerontological Nursing, 13*(12), 36.
Kolcaba, K. (1988). A framework for the nursing care of demented patients. *Mainlines*, *9*(6), 12-13.
Kolcaba, K. (1995). Process and product of comfort care, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, *13*(2), 117-131.
Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 293-295.
Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing, 31*(3), 187-194.
Kolcaba, K., & Dowd, T. (2000). Kegel exercises: Strengthening the weak pelvic floor muscles that cause urinary incontinence. *American Journal of Nursing, 100*(11), 59.
Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (2003). Fiduciary decision-making using comfort care. *Philosophy in the Contemporary World*, *10*(1), 81-86.
Kolcaba, K., & Miller, C. (1989). Geropharmacology: A nursing intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, *15*(5), 29-35.
Kolcaba, K., Panno, J., & Holder, C. (2000). Acute care for elders (ACE): A holistic model for geriatric orthopedic nursing care. *Journal of Orthopedic Nursing, 19*(6), 53-60.
Kolcaba, K., Schirm, V., & Steiner, R. (2006). Effects of Hand Massage on Comfort of Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing, 27*(2), 85-91.
Kolcaba, K., & Wykle, M. (1996). Comfort research: Spreading comfort around the world. *Reflections: Sigma Theta Tau International*, *23*(2), 12-13.
Schirm, V., Baumgardner, J., Dowd, T., Gregor, S., & Kolcaba, K. (2004). Development of a healthy bladder education program for older adults. *Geriatric Nursing, 25*(5), 301-306.
Wagner, D., Byrne, M., & Kolcaba, K. (2006). Effect of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN Journal*, *84*(3), 1-13.

Fuentes secundarias

Capítulo de libro

Sitzman, K., & Eichelberger, L. (2004). *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning (pp. 117-122). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.*

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 34

Cheryl Tatano Beck

Teoría de la depresión posparto

M. Katherine Maeve

«El nacimiento de un bebé es motivo de alegría, o así debería ser… Pero para algunas mujeres, la alegría no es una opción» (Beck, 2006b, p. 40).

BIOGRAFÍA

Cheryl Tatano Beck completó sus estudios en 1970 en la Western Connecticut State University con una licenciatura en enfermería. Durante su primera rotación clínica se dio cuenta de que la enfermería obstétrica iba a ser la especialidad que desarrollaría a lo largo de su vida. Tras su graduación, Beck trabajó como enfermera titulada en el Yale New Haven Hospital, en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos. En 1972 completó un máster en enfermería materna y del recién nacido en la Universidad de Yale y obtuvo su certificado como comadrona. En 1982 completó su doctorado en ciencias de la enfermería en la Universidad de Boston.

La autora quiere agradecer a la doctora Cheryl Tatano Beck su generosidad de espíritu al permitirme la libertad de interpretar el trabajo de su vida. La obra de la doctora Beck es una enorme contribución a la enfermería, aún más notable porque no dependió de una gran cantidad de fondos de los National Institutes of Health (NIH). Ese simple hecho ya es una inspiración. Gracias también a la doctora Peggy L. Chinn, que afortunadamente no se ha jubilado como mentora ni amiga.

Desde su inicio como instructora en 1973, Beck ha conseguido distinciones académicas con una categoría cada vez mayor en varias universidades, incluidas las de Maryland, Michigan, Florida Atlantic, Rhode Island y Yale, y como profesora en la de Connecticut, donde ocupa una plaza en el School of Nursing y en el School of Medicine. Beck ha sido consultora en numerosos proyectos de investigación para universidades y agencias estatales en el nordeste de Estados Unidos. Durante su carrera, ha recibido más de 30 premios, incluido el de Investigador Distinguido del Año en la Eastern Nursing Research Society en 1999. Desde 1993 es miembro de la American Academy of Nursing.

Como prolífica autora y divulgadora de su investigación, Beck ha escrito más de 100 artículos en revistas sobre las mismas y las ha presentado en foros locales, nacionales e internacionales. Ha formado parte del comité editorial de numerosas revistas de enfermería, entre ellas *Advances in Nursing Science, Nursing Research* y *Journal of Nursing Education.* Beck también ha sido parte del comité ejecutivo de la Marce Society, una sociedad

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

internacional para la comprensión, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales asociadas con el parto, y del comité de asesoramiento de la Donaghue Medical Research Foundation, en Connecticut.

Esta teórica es autora de diversos artículos sobre estrategias mediante análisis estadístico y sobre el abordaje de las estrategias a través de análisis cualitativos. Muchas personas dentro del campo de la enfermería recuerdan el clásico texto de investigación de Polit y Hungler, habitual en el contenido de innumerables programas de licenciatura para enfermeras. Beck fue coautora de la séptima edición del Polit (Polit y Beck, 2003), que incorpora su experiencia investigadora.

Aunque ha dirigido siete estudios importantes sobre temas de formación y de cuidados para estudiantes de enfermería, durante más de tres décadas ha contribuido al desarrollo del conocimiento en enfermería obstétrica. Como es de esperar, su carrera investigadora se inició con el estudio de parturientas, examinando sus respuestas a la monitorización fetal (Beck, 1980). El objetivo de su investigación acabó siendo el período posparto y estudios específicos de los trastornos del ánimo después del parto.

Este conjunto de trabajos ha dado como resultado una importante teoría de la depresión posparto (Beck, 1993) y el desarrollo de la *Escala de Valoración de la Depresión Posparto* (PDSS, del inglés *Postpartum Depression Screening Scale*) (Beck, 2002c; Beck y Gable, 2000) y de un listado de los predictores de la depresión posparto (PDPI) (Beck, 1998, 2001, 2002b). En la tabla 34-1 se expone un desarrollo temporal de la línea de investigación de Beck que muestra la progresión lógica de su trabajo.

FUENTES TEÓRICAS Y FILOSÓFICAS

Aunque Beck no estudia los cuidados como una construcción teórica o específica para su investigación, ha dirigido varios trabajos que evidencian su convicción de que «los cuidados son la esencia de la enfermería» (Beck, 1999, p. 629). Su aplicación de las ideas de la teoría de los cuidados de Jean Watson confirma los cuidados como algo central para la enfermería, al mismo tiempo que reconoce la preocupación de Watson de que las metodologías cuantitativas pueden no reflejar de forma adecuada el ideal de cuidados transpersonales. A través de los escritos de Beck, incluidos los artículos de investigación que emplean métodos cuantitativos y cualitativos, es obvio que el avance de la enfermería como profesión de cuidados es deseable y factible en la práctica, la investigación y la formación.

Debido a que muchos de los estudios empleados para desarrollar la teoría de la depresión posparto de Beck tienen una naturaleza cualitativa, varias fuentes teóricas que citadas por la autora reflejan las raíces filosóficas y teóricas de metodologías que fueron importantes para el tipo de conocimiento desarrollado en cada estudio. La fenomenología se empleó en el primer estudio importante sobre cómo las mujeres experimentaban depresión posparto, usando el abordaje de Colaizzi (1978). En su siguiente estudio, Beck aplicó la teoría sobre el terreno influida por las ideas teóricas y filosóficas de Glaser (1978), Glaser y Strauss (1967) y Hutchinson (1986). A lo largo de todo el trabajo de Beck y en consonancia con la teoría feminista, existe una valoración explícita de la importancia de la comprensión del embarazo, el parto y la maternidad a través de «los ojos de la mujer» (Beck, 2002a). Además, Beck se da cuenta de que el parto tiene lugar en muchos contextos simultáneos (médico, social, económico) y que las reacciones de las madres ante el parto y la maternidad están modeladas por sus respuestas en estos contextos.

Una fuente teórica inusual procede del trabajo de Sichel y Driscoll (1999), quienes desarrollaron un modelo tipo terremoto para conceptualizar cómo las interacciones entre la biología y la vida dan lugar a lo que ellos denominan carga bioquímica. A lo largo del tiempo, con los constantes desafíos químicos relacionados con factores de estrés, el cerebro de las mujeres puede desarrollar un tipo de «línea de falla» que es menos probable que permanezca intacta durante los momentos delicados de la vida de las mujeres (como en el desafío al que se enfrentan con el parto), dando lugar a un tipo de «terremoto». Beck comprendió el modelo de Sichel y Driscoll, y «sugirió que la combinación del mapa genético, la historia hormonal y reproductiva, y las experiencias vitales de una mujer predicen el riesgo de un "terremoto", que ocurre cuando su cerebro no se estabiliza, y tiene lugar la erupción de problemas del ánimo» (Beck, 2001, p. 276). Aunque es fácil entender los

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **34-1** ***Evolución a lo largo del tiempo de la investigación perinatal de Beck***

Año	Centro de la investigación
1972	Respuestas cognitivas y emocionales a la monitorización fetal (tesis del máster)
1977	Reproducción de la tesis del máster
1982	Experiencias temporales de las parturientas durante el parto (tesis doctoral)
1985	Experiencias temporales maternas en el período posparto después de un parto vaginal o por cesárea
1988	Experiencias temporales maternas de las primíparas
1989	Incidencia de la tristeza de la maternidad en primíparas y la duración del ingreso hospitalario
1990	Tambalearse en el borde («estar en el límite»): un estudio de teoría sobre el terreno de la DPP
1992	La experiencia vivida de la DPP
1994	Cuidados de enfermería con las madres con DPP
1995	Métodos de detección sistemática de la DPP
1995	DPP e interacciones maternoinfantiles
1995	Madres con DPP y sus percepciones del cuidado de enfermería
1996	Relación entre la DPP y el temperamento del recién nacido
1996	Metaanálisis de predictores de la DPP
1996	Madres con DPP y sus experiencias en la interacción con los niños
1996	Análisis del concepto de pánico
1997	Programas de investigación del desarrollo usando abordajes cualitativos y cuantitativos
1998	Efectos de la DPP en el desarrollo del niño
1998	Lista de control para identificar a mujeres con riesgo de DPP
1999	Depresión materna y problemas de desarrollo del niño
2000	PDSS: desarrollo y pruebas psicométricas
2001	Análisis comparativo entre la PDSS y otros instrumentos de detección de la depresión
2001	Ítem de la teoría de respuesta en el desarrollo de instrumentos afectivos
2001	Asegurar la validez del contenido
2002	DPP, metasíntesis
2002	Revisión de PDPI
2002	Maternidades múltiples
2003	DPP en madres de niños en la UCIN
2003	PDSS, versión en español
2004	Traumatismos al nacer
2004	Trastorno de estrés postraumático tras el parto
2004	Beneficios de las entrevistas de internet
2005	DHA en el embarazo
2005	Traumatismo al nacer y lactancia
2005	Representación de las narraciones del traumatismo del nacimiento
2007	PDSS, internet
En desarrollo	Parto después de un traumatismo del nacimiento
En desarrollo	Cuidados maternos del niño con lesión del plexo braquial
En desarrollo	PDSS, versión telefónica

DHA, ácido docosahexaenoico; *DPP*, depresión posparto; *PDPI*, inventario de predictores de la depresión posparto; *PDSS*, escala de detección sistemática de la depresión posparto; *UCIN*, unidad de cuidados intensivos neonatales.

desafíos fisiológicos y hormonales de los embarazos en las mujeres, el modelo del terremoto de Sichel y Driscoll fue importante para ayudar a Beck a conceptualizar holísticamente los fenómenos que pueden afectar al desarrollo de la depresión posparto en las mujeres. Aunque la autora afirma que ella nunca ha sufrido depresión posparto tras el nacimiento de sus propios hijos, quienes la sufren pueden relacionarla con la metáfora del terremoto completa con temblores que culminan en la depresión posparto, o peor, la psicosis posparto.

Beck ha identificado a Robert Gable como una fuente especialmente importante en su trabajo. El ahora profesor emérito en la Neag School of Education de la Universidad de Conneticut ha sido coautor de un importante texto titulado *Desarrollo de instrumentos en el dominio afectivo* (Gable y Wolf, 1993). Tras el desarrollo de un cuerpo de conocimientos sobre la depresión posparto, los siguientes pasos lógicos para Beck fueron el desarrollo de instrumentos que pudieran predecir y detectar de forma sistemática la depresión posparto. Gable ayudó a Beck con la operacionalización teórica de su teoría para su aplicación en la práctica. Gable ha permanecido directamente implicado mediante el desarrollo paso a paso del PDSS, incluida la versión en español (Beck y Gable, 2003).

Conceptos principales y definiciones

Los principales conceptos de Beck se han afinado y aclarado durante los años de trabajo sobre la depresión posparto. Los dos primeros conceptos, trastornos del ánimo posparto y pérdida de control, son conceptualizaciones que Beck desarrolló utilizando la fenomenología y métodos de teorías sobre el terreno.

CONCEPTOS 1 Y 2

1. Trastornos posparto del ánimo

Depresión posparto y tristeza de la maternidad se han definido mejor con el tiempo, igual que el conocimiento de la psicosis posparto. Se han identificado otros dos trastornos del ánimo perinatales, el trastorno obsesivo-compulsivo posparto y el trastorno de pánico de inicio posparto. También se ha determinado en qué se diferencian y cómo se interrelacionan estos trastornos (Beck, 2002c).

Depresión posparto. Es un trastorno mayor depresivo no psicótico con criterios diagnósticos diferenciados que comienza a menudo en las primeras 4 semanas posparto. Puede darse en cualquier momento durante el primer año tras el parto. La depresión posparto no es autolimitada y es más difícil de tratar que una depresión simple. Las tasas de prevalencia son del 13-25%, con más mujeres afectadas en situación de pobreza, que viven en ciudades del interior o adolescentes. Alrededor del 50% de las mujeres que sufre depresión posparto tienen episodios que duran por lo menos 6 meses.

Tristeza de la maternidad. Conocida también como tristeza posparto y tristeza del bebé, es relativamente transitoria, y es un período autolimitado de melancolía y de cambios del ánimo durante la primera parte del posparto. La tristeza de la maternidad afecta hasta al 75% de todas las mujeres en todas las culturas.

Psicosis posparto. Un trastorno psicótico caracterizado por alucinaciones, delirios, agitación e incapacidad para dormir, junto con un comportamiento inusual e irracional. Aunque la psicosis posparto es relativamente infrecuente (1-2 mujeres por cada 1.000 nacimientos), representa una verdadera urgencia psiquiátrica, porque tanto la madre como el niño (y quizás otros niños) están en grave riesgo de sufrir daños. Aunque a menudo se inicia durante la primera semana posparto, frecuentemente no se detecta hasta que no ha habido un daño importante.

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

Trastorno obsesivo-compulsivo posparto. Se ha identificado recientemente y las tasas de prevalencia no se han descrito. Los síntomas incluyen pensamientos repetitivos e intrusivos de dañar al recién nacido, miedo de quedarse sola con el niño e hipervigilancia a la hora de protegerle.

Trastorno de pánico de inicio en el posparto. Este trastorno se ha identificado recientemente y tampoco se dispone de tasas de prevalencia. Se caracteriza por un inicio brusco de ansiedad, miedo, respiración rápida, palpitaciones y sensación de muerte inminente.

2. Pérdida de control

Se identificó como un problema psicosocial en la teoría sustantiva del trabajo inicial de Beck en 1993. Esta teoría descriptiva se refiere al proceso por el que pasan las mujeres con depresión posparto. Las mujeres experimentaban la pérdida de control en todas las áreas de la vida, aunque las circunstancias concretas podían ser diferentes. El concepto de la pérdida de control encajaba en la bibliografía existente y dejaba a las mujeres con sensaciones de «estar en el límite» (Beck, 1993). El proceso identificado consta de las cuatro fases siguientes:

1. Terror con el que te encuentras: consiste en ataques horribles de ansiedad, sensación de torpeza y pensamientos obsesivos incesantes.
2. Muerte de una misma: consiste en una irrealidad alarmante, contemplando e intentando la autodestrucción, aislándose una misma.
3. Lucha para sobrevivir: consiste en batalla contra el sistema, buscando ayuda en los grupos de apoyo, rezando para aliviarse.
4. Lograr de nuevo el control: consiste en una transición impredecible, una recuperación comedida, llorando por el tiempo perdido.

CONCEPTOS 3 A 9

Las ideas y definiciones conceptuales descritas antes se usaron para desarrollar focos específicos con el fin de realizar pruebas. Inicialmente, Beck (1998) identificó ocho factores de riesgo para la depresión posparto. Numerosos estudios han añadido áreas en las que Beck determinó que se necesitaba una mayor claridad conceptual. Por ejemplo, a través de su estudio y del metaanálisis de otros estudios, el temperamento del niño se identificó como un factor de riesgo separado y como predictor de la depresión posparto (Beck, 1996b).

Otro cambio importante es el matrimonio. A través de investigaciones posteriores, se observó que había dos factores maritales de interés: el estado marital y la naturaleza de la satisfacción de la relación marital (Beck, 2002b). Otros dos factores de riesgo identificados fueron la situación socioeconómica y las cuestiones de embarazos no planeados y no deseados.

CONCEPTOS 3 A 15

Son los principales conceptos encontrados como predictores significativos o factores de riesgo de depresión posparto (Beck, 2002b). La interpretación más actual de las dimensiones del efecto fue asignada a partir de un metaanálisis de 138 estudios existentes y se encuentra al final de cada definición del concepto (Beck, 2002b).

3. Depresión prenatal

Se ha observado que la depresión durante uno o todos los trimestres del embarazo es el predictor más importante de depresión posparto. (Tamaño del efecto: medio.)

4. Estrés del cuidado del niño

Acontecimientos estresantes relacionados con el cuidado del niño, como problemas de salud del niño y dificultad en el cuidado relacionado con la alimentación y el sueño. (Tamaño del efecto: medio.)

5. Estrés vital

Un índice de acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el posparto. El número de experiencias vitales y la cantidad de estrés creado por cada uno de los acontecimientos de la vida se combinan para determinar la cantidad de estrés vital que una mujer está experimentando. Los acontecimientos estresantes de la vida pueden ser negativos

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES *(Cont.)*

o positivos y pueden incluir experiencias como las siguientes:

- Cambios maritales (p. ej., divorcio o nuevo matrimonio).
- Cambios ocupacionales (p. ej., cambio de empleo).
- Crisis (p. ej., accidentes, robos, crisis económicas y enfermedades que requieren hospitalización).

(Tamaño del efecto: medio.)

6. Apoyo social

Apoyo instrumental (p. ej., cuidado del niño, ayuda con las tareas de la casa) y apoyo emocional. Los rasgos estructurales de la red social de una mujer (marido o pareja, familia y amigos) incluyen la proximidad de sus miembros, la frecuencia del contacto y el número de confidentes con los que la mujer puede compartir temas personales. La falta de apoyo social ocurre cuando una mujer percibe que no está recibiendo la cantidad de apoyo instrumental o emocional que ella esperaba. (Tamaño del efecto: medio.)

7. Ansiedad prenatal

Tiene lugar en cualquier trimestre a lo largo del embarazo. La ansiedad se refiere a los sentimientos de intranquilidad o de aprensión relacionada con una amenaza vaga e inespecífica. (Tamaño del efecto: medio.)

8. Satisfacción marital

Se valora el grado de satisfacción con una relación marital e incluye lo feliz o lo satisfecha que está la mujer con determinados aspectos de su matrimonio, como la comunicación, el afecto, la similitud de valores (p. ej., economía, cuidado de los niños), actividad mutua y toma de decisiones, además del bienestar global. (Tamaño del efecto: medio.)

9. Antecedentes de depresión

Un antecedente de una crisis de depresión antes de este embarazo. (Tamaño del efecto: medio.)

10. Temperamento del niño

La disposición y personalidad del niño. El temperamento difícil se materializa en un niño irritable, nervioso, impredecible y difícil de consolar. (Tamaño del efecto: medio.)

11. Tristeza materna

Definida previamente como una situación no patológica después del parto. Episodios prolongados de tristeza materna (que duran más de 10 días) pueden predecir una depresión posparto. (Tamaño del efecto: pequeño a medio.)

12. Autoestima

Sentimientos generales de la mujer sobre el propio valor y la propia aceptación. Es su confianza y satisfacción de sí misma. Una baja autoestima refleja una autoevaluación negativa y sentimientos negativos sobre las propias capacidades de una misma. (Tamaño del efecto: medio.)

13. Situación socioeconómica

Categoría o situación de una persona en la sociedad; representa una combinación de factores sociales y económicos, como ingresos, educación y ocupación. (Tamaño del efecto: pequeño.)

14. Situación marital

Situación de una mujer en lo que respecta al matrimonio; indica si una mujer está soltera, casada o cohabita, divorciada, viuda, separada o emparejada. (Tamaño del efecto: pequeño.)

15. Embarazo no planeado o no deseado

Se refiere a un embarazo que no fue planificado ni deseado. De particular importancia es la cuestión de los embarazos que siguen sin ser deseados tras una ambivalencia inicial. (Tamaño del efecto: pequeño.)

CONCEPTOS 16 A 22

Estos últimos conceptos representan la consecuencia de todos los conceptos predictores y de riesgos que se usan para detectar síntomas de depresión posparto en la PDSS (Beck, 2002c).

16. Trastornos del sueño y de la depresión

Incapacidad para dormir incluso si el niño está dormido, con sacudidas y vueltas antes de caer dormida, despertándose en medio de la noche, con dificultad para volverse a dormir, pérdida del apetito, con conciencia de la necesidad de comer pero aun así, sin incapacidad para hacerlo.

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

17. Ansiedad e inseguridad
Hiperatención a temas relativamente banales, sentimientos de estar fuera de sí, sensación de la necesidad de estar moviéndose o caminando. Sentimiento constante de inseguridad y sensación de estar sobrepasada en el nuevo papel de madre.

18. Labilidad emocional
Sensación de que las emociones son inestables y están fuera del control de la mujer, lo que se caracteriza frecuentemente por llanto sin ninguna razón especial, irritabilidad, rabia explosiva y temor de no volver a ser feliz.

19. Confusión mental
Incapacidad acusada para concentrarse, centrarse en una tarea concreta o tomar decisiones. Existe un sentimiento general de ser incapaz de regular los propios procesos de pensamiento.

20. Pérdida de una misma
El sentimiento de las mujeres de que los aspectos de sí mismas que reflejan su identidad personal han cambiado desde el parto, de forma que no pueden identificar quiénes son realmente y tienen miedo de no poder volver a ser nunca ellas mismas de nuevo.

21. Culpabilidad y vergüenza
Percepción de la mujer de que lo está haciendo mal como madre, con pensamientos negativos respecto a su hijo. Esto da lugar a una incapacidad para abrirse a los demás sobre lo que siente y contribuye a un retraso en el diagnóstico y en la intervención.

22. Pensamientos suicidas
Pensamientos frecuentes de dañarse a sí misma o de terminar con su vida para escapar de la pesadilla de la depresión posparto.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Cuando Beck comenzó a examinar la depresión posparto en 1993, se dio cuenta de que sólo dos estudios cualitativos contribuían a la base del conocimiento del trastorno. La mayor parte de los estudios se basaban en el conocimiento desarrollado sobre disciplinas distintas a la enfermería. La formación de Beck como enfermera comadrona indudablemente le dio una visión de las mujeres a lo largo del período posparto que no suele estar disponible en otras disciplinas implicadas con mujeres en el período perinatal.

En 1993, tras cuatro grandes estudios sobre mujeres en el período posparto (v. tabla 34-1), Beck desarrolló una teoría sustantiva sobre la depresión posparto empleando la metodología de la teoría sobre el terreno. La teoría desarrollada se tituló «estar en el límite», con la pérdida de control como el primer problema psicosocial identificado (Beck, 1993). Desde el desarrollo de la teoría sustantiva, Beck ha diseñado otros 14 estudios para afinar la teoría, examinando las experiencias de depresión posparto en las interacciones madre-hijo, el pánico posparto, el estrés postraumático (PTSD) y el traumatismo del nacimiento, para establecer diferencias entre los trastornos del ánimo posparto (depresión posparto, tristeza materna, psicosis posparto, trastorno obsesivo-compulsivo posparto, trastorno del pánico posparto). Se llevaron a cabo metaanálisis sobre los predictores de la depresión posparto, la relación entre la depresión posparto y el carácter del niño, y los efectos de la depresión posparto sobre la interacción entre madre e hijo. Además, se llevaron a cabo dos metaanálisis cualitativos sobre la depresión posparto y las maternidades múltiples.

Beck utilizó 10 estudios cualitativos de DPP en mujeres de diversas procedencias geográficas y culturales. Las mujeres representadas en estos estudios eran mujeres negras caribeñas, irlandesas, indias, chinas de Hong Kong, de la tribu hmong, de Oriente Medio residentes en Reino Unido, asiáticas, portuguesas, australianas, canadienses y afroamericanas. Estos nuevos datos se utilizaron para comparar la teoría original de Beck de estar al límite con mujeres de otras culturas. Beck observó que la capacidad de modificar de la teoría coincidía con las expectativas teóricas de una teoría sustantiva sobre el terreno relevante. Por tanto, la teoría de «estar en el límite», con la «pérdida de control» como proceso psicosocial básico, se ha ampliado funcionalmente a mujeres de otras culturas (Beck, 2006a, 2007).

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Beck describe constantemente la enfermería como una profesión de cuidados con la obligación de cuidar a las personas a su cargo, a los estudiantes y entre los unos y los otros. Además, las relaciones interpersonales entre las enfermeras y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estas profesionales alcanzan los objetivos de salud y la sensación de formar parte de un todo.

Persona

Las personas se describen en términos de un todo, con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos. Además, existe un fuerte compromiso con la idea de que las personas, o la personalidad, se comprende en el contexto de la familia y de la comunidad.

Salud

Beck no define la salud de forma explícita. Sin embargo, en sus escritos incluye las ideas tradicionales de salud física y mental. La salud es producto de las respuestas de la mujer a las vidas y los ambientes que las rodean. Los contextos de salud son vitales para entender el singular tema de la salud.

Entorno

Beck escribe sobre el entorno en términos amplios, que incluyen factores individuales, además del mundo exterior de cada persona. El entorno externo incluye acontecimientos, situaciones, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistemas sociopolíticos. Además, existe un conocimiento de que las mujeres en el período fértil reciben cuidados dentro de un sistema de salud estructurado en el modelo médico e impregnado por una ideología patriarcal.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Los postulados de la teoría de Beck están bien representados a lo largo de sus escritos. Conoce la importancia de los trabajos de Sichel y Driscoll (1999) relacionados con los factores biológicos implicados en la depresión posparto a través de las siguientes afirmaciones:

- El cerebro se puede acomodar bioquímicamente a diversas situaciones de estrés relacionadas con acontecimientos externos o internos.
- Los acontecimientos estresantes internos o externos, especialmente a lo largo de períodos prolongados, dan lugar a una alteración de la regulación biológica en el cerebro. Cuantas más provocaciones lleguen al cerebro, más se desregulará y cronificará. Cuando un cerebro ya alterado es sometido de nuevo a más circunstancias de estrés internas o externas, es probable que ocurra un trastorno grave del ánimo o un trastorno psiquiátrico.
- El cerebro normal y único de las mujeres, además de su química hormonal, dan lugar a una vulnerabilidad ante los trastornos del ánimo en los momentos delicados de sus vidas, incluido el posparto.
- La depresión posparto es producto de una combinación de estresantes biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.
- La depresión posparto no es un trastorno homogéneo. Las mujeres pueden expresar una depresión posparto con un único síntoma, pero es más probable que tengan una importante cantidad de síntomas variables. Esto se debe a sus distintas historias vitales y a los estresantes externos e internos.
- Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices y comprendan cómo ser madres de forma natural, y que experimenten la maternidad con un sentimiento de estar completas. Estas expectativas hacen que sea difícil para las mujeres expresar sus sentimientos genuinos de malestar.
- Los estigmas unidos a las enfermedades mentales aumentan considerablemente cuando una enfermedad mental se relaciona con el nacimiento de un hijo, lo que hace que las mujeres sufran en silencio.
- Dentro del marco de la prevención, la depresión posparto se puede evitar mediante la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el período preparto. La depresión posparto se puede identificar de forma precoz con una detección sistemática adecuada, y así, tratarse de forma eficaz. La prevención puede aliviar meses de sufrimiento y disminuir los efectos nocivos sobre las mujeres, sus hijos y sus familias.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Algunas consecuencias y desafíos biológicos, sociológicos y psicológicos son completamente normales en todos los embarazos. Pueden incluir cansancio, alteraciones del sueño y preguntas sobre sus propias capacidades y el placer. Los cuidados prenatales y posnatales pueden eliminar los síntomas patológicos molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, de forma que se reduzca el grado de estrés que experimentan.

FORMA LÓGICA

Chinn y Kramer (2004) identificaron la lógica inductiva como la base de los métodos cualitativos, con el razonamiento de lo particular a lo general. Por el contrario, el razonamiento deductivo se mueve desde lo general a lo particular, extrayendo conclusiones que son lo general. La teoría de la depresión posparto de Beck, como se ha descrito en las secciones previas de este capítulo, identifica cómo la lógica inductiva y deductiva contribuyó de forma significativa al desarrollo de la teoría.

Debido a que la teoría de Beck refleja una vía muy compleja y centrada en su evolución, es útil ser claro sobre qué criterios se usaron para comprender y presentar la teoría. La definición de la teoría que se acepta actualmente es «una estructuración de ideas creativa y rigurosa que proyecta una visión provisional de los fenómenos, con propósitos y sistemática (Chinn y Kramer 2004, p. 91). Las teorías intermedias pueden concluirse utilizando métodos de teorías sobre el terreno e identifican procesos sociales que pueden tener lugar en varios acontecimientos sociales. Por ejemplo, la teoría sustantiva de la depresión posparto de Beck encontró que la pérdida de control era el problema psicosocial básico al que se enfrentaban las mujeres, pero este problema también podía ocurrir en contextos distintos al período posparto.

La evolución de la teoría de Beck es instructiva por varias razones. En primer lugar, los incesantes esfuerzos lineales y lógicos de Beck para desarrollar la teoría con el propósito de una práctica pragmática condujeron a una teoría que aborda un problema práctico concreto. Debido a que su teoría es relativamente nueva, existen pocos contribuyentes a la esencia de la teoría. Por tanto, existe la oportunidad de seguir un proceso muy claro y centrado del desarrollo de la teoría por una experta que comenzó el trabajo como una mujer joven. Beck ha probado su teoría, la ha utilizado con distintas poblaciones, ha probado instrumentos y desarrollado un trabajo en el que otros expertos pueden unirse a ella para contribuir a la ciencia. En segundo lugar, la teoría de la depresión posparto de Beck es notable como ejemplo del desarrollo de una teoría inductiva extensa en un área específica de la práctica enfermera que estudia un problema específico de una paciente. Aunque Beck comenzó su trabajo con una comprensión global de los cuidados, su trabajo centrado en la depresión posparto avanzó a través del desarrollo de una teoría intermedia sustantiva y sigue avanzando. Desde el principio, el objetivo de Beck ha sido comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, desarrollar programas de detección sistemática para una intervención precoz y desarrollar estrategias terapéuticas adecuadas para evitar el daño a las mujeres, sus hijos y sus familias. En consonancia con los objetivos de su investigación, lo que empezó como una teoría sustantiva descriptiva de la depresión posparto ha evolucionado ahora hacia un extenso programa de investigación. Lo que sigue a continuación es la historia de la evolución de la teoría de la depresión posparto de Beck abordada de forma única y sólo comprendida por la autora de este capítulo.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

Conforme los hallazgos de investigación de Beck se han divulgado de forma más amplia, la teoría y los instrumentos basados en la teoría se han utilizado cada vez con mayor frecuencia en Estados Unidos. Además, la PDSS está en uso (y traducida de forma adecuada) en Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Sudáfrica, Alemania, Rusia, Turquía e Israel.

La PDSS se convirtió en un estándar de cuidados para mujeres en la clínica obstétrica de alto riesgo de la Medical University of South Carolina Hospital (A. Raney, comunicación personal, 28 de abril de 2004). Las pacientes de esta clínica tienen un amplio espectro de edades, proceden de diversos grupos étnicos y presentan un amplio abanico de factores de riesgo médicos. Ella ha

observado que la herramienta es un vehículo para iniciar la conversación con las mujeres, que no había tenido lugar antes de introducir la herramienta. Las puntuaciones altas en la PDSS han dado a los médicos pruebas para entender cómo se expresa la depresión posparto en sus pacientes, aumentando su sensibilidad y concienciación. Previsiblemente, se ha puesto en entredicho la distribución de los recursos de la comunidad para satisfacer las necesidades específicas de las pacientes; sin embargo, se ha producido el panorama de la comunidad de Charleston para comprender y responder a las necesidades especiales de las mujeres durante este tiempo.

Las iniciativas en salud pública que implican el trabajo con las nuevas madres y los niños también aplican la teoría de la depresión posparto de Beck a través de la PDSS. Por ejemplo, el Healthy Start CORPS, International Conceptual Care Case Management Project, en Carolina del Norte, comienza a realizar un seguimiento de las mujeres a las 6 semanas posparto. A todas las nuevas pacientes, muchas de las cuales son nativas americanas, se les da la PDSS para que las estrategias de intervención y de tratamiento se puedan transformar en planes individuales para el cuidado de las pacientes y de sus familias (L. Baker, comunicación personal, 29 de abril de 2004). La directora del programa destaca la facilidad con la que las mujeres pueden hablar de los síntomas de la depresión posparto después de completar la herramienta.

El trabajo de Beck ha sido instrumental en la intervención de la comunidad y en los proyectos de educación, como el Ruth Rhoden Craven Foundation para el conocimiento de la depresión posparto, localizado en Carolina del Sur. Helena Bradford fundó esta organización debido a un trágico trastorno del ánimo posparto en su propia familia. La señora Bradford defiende el conocimiento de la realidad posparto en su comunidad y dirige grupos de apoyo (H. Bradford, comunicación personal, 28 de abril de 2004).

Formación

Con frecuencia, Beck recibe invitaciones a conferencias y a reuniones de trabajo de profesionales de la educación. Su trabajo se cita con frecuencia en los textos de enfermería que tratan de cuidados maternos y del recién nacido, como los de Ladewig, London y Olds (2001). En las licenciaturas y en los estudios universitarios de tercer ciclo, el trabajo de Beck establece el estándar del conocimiento y de la comprensión de la depresión posparto. Además, su trabajo se ha utilizado en la formación de los miembros de otras disciplinas para proporcionar cuidados a mujeres y niños, entre ellos médicos, trabajadores de la salud mental, profesionales de la salud pública, trabajadores sociales y quienes trabajan en agencias de servicios sociales. Beck también lleva su trabajo al público general y a los responsables políticos mediante una implicación activa en la comunidad a nivel local, nacional e internacional.

Investigación

El largo desarrollo de la investigación de la teoría de Beck es evidente en la tabla 34-1. Como se describió previamente, ha recibido numerosos galardones en reconocimiento de la importancia de su investigación. Las enfermeras están utilizando cada vez más el trabajo de Beck a nivel de investigación para másters y tesis doctorales. Además, Beck facilita el uso de la investigación en lugares académicos y no académicos.

DESARROLLOS POSTERIORES

Beck ha identificado lo que probablemente se convertirá en un nuevo concepto fundamental de su teoría, así como una restructuración de las definiciones de los trastornos del ánimo posparto (Beck, 2004a, 2004b). Debido al aumento de las comunicaciones de PTDS tras el parto, la autora ha examinado las experiencias de las mujeres en partos traumáticos (Beck, 2004a). En este trabajo inicial, el traumatismo del nacimiento se definió como «un acontecimiento que tiene lugar durante el proceso del parto y que conlleva una lesión grave actual o amenazante o la muerte de la madre o del hijo. Las parturientas sienten un miedo intenso, desamparo, pérdida de control y horror» (Beck 2004a, p. 28). Beck ha observado que las mujeres que habían sufrido PTSD recibían el diagnóstico erróneo de depresión posparto y eran tratadas incorrectamente con antidepresivos. La autora ha recomendado que los trastornos del ánimo posparto se cambien por trastornos del ánimo y ansiedad posparto (Beck, 2004b). El PTSD se debería distinguir como un diagnóstico diferente, con abordajes terapéuticos distintos. El traumatismo

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de nacer, como concepto, se examinará empíricamente y se incluirá de forma apropiada en los instrumentos de predicción y de detección sistemática. Beck (2006c) ha examinado la experiencia en mujeres en el aniversario de su trauma del parto, observando que el cumpleaños del hijo podía ser un momento para experimentar una y otra vez el trauma. La investigación actual de Beck y de la coinvestigadora Carol Lammi-Keefe se centra en el ácido docosahexaenoico en el embarazo y su efecto en la DPP.

En una investigación finalizada en 2008, la autora utilizó la PDSS para detectar la DPP en una muestra adquirida en internet en comparación con una muestra obtenida en la comunidad (Le, Perry y Sheng, 2008). Los resultados iniciales mostraron un alto grado de coherencia interna y validez del constructo entre los dos grupos. Los resultados sugerían que el grupo de internet incluía cifras de participación más altas entre mujeres hispanas y asiáticas y, en general, el grupo de internet mostró más factores de riesgo para un diagnóstico de DPP. Las futuras investigaciones se centrarán en formas satisfactorias de relacionar mujeres seleccionadas en internet con servicios adecuados para la intervención preventiva y terapéutica.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Beck evidencia una claridad semántica porque los conceptos se definen claramente y con coherencia. En las descripciones de las investigaciones y entre ellas, Beck usa términos, ideas, definiciones y conceptos de una manera que reflejan crecimiento, de forma que se definen y se entienden con facilidad. Su investigación y sus escritos emplean un lenguaje inductivo y deductivo y sus palabras son escuetas y claras.

Simplicidad

La depresión posparto es un fenómeno experimental y teóricamente complejo. Sin embargo, la teoría del posparto de Beck sigue una progresión lógica específica de las observaciones realizadas en la práctica enfermera. Es accesible empírica y teóricamente. Es importante señalar que los conceptos y las definiciones usados para predecir el riesgo de depresión posparto en una mujer y los conceptos y las definiciones usados en la detección sistemática de síntomas de depresión posparto en las mujeres son directamente significativos para las mujeres, el público profano, los profesionales de la enfermería y otras disciplinas relacionadas.

Generalidad

Chinn y Kramer (2004) observan que la generalidad se refiere a la capacidad de la teoría para seguir siendo conceptualmente simple, representando así un amplio abanico de experiencias empíricas. La depresión posparto es una experiencia relativamente reducida; por otra parte, su causa es específicamente compleja. Beck se ha dado cuenta de la complejidad de la depresión posparto en la expansión de los conceptos en la teoría. Los temas de generalidad están relacionados con cuán extensamente describe la teoría la experiencia humana y esto se confirma con la aplicabilidad de la teoría en diferentes contextos culturales. Es importante señalar que Beck (2007) ha utilizado la investigación de numerosas fuentes que estudian la depresión posparto en varios grupos geográficos y culturales. El uso de los datos de estos estudios para comparar y contrastar con la teoría existente da una nueva amplitud a la teoría e impacta significativamente en su generalidad.

Precisión empírica

La PDSS se ha visto sujeta a un proceso estadístico riguroso hacia el desarrollo y la estandarización. Beck y Gable (2000) examinaron las propiedades psicométricas de la escala en lo que se refiere a la exactitud de la medida dentro de los ejemplos del desarrollo y del diagnóstico. Los análisis de validez se llevaron a cabo con dos ejemplos, al igual que lo fueron los procedimientos utilizados para establecer las puntuaciones de corte para las interpretaciones clínicas. Estos estudios indicaban que la PDSS es un instrumento de detección sistemática fiable y válido (Beck y Gable, 2000, 2001a, 2001b, 2001c, 2001d). Como se describió previamente, la teoría y la PDSS son relativamente nuevas y, por tanto, no han sido sometidas a una crítica empírica por un gran número de estudiosos. Beck tiene dos instrumentos: la PDSS, que está bien establecida, y el inventario de predictores de la depresión

posparto (PDPI), que ha demostrado ser válido y fiable en estudios más recientes (Beck, 2002b; Hanna, Jarman, Savage y Layton, 2004).

Consecuencias deducibles

El valor del trabajo de Beck es cada vez de mayor importancia en la enfermería y en otras disciplinas. La secuencia de los hechos en la vida de nuestra enfermera adjunta, Andrea Yates (junto con muchas otras) (Meier, 2002), señala la extraordinaria necesidad de un mayor conocimiento de la teoría de la depresión posparto de Beck para la prevención, identificación, intervención precoz y tratamiento. Los trastornos perinatales del ánimo son, obviamente, algo más que inconvenientes transitorios para las mujeres y sus familias.

Existe un reconocimiento cada vez mayor de que la identificación y la intervención precoz de la depresión posparto pertenece a más personas de las que principalmente son las responsables de cuidar a las mujeres durante el embarazo e inmediatamente después del parto (Beck, 2003; Kennedy, Beck y Driscoll, 2002). Debido a las interacciones constantes con madres, las enfermeras pediátricas y neonatales pueden contribuir de forma valiosa a las intervenciones con éxito con las madres que sufren depresión posparto. Las enfermeras psiquiátricas también pueden ser capaces de identificar problemas en las mujeres (o en sus hijos) que no indican inmediatamente depresión posparto.

Sin embargo, el conocimiento sobre la depresión posparto se está desarrollando en una vía que arroja luz sobre consecuencias menos obvias. Recientemente, la depresión posparto se ha relacionado con efectos adversos sobre el desarrollo cognitivo y emocional de los niños y con problemas de comportamiento en niños mayores en el colegio (Beck, 1996a, 1996b, 1999). La depresión posparto podría tener un efecto negativo sobre situaciones como el abuso de sustancias, los accidentes de tráfico, comportamientos delictivos, violencia doméstica, progreso en el colegio, empleo y sueldo, y muchos otros. Un reconocimiento cada vez mayor por parte de la enfermería, de otras profesiones sanitarias y del público en general permitirá una mayor identificación de la influencia de la depresión posparto sobre los numerosos contextos en los que las personas viven su vida.

RESUMEN

El desarrollo de la teoría de la depresión posparto de Beck es el ejemplo de la quintaesencia de cómo el conocimiento de la enfermería se desarrolla desde los problemas de enfermería, utilizando múltiples métodos con pruebas rigurosas. La teoría se ha visto influida por distintas posturas teóricas y filosóficas, que han añadido tanto amplitud como disposición. Los rasgos más importantes de la teoría de Beck son su accesibilidad inmediata y su naturaleza dinámica. La mayor parte de las enfermeras de maternidad son capaces de leer la teoría y de entender cómo aplicarla en su propia práctica. Beck y otros continúan extendiendo la teoría mediante la exploración de su aplicabilidad a distintas poblaciones y explorando vías para llegar a las mujeres con potencial para beneficiarse.

Cada vez más, las enfermeras y una sociedad más abierta están reconociendo que el tema de la depresión posparto no se ha comprendido o conocido adecuadamente. Al igual que otras profesiones sanitarias, la enfermería ha quedado conmocionada por sucesos imprevistos cuando la depresión posparto conduce a los resultados indeseados que aparecen en las noticias. Estos sucesos destacan la importancia de esta teoría. El trabajo de la doctora Cheryl Tatano Beck ha demostrado que la investigación enfermera aporta pruebas para comprender los fenómenos y prevenir la depresión posparto. Su investigación y los instrumentos facilitan la detección, la intervención precoz y el tratamiento.

Caso clínico

A la tierna edad de 11 años, Kim fue «vendida» por su madre a tres hombres adultos para una tarde de sexo y drogas. Kim contó que su madre salió por la puerta y le advirtió «que hiciera lo que le mandaran y que ella volvería por la mañana». Kim nunca se recuperó. Aunque estaba relativamente bien durante los períodos esporádicos en que fue al colegio, su vida eran las drogas y los encuentros sexuales. A la edad de 17 años, Kim estaba embarazada y en la cárcel. Kim había sido arrestada y puesta en libertad varias veces, pero el juez insistió en que esta vez debía permanecer en la cárcel hasta después de tener el niño,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

para garantizar que su hijo estuviera libre de *crack* al nacer. No obstante, las pruebas prenatales de Kim no indicaron consumo de drogas o de alcohol, así como ninguno de los exámenes a los que se sometió en la cárcel. Ella insistió en que nunca consumió drogas o alcohol desde que se dio cuenta de que estaba embarazada (al final del primer trimestre). Por una serie de malentendidos, fue liberada 2 semanas antes de dar a luz. Sin embargo, Kim actuó correctamente, siguió sin consumir drogas (incluso rechazó medicación durante el parto) y dio a luz a una niña sana y preciosa, cuyos análisis de sangre resultaron negativos para drogas.

Kim recuerda que ella había comenzado la maternidad creyendo que sería el acontecimiento que cambiaría su vida. Lo hizo durante varias semanas, pero lentamente se encontró de vuelta a su antigua vida. Recibió dinero para comprar ropa y alimentos para la niña. Sin embargo, a pesar de la ayuda, Kim no tenía un lugar donde vivir y carecía de dinero para mantenerse. Nunca tuvo un trabajo legal en su vida. Recibió atención posparto durante 6 semanas, pero luego este seguimiento finalizó.

Cuando la niña tenía 7 meses, Kim llamó a una enfermera que la había atendido durante el embarazo y le pidió ayuda para dar a su hija en adopción. Creía que simplemente nunca podría darle a su hija la vida que los hijos merecen. Kim volvía a consumir drogas y a la niña la cuidaba en cada momento quien podía. La madre amaba absolutamente a su hija y tomó la elección de la adopción por amor. Kim eligió una agencia cristiana de adopción local. La plantilla le dio la oportunidad de leer los perfiles de las familias potenciales, ver sus fotografías y elegir la familia que podría educar a su hija. Aunque no conocía ni el nombre ni la dirección, la familia y la agencia se comprometieron a enviar fotografías e informes sobre su hija.

Sin recursos ni apoyo, y sin su hija, Kim volvió a la única vida que conocía y con la única gente a la que realmente conocía. Dieciocho meses después, Kim tuvo otro niño. Esta vez, juró que las cosas serían diferentes. Cuando el nuevo niño tenía 7 meses, Kim estaba nuevamente envuelta en el consumo de *crack*, con su hijo yendo de una familia a otra y de un amigo a otro. Por desgracia, Kim estaba presente cuando se cometió un crimen violento con un resultado trágico. Aunque Kim no cometió el crimen, estaba presente y al final fue enviada a la cárcel.

Kim dijo una vez que a ella le gustaba estar embarazada, dar a luz y la idea de ser madre. Dijo: «sería estupendo al principio, pero tras un par de meses comenzaría a sentirme mal. Eso ocurrió con mis dos hijos, alrededor de los 6-7 meses no pude seguir cuidándoles».

Aunque Kim llevó a su hijo a un pediatra para el seguimiento, ninguno de estos médicos la conocía ni conocía su historia y estaban principalmente preocupados por la salud de su hijo. El carácter de Kim es generalmente alegre, sonríe con facilidad. Es probable que nadie le preguntara nunca cosas importantes sobre su vida o su experiencia como madre. A pesar de los intentos, Kim estaba «perdida».

La historia de Kim ilustra la clase de complejidades que pueden hacer de la depresión posparto un desafío, especialmente para mujeres que viven entre drogas y caos. En medio de esta vida, las mujeres aún quieren ser buenas madres y tener las mismas esperanzas y sueños que todos tenemos. Las drogas, el alcohol, los delitos y la vida caótica fueron las únicas avenidas por las que Kim recibió servicios ante hechos consumados.

Las intervenciones de otros podrían haber supuesto una diferencia en muchos puntos de la vida de Kim. Uno de estos puntos fue durante el período prenatal. Ella presentaba con claridad la mayor parte de los factores de riesgo para la depresión posparto, a pesar de su actitud alegre hacia el embarazo. Si usted hubiera sido una de las enfermeras de Kim durante sus cuidados prenatales y la hubiera identificado como en riesgo de depresión posparto, ¿qué clase de plan de ayuda hubiera desarrollado antes o después del parto? ¿Hubiera deseado intervenir en nombre de Kim o en el de su hijo, incluso si sus necesidades se daban en la comunidad y no en los límites de un hospital o consulta?

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Entreviste a una amiga o a una integrante de su familia sobre sus experiencias prenatales y posnatales.
2. ¿Tuvo los sentimientos que usted esperaba? ¿Le sorprendió alguno?
3. ¿Podría haber tenido riesgo de depresión posparto?

4. ¿De qué recursos dispone su comunidad para una mujer con depresión posparto?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Beck, C. T. State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 1. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing.*
- Beck, C. T. State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 2. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing.*
- Polit, D. y Beck, C. T. (2007). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8.ª ed.). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.

Instrumentos de Beck

- Beck, C. T. (1998). Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). Disponible en *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, una publicación de la Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses, publicado por Sage Science Press, un sello de Sage Publications; Print ISSN: 0884–2175.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2002). *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS).* Disponible a través de Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025-1251.

REFERENCIAS

Beck, C. T. (1980). Patient acceptance of fetal monitoring as a helpful tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 9*, 350-353.

Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research, 42*, 42-48.

Beck, C. T. (1996a). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research, 45*(2), 98-104.

Beck, C. T. (1996b). The relationship between postpartum depression and infant temperament: A meta-analysis. *Nursing Research, 45*, 225-230.

Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 27*, 39-46.

Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 24-32.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275-285.

Beck, C. T. (2002a). A meta-synthesis of qualitative research. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 27*(4), 214-221.

Beck, C. T. (2002b). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*(4), 394-402.

Beck, C. T. (2002c). Postpartum depression screening scale (PDSS): Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.

Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care, 3*, 37-46.

Beck, C. T. (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research, 53*, 28-35.

Beck, C. T. (2004b). Post traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research, 53*(4), 216-224.

Beck, C. T. (2006a). Acculturation: Implications for perinatal research. *Maternal Child Nursing, 31*(2), 114-120.

Beck, C. T. (2006b). Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing, 106*(5), 40-50.

Beck, C. T. (2006c). The anniversary of birth trauma: Failure to rescue. *Nursing Research, 55*(6), 381-390.

Beck, C. T. (2007). Exemplar: Teetering on the edge: A continually emerging theory of postpartum depression. In P. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (4th Ed.) (pp. 273-292). Boston: Jones & Bartlett.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*(5), 272-282.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001a). Item response theory in affective instrument development: An illustration. *Journal of Nursing Measurement, 9*, 5-22.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research, 50*, 242-250.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research, 50*(3), 155-164.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Ensuring content validity: An illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement, 9*(2), 201-215.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2003). Postpartum Depression Screening Scale—Spanish version. *Nursing Research, 52*, 296-306.

Chinn, P., & Kramer, M. (2004). *Integrated knowledge development in nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternative for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.

Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain.* Boston: Kluwer Academic.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Hanna, B., Jarman, H., Savage, S., & Layton, K. (2004). The early detection of postpartum depression: Midwives and nurses trial a checklist. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*, 191-197.

Hutchinson, S. (1986). Grounded theory: The method. In P. Munhall & C. Oiler (Eds.), *Nursing research: A qualitative perspective* (pp. 111-130). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Kennedy, H., Beck, C., & Driscoll, J. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(5), 318-330.

Ladewig, P., London, M., & Olds, S. (2001). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (5th ed.). Philadelphia: Prentice Hall.

Le, H.-N., Perry, D., & Sheng, X. (2008). Using the internet to screen for postpartum depression. *Maternal and Child Health Journal*, Springer Netherlands: SpringerLink, February 16, 2008.

Meier, E. (2002). Pediatric ethics, issues & commentary. Andrea Yates: where did we go wrong? *Pediatric Nursing, 28*(3), 299.

Polit, D., & Beck, C. T. (2003). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sichel, D., & Driscoll, J. (1999). *Women's moods*. New York: Harper Collins.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Libros

Beck, C. T. (1999). *Postpartum depression: Case studies, research, and nursing care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Beck, C. T. (2008). *Postpartum mood and anxiety disorders: Case studies, research, and nursing care*. Washington, D.C: Association of Women's Health, Obstetrics, and Neonatal Nursing.

Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2002). *Postpartum Depression Screening Scale manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Cesario, S. K., Beck, C. T., Creehan, P., Watts, N., & Santa-Donato, A. (2006). *Compendium of postpartum care* (2nd Ed.). Washington, D.C: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nursing.

Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Canadian essentials of nursing research* (2nd Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D., & Beck, C. T. (2004). *Instructor's resource CD-ROM to accompany nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D., & Beck, C. T. (2004). *Study guide to accompany nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Instructor's resource manual and textbook to accompany essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Study guide to accompany essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Instructor's Resource CD-ROM to accompany nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Resource manual to accompany nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Instructor's resource manual and textbook to accompany essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Study guide to accompany essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Capítulos de libros

Beck, C. T. (1994). Researching the lived experience of caring. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring based program* (pp. 93-126). New York: National League for Nursing Publications.

Beck, C. T. (1998). Meta-analysis. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 308-310). New York: Springer.

Beck, C. T. (1998). Phenomenology. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 431-433). New York: Springer.

Beck, C. T. (1998). Replication research. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of nursing research* (pp. 485-486). New York: Springer.

Beck, C. T. (1999). Grounded theory research. In J. Fain (Ed.), *Reading, understanding, and applying nursing research* (pp. 205-225). Philadelphia: F. A. Davis.

Beck, C. T. (2004). Grounded theory research. In J. Fain (Ed.), *Reading, understanding, and applying nursing research* (pp. 205-225). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Beck, C. T. (2006). Chapter 6. Postpartum mood and anxiety disorders. In *The Compendium of Postpartum Care.* Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nursing: Washington D.C.

Beck, C. T. (2007). Exemplar: Teetering on the edge: A continually emerging theory of postpartum depression. In P. L. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (4th edition). Sudbury, MA: Jones & Bartlett. (pp. 273-292).

Beck, C. T. (in press). Postpartum mood and anxiety disorders. In S. Cesario, K. Morin, & D. Hobbins (Eds.). *Nursing care of women and newborns.* Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice-Hall.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2005). The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). In C. Henshaw & S. Elliott (Eds.) *Screening for perinatal depression* (pp. 133-140). London: Jessica Kingley Publishers.

Judge, M. P., & Beck, C. T. (in press). Postpartum depression and the role of nutritional factors. In C. J. Lammi-Keefe, S. C. Couch, & E. Philipson (Eds.). *Nutrition and health: Handbook of nutrition and pregnancy.* Totoway, NJ: Humana Press.

Artículos de libros

Beck, C. T. (1979). The occurrence of depression in women and the effect of the women's movement. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, *17*, 14-16.

Beck, C. T. (1980). Patient acceptance of fetal monitoring as a helpful tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 9*, 350-353.

Beck, C. T. (1982). The conceptualization of power. *ANS Advances in Nursing Science*, *4*, 1-17.

Beck, C. T. (1983). Parturients' temporal experiences during the phases of labor. *Western Journal of Nursing Research*, *5*, 283-295.

Beck, C. T. (1984). Subject mortality: It is inevitable? *Western Journal of Nursing Research*, *6*, 331-339.

Beck, C. T. (1985). Teaching strategy for an undergraduate research course: Student exercises. *Nurse Educator*, *10*, 6.

Beck, C. T. (1985). Theoretical frameworks cited in Nursing Research from 1974-1985. Nurse Educator, *10*, 36-39.

Beck, C. T. (1986). Research attitudes in baccalaureate nursing students. *Nurse Educator*, *11*, 6-7.

Beck, C. T. (1986). Strategies for teaching nursing research: Small group games. *Western Journal of Nursing Research*, *8*, 233-238.

Beck, C. T. (1986). Teaching practicum with an educational nurse specialist. *Nurse Educator*, *11*, 5.

Beck, C. T. (1986). Use of nonparametric statistics in graduate student research projects. *Journal of Nursing Education*, *25*, 41-42.

Beck, C. T. (1987). Vaginal and cesarean birth mothers' temporal experiences during the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 16*, 366-367.

Beck, C. T. (1988). Creating a research atmosphere for the student body of a nursing department: The use of small group projects. *Nurse Educator*, *13*, 5-6.

Beck, C. T. (1988). Norm setting for the verbal estimation of a 40-second interval by women of childbearing age. *Perceptual and Motor Skills*, *67*, 557-578.

Beck, C. T. (1988). Pediatric nursing research published from 1977-1986. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 11*, 261-270.

Beck, C. T. (1988). Review of strategies for teaching nursing research 1979-1986. *Western Journal of Nursing Research*, *10*, 222-225.

Beck, C. T. (1989). A teaching strategy: Mini publication workshop. *Nurse Educator*, *14*, 28.

Beck, C. T. (1989). Fundamentals of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing research. Part I. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 18*, 216-221.

Beck, C. T. (1989). Fundamentals of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing research. Part II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 18*, 288-294.

Beck, C. T. (1989). Fundamentals of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing research. Part III. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 18*, 385-389.

Beck, C. T. (1989). Maternal newborn nursing research published from 1977-1986. *Western Journal of Nursing Research*, *11*, 621-626.

Beck, C. T. (1990). The research critique: General criteria for evaluating a research project. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 19*, 18-22.

Beck, C. T. (1990). Qualitative research: Methodologies and use in pediatric nursing. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 13*(3), 193-201.

Beck, C. T. (1991). Early postpartum discharge: Literature review and critique. *Women and Health*, *17*, 125-138.

Beck, C. T. (1991). How students perceive faculty caring: A phenomenological study. *Nurse Educator*, *16*(5), 18-22.

Beck, C. T. (1991). Maternity blues research: A critical review. *Issues in Mental Health Nursing, 12*, 291-300.

Beck, C. T. (1991). Nursing students' lived experience of health: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education*, *30*(8), 371-374.

Beck, C. T. (1992). Caring among nursing students: A phenomenological study. *Nurse Educator*, *17*, 22-27.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Beck, C. T. (1992). Caring between nursing students and physically/mentally handicapped children: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education*, *31*, 361-366.
Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*, *41*, 166-170.
Beck, C. T. (1993). Caring relationships between nursing students and their patients. *Nurse Educator*, *18*, 28-32.
Beck, C. T. (1993). Integrating research into an RN to BSN clinical course, a phenomenological method. *Western Journal of Nursing Research*, *15*, 118-121.
Beck, C. T. (1993). Nursing students' initial clinical experience: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, *30*, 489-497.
Beck, C. T. (1993). Qualitative research: The evaluation of its credibility, fittingness and auditability. *Western Journal of Nursing Research*, *15*, 263-266.
Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, *42*, 42-48.
Beck, C. T. (1994). Achieving statistical power through design sensitivity. *Journal of Advanced Nursing*, *20*, 912-916.
Beck, C. T. (1994). Phenomenology: Its use in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, *31*, 499-510.
Beck, C. T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, *16*, 254-267.
Beck, C. T. (1994). Replication strategies and their use in nursing research. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *26*, 191-194.
Beck, C. T. (1994). Statistical power analysis in pediatric nursing research. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *17*, 73-80.
Beck, C. T. (1994). Women's temporal experiences during the delivery process: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, *31*, 245-252.
Beck, C. T. (1995). Burnout in undergraduate nursing students. *Nurse Educator*, *20*, 19-23.
Beck, C. T. (1995). Meta-analysis: Overview and application to clinical nursing research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *27*, 39-46.
Beck, C. T. (1995). Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *24*, 819-825.
Beck, C. T. (1995). Screening methods for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *24*, 308-312.
Beck, C. T. (1995). The effect of postpartum depression of maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, *44*, 298-304.
Beck, C. T. (1996). A concept analysis of panic. *Archives of Psychiatric Nursing*, *10*, 265-275.
Beck, C. T. (1996). Nursing students' experiences caring for cognitively impaired elders. *Journal of Advanced Nursing*, *23*, 992-998.
Beck, C. T. (1996). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, *45*, 98-104.
Beck, C. T. (1996). Predictors of postpartum depression: A meta-analysis. *Nursing Research*, *45*, 297-303.
Beck, C. T. (1996). The relationship between postpartum depression and infant temperament: A meta-analysis. *Nursing Research*, *45*, 225-230.
Beck, C. T. (1996). Use of a meta-analytic database management system. *Nursing Research*, *45*, 181-184.
Beck, C. T. (1997). Developing a research program using qualitative and quantitative approaches. *Nursing Outlook*, *45*, 265-269.
Beck, C. T. (1997). Humor in nursing practice: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, *34*, 346-352.
Beck, C. T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, *36*, 408-415.
Beck, C. T. (1997). Use of meta-analysis as a teaching strategy in nursing research courses. *Journal of Nursing Education*, *36*, 87-90.
Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *27*, 39-46.
Beck, C. T. (1998). A review of research instruments for use during the postpartum period. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, *23*, 254-261.
Beck, C. T. (1998). Effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *12*, 12-20.
Beck, C. T. (1998). Intuition in nursing practice. Sharing graduate students' exemplars with undergraduate students. *Journal of Nursing Education*, *37*, 169-172.
Beck, C. T. (1998). Postpartum onset of panic disorder. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*, 131-135.
Beck, C. T. (1998). Screening for postpartum depression. *OB/GYN Nursing Forum*, *6*, 1-8.
Beck, C. T. (1999). Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, *24*, 25-32.
Beck, C. T. (1999). Content validity exercises for nursing students. *Journal of Nursing Education*, *38*, 133-135.
Beck, C. T. (1999). Facilitating the work of a meta-analyst. *Research in Nursing and Health*, *22*, 523-530.
Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behavioral problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *29*, 623-629.

Beck, C. T. (1999). Opening students' eyes: The process of selecting a research instrument. *Nurse Educator, 24*, 21-23.
Beck, C. T. (1999). Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines, 3*, 41-44.
Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 24-32.
Beck, C. T. (2000). Choosing nursing as a career. *Journal of Nursing Education, 39*, 320-322.
Beck, C. T. (2000). Trends in nursing education since 1976. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 25*, 290-295.
Beck, C. T. (2001). Caring within nursing education: A meta-synthesis. *Journal of Nursing Education, 40*, 101-109.
Beck, C. T. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research, 50*(4), 242-250.
Beck, C. T. (2001). Maternal depression and problematic behavior in children. *Understanding Mental Health* (Online journal). Accessed January 12, 2004, at: *http://www.depression.org.uk*
Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*, 275-285.
Beck, C. T. (2002). Mothering multiples: A meta-synthesis of the qualitative research. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 27*, 214-221.
Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis of qualitative research. *Qualitative Health Research, 12*, 453-472.
Beck, C. T. (2002). Releasing the pause button: Mothering twins during the first year of life. *Qualitative Health Research, 12*, 593-608.
Beck, C. T. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of the Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*, 394-402.
Beck, C. T. (2002). Theoretical perspectives of postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 27*, 282-287.
Beck, C. T. (2003). Initiation into qualitative data analysis. *Journal of Nursing Education, 42*, 231-234.
Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care, 3*, 37-46.
Beck, C. T. (2003). Seeing the forest for the trees: A qualitative synthesis exercise. *Journal of Nursing Education, 42*, 231-234.
Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research, 53*, 28-35.
Beck, C. T. (2004). Post traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research, 53*(4), 216-224.
Beck, C. T. (2005). Benefits of participating in internet interviews: Women helping women. *Qualitative Health Research, 15*, 411-422.
Beck, C. T. (2006). Acculturation: Implications for perinatal research. *Maternal Child Nursing, 31*(2), 114-120.
Beck, C. T. (2006). Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing, 106*(5), 40-50.
Beck, C. T. (2006). The anniversary of birth trauma: Failure to rescue. *Nursing Research, 55*(6), 381-390.
Beck, C. T. (2006). Pentadic cartography: Mapping birth trauma narratives. *Qualitative Health Research, 16*, 453-466.
Beck, C. T. (in press). The impact of birth trauma on breastfeeding: A tale of two pathways. *Nursing Research.*
Beck, C. T. (in press). An adult survivor of childhood sexual abuse and her breastfeeding experience: A case study. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing.*
Beck, C. T., & Barnes, D. L. (2006). Post-traumatic stress disorder in pregnancy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, Summer, 4-9.
Beck, C. T., Bernal, H., & Froman, R. D. (2003). Methods to document the semantic equivalence of a translated scale. *Research in Nursing & Health, 26*, 64-73.
Beck, C. T., Froman, R. D., & Bernal, H. (2005). Acculturation level and postpartum depression in Hispanic mothers. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*, 299-304.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*, 272-282.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research, 50*, 242-250.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Ensuring content validity: An illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement, 9*, 201-215.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research, 50*, 155-164.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Item response theory in affective instrument development: An illustration. *Journal of Nursing Measurement, 9*, 5-22.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2003). Postpartum Depression Screening Scale—Spanish version. *Nursing Research, 52*, 296-306.
Beck, C. T., & Gable, R. K. (2005). Screening performance of the Postpartum Depression Screening Scale—Spanish Version. *Journal of Transcultural Nursing, 16*, 331-338.
Beck, C. T., & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34*, 569-576.
Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further validation of the Postpartum Depression Predictors Inventory—Revised. *Research in Nursing & Health, 29*, 489-497.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Beck, C. T., Reynolds, M., & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 21*, 287-293.

Beck, C. T., Reynolds, M., & Rutowski, P. (1992). Women's verbal estimation of a 40-second interval during the first week postpartum: A replication. *Perceptual and Motor Skills, 74*, 321-322.

Clemmens, D., Driscoll, J., & Beck, C. T. (2004). Postpartum depression as profiled through the Postpartum Depression Screening Scale. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 29*(3), 180-185.

Kennedy, H., Beck, C. T., & Driscoll, J. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*, 318-330.

Le, H., Perry, D., & Sheng, X. (2009). Using the internet to screen for postpartum depression. *Maternal Child Health Journal, 13*, 213-221.

Polit, D., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? *Research in Nursing & Health, 29*, 489-497.

Polit, C., & Beck, C. T. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*, 459-467.

Polit, D., & Beck, C. T. (2008). Is there gender bias in nursing research? *Research in Nursing & Health, 31*(5), 417-427.

Records, K., Rice, M., & Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory—Revised. *Journal of Nursing Measurement, 15*, 189-202.

Rychnovsky, J. D., & Beck, C. T. (2006). Screening for postpartum depression in military women using the Postpartum Depression Screening Scale. *Military Medicine, 171*, 1100-1104.

CAPÍTULO 35

Kristen M. Swanson

1953-presente

Teoría de los cuidados

Danuta M. Wojnar

«Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal» (Swanson, 1991, p. 162).

BIOGRAFÍA

Kristen M. Swanson, R.N., Ph.D., F.A.A.N., nació el 13 de enero de 1953 en Providence (Rhode Island). Se licenció con calificación *cum laude* en la University of Rhode Island College of Nursing en 1975. Después de graduarse, Swanson comenzó su carrera como enfermera en el University of Massachussets Medical Center, en Worcester. Lo que le atrajo de esta institución fue la orientación del fundador hacia una visión de la práctica profesional de la enfermería y que trabajaba activamente con las enfermeras para aplicar esos ideales al trabajo con los clientes (Swanson, 2001).

Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo final de enseñar esas destrezas a otros. De ahí que completara el posgrado Adult Health and Illness Nursing Program en la University of Pennsylvania, en Filadelfia. Tras obtener un máster en enfermería (1978), Swanson trabajó durante un año como instructora clínica de enfermería médico-quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la University of Colorado, en Denver (Colorado), donde estudió enfermería psicosocial haciendo hincapié en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados.

Como estudiante de doctorado, Swanson participó en un grupo de apoyo al nacimiento por cesárea, como parte de una experiencia práctica con una actividad de promoción de la salud. En uno de los encuentros a los que asistía (centrado en el aborto) observó que, mientras el médico invitado como orador se centraba en la fisiopatología y en los problemas de salud prevalentes después del aborto, las mujeres

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

asistentes estaban más interesadas en hablar de sus experiencias personales por la pérdida gestacional. A partir de aquel día, Swanson decidió aprender más sobre la experiencia humana y las respuestas al aborto; los cuidados y el aborto se convirtieron en el tema de su tesis doctoral y posteriormente de su programa de investigación.

Tras doctorarse en ciencias de la enfermería, Swanson recibió una beca posdoctoral otorgada individualmente por el National Research Service del National Center for Nursing Research, que completó bajo la dirección de la doctora Kathryn E. Barnard en la University of Washington, en Seattle. Posteriormente se unió al profesorado de la University of Washington School of Nursing, donde actualmente prosigue su trabajo académico como profesora y presidenta del Department of Family Child Nursing. Además de las responsabilidades docentes y administrativas, Swanson dirige investigaciones subvencionadas por los National Institutes of Health y los National Institutes of Nursing Research, publica, es mentora de profesores y estudiantes de doctorado y de másteres, y actúa como consultora nacional e internacional. En reconocimiento a las numerosas y destacadas contribuciones al desarrollo de la disciplina de enfermería, entre otros honores, Swanson es miembro de la American Academy of Nursing (1991) y recibió el Distinguished Alumnus Award de la University of Rhode Island (2002).

FUENTES TEÓRICAS

Swanson ha recurrido a diversas fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados. Ella recuerda que desde el comienzo de su carrera de enfermería, el conocimiento adquirido en los libros y la experiencia clínica la hizo muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que atendía:

> Observar a los pacientes moverse en un espacio de total dependencia y salir de allí restablecidos era como ser testigo de un milagro. Sentarse con los cónyuges mientras confiaban el corazón (y la vida) de su pareja al equipo quirúrgico era sobrecogedor. Era alentador observar los recursos internos a los que podían apelar los miembros de la familia para transferir lo que no podían controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación y, en algunos casos, la muerte (Swanson, 2001, p. 412).

Además, Swanson reconoce a algunos especialistas de enfermería que le dieron la oportunidad de modelar sus opiniones sobre la disciplina enfermera y que influyeron en su programa de investigación. Reconoce que asistir como enfermera alumna de máster al curso de la doctora Jacqueline Fawcett sobre las bases conceptuales de la práctica de la enfermería, no sólo le hizo comprender mejor las diferencias entre los objetivos de la enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, sino que le hizo darse cuenta de que cuidar a otros a través de las transiciones vitales de salud, enfermedad, curación y muerte era congruente con sus valores personales (Swanson, 2001). Por tanto, Swanson escogió a la doctora Jean Watson como directora de sus estudios de doctorado. Atribuye a la influencia de la doctora Watson el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral. Sin embargo, a pesar de la estrecha relación de trabajo y del énfasis sobre los cuidados en la tesis de Swanson, ni Swanson ni Watson han visto nunca el programa de investigación de Swanson como una aplicación de la teoría del cuidado humano de Watson (Watson, 1979, 1988, 1999). En su lugar, tanto Swanson como Watson reivindican que la compatibilidad de los hallazgos sobre los cuidados en sus programas individuales de investigación añade credibilidad a sus afirmaciones teóricas (Swanson, 2001). Swanson también agradece a la doctora Kathryn E. Barnard que la animara a hacer la transición desde el paradigma interpretativo al empírico contemporáneo, a transferir lo que aprendió y postuló sobre los cuidados a lo largo de varias investigaciones fenomenológicas para dirigir la investigación de intervención y, como es de esperar, la práctica clínica con mujeres que han abortado.

Conceptos principales y definiciones

CUIDADOS

Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swanson, 1991).

CONOCIMIENTO

El conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Swanson, 1991).

ESTAR CON

Estar con significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (Swanson, 1991).

HACER POR

Hacer por significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson, 1991).

POSIBILITAR

Posibilitar es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación (Swanson, 1991).

MANTENER LAS CREENCIAS

Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (Swanson, 1991).

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Swanson formuló su teoría de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones. Para su tesis doctoral Swanson analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente utilizando fenomenología descriptiva. Como resultado de esta investigación fenomenológica, Swanson propuso dos modelos:

1. El modelo de los cuidados.
2. El modelo de la experiencia humana del aborto.

El modelo de los cuidados, en el que Swanson propuso cinco procesos básicos (conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que dan significado a actos etiquetados como cuidados (Swanson-Kauffman, 1986, 1988a, 1988b), llegó a ser más tarde la base de la teoría intermedia de los cuidados de Swanson (1991).

Cuando era una estudiante posdoctoral, Swanson realizó otro estudio fenomenológico que exploró cómo se proporcionaban los cuidados a lactantes vulnerables en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Como resultado de esta investigación, Swanson (1990) descubrió que el proceso de los cuidados que identificó en las mujeres que habían abortado también era aplicable a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños en la UCIN. Por tanto, decidió conservar la formulación que describía los actos de los cuidados y propuso que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio entre cuidados (de uno mismo y de la persona a la que se cuida), acompañamiento (a otros y roles),

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces (Swanson, 1990).

En una investigación fenomenológica posterior realizada con madres de alto riesgo social, Swanson (1991) exploró lo que había sido para estas madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo. Swanson recuerda que, después de este estudio, finalmente fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados. Las investigaciones fenomenológicas realizadas colectivamente con mujeres que habían abortado, con sanitarios de la UCIN y con madres de alto riesgo social sentaron las bases para que el modelo de cuidados evolucionara hasta la teoría intermedia de los cuidados (Swanson, 1991, 1993).

Posteriormente, Swanson probó su teoría de los cuidados con mujeres que abortaron, en varias investigaciones financiadas por los National Institutes of Health, National Institutes of Nursing Research y otros proveedores de financiación. La investigación de intervención de Swanson (1999a, 1999b) ($n=242$) se centró en examinar los efectos de las sesiones de orientación basadas en los cuidados sobre la aceptación de la pérdida por la mujer y sobre el bienestar emocional durante el primer año después del aborto. Algunos objetivos adicionales del proyecto fueron examinar los efectos del paso del tiempo sobre la curación durante ese primer año y desarrollar estrategias para controlar intervenciones de los cuidados. Este estudio estableció que, aunque el paso del tiempo tenía efectos positivos sobre la curación de la mujer tras el aborto, las intervenciones de cuidados ejercían un impacto positivo sobre la reducción global de la alteración del estado de ánimo, del enfado y del nivel de depresión. El segundo objetivo de esta investigación era controlar la variable de los cuidados e identificar si éstos eran administrados como se pretendía. Para hacerlo, se controlaron los cuidados de las tres maneras siguientes:

1. Se transcribieron aproximadamente el 10% de las sesiones orientativas y se analizaron los datos mediante un análisis del contenido inductivo y del deductivo.
2. Antes de cada sesión, el consejero completó el *Perfil de Estados de Ánimo* de McNair, Lorr y Droppleman (1981) para comprobar si el estado de ánimo del consejero se asociaba con las puntuaciones de los cuidados de cada mujer después de cada sesión, usando una *Escala Profesional de Cuidados* desarrollada por el investigador.
3. Después de cada sesión, el consejero completaba una *Escala de Puntuación del Consejero* desarrollada por el investigador y tomaba notas descriptivas sobre su propia actuación.

El hallazgo más notable del control de los cuidados era que, en conjunto, los clientes estaban muy satisfechos con el cuidado recibido durante las sesiones de orientación, lo que sugería que se daban y se recibían cuidados previstos.

La siguiente investigación de Swanson (1999c) fue un metaanálisis de la bibliografía sobre los cuidados. Una revisión en profundidad de 130 investigaciones sobre los cuidados le llevó a proponer que el conocimiento sobre los cuidados puede ser catalogado en cinco dominios (niveles) y que la investigación realizada en cualquiera de los dominios asume la presencia de todos los dominios previos (Swanson, 1999c). El primer dominio se refiere a las capacidades de la persona para dar cuidados; el segundo, a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados; el tercero, a las condiciones (enfermera, cliente, organización) que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados; el cuarto, a las acciones de los cuidados, y el quinto hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional (Swanson, 1999c). Realizar el metaanálisis de la bibliografía aclaró el significado del concepto de cuidado tal como se utiliza en la disciplina de enfermería y dio validez a la transferibilidad de la teoría intermedia de los cuidados de Swanson, más allá del contexto perinatal.

Más recientemente, Swanson ha realizado un estudio de intervención financiado por los National Institutes of Health, llamado *Proyecto de Curación de las Parejas después del Aborto* (Couples Miscarriage Healing Project). Los objetivos de esta investigación fueron comprender mejor los efectos del aborto sobre hombres y mujeres como individuos y como parejas, explorar los efectos del aborto sobre las relaciones de pareja e identificar las mejores formas de ayudar a hombres y mujeres a recuperar la salud, como individuos y como parejas, después de una pérdida gestacional inesperada. Los participantes del estudio (341 parejas heterosexuales) fueron asignados aleatoriamente al grupo de control o a uno de los tres grupos de tratamiento siguientes: *a)* cuidado de enfermería, que incluía asistir a tres sesiones de orientación con una enfermera; *b)* autocuidado, que comportaba realizar tres

vídeos y cuadernos de ejercicios, o *c)* cuidado combinado, que comportaba asistir a una sesión de cuidado con una enfermera y tres vídeos y cuadernos de ejercicios, para determinar la forma más eficaz de dar apoyo a las parejas después de un aborto. Todas las intervenciones fueron diseñadas y practicadas en el marco de la teoría de los cuidados de Swanson. Los análisis de datos en curso han demostrado que, si bien los dos sexos son afectados por una pérdida gestacional inesperada y temprana, las mujeres sufren más pena y depresión que los hombres. Además, Swanson observó que las intervenciones de cuidado fueron eficaces para facilitar la curación a las parejas. En el momento publicarse esta obra se están preparando para la publicación los artículos con los resultados del estudio.

PRINCIPALES SUPUESTOS

En 1993, Swanson desarrolló aún más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro fenómenos de interés fundamentales en la disciplina enfermera: enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

Enfermería

Swanson (1991, 1993) define la enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por «el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales» (Swanson, 1993, p. 352).

Persona

Swanson (1993) define a las personas como «seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas» (p. 352). Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de «una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío» (Swanson, 1993, p. 352). Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

Swanson (1993) considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se autorreflejan y que anhelan estar conectadas con otros. Sugiere que: «… el legado espiritual conecta a cada ser con una fuente eterna y universal de bondad, misterio, vida, creatividad y serenidad. El legado espiritual puede ser un alma, poder superior/Espíritu Santo, energía positiva o, simplemente, gracia. El libre albedrío se identifica con la elección y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades» (p. 352). Sin embargo, Swanson (1993) observó que las limitaciones impuestas por la raza, la clase social, el sexo o el acceso al cuidado pueden impedir que las personas ejerzan su libre albedrío. Por tanto, admitir el libre albedrío exige a la disciplina de la enfermería que acepte la individualidad y que tenga en cuenta todo un abanico de posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras.

Además, Swanson postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina de la enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. Finalmente, cuando las enfermeras piensan sobre el otro, hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y su cuidado, así como ser cuidadas por los demás.

Salud

Según Swanson (1993), la experiencia de la salud y el bienestar son:

> «… vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Las facetas del ser incluyen los muchos seres que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relación, feminidad, masculinidad y sexualidad, por mencionar sólo unas pocas» (p. 353).

Así, Swanson considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye «desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud» (Swanson, 1993, p. 353).

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Entorno

Swanson (1993) define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es «cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente» (p. 353). Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar sólo unos pocos. Según Swanson (1993), los términos *entorno* y *persona-cliente* en enfermería pueden verse de forma intercambiable. Por ejemplo, Swanson plantea: «con fines heurísticos, el objetivo sobre el entorno/cliente puede ser especificado a nivel intraindividual, en el que el "cliente" puede estar en el nivel intracelular y el ambiente pueden ser los órganos, tejidos o cuerpo del que la célula es parte» (p. 353). Por tanto, lo que se considera un entorno en una situación puede ser considerado cliente en otra.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría de los cuidados de Swanson (Swanson, 1991, 1993, 1999b) derivó empíricamente de una investigación fenomenológica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros. Swanson (1991) define los cuidados como «una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal» (p. 162).

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Swanson (1993) afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer por y posibilitar al cliente. Los procesos de los cuidados se superponen y pueden no existir separados unos de otros. Cada uno de ellos es un componente integral de la estructura ramificada de los cuidados (fig. 35-1). Resumiendo, en las relaciones de cuidados entre enfermeras y clientes, Swanson (1993) se dio cuenta de que el repertorio de los tratamientos de cuidados de las enfermeras principiantes podía ser algo limitado y estar restringido por la inexperiencia. Por otro lado, las técnicas y el conocimiento que envuelven los cuidados de las enfermeras con experiencia pueden ser tan complicados y sutiles que los cuidados pueden pasar desapercibidos para un observador profano.

Sin embargo, Swanson (1993) afirma que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

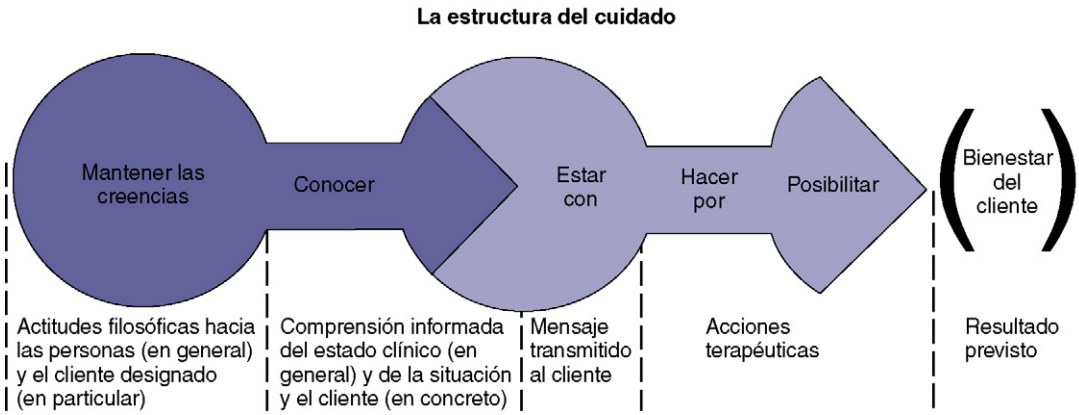


Figura 35-1 La estructura del cuidado está en relación con la actitud filosófica de la enfermera, el conocimiento dado, la transmisión del mensaje, la acción terapéutica y los resultados esperados. (De Swanson, K. M. [1993]. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25[4], 352-357.)

FORMA LÓGICA

La teoría intermedia de los cuidados de Swanson se desarrolló empíricamente utilizando una metodología inductiva. Chinn y Kramer (2004, 2008) han propuesto que con el razonamiento inductivo, las hipótesis y las relaciones son producidas experimentando u observando fenómenos y sacando conclusiones. La teoría de Swanson fue generada a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que sufrieron pérdidas gestacionales inesperadas, personal sanitario al cuidado de niños prematuros y enfermos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y madres de alto riesgo social que recibían cuidado a largo plazo por enfermeras que estudiaban un máster. Swanson (1991) postula que los cuidados, como forma educativa de relacionarse con otro ser humano, no son de la esfera exclusiva de la enfermería perinatal. De hecho, afirma que conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias son componentes esenciales de cualquier relación enfermera-cliente. También asegura que su metaanálisis en profundidad de la investigación sobre los cuidados respalda la generalidad de su teoría más allá del contexto perinatal (Swanson, 1999c).

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica. La proposición de que los cuidados son fundamentales para la práctica de la enfermería tuvo su comienzo en la comprensión por la teórica de la importancia de los cuidados en la práctica profesional de la enfermería y en los hallazgos de las investigaciones fenomenológicas de Swanson. Sus investigaciones posteriores demostraron la aplicabilidad de la teoría de los cuidados en la práctica clínica y en la investigación de enfermería. Así, la teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la enfermería por varias organizaciones de Estados Unidos, Canadá y Suecia. Un ejemplo es la Dalhousie University School of Nursing en Halifax (Nueva Escocia, Canadá), que seleccionó la teoría de los cuidados de Swanson para dirigir el desarrollo de las futuras generaciones de enfermeras como profesionales de los cuidados. Asimismo, las enfermeras del IWK (Izaak Walton Killam) Health Centre, un hospital terciario para mujeres, niños y familias en Halifax (Nueva Escocia) reconocieron el legado tradicional de la enfermería como una disciplina de cuidados-curación y los conceptos en la teoría de Swanson aplicables a la práctica. Así, en 1998, el Nursing Practice Council del IWK utilizó la teoría de los cuidados de Swanson como su marco para la práctica profesional de la enfermería.

Reynolds (1971) ha propuesto que una teoría útil proporciona una sensación de comprensión y de aplicabilidad a la práctica. Los cuidados de enfermería pueden manifestarse de diversas maneras y en muchos contextos prácticos. Por ejemplo, en el posparto, enseñar a los nuevos padres cómo bañar al niño con competencia y sensibilidad incorpora los cinco procesos del cuidado. El acto comprende hacer por (enseñar el baño al recién nacido como padres también hubiera bastado si tuvieran la habilidad); elegir sin prisas el momento del baño para asegurarse de que el niño está despierto y que estén presentes los padres transmite buena disposición de estar con, y el observar, preguntar e implicar a los padres en la tarea les ocupa en el cuidado de su propio hijo (posibilitar) a la vez que reconocen que son perfectamente capaces de cuidar de su nuevo hijo y que sus preferencias son importantes (mantener las creencias y conocimiento). Al realizar este acto aparentemente simple, la enfermera puede crear un ambiente óptimo para aprender y permitir a los nuevos padres que tomen decisiones sobre el cuidado del niño, al tiempo que introduce la tarea como una oportunidad para mantener un encuentro social importante y desarrollar una relación de confianza.

Formación

Los cuidados son un concepto difícil de aceptar sin comprenderlo. El cuidado humano y altruista que tiene lugar cuando se aplica la teoría en la práctica oscila desde la sencillez de alimentar o arreglar a una persona mayor incapacitada, a la complejidad de controlar y tratar la recuperación de un paciente que ha sufrido un ictus y a aumentar las habilidades de los nuevos padres para el cuidado de los niños. Los cuidados de enfermería reconocen la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en sus vidas cotidianas,

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

como demostró Swanson en sus investigaciones con mujeres que habían abortado, profesionales de la UCIN y madres de alto riesgo social. Así, la teoría de Swanson ofrece a los profesores de enfermería actual una forma sencilla de iniciar a los estudiantes en la profesión, sumergiéndoles en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado para promover, restaurar o mantener el bienestar óptimo de las personas.

Investigación

Swanson ha insistido en el desarrollo de su teoría, desde describir y definir el concepto de los cuidados y los procesos básicos de los mismos a instrumentar el desarrollo de la investigación de intervención con mujeres y hombres que sufren pérdidas gestacionales inesperadas. Una reciente revisión de las bases de datos computarizadas (MEDLINE, CINHAL y Digital Dissertations) indicó que el trabajo de Swanson sobre los cuidados y el aborto ha sido citado, o utilizado de otra forma, en más de 160 publicaciones de las bases de datos. Los últimos ejemplos de aplicación de la teoría de los cuidados de Swanson en investigación clínica incluyen explorar la erudición clínica en la práctica (Kish y Holder, 1996), pautas para enfermeras que trabajan con pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (Yorkston, Klasner y Swanson, 2001), evaluar el impacto de los cuidados en el trabajo con poblaciones vulnerables (Kavanaugh, Moro, Savage y Mehendale, 2006), la importancia de crear un entorno de cuidados en el trabajo con ancianos (Sikma, 2006) y el estudio de Wojnar (2007) de parejas de lesbianas que habían sufrido un aborto, entre otros.

DESARROLLOS POSTERIORES

Swanson sugiere que está más interesada en probar y aplicar su teoría a la práctica clínica que en desarrollarla más. Sin embargo, hay muchas posibilidades de desarrollar aún más y de probar la teoría de los cuidados de Swanson en diversos contextos de salud y enfermedad. No es inconcebible que su afirmación sobre lo que constituyen los cuidados pueda ser aplicable a otras disciplinas de ayuda, como la enseñanza, el trabajo social y la medicina, y en varias situaciones vitales, más allá de la enfermería.

CRÍTICA

Claridad

La claridad se refiere a lo bien que puede ser comprendida la teoría y la forma clara y consistente con que los conceptos se presentan y conceptualizan (Chinn y Kramer, 2004, 2008). Meleis (2007) afirma que «indica la precisión de los límites, una comunicación de un sentido de orden, vivacidad del significado y coherencia a lo largo de la teoría» (p. 258). El concepto de cuidado, fundamental para la teoría, y los procesos del cuidado (complicidad, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) están claramente definidos y dispuestos en una secuencia lógica que describe la forma en que se da el cuidado. Además, la teoría de Swanson ofrece definiciones claras de los principales campos de la disciplina de la enfermería (persona, enfermera, entorno y salud) y los describe indirectamente en varios contextos en los que se producen las interacciones enfermera-cliente. Al hacerlo, Swanson explica aún más las definiciones.

Simplicidad

Una teoría sencilla tiene un número mínimo de conceptos. La teoría de los cuidados de Swanson es sencilla, pero elegante. Pone por delante la importancia de los cuidados, que ilustran los valores tradicionales y modernos de la disciplina. Su principal objetivo es ayudar a los profesionales a proporcionar un cuidado de enfermería que se centre en las necesidades de las personas de una forma que fomente su dignidad, respeto y capacidad. La sencillez y la coherencia del lenguaje utilizado para definir los conceptos permite a los estudiantes y a las enfermeras comprender y aplicar en la práctica la teoría de Swanson.

Generalidad

La teoría de los cuidados de Swanson puede ser aplicada en la investigación y en el trabajo clínico en diversas poblaciones. Se han descrito con claridad las condiciones esenciales para proporcionar cuidados que promuevan la plenitud de la persona a lo largo de su trayectoria vital (Swanson, 1999c). Por tanto, la teoría es generalizable a cualquier relación enfermera-cliente y a cualquier contexto clínico.

Precisión empírica

La teoría de los cuidados de Swanson asume que aplicar los procesos del cuidado como proceso terapéutico a los clientes aumenta el confort y acelera la curación. Los conceptos e hipótesis se basan en la práctica y en la investigación clínica de enfermería, y son congruentes. Lo completo y sencillo de las definiciones operativas refuerza la precisión empírica de esta teoría. Swanson (1999a, 1999b) ha aplicado y sigue probando satisfactoriamente su teoría de los cuidados en un contexto clínico con mujeres y parejas. Además, ha desarrollado medidas de autoevaluación para medir el cuidado suministrado por los profesionales sanitarios y por un miembro de la pareja al otro. Tanto la plantilla para suministrar intervenciones basadas en el cuidado como el desarrollo de medidas basadas en la investigación abren posibilidades para su uso y estudio adicional en otras poblaciones.

Consecuencias deducibles

Fawcett (1984) sugiere que las teorías de enfermería diferencien el objetivo de la enfermería del de otras disciplinas de ayuda. La teoría de los cuidados de Swanson describe las relaciones enfermera-cliente que fomentan la plenitud y la curación. Así, la teoría ofrece un marco para mejorar la práctica contemporánea de la enfermería al tiempo que devuelve a la disciplina sus raíces tradicionales de cuidar-recuperar la salud. Sin embargo, como Swanson afirma, la teoría de los cuidados puede aplicarse a las relaciones de cuidado más allá de los encuentros enfermera-cliente; por tanto, no reúne el criterio de diferenciar el cuidado como terreno exclusivo de la enfermería.

Caso clínico

El nacimiento de un hijo es una de las experiencias más memorables de la vida de una mujer. Usted es enfermera de la unidad de partos y en el cambio de turno le encargan el cuidado de una madre adolescente que ha llegado sola al hospital y que está en período activo de parto. Cuando llega a su habitación se da cuenta de que está llorosa y parece asustada. Describa cómo aplicaría la teoría de Swanson en su trabajo para conectar emocionalmente con esta joven madre y proporcionarle cuidados.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Piense en la teoría de los cuidados de Swanson como un marco para su propia práctica de enfermería. ¿De qué maneras es aplicable?
2. Piense en un tiempo en el que sintió que alguien cuidaba profundamente de usted. ¿Cómo es para usted experimentar cuidados? ¿Qué era lo más especial en sus interacciones con esa persona?
3. Piense en una interacción con un cliente-familia en su práctica clínica que desearía cambiar o mejorar. Use los procesos de la teoría de los cuidados para pensar de forma crítica dónde podría haber elegido opciones más adecuadas. Si fuera posible mejorar esta interacción, ¿qué cambiaría y por qué?

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 352-357.
- Swanson, K. M. (1998). Caring made visible. *Creative Nursing, 4*(4), 8-11, 16.
- Swanson, K. M. (1999a). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 339-345.
- Swanson, K. M. (1999b). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research, 48*(6), 288-298.
- Swanson, K. M. (1999c). What's known about caring in nursing: A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, J. Shaver, & S. Feetham (eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Swanson, K. M. y Wojnar, D. (2004). Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10*(1), 43-48.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Chinn, P. L., & Kramer, M. (2004). *Integrated knowledge development in nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Chinn, P. L., & Kramer, M. (2008). *Integrated knowledge development in nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 16*, 84-87.

Kavanaugh, K., Moro, T. T., Savage, T., & Mehendale, R. (2006). Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable populations for sensitive research. *Research in Nursing and Health, 29*(3), 244-252.

Kish, C. P., & Holder, L. M. (1996). Helping to say goodbye: merging clinical scholarship with community service. *Holistic Nursing Practice, 10*(3), 74-82.

McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1981). *Profile of mood states: Manual.* San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Reynolds, P. D. (1971). *A primer of theory construction.* Indianapolis: Bobbs-Merrill.

Sikma, S. (2006). Staff perceptions of caring. The importance of a supportive environment. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(6), 22-29.

Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(1), 60-73.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research, 40*(3), 161-166.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 352-357.

Swanson, K. M. (1999a). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 339-345.

Swanson, K. M. (1999b). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research, 48*(6), 288-298.

Swanson, K. M. (1999c). What's known about caring in nursing: A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, J. Shaver, & S. Feetham (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks, CA: Sage.

Swanson, K. M. (2001). A program of research on caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 411-420). Philadelphia: F. A. Davis.

Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing, 8*(2), 37-46.

Swanson-Kauffman, K. M. (1988a). The caring needs of women who miscarry. In M. M. Leininger (Ed.), *Care, discovery and uses in clinical and community nursing* (pp. 55-71). Detroit: Wayne State University Press.

Swanson-Kauffman, K. M. (1988b). There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 2*(2), 78-86.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring.* Boston: Little & Brown.

Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly, 1*, 175-181.

Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Wojnar, D. M. (2007). Miscarriage Experiences of Lesbian Birth and Social Mothers: Couples' perspective. *Journal of Midwifery and Women's Health, 52*(5), 479-485.

Yorkston, K. M., Klasner, E. R., & Swanson, K. M. (2001). Communication in multiple sclerosis: Understanding the insider's perspective. *American Journal of Speech Language Pathology, 10*, 126-137.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes principales

Capítulos de libros

Swanson, K. M. (1992). Foreword. In S. Wheeler & M. Pike (Eds.), *Grief ltd. manual.* Covington, IN: Grief Limited.

Swanson, K. M. (1999c). What's known about caring in nursing: A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, J. Shaver, & S. Feetham (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks, CA: Sage.

Swanson, K. M. (2001). A program of research on caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 411-420). Philadelphia: Davis.

Swanson, K. M. (2002). Caring Professional Scale. In J. Watson (Ed.), *Assessing and measuring caring in nursing and health science* (pp. 203-206). New York: Springer.

Swanson-Kauffman, K. M. (1987). Overview of the balancing act: Having it all. In K. Swanson-Kauffman (Ed.), *Women's work, families and health.* New York: Hemisphere. (Reprint of Swanson-Kauffman, K. M. [1987]. Overview of the balancing act: Having it all. *Health Care of Women International, 8*[2-3], 101-108.)

Swanson-Kauffman, K. M. (1988). The caring needs of women who miscarry. In M. M. Leininger (Ed.), *Care, discovery and uses in clinical and community nursing* (pp. 55-71). Detroit: Wayne State University Press.

Swanson-Kauffman, K. M., & Roberts, J. (1990). Caring in parent and child nursing. *In Knowledge about care and caring: State of the art and future development.* Washington, D.C: American Academy of Nursing.

Swanson-Kauffman, K. M., & Schonwald, E. (1988). Phenomenology. In B. Sarter (Ed.), *Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing* (pp. 97-105). New York: National League for Nursing Publications.

Yorkston, K. M., Klasner, E. R., & Swanson, K. M. (2001). Communication in multiple sclerosis: Understanding the insider's perspective. *American Journal of Speech Language Pathology, 10*, 126-137.

Artículos de revistas

Grant, S., & Swanson, K. M. (2006). Steaming the tide of the nursing shortage. *The CERNER Quarterly, 2*(2), 34-35.

Jennings, B. M., Heiner, S. L., Loan, L. A., Hemman, E. A., & Swanson, K. M. (2005). What really matters to health care consumers. *Journal of Nursing Administration, 35*(4), 173-180.

Jennings, B. M., Loan, L. A., Heiner, S. L., Hemman, E. A., & Swanson, K. M. (2005). Soldiers' experiences with military health care. *Military Medicine, 170*(12), 999-1004.

Quinn, J., Smith, M., Ritenbaugh, C., & Swanson, K. M. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies, 9*(31), 69-79.

Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *ANS Advances in Nursing Science, 13*(1), 60-73.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research, 40*(3), 161-166.

Swanson, K. M. (1993). Commentary: The phenomena of doing well in people with AIDS. *Western Journal of Nursing Research, 15*(1), 56.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*(4), 352-357.

Swanson, K. M. (1995). Commentary, the power of human caring: Early recognition of patient problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 9*(4), 319-321.

Swanson, K. M. (1998). Caring made visible. *Creative Nursing, 4*(4), 8-11, 16.

Swanson, K. M. (1999). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 339-345.

Swanson, K. M. (1999). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research, 48*(6), 288-298.

Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on Lazarus' paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(2), 191-206.

Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S., Pettinato, M., & Wang, T. J. (2007). Context and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health, 30*(1), 2-16.

Swanson, K. M., Karmali, Z., Powell, S., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine, 65*(5), 902-910.

Swanson, K. M., & Wojnar, D. (2004). Optimal healing environments in nursing. J*ournal of Alternative and Complementary Medicine, 10*(1), 43-48.

Swanson-Kauffman, K. M. (1981). Echocardiography: An access route to the heart. *Critical Care Nurse, 1*(6), 20-26.

Swanson-Kauffman, K. M. (1986). A combined qualitative methodology for nursing research. *ANS Advances in Nursing Science, 8*(3), 58-69.

Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing, 8*(2), 37-46.

Swanson-Kauffman, K. M. (1987). Overview of the balancing act: Having it all. *Health Care for Women International, 8*(2–3), 1-8.

Swanson-Kauffman, K. M. (1988). There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 2*(2), 78-86.

Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2006). Why shouldn't lesbian miscarriage receive special consideration? A viewpoint. *Journal of GLTB Family Studies, 2*(1), 1-12.

Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of Holistic Nursing, 25*(3), 172-180. discussion 181-182, quiz 183-185.

Yorkston, K. M., Klasner, E. R., & Swanson, K. M. (2001). Communication in multiple sclerosis: Understanding the insider's perspective. *American Journal of Speech Language Pathology, 10*, 126-137.

Tesis doctoral

Swanson-Kauffman, K. M. (1983). *The unborn one: A profile of the human experience of miscarriage.* Unpublished doctoral dissertation, University of Colorado, Denver.

Boletines informativos y reimpresiones

Swanson-Kauffman, K. M. (1984, Spring). A methodology for the study of nursing as a human science. *Alpha Kappa Chapter at Large News,* 3.

Swanson-Kauffman, K. M. (1987). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Counselor Connection, 3*(2), 2-5. (Reprint of Swanson-Kauffman, K. M. [1986]. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing, 8*[2], 37-46.)

Swanson-Kauffman, K. M. (1988). Miscarriage: An often-overlooked maternal loss. *Perinatal Newsletter, 2*(3), 1.

Resúmenes publicados

Swanson, K. M. (1993). Caring as intervention (Abstract). *Communicating Nursing Research, 26*, 299.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Swanson, K. M. (1993). Caring theory: Structure and assumptions (Abstract). *Communicating Nursing Research, 26*, 255.

Swanson, K. M. (1995). Effects of caring on healing post miscarriage (Abstract). *Communicating Nursing Research, 28*, 281.

Swanson, K. M., Kieckhefer, G., Henderson, D., Powers, P., Leppa, C., & Carr, K. (1991). Miscarriage: Patterns of meaning (Abstract). *Communicating Nursing Research, 24*, 110.

Swanson, K. M., Kieckhefer, G., Powers, P., & Carr, K. (1990). Meaning of miscarriage scale: Establishment of psychometric properties (Abstract). *Communicating Nursing Research, 23*, 89.

Swanson, K. M., Klaich, K., & Leppa, C. (1992). A caring intervention to promote well-being in women who miscarry (Abstract). *Communicating Nursing Research, 25*, 365.

Swanson, K. M., Pulvermakher, F., Karmali, Z., & Powell, S. (2001). Effects of miscarriage on couple relationships (Abstract). *Communicating Nursing Research, 34*, 339.

Swanson, K. M., Taylor, G., Shipman, L., Spoor, K., & Zillyet, K. (2002). Miscarriage and healing amongst the Shoalwater (Abstract). *Communicating Nursing Research, 35*, 135.

Swanson, K. M., Wojnar, D. M., Petras, A., Chen, H., & Graham, C. (2008). Effects of caring on couples' grief after miscarriage. *Communicating Nursing Research, 40*, 162.

Swanson-Kauffman, K. M. (1984). A profile of the human experience of miscarriage (Abstract). *Communicating Nursing Research, 6*(3), 46.

Swanson-Kauffman, K. M. (1985). A combined qualitative methodology for nursing research (Abstract). *Communicating Nursing Research, 18*, 57.

Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Work and family: The delicate balance Symposium (Abstract). *Communicating Nursing Research, 19*, 153-156.

Swanson-Kauffman, K. M. (1988). Empirical development and refinement of a model of caring (Abstract). *Communicating Nursing Research, 21*, 80.

Swanson-Kauffman, K. M. (1989). From phenomenological to experimental design: Qualitative inquiry as a framework for the intervention (Abstract). *Communicating Nursing Research, 22*, 147.

Swanson-Kauffman, K. M., Powers, P., Klaich, K., Lethbridge, D., & Jarrett, M. (1990). Success: As women view it (Abstract). *Communicating Nursing Research, 23*, 59.

CAPÍTULO

36

Cornelia M. Ruland

1954-presente

Shirley M. Moore

1948-presente

Teoría del final tranquilo de la vida

Patricia A. Higgins

«Los estándares asistenciales ofrecen un abordaje prometedor para el desarrollo de teorías intermedias prescriptivas por su base empírica en la práctica clínica y su atención a las relaciones entre intervenciones y resultados» (Ruland y Moore, 1998, p. 169).

BIOGRAFÍA

Cornelia M. Ruland

Cornelia M. Ruland obtuvo el doctorado en enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland (Ohio), en 1998. En la actualidad es directora del Center for Shared Decision Making and Nursing Research en el Rikshospitalet University Hospital de Oslo (Noruega). También es profesora adjunta en el Department of Biomedical Informatics en la Columbia University de Nueva York. Ruland ha creado un amplio programa de investigación para la mejora de la toma de decisiones compartidas y las asociaciones paciente-proveedor en el cuidado de la salud, y para el desarrollo, mejora y evaluación de los sistemas de información para apoyarla. Su centro de atención está en los aspectos de la toma de decisiones compartidas, en situaciones clínicamente comprometidas, y en los instrumentos que utiliza: *a)* cuando los pacientes se enfrentan a decisiones de tratamiento o de elecciones difíciles para las que necesitan ayuda con el fin de comprender los posibles daños y beneficios de las diferentes opciones, y obtener sus valores y preferencias, y *b)* el tratamiento de enfermedades crónicas o graves a largo plazo en el tiempo ajustado a las preferencias. Ruland ha sido la investigadora principal en numerosos proyectos de investigación y ha recibido varias distinciones por su trabajo.

Shirley M. Moore

Shirley M. Moore es docente asociada de investigación y profesora de la School of Nursing de la Case Western Reserve University. Obtuvo su diploma de enfermería en la Youngstown Hospital Association School of Nursing (1969) y su licenciatura de enfermería en la Kent State University (1974). En la Case Western Reserve University obtuvo un máster en enfermería psiquiátrica y de salud mental (1990), así como un doctorado en ciencias de la enfermería (1993). Ha enseñado teoría y ciencia de la enfermería a estudiantes de enfermería de todos los niveles, y dirige un programa de investigación y desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos. Al principio de su doctorado, Moore fue alentada por las enfermeras teóricas Joyce J. Fitzpatrick, Jean Johnson y Elizabeth Lenz no sólo a usar la teoría, sino también a desarrollarla. La Rosemary Ellis Theory Conference, celebrada anualmente durante varios años en la Case Western Reserve University, ofreció a Moore otra oportunidad para explorar la teoría como un instrumento práctico para profesionales, investigadores y docentes. Influida por estas experiencias, Moore ha ayudado al desarrollo y publicación de varias teorías (Good y Moore, 1996; Huth y Moore, 1998; Ruland y Moore, 1998) y considera la elaboración de teorías como una habilidad esencial para los estudiantes de doctorado.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría del final tranquilo de la vida (FV) está conformada por varios marcos teóricos (Ruland y Moore, 1998). Se basa fundamentalmente en el

La autora desea expresar su agradecimiento a Cornelia Ruland y a Shirley Moore por sus aportaciones al capítulo.

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría de enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de microrrango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de la asistencia sanitaria. En la teoría FV, la estructura-contexto es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos, y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces: *a)* ausencia de dolor; *b)* sentir bienestar; *c)* sentir dignidad y respeto; *d)* sentirse en paz, y *e)* sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores.

Un segundo puntal teórico es la teoría de la preferencia (Brandt, 1979) que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida (Sandoe, 1999), un concepto importante para la investigación y la práctica del FV. En la teoría de la preferencia, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del FV. Puede aplicarse tanto a personas sensibles como a personas incapacitadas que aportaron previamente documentación relacionada con la toma de decisiones para el FV. Por tanto, la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales. La incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada (Ruland y Bakken, 2001; Ruland, Kresevic y Lorensen, 1997) y necesaria para conseguir procesos y desenlaces satisfactorios (Ruland y Moore, 2001).

Esta teoría se originó en un curso de doctorado sobre teoría en el que Ruland era una estudiante y Moore, la profesora. Las teorías intermedias acababan de aparecer y había pocas definiciones y ejemplos adecuados. Se planteó a los alumnos que pensaran sobre el uso y desarrollo futuros de la teoría intermedia para la ciencia y la práctica de la enfermería. Los estudiantes trataron sobre las fuentes de conocimiento de las que podían derivar la teoría intermedia, como el conocimiento empírico, el conocimiento de la práctica clínica y el conocimiento sintetizado. Se pidió a cada estudiante que obtuviera una teoría intermedia de una fuente de conocimiento de elección. Ruland acababa de completar un proyecto muy importante para desarrollar una norma asistencial para el FV tranquilo con un grupo de enfermeras oncológicas en Noruega. Ruland sintetizó los estándares en la teoría del FV tranquilo y más tarde fueron perfeccionados con la ayuda de Moore. Éste es un ejemplo de teoría intermedia desarrollada por estudiantes de doctorado de enfermería al estudiar métodos para desarrollar conocimientos. Esta teoría también es un ejemplo de desarrollo inicial de una teoría intermedia utilizando un estándar de la práctica como fuente.

Conceptos principales y definiciones

AUSENCIA DE DOLOR

La parte fundamental de la experiencia del FV de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o de molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión hística potencial o real (Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995; Pain terms, 1979).

EXPERIENCIA DE BIENESTAR

El bienestar se define de forma general, usando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba (1991), como «alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera» (Ruland y Moore, 1998, p. 172).

(Continúa)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCEPTOS PRINCIPALES *y* DEFINICIONES *(Cont.)*

EXPERIENCIA DE DIGNIDAD Y RESPETO

Todo paciente terminal se «respeta y se aprecia como un ser humano» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección (United States, 1978).

ESTADO DE TRANQUILIDAD

La tranquilidad es un «sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.

PROXIMIDAD DE LOS ALLEGADOS

Proximidad es el «sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

La teoría del FV tranquilo se basa en la evidencia empírica de la experiencia directa de enfermeras expertas y de una concienzuda revisión de la bibliografía sobre varios componentes de la teoría. El grupo de profesionales expertos que desarrolló el estándar asistencial del FV tranquilo tenía por lo menos 5 años de experiencia clínica en el cuidado de pacientes terminales. El estándar estaba compuesto por las mejores prácticas basadas en datos científicos obtenidos por la investigación en las áreas de control del dolor, bienestar, nutrición y relajación. Esta teoría prescriptiva también incluye varias afirmaciones relacionales para las que se necesitan más datos empíricos. En gran medida, se pueden obtener fácilmente hipótesis explícitas de estas afirmaciones relacionales para probar su utilidad. Debe destacarse que los autores del estándar asistencial y de la teoría intentaron incorporar conceptos y relaciones observables, descritos con claridad, que expresan la noción de cuidado.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería, persona, entorno y salud

Como la teoría del FV tranquilo procede del estándar de cuidados escrito por un equipo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema práctico, los conceptos del metaparadigma eran inherentes al fenómeno de enfermería tratado, el cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un FV tranquilo.

Los dos supuestos que se identifican en la teoría de Ruland y Moore (1998) son:

1. Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del FV son personales e individuales.
2. El cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del FV tranquilo. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del FV de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

Otros dos supuestos son implícitos:

1. La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del FV.
2. El objetivo del cuidado del FV no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento, es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Se identificaron seis postulados con relaciones explícitas (Ruland y Moore, 1998) como afirmaciones teóricas para la teoría:

1. Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.
2. Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
3. Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.
4. Proporcionar apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
5. Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan.
6. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan contribuyen al final tranquilo de la vida (p. 174).

FORMA LÓGICA

La teoría del FV tranquilo se desarrolló mediante lógica inductiva y deductiva. Una característica única de la teoría es su desarrollo a partir de un estándar de cuidados. El estándar del FV tranquilo lo crearon enfermeras expertas como respuesta a una falta de dirección para tratar el complejo cuidado de los pacientes terminales. La directriz fue desarrollada para la unidad de cuidado quirúrgico gastroenterológico de un hospital universitario noruego. Así, la directriz sirvió como un lógico paso intermedio para unir la práctica y la teoría. Se pretende que las directrices sirvan como instrucciones creíbles y autorizadas que describan los papeles y responsabilidades de un profesional, y la actuación o nivel de cuidado de enfermería deseado con el que se pueda evaluar (American Association of Critical Care Nurses, 1998). En este caso de desarrollo del conocimiento, el estándar puede ser considerado como un paso provisional que enlaza eficazmente la práctica clínica con la teoría.

Ruland y Moore (2001) detallaron los pasos que siguieron en el desarrollo del estándar para el FV tranquilo, que incluía una revisión de la bibliografía pertinente, una clarificación de conceptos importantes y la incorporación de conocimientos de la práctica. Cada uno de estos pasos es análogo a los utilizados en el desarrollo de la teoría. Por tanto, la lógica utilizada en el desarrollo de esta teoría es sencilla y su proceso está claramente indicado.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional

La teoría del FV tranquilo se cita en un pequeño aunque creciente número de artículos. Está incluida en la página de enlaces de la Clayton State University School of Nursing Theory con un enlace a End of Life Care del *American Journal of Critical Care* (Kirchhoff, Spuhler, Walker, Hutton, Cole y Clemmer, 2000). Liehr y Smith (1999) se refieren al desarrollo de la teoría a partir de un estándar de la práctica como base para desarrollar la teoría, Kehl (2006) la cita en su análisis de conceptos de «buena muerte» y Baggs y Schmitt (2000) analizan la potencial utilidad de la teoría como medio para mejorar la toma de decisiones al final de la vida en adultos gravemente enfermos. Kirchoff (2002) continuó la discusión sobre la creación de un entorno de cuidados en la unidad de cuidados intensivos que favorece una muerte tranquila, resumiendo

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

información de tres fuentes (la teoría del FV tranquilo [Ruland y Moore, 1998], la definición de muerte tranquila del Institute of Medicine [Field y Cassell, 1997] y los preceptos «Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End of Life Nursing Care» de la American Association Colleges of Nursing, 1997).

Formación

El final tranquilo de la vida se ha integrado en cursos de enfermería durante generaciones, con la atención centrada en el cuidado del paciente y la familia en ese momento. Más recientemente, el contenido se ha estandarizado más en forma de teoría, competencias y pautas de los programas de estudio. El de Ruland y Moore (1998) es un ejemplo de una teoría inicial del final de la vida cuando se ha centrado la atención en cuidados paliativos y terminales. Ruland y Moore (1998) han sido citadas por Kirchoff et al. (2000) cuando el final de la vida era un tema de formación continuada ofrecido a enfermeras de cuidados intensivos en su revista en línea.

Investigación

Un estudio descriptivo de Beckstrand, Callister y Kirchoff (2006), que utilizó la teoría del FV tranquilo, encuestó a enfermeras de cuidados intensivos acerca de cómo mejorar los cuidados al final de la vida. El tema número uno fue ofrecer una «buena muerte». La publicación relativamente reciente de la teoría del FV puede explicar, en parte, este vacío de la literatura. Las dos teóricas (Ruland y Moore) refieren que reciben rutinariamente solicitudes de estudiantes graduados para usar la teoría y Ruland ha planeado empezar a probar la teoría en su programa de investigación.

DESARROLLOS POSTERIORES

Dado que la teoría del FV tranquilo es relativamente nueva, Ruland y Moore reconocen la necesidad de un mayor perfeccionamiento y desarrollo. Hay numerosas ideas potenciales para adelantar su desarrollo y probar la teoría. Una posibilidad es probar las relaciones entre los cinco conceptos principales. Otra idea es considerar unir algunos de los criterios del proceso a partir de los tres conceptos de dolor, bienestar y tranquilidad para examinar los resultados relacionados con el tratamiento de los síntomas físicos y psicológicos. Se podría utilizar el análisis u organizar los conceptos para determinar si los criterios del proceso asociados con los tres conceptos son diferentes o lo suficientemente parecidos como para permitir su unión. Por ejemplo, para el concepto dolor, dos criterios de proceso (control del dolor y administración de analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas) están íntimamente relacionados con el criterio del proceso de bienestar (prevención, control y alivio de las molestias físicas) y con el criterio de proceso de tranquilidad (control y detección de la necesidad del paciente de que se le administren antiansiolíticos). Las intervenciones no farmacológicas (p. ej., música, humor o relajación) que sirven para distraer a un moribundo son útiles para el alivio del dolor, de la ansiedad y del malestar físico en general. Se sugiere que los futuros estudios examinen los vínculos entre la teoría del FV tranquilo y otras teorías intermedias como una para el dolor agudo basada en pautas de la práctica (Good y Moore, 1996), tratamiento del dolor (Good, 1998) y síntomas desagradables (Lenz, Pugh, Milligan, Gift y Suppe, 1997; Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995).

CRÍTICA

Claridad

Todos los elementos de la teoría están expuestos con claridad, incluido el contexto, las suposiciones y los conceptos, y las afirmaciones de relación. Estos conceptos varían de manera considerable en su nivel de abstracción, de más concretos (dolor y bienestar) a más abstractos (dignidad).

Simplicidad

Esta teoría es, a pesar de los términos sencillos y de la expresión clara de las ideas, una de las teorías intermedias de mayor nivel (Higgins y Moore, 2000), debido principalmente al nivel de abstracción de los criterios de valoración y a la compleji-

dad multidimensional expresada en sus afirmaciones de relación.

Generalidad

La teoría del FV tranquilo tiene unos límites específicos relacionados con el tiempo, el contexto y la población de pacientes. Fue desarrollada para su uso con adultos terminales y con sus familias que están siendo atendidos en un contexto de pacientes agudos. El concepto de FV tranquilo procede de un contexto noruego y, por tanto, puede no ser adecuado para todas las culturas. Sin embargo, sus conceptos y relaciones encuentran eco en numerosas enfermeras y tratan exhaustivamente los aspectos multidimensionales del cuidado del FV. Por ejemplo, los criterios de valoración asociados con los cinco conceptos tratan el aspecto técnico de los cuidados (proporcionar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de los síntomas), la comunicación (toma de decisiones), el aspecto psicológico (apoyo emocional) y la dignidad y el respeto (tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto) (fig. 36-1).

Precisión empírica

La lógica inductiva y deductiva utilizada para desarrollar esta teoría proporciona una base sólida para el desarrollo de hipótesis comprobables entre los cinco conceptos de la teoría. Se demuestra la congruencia teórica mediante los criterios de valoración, todos ellos contextualizados

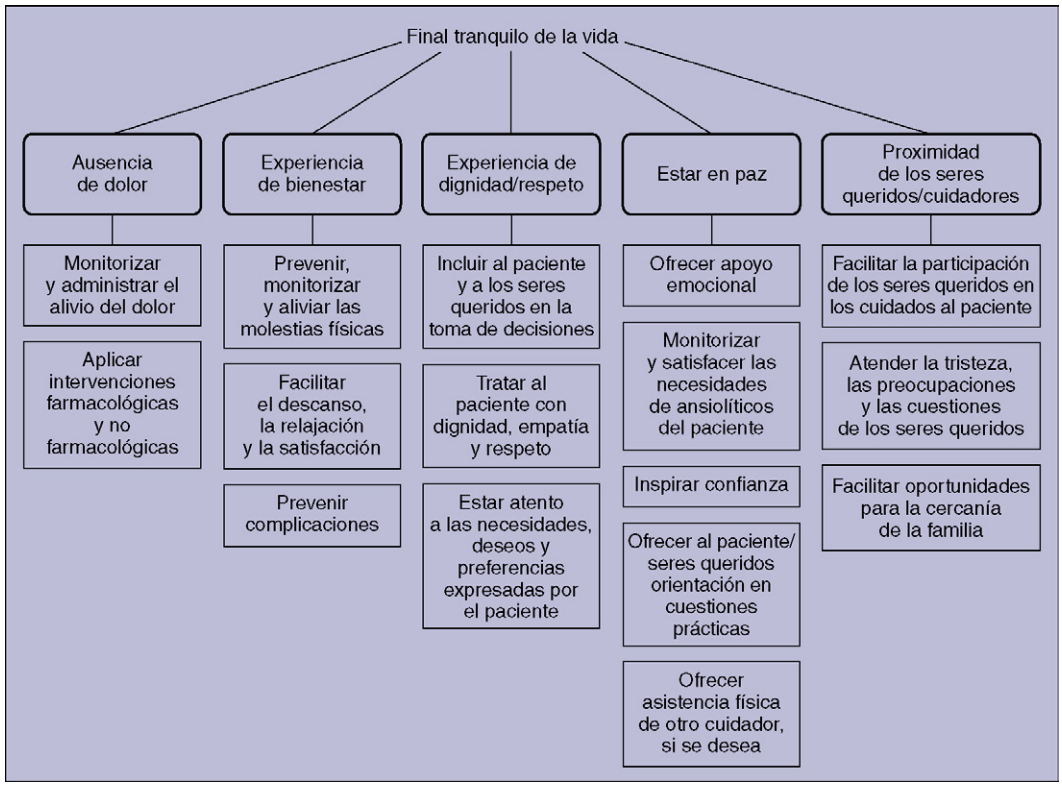


Figura 36-1 Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (De Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46[4], 174.)

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

desde la perspectiva de los pacientes y de sus familias.

Consecuencias deducibles

Como síntesis satisfactoria de la práctica clínica y del desarrollo académico de la teoría, la teoría del FV tranquilo es un marco que ilustra una forma de resolver la secuencia teoría-práctica-investigación. Además de abordar la necesidad identificada de una teoría intermedia exhaustiva para guiar el cuidado de los pacientes en la experiencia del FV, el trabajo de Ruland y Moore (2001) ilustra claramente la riqueza de la práctica y los estándares como fuente para el desarrollo de la teoría.

Todos los criterios de valoración son medibles, utilizando metodología cualitativa, cuantitativa o ambas (v. fig. 36-1). A diferencia de algunas teorías intermedias que tienen un instrumento específico para medir un concepto concreto, para la teoría del FV tranquilo no se desarrolló ningún instrumento. Por tanto, para estudios futuros entre los cinco conceptos se necesitarían instrumentos para medir las relaciones propuestas. El método mixto (Tashakkori y Teddlie, 2003) se ha descrito como un enfoque especialmente atractivo para medir los conceptos. Por ejemplo, puede usarse metodología fenomenológica para investigar las percepciones del paciente y de la familia de sus oportunidades y satisfacción con la proximidad familiar, de la toma de decisiones o de ambas. Por otra parte, podrían usarse varios de los otros instrumentos existentes para medir los criterios de valoración asociados con los cinco conceptos (v. fig. 36-1), por ejemplo, la percepción de síntomas con la *Memorial Symptom Assessment Scale* (Portenoy, Thaler, Kornblith, Lepore, Friedlander-Klar et al., 1994) o el General Comfort Questionnaire desarrollado por Kolcaba (2003).

Caso clínico

El señor Kelley es un ingeniero jubilado de 85 años con demencia avanzada. Su extensa familia la forman su mujer, sus hijos y nietos y sus familias. El señor Kelley ha estado ingresado en una residencia de ancianos durante 6 meses; su familia le visita a menudo y su personalidad amistosa y de trato fácil hace que sea uno de los preferidos entre el personal. El último mes, el señor Kelley se ha vuelto cada vez más desorientado, aislado y no habla; apenas come y bebe, y cuando lo hace es sólo tras mucho insistir. No ha dejado instrucciones escritas sobre medidas al final de la vida, aunque le dijo a su mujer que no quería medidas extraordinarias y ella ha firmado una orden de no reanimar. Hay una discusión sobre si instaurar fluidoterapia intravenosa y alimentación parenteral, y la familia y el personal tienen distintas opiniones sobre las mejores opciones para cuidar al señor Kelley. La teoría del FV tranquilo se ha adaptado para pacientes que no tienen un diagnóstico de cáncer y el señor Kelley forma parte de una población creciente de pacientes que comparte características con la población de pacientes oncológicos, aunque es muy diferente. Describa cómo la teoría del FV tranquilo le ayudará a desarrollar, aplicar y evaluar las intervenciones de enfermería adecuadas para pacientes con demencia en fase terminal.

PENSAMIENTO CRÍTICO *Actividades*

1. Evalúe la correspondencia del concepto «experiencia de dignidad y respeto» con las normas éticas de una organización nacional de enfermería, usando las directrices profesionales de dicha organización. Analice las similitudes y las diferencias relacionadas con la relevancia, el significado, el alcance, la utilidad y la adecuación.
2. Describa cómo se aplican los conceptos de la teoría del FV tranquilo en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en fase terminal. ¿Cómo podría la teoría ayudarle a desarrollar, aplicar y evaluar las intervenciones de enfermería adecuadas? ¿Qué limitaciones ve en la teoría?
3. Centrándose en el concepto de «proximidad de los allegados», diseñe un plan de evaluación para valorar la calidad y la eficacia de los cuidados.

4. Identifique aplicaciones de los conceptos del final de la vida en su práctica clínica con los pacientes y las familias.

PUNTOS ADICIONALES *de estudio*

- Kirchoff, K.T. (2002). Promoting a peaceful death in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 14*(2), 201-206.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook, 46*(4), 169-175.
- Higgins, P. A., & Moore, S. M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook, 48*(4), 179-183.

REFERENCIAS

American Association of Critical Care Nurses (AACN). (1998). Standards for acute and critical care nursing practice. Aliso Viejo, CA: AACN. Retrieved August 1, 2008, from http://www.aacn.org/AACN/practice.nsf/ad0ca3b3bdb4f33288256981006fa692/5e3c9805e57b3b0888256a6b00791f35

Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (2000). End-of-life decisions in adult intensive care: Current research base 158 and directions for the future. *Nursing Outlook, 48*(4), 158-164.

Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchoff, K. T. (2006). Providing a "Good Death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care, 15*(1), 38-45.

Brandt, R. B. (1979). A theory of the good and the right. Oxford: Clarendon Press.

Field, M. J., & Cassell, C. K. (1997). Approaching death: Improving care at the end of life (IOM report). Washington D.C: National Academy Press.

Good, M. (1998). A middle-range theory of acute pain management: Use in research. *Nursing Outlook, 46*(3), 120-124.

Good, M., & Moore, S. M. (1996). Clinical practice guidelines as a new source of middle-range theory: Focus on acute pain. *Nursing Outlook, 44*(2), 74-79.

Higgins, P. A., & Moore, S. M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing* Outlook, *48*(4), 179-183.

Huth, M. M., & Moore, S. M. (1998). Prescriptive theory of acute pain management in infants and children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 3*(1), 23-32.

Kehl, K. A. (2006). Moving toward a peace: An analysis of the concept of the good death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 23*(4), 277-286.

Kirchoff, K. T. (2002). Promoting a peaceful death in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 14*(2), 201-206.

Kirchhoff, K. T., Spuhler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, B., & Clemmer, T. (2000). End-of-Life Care: Intensive care nurses' experiences with end-of-life care, American Journal of Critical Care, *9*(1)retrieved August, 6, 2008.http://classic.aacn.org/AACN/jrnlajcc.nsf/bd5ca01ff707c8948825653f000cd2b6/479f8ee84.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer.

Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing, 16*(11), 1301-1310.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *ANS Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27.

Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A. G., Pugh, L. C., & Milligan, R. A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *ANS Advances in Nursing Science, 17*(3), 1-13.

Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *ANS Advances in Nursing Science, 21*(4), 81-91.

Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. (1979). *Pain, 6*(3), 249.

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer, 30A*(9), 1326-1336.

Ruland, C. M., & Bakken, S. (2001). Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records. *Journal of Biomedical Informatics, 34*(6), 415-422.

Ruland, C. M., Kresevic, D., & Lorensen, M. (1997). Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing, 6*(6), 495-504.

Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook, 46*(4), 169-175.

Ruland, C. M., & Moore, S. M. (2001). Eliciting exercise preferences in cardiac rehabilitation: Initial evaluation of a

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

new strategy. *Patient Education and Counseling, 44*(3), 283-291.
Sandoe, P. (1999). Quality of life—Three competing views. *Ethical Theory and Moral Practice, 2*(1), 11-23.
Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). Handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage.
United States, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research (Bethesda, MD)*, Washington, DC:For Sale by the Commission. Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

UNIDAD

VI

Futuro de las teorías en enfermería

- *Los sistemas teóricos están activos y sirven para dirigir el futuro de la investigación y las aplicaciones administrativas, educativas y prácticas.*
- *Los trabajos teóricos de una disciplina afectan a la naturaleza de las preguntas que se formulan, a los marcos utilizados para buscar respuestas y al alcance del conocimiento obtenido.*
- *Las teorías y los modelos enfermeros muestran los criterios de Kuhn para la ciencia normal, es decir, una comunidad científica con la investigación basada en los logros científicos como base de la práctica.*
- *La expansión de la filosofía de la ciencia enfermera ha aumentado los planteamientos del desarrollo de la teoría cualitativa, además de los métodos cuantitativos, así como el desarrollo de las teorías intermedias.*
- *Las extensas posibilidades de comunicación de internet han contribuido a las comunidades globales de expertas en enfermería.*

CAPÍTULO 37

Estado actual y ciencia de la teoría enfermera

Martha Raile Alligood

«En esta edición, el objetivo es aclarar la importancia de los trabajos teóricos en enfermería, facilitar su reconocimiento como presentaciones sistemáticas de la esencia enfermera y estimular su utilización como marcos para la erudición enfermera en la práctica, la investigación, la formación y la administración» Martha Raile Alligood.

Al estudiar este texto, se hace patente que los trabajos teóricos de enfermería son activos y crecen a medida que dirigen el camino de nuevos conocimientos a través de la investigación, la formación, la administración y las aplicaciones prácticas. Cada nueva edición pasa por revisiones del editor, además de las revisiones publicadas a las que se presta una consideración especial en la creación de nuevas ediciones (Burns, 1999; Malinski, 1999; Paley, 2006; Reed, 1999). En la presente edición se han actualizado los capítulos y se ha añadido un capítulo sobre una teoría nueva (transiciones de Meleis, cap. 20). Las teorías intermedias siguen siendo una unidad muy importante a medida que las enfermeras reconocen su utilidad y aplicabilidad en la práctica enfermera (Sieloff y Frey, 2007; Peterson y Bredow, 2008; Smith y Liehr, 2008). Tal como ha afirmado Burns (1999), la teoría intermedia fomenta «el pensamiento teórico y el creciente reconocimiento del impacto potencial de la teoría en la práctica enfermera» (p. 263).

Las referencias y la bibliografía se destacan constantemente como una parte muy importante de la obra. Como observó Malinski (1999) «son una fuente valiosa de recursos para las estudiantes» (p. 265). Como en ediciones anteriores, en esta edición se han actualizado los capítulos y la bibliografía ha sido escrita por quienes utilizan los diversos trabajos teóricos en su práctica profesional y en investigación. Cada vez más enfermeras reconocen que los trabajos teóricos son básicos para ellas para conocer, aplicar y dirigir la práctica, la investigación, la formación y la administración (Alligood y Marriner Tomey, 1997, 2002, 2006; Alligood 2004, 2006c, 2010, en prensa). En la anterior edición, para enfrentarse con el creciente cuerpo de trabajos teóricos enfermeros y no eliminar los de ediciones anteriores, se creó un capítulo para describir su importancia histórica. En la presente edición, la obra de Orlando se ha añadido a este capítulo (v. cap. 5).

Reed (1999) observó en su revisión que «el libro se corresponde con el momento de crecimiento de la enfermería, que va más allá de los clásicos debates sobre la pertinencia de los modelos enfermeros y que utiliza este campo del conocimiento como base para comprender la naturaleza y la disciplina de la enfermería» (p. 268).

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En esta edición, el objetivo es aclarar la importancia de los trabajos teóricos de enfermería, facilitar su reconocimiento como presentaciones sistemáticas de la esencia enfermera y estimular su utilización como marcos para futuras contribuciones a la erudición enfermera en la práctica, la investigación, la formación y la administración. Los trabajos teóricos desarrollados en una disciplina determinan la naturaleza de las cuestiones planteadas, los métodos de investigación utilizados para responder las cuestiones y el alcance de los conocimientos que abordan las cuestiones. Simplemente, la formulación de un tema determina el resultado. Como enfermeras, ¿cómo podemos estudiar el estado actual de la ciencia de la teoría enfermera? Esta pregunta se responde en la bibliografía enfermera que documenta el uso de los trabajos teóricos de enfermería en todo el mundo.

Este capítulo presenta el crecimiento de la teoría enfermera desde tres perspectivas. En primer lugar, el impacto del cambio en la filosofía de la ciencia en el desarrollo de los trabajos teóricos, cambios con planteamientos cualitativos y métodos cuantitativos fundados (Carper, 1978; Kuhn, 1962, 1970). En segundo lugar, la teoría enfermera se considera en el contexto de su nuevo crecimiento en este período posmoderno que fomenta reestructurar el conocimiento en la comprensión actual. Morris (2000) sugiere que «la era posmoderna, a menudo, invita o revisa más que rechaza abiertamente los logros del modernismo...» (p. 8). En tercer lugar y último, la naturaleza global del desarrollo y el uso de los trabajos teóricos enfermeros informan a las crecientes comunidades de expertas, destacan el crecimiento significativo de organizaciones teóricas y recuerdan al lector la naturaleza transitoria, pero vital, de la teoría para la profesión, la disciplina y la ciencia.

NATURALEZA DE LA CIENCIA NORMAL

Numerosos modelos y teorías de enfermería incluidos en esta obra se han desarrollado hasta el punto de mostrar actualmente características de los criterios de Kuhn (1970) de la ciencia normal (Wood y Alligood, 2006). Cada vez más durante los últimos 30 años, los modelos conceptuales de enfermería y las teorías enfermeras presentadas por Alligood y Marriner Tomey (1997, 2002, 2006), Fawcett (1984a, 1989, 1993, 1995, 2000, 2005), Fitzpatrick y Whall (1984, 1989, 1996), George (1985, 1986, 1989, 1995, 2002), Marriner Tomey (1986, 1989, 1994), Marriner Tomey y Alligood (1998, 2002, 2006), McEwen y Wills (2002, 2006), Meleis (1985, 1991, 1997, 2005, 2007) y Parker (2001, 2006) han llevado a una formación, administración, investigación y práctica enfermeras basadas en la teoría. Las comunidades de expertas continúan creciendo, se organizan mejor, se plantean cuestiones más profundas y comparten conocimientos de su investigación y práctica en informes y revistas. Los modelos y las teorías enfermeras proporcionan una perspectiva de los conceptos principales de la disciplina: persona, entorno, salud y enfermería, el metaparadigma de la enfermería como expuso Fawcett (1984b); conceptos con una amplia aceptación ya que con frecuencia se observan límites en la disciplina sin referencia de un autor.

Los trabajos teóricos generan erudición como marcos para la investigación y la práctica enfermera basada en la teoría. El trabajo dentro de las comunidades de expertas en torno a los modelos enfermeros ha conducido a instrumentos de investigación exclusivos de este paradigma. Kuhn (1970) afirmó que «los paradigmas ganan su estatus si tienen más éxito que sus otros competidores para resolver los problemas que el grupo de profesionales ha reconocido como más graves» (p. 23). Kuhn (1970) definió la ciencia normal como «una investigación firmemente basada en uno o más logros científicos del pasado y logros que una comunidad científica específica reconoce durante un tiempo como base de la práctica» (p. 10). Las características de los paradigmas que demuestran su naturaleza y conducen a la ciencia normal incluyen:

- Una comunidad de expertas que basan su investigación y práctica en el paradigma.
- La formación de revistas especializadas.
- La fundación de sociedades de especialistas.
- La necesidad de un lugar especial en los planes de estudios (Kuhn, 1970).

Rodgers (2005) describe la ciencia normal como «... el proceso altamente acumulativo de resolver enigmas en los que el paradigma guía la actividad científica y el paradigma, a su vez, se articula y expande» (p. 100). Rodgers (2005) cita la premisa de Kuhn de que la investigación en ciencia normal «se dirige a la articulación de los fenómenos y teorías que proporciona el paradigma» (p. 100).

Los modelos conceptuales de enfermería en esta obra muestran estas características. Cada modelo es único y tiene niveles de desarrollo en estas características. La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (v. cap. 13) es un excelente ejemplo, ha generado centenares de estudios de investigación, 13 instrumentos de investigación y 12 herramientas clínicas del proceso enfermero para la práctica (Fawcett, 2005; Fawcett y Alligood, 2001). La Society of Rogerian Scholars, fundada en 1988, publica una revista con comité de expertos, Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, que facilita la comunicación y potencia el desarrollo de la ciencia entre comunidades de expertos. La ciencia de Rogers es la base de obras galardonadas y se utiliza para estructurar los planes de estudios en programas de enfermería de pregrado y grado (Fawcett, 2005). En 2008, en la conferencia de otoño de la Society of Rogerian Scholars en la Case Western University, se celebraron los 25 años de conferencias rogerianas, el vigésimo aniversario de la sociedad y los 15 años de la revista.

Otros modelos conceptuales de enfermería, como la teoría del déficit de autocuidado de Orem (v. cap. 14), el modelo de sistemas de Neuman (v. cap. 16) y el modelo de adaptación de Roy (v. cap. 17) han experimentado un crecimiento similar. Ejemplos de teorías enfermeras que muestran características de la ciencia normal son la teoría de los modelos y modelados de roles de Erickson, Tomlin y Swain (v. cap. 25); la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Leininger (v. cap. 22); la teoría de la evolución humana de Parse (v. cap. 24) y la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Margaret Newman (v. cap. 23). A medida que estas sociedades de expertos de enfermería crecen, el volumen de publicaciones aumenta y la investigación y la práctica crecen exponencialmente.

EXPANSIÓN DEL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Los trabajos teóricos proporcionan vías para pensar sobre la enfermería. Johnson y Webber (2001, 2004) estudiaron el futuro de la enfermería en cuestiones sobre la importancia del desarrollo de la teoría para reconocer la enfermería como una profesión, como disciplina y como ciencia. Identifican tres áreas significativas afectadas por el conocimiento enfermero y dependientes de su desarrollo continuado. Aunque la teoría afecta al reconocimiento de la enfermería como una profesión, como una disciplina y como una ciencia, la futura existencia de la enfermería depende del uso del conocimiento enfermero fundamental, no sólo para su reconocimiento, sino también para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes a los que servimos. Trasladar la práctica de la enfermería a un modelo de prestación profesional requiere trasponer desde el estilo vocacional que muchas enfermeras han aprendido, y al que muchas se aferran, hasta un estilo profesional de prestación. Esto requiere una presentación sistemática de la enfermería. A medida que se transmite el conocimiento a aquellos que entran en la profesión, también se hace con un estilo de práctica. La esencia es el requisito en cualquier campo de aprendizaje para ser reconocido como una disciplina en el mundo académico. Aunque hay diferentes puntos de vista sobre el desarrollo del conocimiento, a medida que las enfermeras cambian a un estilo profesional de enfermería, van más allá del «pesado debate sobre la importancia de los modelos enfermeros y aplican este campo de conocimiento como una base para comprender la esencia y la erudición de la enfermería» (Reed, 1999, p. 268). La mayoría acepta que «el conocimiento enfermero surge de la investigación y dirige la práctica» (Parse, 2008, p. 101).

El diálogo también continúa sobre las miles de formas que tienen las expertas de clasificar los trabajos teóricos de enfermería. Es importante recordar que cada trabajo es único y, por tanto, cualquier clasificación es cuando menos arbitraria y basada en el juicio de quien la realiza. Más importante, más que centrarse en la clasificación de los trabajos, es más útil centrarse en el conocimiento de los trabajos individuales, enseñarlos a los estudiantes y utilizarlos en un estilo profesional de práctica para mejorar la calidad asistencial.

La enfermería adoptó con entusiasmo los planteamientos de investigación cualitativa para estudiar las cuestiones que los métodos de investigación cuantitativa no podían responder y esta filosofía expandida de la ciencia enfermera se tradujo en el desarrollo de la teoría cualitativa y de numerosas teorías intermedias nuevas (Alligood, 2002; Alligood y May, 2000; Liehr y Smith, 1999; Peterson y Bredow, 2008; Sieloff y Frey, 2007; Smith y Liehr, 2003, 2008; Thorne, Kirkham y McDonald-Emes, 1997; Thorne, Kirkham y O'Flynn-Magee, 2004). Estas nuevas teorías am-

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

plían el volumen, que sigue desarrollándose con los modelos conceptuales enfermeros y las teorías enfermeras como aplicaciones de teoría intermedia o de la práctica observados en estos ejemplos: Orem (Biggs, 2008); Neuman (Casalenuovo, 2002; Gigliotti, 2003), Roy (DeSanto-Madeya, 2007; Dunn, 2005; Hamilton y Bowers, 2007), Rogers (Kim, Kim, Park, Park y Lee, 2008), Newman (Pharris y Endo, 2007), King (Sieloff y Frey, 2007) y Parse (Wang, 2008). Existe también una riqueza de conocimiento en las primeras obras teóricas de enfermería (Alligood, 2002; Alligood y Fawcett, 1999, 2004; Butcher, 1999, 2002) que son recursos ricos para descubrir una nueva teoría, como la empatía en el marco de sistemas interactivos de King (Alligood y May, 2000). La teoría intermedia es «el conjunto menos abstracto de conceptos relacionados que propone una verdad específica para los datos de la práctica enfermera» (Alligood y Marriner Tomey, 2006, p. 522).

Ha habido un crecimiento expansivo de los textos de enfermería dedicados exclusivamente a la presentación de teorías intermedias (Peterson y Bredow, 2008; Sieloff y Frey, 2007; Smith y Liehr, 2003, 2008). Este desarrollo es especialmente apasionante porque llena el vacío entre investigación y práctica (Alligood, 2006b). Liehr y Smith (1999) estudiaron la naturaleza de las teorías intermedias en la bibliografía enfermera desde 1988 hasta 1998 e identificaron 24 teorías intermedias. Observaron que los planteamientos generadores de teorías utilizados en las 24 teorías intermedias eran métodos cuantitativos y cualitativos. Posteriormente Smith y Liehr (2003, 2008) publicaron su método de desarrollo de una teoría intermedia y teorías seleccionadas. La de Sieloff y Frey (2007) es una teoría intermedia que utiliza el sistema conceptual de King. Se desarrollan otras teorías intermedias que examinan aspectos de las experiencias vividas por las personas para entender el significado de los sucesos de la vida.

Se anima a aplicar las teorías intermedias en la práctica enfermera para mejorarla, tanto las desarrolladas cuantitativa como cualitativamente. Los dos planteamientos tienen lugar en la práctica y desarrollan conocimientos de enfermería útiles. La consideración del desarrollo de una teoría intermedia respecto a una estructura genérica del conocimiento revela que la teoría a partir de un método hipotético-deductivo y la teoría a partir de planteamientos cualitativos llegan a un nivel de abstracción similar. A pesar de su diferente base filosófica y los diferentes métodos y planteamientos, producen conocimientos con un nivel de abstracción similar (fig. 37-1).

Considerar el conocimiento enfermero en una estructura genérica, como la que se presenta en la figura 37-1, promueve discusiones más allá del método de investigación dicotómica y los debates filosóficos para centrarse en el conocimiento y el contenido en la ciencia enfermera. Realmente, las teorías intermedias varían en cuanto a diversidad y niveles de abstracción, como su nombre indica. Lo mismo ocurre en los trabajos teóricos de otras clasificaciones (filosofías, modelos y teorías) cuyos niveles de abstracción muestran similitudes y diferencias (Fawcett, 2005). Las teorías intermedias se reconocen porque incluyen detalles específicos de la práctica. Elementos como:

- La situación o el estado de salud del paciente.
- La población o grupo de edad del paciente.
- La ubicación del paciente o el ámbito de la práctica.

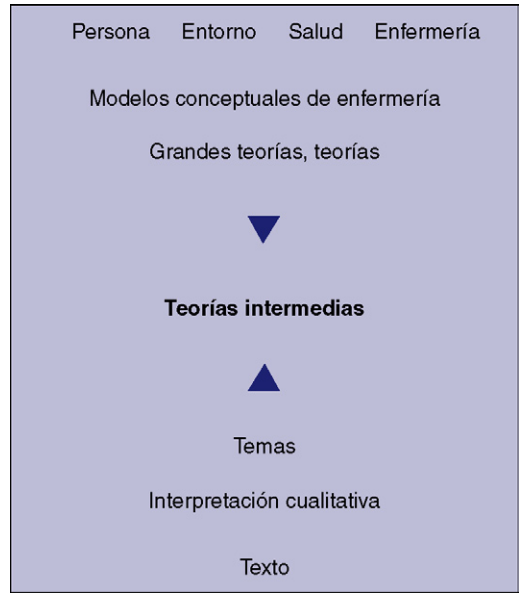


Figura 37-1 La teoría de nivel intermedio en una estructura genérica del conocimiento enfermero a partir de métodos cuantitativos y planteamientos cualitativos de investigación. (Datos de Fawcett, J. [2000]. *Contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.)

- La acción o la intervención de la enfermera.
- El resultado propuesto (Alligood, 2006a, p. 488).

COMUNIDADES INTERNACIONALES DE ENFERMERAS EXPERTAS

Además del crecimiento estimulado por una filosofía más amplia de la ciencia enfermera, de la expansión de los métodos y planteamientos de investigación, y de la aparición de teorías intermedias, otra contribución destacable al actual estado del arte y la ciencia de la teoría enfermera es la globalización de comunidades de expertas enfermeras y las extensas posibilidades de comunicación por medio de internet. Gran parte del modelo conceptual enfermero y de las organizaciones teóricas tienen miembros internacionales. *La International Orem Society,* fundada en 1990, patrocina conferencias bienales que alternan entre Estados Unidos y otros países. A la décima conferencia de Vancouver, en Canadá, en 2008 acudieron participantes de ocho países. La conferencia de 2010 se celebró en noviembre en Tailandia. *La International Orem Society* tiene una página web activa, donde pueden encontrarse resúmenes de la última conferencia y tener acceso a la revista en línea, *Self-Care, Deficit Care, and Nursing.*

Asimismo, el tema del 12.° International Biennial Neuman Systems Model Symposium de 2009 es «Mejorar la salud global con teorías enfermeras —MSN». Esta conferencia habitualmente tiene un tema global e incluye participantes de Holanda, donde el modelo de sistemas de Neuman se usa extensamente. Todo ello es consecuencia de las posibilidades de comunicación global, del incremento de los viajes internacionales y de la traducción de los libros de texto de teorías enfermeras a otros idiomas.

Enfermeras de todo el mundo adoptan la teoría enfermera porque se dan cuenta de su utilidad en la práctica. Numerosas revistas de enfermería como J*ournal of Nursing Scholarship, Nursing Science Quarterly, Journal of Advanced Nursing, Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science e International Journal for Human Caring,* entre otras, publican artículos de expertos internacionales. Varias ediciones de *Nursing Theorists and Their Work* (Marriner Tomey, 1989, 1994; Marriner Tomey y Alligood, 1998, 2002, 2006) y *Nursing Theory: Utilization and Application* (Alligood y Marriner Tomey, 1997, 2002, 2006) se han publicado en chino clásico (que es taiwanés), finlandés, alemán, italiano, japonés, coreano, español y portugués. Las dos obras tienen una circulación internacional constante en países de habla inglesa. Respecto al interés global por los modelos conceptuales de enfermería y la teoría enfermera, las publicaciones en las revistas también muestran el interés de las enfermeras globalmente. La publicación de artículos sobre teoría enfermera corrobora el uso internacional de los modelos y teorías de enfermería por teóricas de Estados Unidos y las contribuciones en el desarrollo de las teorías de otros países.

En una búsqueda en PubMed realizada el 23 de octubre de 2008, se listó el número de publicaciones de teorías enfermeras limitadas a idiomas individuales (tabla 37-1).

En cinco hospitales suizos se implantó un modelo enfermero desarrollado por Kappeli (1999), del Departamento de Salud del cantón de Zurich en Suiza (Anderregg-Tschudin, 1999). Kappeli (1999) hizo una presentación en la Universidad de Basilea sobre los requisitos de la ciencia enfermera en un hospital universitario y concluyó que la ciencia enfermera es compatible con el espíritu y los objetivos de la profesión enfermera. En este texto se incluyen los trabajos teóricos de los siguientes teóricos internacionales: Evelyn Adam, Canadá (v. cap. 5), Roper, Logan y Tierney, Escocia (v. cap. 5), Katie Eriksson, Finlandia (v. cap. 11), Phil Barker, Irlanda (v. cap. 32), Kari Martinsen, Noruega (v. cap. 10) y Nightingale, Inglaterra (v. cap. 6).

La concienciación global ha llegado, como se evidencia por los artículos de teoría enfermera de todo el mundo en revistas de enfermería de Estados Unidos y de otros países (Shamsudin, 2002). La expansión de Sigma Theta Tau International contribuyó a las asociaciones y publicaciones en todo el mundo. Internet facilita la comunicación global entre enfermeras, quienes comparten sus conocimientos teóricos enfermeros en investigación y para el ejercicio profesional. Nursing Science Quarterly publica un artículo global habitual en cada ejemplar en países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Inglaterra, Japón, Suecia, Corea, Alemania, Turquía, Taiwán, Hong Kong, Irlanda e Israel.

Existen varias páginas web generales sobre teoría enfermera, como la Nursing Theory Page de la facultad de enfermería de la Valdosta State University, College of Nursing; la Nursing Theory Link

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla **37-1** ***Número de publicaciones de teorías enfermeras obtenido cuando se limita a cada idioma posible en una búsqueda en PubMed realizada el 23 de octubre de 2008***

Idiomas buscados	Publicaciones de teorías enfermeras	Idiomas buscados	Publicaciones de teorías enfermeras
Inglés	10.144	Finlandés	24
Japonés	409	Polaco	13
Portugués	298	Afrikáner	7
Alemán	295	Ruso	3
Francés	214	Griego	2
Coreano	79	Tailandés	1
Chino	59	Turco	1
Holandés	56	Hebreo	1
Danés	54	Húngaro	1
Español	41	Checo	1
Noruego	41	Todos los demás idiomas posibles	0
Italiano	33		
Sueco	28		

Page, del Clayton College y del State University Department of Nursing, y la Nursing Theory Page mantenida por la escuela de enfermería de la University of San Diego en California. Estas excelentes páginas web enlazan con otras páginas de inicio o web de la mayoría de teóricas y sus trabajos.

Para concluir, el estado y la ciencia de la teoría enfermera están en continuo crecimiento. En primer lugar, se ha constatado que los trabajos teóricos de enfermería se utilizan en comunidades de expertas que forman grupos de apoyo para desarrollar la ciencia enfermera con un paradigma específico en el modo de la ciencia normal (Kuhn, 1970). En segundo lugar, la teoría se desarrolla junto con una filosofía ampliada de la ciencia enfermera y el desarrollo de planteamientos de investigación cualitativa que tratan cuestiones enfermeras no resueltas. El avance más apasionante de los últimos años es la teoría intermedia y su importancia para la práctica enfermera. Se haya desarrollado de forma cuantitativa o cualitativa, está a un nivel de abstracción que facilita la práctica (v. fig. 37-1). Por último y en tercer lugar, las comunidades globales de expertas enfermeras comparten los trabajos teóricos de enfermería y contribuyen al desarrollo del conocimiento enfermero. Utilizando internet, enfermeras de todo el mundo comparten ideas y conocimientos utilizando los primeros trabajos teóricos y nuevas teorías. Es vital que el conocimiento enfermero se enseñe, se aprenda, se utilice y se aplique en la práctica para la profesión y que la investigación enfermera continúe desarrollando conocimientos para la disciplina. Porque sigue siendo cierto que «la teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin la teoría es ciega» (Cross, 1981, p. 110).

REFERENCIAS

Alligood, M. R. (2002). A theory of the art of nursing discovered in Rogers' science of unitary human beings. *International Journal for Human Caring, 6*(2), 55-60.

Alligood, M. R. (2004). The theoretical basis of professional nursing. In K. K. Chitty (Ed.), Professional nursing (3rd ed., pp. 271-298). Philadelphia: W. B. Saunders.

Alligood, M. R. (2006a). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 487-497). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006b). Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures. In M. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 43-65). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2006c). The nature of knowledge needed for nursing practice. In M. Alligood & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 3-15). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2010 in press). *Nursing theory: Utilization & application* (4th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Alligood, M. R., & Fawcett, J. (1999). Acceptance of the invitation to dialogue: Examination of an interpretive approach for the science of unitary human beings. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 7*(1), 5-13.

Alligood, M. R., & Fawcett, J. (2004). An interpretive study of Martha Rogers' conception of pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 12*(1), 8-13.

Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (1997). *Nursing theory: Utilization & application.* St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2002). *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2006). *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & May, B. A. (2000). A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly, 13*(3), 243-247.

Anderregg-Tschudin, H. (1999). The complex interrelations between nursing diagnostic and nursing management [German]. *Pflege, 12*(4), 216-222.

Biggs, A. (2008). Orem's self-care deficit nursing theory: Update on the state of the art and the science. *Nursing Science Quarterly, 21*, 200-206.

Burns, N. (1999). [Review of the book Nursing theorists and their work (4th ed.)]. Nursing Science Quarterly, *12*(3), 263-264.

Butcher, H. K. (1999). Rogerian ethics: An ethical inquiry into Rogers' life and science. *Nursing Science Quarterly, 12*(2), 111-118.

Butcher, H. K. (2002). Living in the heart of helicy: An inquiry into the meaning of compassion and unpredictability within Rogers' nursing science. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 10*(1), 6-22.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing. *Advances in Nursing Science, 1*(1), 13-23.

Casalenuovo, G. A. (2002). Fatigue in diabetes mellitus: Testing a middle range theory of optimal client system stability and the Neuman Systems Model. *Dissertation Abstracts International, 63*, 2301B.

Cross, P. (1981). *Adults as learners.* Washington, D.C.: Jossey-Bass.

DeSanto-Madeya, S. (2007). Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nursing Science Quarterly, 20*, 324-329.

Dunn, K. S. (2005). Testing a middle-range theoretical mode of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly, 18*, 146-156.

Fawcett, J. (1984a). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.* Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (1984b). The metaparadigm of nursing, Current status and future refinements. I*mage: The Journal of Nursing Scholarship, 16*, 84-87.

Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (1993). *Analysis and evaluation of nursing theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J. (2005). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J., & Alligood, M. (2001). SUHB INSTRUMENTS: An overview of research instruments and clinical tools derived from the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory, 10*(2), 5-12.

Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1984). *Conceptual models of nursing: Analysis and application.* Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1989). *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1996). *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

George, J. B. (1985). *Nursing theories.* Norwalk, CT: Appleton & Lange.

George, J. B. (1986). *Nursing theories* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

George, J. B. (1989). *Nursing theories* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

George, J. B. (1995). *Nursing theories* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

George, J. B. (2002). *Nursing theories* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gigliotti, E. (2003). The Neuman Systems Model Institute: Testing middle-range theories. *Nursing Science Quarterly, 16*, 201-206.

Hamilton, R. J., & Bowers, B. J. (2007). The theory of genetic vulnerability: A Roy model exemplar. *Nursing Science Quarterly, 20*, 254-264.

Johnson, B., & Webber, P. (2001). *An introduction to theory and reasoning in nursing.* Philadelphia: Lippincott.

Johnson, B., & Webber, P. (2004). *An introduction to theory and reasoning in nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Kappeli, S. (1999). What sort of science does nursing require? [German]. *Pflege, 12*(3), 153-157.

Kim, T. S., Kim, C., Park, K. M., Park, Y. C., & Lee, B. S. (2008). The relation of power and well-being in Korean adults. *Nursing Science Quarterly, 21*, 247-254.

Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *ANS Advances in Nursing Science, 21*(4), 81-91.

Malinski, V. (1999). [Review of the book *Nursing theorists and their work* (4th ed.)]. *Nursing Science Quarterly, 12*(3), 264-266.

Marriner Tomey, A. (1986). *Nursing theorists and their work.* St. Louis: Mosby.

Marriner Tomey, A. (1989). *Nursing theorists and their work* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Marriner Tomey, A. (1994). *Nursing theorists and their work* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Marriner Tomey, A., & Alligood, M. (1998). *Nursing theorists and their work* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Marriner Tomey, A., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing theorists and their work* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Marriner Tomey, A., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.

McEwen, M., & Wills, E. (2002). *Theoretical basis for nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McEwen, M., & Wills, E. (2006). *Theoretical basis for nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (1985). *Theoretical nursing: Development and progress.* Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress.* Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Morris, D. B. (2000). How to speak postmodern: Medicine, illness, and cultural change. *Hastings Center Report, 30*(6), 7-16.

Paley, J. (2006). Nursing theorists and their work. Book review. *Nursing Philosophy, 7*(4), 275-280.

Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice.* Philadelphia: F. A. Davis.

Parker, M. (2006). *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Parse, R. R. (2008). Nursing knowledge development: Who's to say how? *Nursing Science Quarterly, 21*, 101.

Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2008). *Middle range theories* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pharris, M. D., & Endo, E. (2007). Flying free: The evolving nature of nursing practice guided by the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 20*, 136-143.

Reed, P. G. (1999). [Review of the book Nursing theorists and their work (4th ed.)]. *Nursing Science Quarterly, 12*(3), 266-268.

Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge: Philosophical traditions and influences.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Shamsudin, N. (2002). Can the Neuman Systems Model be adapted to the Malaysian nursing context? *International Journal of Nursing Practice, 8*(2), 99-105.

Sieloff, C. L., & Frey, M. A. (Eds.). (2007). *Middle range theory development using King's conceptual system.* New York: Springer.

Smith, M. J., & Liehr, P. (2003). *Middle range theory for nursing.* New York: Springer.

Smith, M. J., & Liehr, P. (2008). *Middle range theory for nursing.* New York: Springer.

Thorne, S., Kirkham, S. R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing and Health, 20*, 169-177.

Thorne, S., Kirkham, S. R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods,* 3(1), article 1. Retrieved May 21, 2004, from http://www.ualberta.ca/aiiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf

Wang, C. H. (2008). Working with older adults: A nurse practitioner's experience from a humanbecoming perspective. *Nursing Science Quarterly, 21*, 218-221.

Wood, A., & Alligood, M. R. (2006). Nursing models: Normal science for nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed., pp. 17-42). St. Louis: Mosby.

Índice alfabético

Los números de página seguidos de *c, f* y *t* indican cuadros, figuras y tablas, respectivamente.

A

Abdellah, Faye G., 50
  página web, 57
  teoría e influencia, 57
Aborto, en la teoría de los cuidados, 742, 744-745
Abuso sexual, en el modelo de adaptación de Roy, 349
Aceptación
  incondicional, en el paradigma de modelos y modelado de roles, 542
  por parte de la comunidad enfermera, 401-407, 663-665, 713-715
Actitudes respecto a la crianza, en la adopción del rol materno, 584
Actividad enfermera, en la teoría del déficit de autocuidado, 271
Adam, Evelyn, 52, 62-63
Adaptación
  en el modelo
    de adaptación de Roy, 337-338, 341
    de conservación, 227
  en la teoría
    de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602
    de modelos y modelado de roles, 543
Administración
  de asistencia sanitaria
    modelo sinfonológico de Husted, 571
    teoría
      de la atención burocrática, 124
      del cuidado transpersonal, 100
  de los servicios de enfermería, en la teoría de la enfermería como cuidado, 402-403
Adopción del rol materno, 584
  frente convertirse en madre, 586
  Ver también Teoría de adopción del rol materno
Afecto
  en el modelo de promoción de la salud, 438
  relacionado con la actividad, en el modelo de promoción de la salud, 438
Afirmaciones relacionales, en el desarrollo de teorías, 39-41
Afrontamiento
  en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 641, 645
  modelo causal, 44, 45f
Akayama, Tsuyoshi, 686
Alanen, Y., 683
Alexander, J.W., 377
Allegados, en la teoría del final tranquilo de la vida, 756
Alteraciones
  de la alimentación, como riesgo en la depresión posparto, 726
  del sueño, como riesgo en la depresión posparto, 726
Altschul, Annie, 676, 683
AMICAE, 145, 150
Análisis de conceptos, 39, 39t
Ansiedad
  como factor de riesgo en la depresión posparto, 727, 728
  en la teoría de la adopción del rol materno, 584
Antropología, 455
Aplicaciones culturales, del modelo de sistemas de Neuman, 319
Aporte, en el paradigma de modelos y modelado de roles, 542
Apoyo social
  en la teoría de adopción del rol materno, 585
  falta como riesgo en la depresión posparto, 727
  incertidumbre, 602-603
Aquilina, Donna, 309
Araich, M., 347
Arendt, Hannah, 168
Argumento, en el razonamiento lógico, 26, 27-28
Aristóteles, 16, 563
Asociaciones
  en el desarrollo de teorías, 42, 44
Atención enfermera, ceguera, 463
Attending Nurse Caring Model (ANCM), 100
Autoconcepto, en la teoría de adopción del rol materno, 584
Autocuidados
  en el paradigma de modelos y modelado de roles, 543
  en la teoría del déficit de autocuidado, 269, 270-271, 273-274, 276
Autoeficacia, en el modelo de promoción de la salud, 438, 442
Autoestima
  en el modelo de adaptación de Roy, 349-350
  en la teoría
    de adopción del rol materno, 584
    de la depresión posparto, 727
Autoridad
  en el modelo
    de la marea en la recuperación de la salud mental, 681
    de la salud como expansión de la conciencia, 491
Autotrascendencia
  concepto de P.G. Reed, 620, 625
  factores moderadores-mediadores, 620-621
  salud mental, 622
Axiomas
  definición, 26
  en el desarrollo de una teoría, 42, 43f,44

© 2011. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

B

Bacon, Francis, 17, 18
Baiardi, J., 351
Balanza de ejercicios/barreras del ejercicio físico (BBBEF), 440-441
Bandura, Albert, 436-437
Barker, Phil, 673-705
  biografía, 673-674
  modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 33, 673-705
  publicaciones, 674
Barnard, Kathryn E., 52, 742
  biografía, 61-62
  modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil, 62-63, 63f
Barnum, B.S., 138
Bates, M., 227
Bebés prematuros, familias, 376
Beck, Cheryl Tatano, 722-740
  biografía, 722-723
  honores y premios, 723
  teoría de la depresión posparto, 722-740
  tiempo de la investigación perinatal, 724t
Beech, Ian, 689
Beland, Irene, 226
Benner, Patricia, 137, 168
  biografía, 137-139
  teoría
    aceptación por parte de la comunidad enfermera, 149-151
    afirmaciones teóricas, 149
    caso clínico, 154-156
    conceptos principales y definiciones, 142-144
    crítica, 152-154
    desarrollos posteriores, 151-152
    forma lógica, 149
    fuentes filosóficas, 139-144
    principales supuestos, 147-149
    pruebas empíricas, 145-147
    resumen, 154
Benson, S., 377
Bentov, I., 484, 485
Berry, T., 337, 341
Bienestar
  autotrascendencia, 620, 623, 626
  en el modelo de sistemas de Neuman, 313
  en la teoría
    de los cuidados, 746
    del final tranquilo de la vida, 755
Bioética, 562. *Ver también* Teoría bioética sinfonológica
Bixenstine, E., 18
Blom, I., 167
Boca Raton Community Hospital, teoría de la enfermería como cuidado, 405
Bohm, David, 117, 484
Bourdieu, P., 169
Bournaki, M.C., 350
Boykin, Anne, 115, 393
  biografía, 394
  coautora con S. Schoenhofer, 395
  teoría de la enfermería como cuidado, 395-415
Boyle, Joyceen, 114
Bradford, Helena, 731
Brecht, M., 377
Bronfenbrenner, U., 588, 590
Brown, H., 16, 18-20
Brown, Martha, 19-20
Burke, Mary Lermann, 656-672
  biografía, 658-659
  teoría del duelo disfuncional, 658-672
  Ver también Teoría del duelo disfuncional
Burr, H.S., 245

C

Calidad de vida, en la teoría del final tranquilo de la vida, 755
California, Universidad, hospital e instituto neuropsiquiátrico, 377
Campo de energía, concepto de M. Rogers, 244
Cáncer
  de mama, adaptación, 349
  en el modelo de adaptación de Roy, 349
  estudios NCRCS, 662, 665
  trayectoria de vida, 644-645
Capacidades cognitivas, en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 601
Capacitación adolescente, teoría de Frame, 351
Caplan, G., 310
Carga bioquímica, 723
Caritas, significado, 197-198
Caso paradigmático, definición del modelo de Dreyfus, 144
Ceguera, atención enfermera, 463
Center for Human Caring, Universidad de Colorado, 92
Certeza, en la teoría bioética sinfonológica, 568. *Ver también* Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad
Chadwick, E., 74
Chick, Norma, 418
Chiou, C.P., 49
Ciencia
  aspectos en común, 23
  en la iniciativa social, 24
  enfermera, conjuntos de D.E. Orem, 268, 268c
  etapas de desarrollo, 23
  historia y filosofía, 16-25
  normal, 6, 766-767

Ciencia *(cont.)*
perspectivas
filosóficas, 16-17
interaccionista, 20
presuposiciones, 20-21
supuestos del siglo xxi, 341c
visiones históricas, 16-21
Círculo de cuidado, en la enfermería de atención primaria avanzada, 407
Cirugía por derivación de la arteria coronaria, en el modelo de adaptación de Roy, 348
Claridad
análisis de la teoría en enfermería, 12
en el modelo
de adaptación de Roy, 352-353
de conservación, 232-233
de la marea en la recuperación de la salud mental, 691, 692f
de la salud como expansión de la conciencia, 493
de sistemas de Neuman, 321
en la teoría
bioética sinfonológica, 572-573
de la adopción del rol materno, 593-594
de la atención burocrática, 129
de la autotrascendencia, 627-628
de la depresión posparto, 732
de la enfermería como cuidado, 407-408
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 608-609
de la trayectoria de la enfermedad, 648
de las transiciones, 425
de los cuidados, 748
de modelos y modelado de roles, 549-550
del confort, 716
del cuidado
caritativo, 205
transpersonal, 101
del déficit de autocuidado, 276
del duelo disfuncional, 665-666
del final tranquilo de la vida, 758
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 179-180
Clifford, J., 138
Coconstitución, teoría del desarrollo humano, 505
Cody, W., 47
Coexistencia, teoría del desarrollo humano, 505
Coffman, S., 115
Cognición, teoría de Piaget, 20
Coherencia, en la teoría de la autotrascendencia, 627-628
Colorado, Universidad, Center for Human Caring, 92
Competencia
en el modelo de Dreyfus, 143
en la filosofía de P. Benner, 143, 144
Compromiso, en la experiencia de la transición, 420-421
Comte, A., 18
Comunicación, en la teoría intermedia de la consecución de objetivos, 297-298
Comunidad, en la teoría del desarrollo humano, 505
Concepto
abstracto frente concreto, 37-38
conexión-separación, en la teoría el desarrollo humano, 509, 514, 515f
de creación, en la teoría del desarrollo humano, 509-510, 514, 515f
de imaginación, en la teoría del desarrollo humano, 507, 514-515, 515f
de lenguaje, en la teoría del desarrollo humano, 507-508, 514-515, 515f
de poder, en la teoría del desarrollo humano, 509, 514, 515f
de transformación, en la teoría del desarrollo humano, 510, 514, 515f
de valoración, en la teoría del desarrollo humano, 507, 514-515, 515f
discreto frente continuo, 38-39
invariable, 38
permisividad-limitación, en la teoría del desarrollo humano, 508-509, 514, 515f
revelación-ocultación, en la teoría del desarrollo humano, 508, 514, 515f
variable, 38-39
Conciencia
definición de M. Newman, 482-483, 485
movimiento como reflejo, 487
Condiciones
necesaria/suficiente, 40-41
socioeconómicas, en la experiencia de la transición, 421-422
Conducta
de búsqueda de la salud, en la teoría del confort, 709
de control del dolor, investigación, 378
en el modelo
de fomento de la salud, 440, 442
del sistema conductual de Johnson, 368
Confianza, papel en la implicación del cliente, 545
Confort
concepto de K. Kolcaba, 709
en la teoría de los cuidados, 749
estructura taxonómica, 708, 708f
relatos históricos, 707
Confusión mental, como riesgo para la depresión posparto, 728
Conocimiento
autocuidado, 544-546
en la teoría de modelos y modelado de roles, 544-546

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Conocimiento *(cont.)*
comprobación basada en la teoría, 10
en el modelo de conservación, 228
en la experiencia de la transición, 420
en la teoría de los cuidados, 743
enfermería, 767, 768f
enfermero
estructura genérica, 768f
niveles de estructura, 8, 8t
perceptual, en el modelo de conservación, 228
Consecuencias deducibles
análisis de la teoría en enfermería, 13
en el modelo
de adaptación de Roy, 354
de conservación, 233
de la marea en la recuperación de la salud mental, 694
de la salud como expansión de la conciencia, 493
de promoción de la salud, 443-444
de sistemas de Neuman, 322
del sistema conductual de Johnson, 381
en la teoría
bioética sinfonológica, 573
de adopción del rol materno, 594-595
de cuidados culturales, 472
de la atención burocrática, 130
de la autotrascendencia, 629
de la depresión posparto, 733
de la enfermería como cuidado, 408
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 609-610
de la trayectoria de la enfermedad, 649
de las transiciones, 426
de los cuidados, 749
caritativos, 205
transpersonales, 102
de modelos y modelado de roles, 550
del confort, 716
del déficit de autocuidado, 277
del desarrollo humano, 519-520
del duelo disfuncional, 667
del final tranquilo de la vida, 760
intermedia de la consecución de objetivos, 298-299
en P. Benner de la práctica enfermera, 153-154
filosofía de la asistencia de K.Martinsen, 180-181
seres humanos unitarios, 254
Consenso científico, 21-22
Conservación, concepto, 228-229
Contacto, respuesta del recién nacido pretérmino, 350
Contexto, en la teoría bioética sinfonológica, 563
Control, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369-370
Cook, E.T., 72
Cooley, M.E., 349
Corazón, ojo, en la filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 175
Corbin, J., 646
Cotrascendencia, en la teoría del desarrollo humano, 509
Creencias, en la teoría de los cuidados, 743
Crisis, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 681
Cuerpo
como actitud natural, 170
en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642, 643t
Cuestionario
de cuidado relacional, 126
de duelo disfuncional de Burke, 659
general de confort, 714
Cuidadores
autotrascendencia, 626
de lactantes UCIN, 743
estímulos ambientales, 350
estudios NCRCS, 662, 665
Cuidados
adaptación, 352
base de la práctica de la moral, 167
ciencia, 151
coherentes con la cultura, 466f
concepto de K.M. Swanson, 743
continuos, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 682, 693f
culturales, 460
adaptación, 461
conservación, 461
diversidad, 460
mantenimiento, 461
reorientación/reestructuración, 461
universalidad, 460
dependientes, en la teoría del déficit de autocuidado, 271
desde el corazón, 406
en la filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 173-175
en la teoría del cuidado caritativo, 198-199
enfermeros competentes con la cultura, 461
teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Leininger, 461
sistemas comparativos, 456
exploración de P. Benner, 151-152
filosofía de K. Martinsen,
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 178-179
afirmaciones teóricas, 177
caso clínico, 181

Cuidados *(cont.)*
crítica, 179-181
desarrollos posteriores, 179
forma lógica, 177-178
fuentes, 169-175
principales supuestos, 175-177
pruebas empíricas, 175
teoría, 460. *Ver también* Cuidadores;
de M. Heidegger, 170-171
del déficit de autocuidado, 268-269
trinidad de K. Martinsen, 176
Ver también Teoría del cuidado caritativo; Teoría del cuidado transpersonal; Teoría de la atención burocrática; Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales; Teoría de la enfermería como cuidado; Teoría de los cuidados
Culpabilidad, como riesgo para la depresión posparto, 728
Cultura
definición, 459
en la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Leininger, 460
Curación, autotrascendencia, 625
Currículo estandarizado, 4

D

Damus, K., 378
Danza de las personas de cuidado, 400-401, 401f
Datos, supuestos de P. Benner, 147
Davidson, A., 115
De Chardin, Pierre Teilhard, 94, 310, 337
Decisiones al final de la vida, autotrascendencia, 626. *Ver también* Teoría del final tranquilo de la vida
Deducción
características básicas, 33t
ejemplos, 27-28, 33t
en el razonamiento lógico, 26-29
Dee, V., 377
Déficit de autocuidados, en la teoría del déficit de autocuidados de Orem, 271, 273-274
Definiciones
en el desarrollo de una teoría, 37-39
teórica frente operativa, 40t
Depresión
como factor de riesgo para la depresión posparto, 726
en la teoría
de adopción del rol materno, 584
de la autotrascendencia, 621, 626
Ver también Teoría de la depresión posparto
Derechos, en la teoría bioética sinfonológica, 564, 566
Desarrollo
de la teoría, 36-49
afirmaciones relacionales, 39-41
análisis de conceptos, 39, 39t
analogía, 32
asociaciones y ordenación, 42, 44
aspectos contemporáneos, 45-47
completación, 42
componentes, 36-44, 37-40t, 43f
conceptos y definiciones, 37-39
de la atención burocrática, 120, 120f
forma normativa, 42, 43f
intermedia, 46
proceso causal, 42, 44, 45f
sistemática, 36
teoría axiomática, 42, 43f, 44
tipologías, 38
Ver también Teoría intermedia
del conocimiento, propuesta de P. Benner, 140, 142
humano
conceptos, 514-515
postulados, 506
teoría. *Ver* Teoría del desarrollo humano
DeVillers, M.J., 346
Diagnóstico(s)
diferencial, como estrategia empírica, 17
enfermería
duelo disfuncional, 664
modelo de adaptación de Roy, 345
Dickens, Charles, 74
Diez compromisos del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 675, 690, 694
Dignidad, en la teoría del final tranquilo de la vida, 756
DiMattio, M.J., 348
Discernimiento, juicio profesional, 173
Disciplina
definición, 8-10
frente a profesión, 8
Diversidad, en la teoría de cuidados culturales, 460
Dobratz, M.C., 347
Dodd, Marylin J., 638-655
biografía, 639-640
honores y premios, 640
modelo del sistema conductual de Johnson, 378
teoría de la trayectoria de la enfermedad, 641-655
Dolor
teoría
del final tranquilo de la vida, 755
intermedia, 352
Dominio, en el modelo de Dreyfuss, 144
Dossey, B.M., 73
Dreyfus, Hubert, 140, 148
Dreyfus, Stuart, 140

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Driscoll, J., 723, 725, 729
Droesbeke, J.L., 115
Dubin, R., 44
Duelo
  concepto relacionado con el tiempo, 660-661
  disfuncional
    desencadenantes, 662
    estrategias de gestión, 662-663
    modelo teórico, 666f
  estudios NCRS, 661-662, 665. *Ver también* Teoría del duelo disfuncional
  pérdida, teoría del desarrollo humano, 517. *Ver también* Teoría del duelo disfuncional
  Ver Teoría del duelo disfuncional
Dunlop, M.J., 151-152
Dunn, Halpert, 435
Dunne, Joseph, 140
Dunphy, L.H., 407

E

Eakes, Georgene Gaskill, 656
  biografía, 657-658
  honores y premios, 658
  teoría del duelo disfuncional, 660-672
Eficiente, definición del modelo de Dreyfus, 143
Einstein, Albert, 17, 245
Eipperle, M.K., 470
Ejemplo, definición del modelo de Dreyfus, 144
Ejercicio, en el modelo de adaptación de Roy, 348
Elementos estresantes
  en el modelo
    de sistemas de Neuman, 313
    del sistema conductual de Johnson, 370
Embarazo, no planeado/no deseado, 727
Empirismo, 17-18
Empiristas lógicos, 18
Encarnación, definición, 148
Energía, en el modelo de conservación, 228-229
Enfermedad
  de Alzheimer, en la teoría del desarrollo humano, 519
  duelo disfuncional, 656-672
  en el modelo de sistemas de Neuman, 313
  en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602, 605f
  mental, en el modelo de la marea, 686. *Ver también* Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental
Enfermeras
  expertas, comunidades internacionales, 769-770, 770t. *Ver también* Teóricos específicos
  relaciones de cuidado, 406
Enfermería
  clínica, arte útil, 57-58, 59f
  como disciplina, 8-10
Enfermería *(cont.)*
  conocimiento, 3, 5, 23, 767
  de rehabilitación, contribuciones de L. Hall, 58, 60f, 60-61
  definición de V. Henderson, 55-57
  del recién nacido, contribuciones de E. Wiedenbach, 57-58, 59f
  en el modelo
    conceptual, 7, 7c, 8t, 9
    de adaptación de Roy, 342
    de conservación, 230
    de la marea en la recuperación de la salud mental, 684-685
    de la salud como expansión de la conciencia, 482-483
    de sistemas de B. Neuman, 314
    del sistema conductual, 371
  en la salud del hogar, estudio de Schoenhofer y Boykin, 406
  en la teoría
    bioética sinfonológica, 564, 565
    de adopción del rol materno, 586-587
    de la atención burocrática, 121
    de la autotrascendencia, 622
    de la depresión posparto, 729
    de la enfermería como cuidado, 396-398, 400
    de los cuidados, 745
    de modelos y modelado de roles, 541-542, 546
    del confort, 711
    del cuidado transpersonal, 98-99
    del desarrollo humano, 513-514
    del duelo disfuncional, 663
    intermedia de la consecución de objetivos, 288, 292
  filosofía y cambios filosóficos, 23
  intercultural, distinción de la enfermería transcultural, 458
  intereses comunes con la antropología, 455
  paradigmas cambiantes, 23
  preventiva, frente a medicina preventiva, 379
  primaria, 60
  profesión, 8, 10-12
  psiquiátrica, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 686
  seres humanos unitarios, 245
  transcultural
    definición de M. Leininger, 458
    distinción de la enfermería intercultural, 458
    fundación y desarrollo, 454-458
    programas, 114-115, 455-456, 468-469
    Ver también Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Entorno
en el modelo
de adaptación de Roy, 343
de conservación, 227, 230
de la marea en la recuperación de la salud mental, 686
de la salud como expansión de la conciencia, 483
de sistemas de Neuman, 312, 316
del sistema conductual de Johnson, 372
en la filosofía de la asistencia, 177
en la teoría
de adopción del rol materno, 587
de la atención burocrática, 122
de la autotrascendencia, 622-623
de la depresión posparto, 729
de los cuidados, 746
culturales, 460
transpersonales, 99
de modelos y modelado de roles, 547
del confort, 711, 746
del duelo disfuncional, 663
del final tranquilo de la vida, 756
intermedia de la consecución de objetivos, 292
énfasis de F. Nightingale, 75-78, 81, 82
seres humanos unitarios, 246
Entorno-acuerdo, en la teoría bioética sinfonológica, 563-564, 565-566
Epistemología
definición, 16
propuestas recientes, 18-19
racionalista, 17
Equilibrio, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369, 372
Erickson, Helen C.
biografía, 537-538
honores y premios, 538
paradigma de modelos y modelado de roles, 540-559
Erickson, Milton H., en el paradigma de modelos y modelado de roles, 541
Erikson, Erik, 94, 99, 227, 540
Eriksson, Katie, 179
biografía, 190-192
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 168
teoría del cuidado caritativo, 190-221
Escala
de Capacidades de Resolución para Personas Mayores (ECRPM), 621
de Valoración de la Depresión Posparto (PDSS), 723, 725, 727, 732
Esclerosis múltiple, y duelo disfuncional, 660
Espiritualidad
creación, en el modelo de adaptación de Roy, 341
definición, teórica frente operativa, 40t
Esquema cognitivo, en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 601
Estado de salud, en la teoría de adopción del rol materno, 584
Estar con, en la teoría de los cuidados, 743
Estímulos
contextuales, en el modelo de adaptación de Roy, 338
focales, en el modelo de adaptación de Roy, 338
residuales, en el modelo de adaptación de Roy, 338
Estrategias
de gestión, en la teoría del duelo disfuncional, 662-663
de la teoría seguida de la investigación, 17
construcción de teorías, 17
Estrés
acomodación bioquímica, 729
afrontamiento, teoría de R.S. Lazarus, 141
depresión posparto, 726-727
en el modelo del sistema conductual de Johnson, 370-371
en la teoría de adopción el rol materno, 585
estudio, modelo de adaptación de Roy, 349
Estudio
Hope, R.R. Parse, 504
sobre culturas, teoría de Ray, 113
Ética
condición primaria, 171
definición de G.L. Husted, 562
en el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, 144
Etnohistoria, en la teoría de cuidados culturales, 460-461
Evolución de los seres humanos, etapas de A.M. Young, 488, 488f
Exosistema, frente mesosistema, 588
Experiencia
de la transición
condiciones, 421-422
propiedades, 420-421
definición del modelo de Dreyfus, 144
del nacimiento, percepción, 584
universal, en la teoría del desarrollo humano, 511
Experto, definición del modelo de Dreyfus, 143-144

F

Factores
condicionantes, en la teoría del déficit de autocuidado, 271
culturales
en la teoría
de la atención burocrática, 118
de las transiciones, 418, 421, 423
en las expectativas sobre el embarazo, 729

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factores *(cont.)*
occidentales frente no occidentales, 455
supuestos de P. Benner, 147
Ver también Enfermería transcultural; Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Leininger
de cuidado en la teoría del cuidado transpersonal, 94-96, 97t
económicos, en la teoría de la atención burocrática, 119
personales, en el modelo de promoción de la salud, 438
políticos, en la teoría de la atención burocrática, 119
Familia, en la teoría de adopción del rol materno, 585
Fawcett, Jacqueline, 45, 278, 346, 349, 742
conceptos de metaparadigma, 44
en el modelo de adaptación de Roy, 346
seres humanos unitarios, 251
Feminismo, F. Nightingale, 80
Fenomenología, 18-19
como actitud natural, 170
fractura y diferencia, 172
hermenéutica, 173
P. Ricoeur, 173
K.E. Løgstrup, 171
M. Foucault, 172-173
Feshbach, S., 369
Filosofía
enfermería, 6, 7, 7c
características y contribuciones, 69
ejemplo, 8t
F. Ray, 113-136
J. Watson, 91-112
K. Eriksson, 190-221
K. Martinsen, 165-189
P. Benner, 137-164
Ver *también* Nightingale, F., Ray, M.A., Watson, J.
supuestos del siglo XXI, 341c
Fitzpatrick, Joyce J., 618, 619
Flexibilidad, en la teoría de adopción del rol materno, 584
Folkman, S., 601, 660-661
Forma normativa, en el desarrollo de teorías, 42, 43f
Formación, enfermería
aplicaciones del modelo de sistemas de B. Neuman, 318-319
debate, 166
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 178-179
modelo
de adaptación de Roy, 347-348
de conservación, 231-232
de la marea en la recuperación de la salud mental, 688-689
Formación, enfermería *(cont.)*
de la salud como expansión de la conciencia, 492
de promoción de la salud, 442-443
del sistema conductual de Johnson, 377
papel de F. Nightingale, 4, 80-81
programas
de doctorado, 5, 92, 114-115
de licenciaturas y másteres, 4, 5, 8-9
teoría
bioética sinfonológica, 571
de cuidados culturales, 468-469
de la adopción del rol materno, 592
de la atención burocrática, 124-126, 125f
de la enfermería como cuidado, 403-404
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 607
de la trayectoria de la enfermedad, 647
de las transiciones, 425
de los cuidados, 747-748
de los seres humanos unitarios, 249
de modelos y modelado de roles, 548
de P. Benner, 150-151
del confort, 714
del cuidado
caritativo, 202-203
transpersonal, 100-101
del desarrollo humano, 516
del duelo disfuncional, 664-665
del final tranquilo de la vida, 758
intermedia de la consecución de objetivos, 296
Formato del proceso enfermero de Neuman, pasos, 317
Foucault, Michel, 18, 169, 172-173
Frankl, Victor, 61, 623
Frank-Stromborg, Marilyn, 435
Freud, Sigmund, 32
Fry, S., 23
Fuentes de la estructura en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 601, 605

G

Gable, Robert K., 725
Gale, G., 16-17, 18, 24
Gallagher, M.S., 350
Generalidad
análisis de la teoría en enfermería, 12-13
en el modelo
de adaptación de Roy, 353
de conservación, 233
de la marea en la recuperación de la salud mental, 692-693
de la salud como expansión de la conciencia, 493
de promoción de la salud, 443
de sistemas de Neuman, 321

Generalidad *(cont.)*
del sistema conductual de Johnson, 381
en la explicación de P. Benner de la práctica enfermera, 152-153
en la teoría
bioética sinfonológica, 573
de adopción del rol materno, 594
de la atención burocrática, 129
de la autotrascendencia, 628
de la depresión posparto, 732
de la enfermería como cuidado, 408
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 609
de las transiciones, 425-426
de los cuidados, 748
caritativos, 205
culturales, 471
transpersonales, 102
de modelos y modelado de roles, 550
de trayectoria de la enfermedad, 648
del confort, 716
del déficit de autocuidado, 276
del desarrollo humano, 518
del duelo disfuncional, 667
del final tranquilo de la vida, 759
intermedia de la consecución de objetivos, 297-298
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 180
seres humanos unitarios, 251
Gestión del cuidado de la salud, efectos en los pacientes, 377
Gestores de casos, 117, 489
Gibson, J.E., 226
Giere, R.N., 40, 41
Glaser, B., 114, 723
Globalidad (holismo), en el modelo de conservación, 227
Gómez, O.J., 124
Goodnow, M., 707
Grado de reacción, en el modelo de sistemas de Neuman, 313
Gratificación-satisfacción, en la teoría de adopción el rol materno, 584
Grice, S.L., 377
Growth Through Uncertainty Scale, 607

H

Hacer por, en la teoría de los cuidados, 743
Hage, J., 36-37, 39, 41-42, 44
Hainworth, Margaret A., 656
biografía, 659-660
teoría del duelo disfuncional, 656-672
Hall, James, 435
Hall, John, 73
Hall, Lydia, 51
antecedentes, 60
modelo de esencia, cuidado y curación, 58, 60f, 60-61
Hardy, M.E., 81
Harmer, B., 707
Healthy Start CORPS: Inter-Conceptual Care Case Management Project, 731
Hegel, G.W.F., 116, 484
Heidegger, Martin, 94, 140, 148, 168, 170-171, 504, 512
Helson, Harry
modelo de adaptación de Roy, 336, 345
teoría del nivel de adaptación, 27
Henderson, Virginia, 50, 138
teoría
del confort, 707
e influencia, 55-57
Herbert, S., 71, 74
Hermenéutica
conceptos de R.R. Parse, 516
crítica, P. Ricoeur, 173
en el modelo de Dreyfus, 144
en la teoría de la enfermería como cuidado, 406
P. Benner, 147, 152
Herramientas de práctica, seres humanos unitarios, 252-254t
Hipocondría, seres humanos unitarios, 246
Historia
en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 677, 687
en la teoría de la enfermería como cuidado, 398, 402, 405
Holaday, B., 376
Holismo
en el modelo de conservación, 227
en la teoría de modelos y modelado de roles, 542
Holograma, universo, 117
Holonomía, definición, 116
Humanismo, en el modelo de adaptación de Roy, 341
Humanuniverse, en la teoría del desarrollo humano, 506, 514
Husserl, E., 18-19, 168, 170, 175
Husted, Gladys L., 560
biografía, 561
teoría bioética sinfonológica, 562-578
Husted, James H., 560
biografía, 561
teoría bioética sinfonológica, 562-578
Hutchinson, S., 723

I

Iatrogenia, seres humanos unitarios, 246
Identidad
en la teoría
de adopción del rol materno, 584

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Identidad *(cont.)*
de la trayectoria de la enfermedad, 642, 643t
materna, en la teoría de adopción del rol materno, 584
Illich, Ivan, 685
Ilusión, en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602
Imperativos de sustento, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
Importancia, definición del modelo de Dreyfus, 144
Impulsos de motivación, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 368
Incertidumbre
concepto de M.H. Mishel, 601, 603-604
fuentes e impactos, 602
Inducción
características básicas, 29-31, 34t
ejemplos, 29
en la práctica clínica, 30
grados de fuerza y probabilidad, 30
método, 17
Infecciones nosocomiales, seres humanos unitarios, 246
Inferencia
definición, 26
en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602
estadística, 30
Influencias
interpersonales, en el modelo de fomento de la salud, 438
situacionales, en el modelo de promoción de la salud, 438-439
Iniciativa, en la teoría bioética sinfonológica, 563
Inmigrantes, teoría de las transiciones, 418, 423
Instrumentos
de análisis de recursos de la relación enfermera-paciente, 126
de duelo disfuncional de Kendall, 665
de investigación
modelo de adquisición de Roy, 350-351
seres humanos unitarios, 252-254t
de valoración, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 376
de vínculos a objetos maternales de Erickson, 546
Insuficiencia
cardíaca, definición teórica frente operativa, 40t
de rol, 417
Integración, seres humanos unitarios, 248
Integridad
en el modelo de conservación, 229, 230-231
estructural, en el modelo de conservación, 229
institucional, en la teoría del confort, 709
personal, en el modelo de conservación, 229
social, en el modelo de conservación, 229
Interacciones
enfermera-paciente, en la teoría intermedia de la consecución de objetivos, 291, 291f, 297-298
persona-entorno
en el modelo de la salud como expansión de la conciencia, 483
en la teoría de la autotrascendencia, 622
International Association for Human Caring, 115
International Orem Society for Nursing Science and Scholarship, 275, 769
Intervenciones enfermeras
en el modelo
de adaptación de Roy, 345-346
del sistema conductual de Johnson, 375
resultados, 545
Inventario
de etapa psicosocial de Erickson, 546
de la autoestima de Robinson, 546
de satisfacción de las necesidades básicas, 546
Investigación
aplicaciones del modelo de sistemas de Neuman, 319-320
contribución
de F. G. Abdellah, 57
de V. Henderson, 56
crítica de métodos y suposiciones, 22
cualitativa, 468, 767-768
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 468
de la articulación, 139
enfermera basada en el modelo de sistemas de Neuman, 319
etnoenfermera, 455, 462, 464-465, 471
F. Nightingale, 76, 81
filosofía de la asistencia, 179
interdependencia con la teoría, 21-24
modelo
de adaptación de Roy, 348-352
de conservación, 232
de la marea en la recuperación de la salud mental, 689-690
de la salud como expansión de la conciencia, 489-492
de promoción de la salud, 443
del sistema conductual de Johnson, 377-378
P. Benner, 151
papel de la teoría, 4-5
participación de las enfermeras, 4
práctica enfermera, 32
revisiones, 9
teoría
bioética sinfonológica, 571-572
de la adopción del rol materno, 592
de la atención burocrática, 126, 127-128t

Investigación *(cont.)*
de la autotrascendencia, 626
de la depresión posparto, 724t
de la enfermería como cuidado, 404-407
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 607
de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd, 647
de las transiciones, 425
de los cuidados, 748
culturales, 469
transpersonales, 101
de M. Rogers, 249-251
de modelos y modelado de roles, 548-549
del confort, 714-715
del cuidado caritativo, 203-204
del desarrollo humano, 511-512, 516-517
del duelo disfuncional, 665
del final tranquilo de la vida, 758
intermedia de la consecución de objetivos, 296-297
verificación de teorías, 46-47
Isenberg, M.A., 349, 351

J

Jenkins, J., 351
JFK Medical Center, teoría de la enfermería como cuidado, 405
Jirovec, M.M., 351
Johnson, Dorothy E., 62-63, 335
biografía, 366-367
honores y premios, 366-367
modelo del sistema conductual, 367-390
Johnson, Jean, 754
Jowett, B., 74

K

Kalisch, B.J., 73
Kalisch, P.A., 73
Keenan, J., 40
Kennedy, M., 73
Kierkegaard, Søren, 94, 140
King, Imogene M., 286
biografía, 286-288
homenaje de Nightingale, 286-288
honores y premios, 286-288
publicaciones, 286-288
teoría intermedia de la consecución de objetivos, 286-308
King International Nusing Group (KING), 287
Kirkevold, M., 178
Kiser-Larson, N., historia y estudios del cuidado, 406
Kolcaba, Katharine, 706
biografía, 706-707
teoría del confort, 707-721
Kuhn, T.S., 6, 10, 766

L

Labilidad emocional, como riesgo para la depresión posparto, 728
Lachicotte, J.L., 377
Lactante, en la teoría de adopción del rol materno, 585
Lanouette, M., 376
Lazarus, Richard S., 140, 141, 601, 660-661
Leininger, Madeleine M., 454
biografía, 454-458
honores y premios, 457-458
influencia sobre M.A. Ray, 113-114
teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 454-479, 767
Lenz, Elizabeth, 754
Levine, Myra Estrin, 225
biografía, 225-226
honores y premios, 225-226
modelo de conservación, 227-241
publicaciones, 226, 231-232
Libertad, en la teoría del desarrollo humano, 506
Liderazgo, en la teoría del cuidado transpersonal, 100
Lindgren, Carolyn, 657, 659
Lipscomb, J.A., 80
Listado de los predictores de la depresión posparto (PDPI), 723, 732-733
Locsin, R.C., 407
Loeb Center for Nursing and Rehabilitation, 58
Logan, Winifred W., 53, 63-64
Lógica, disciplina, 26
Løgstrup, Knud E., 140, 168, 171
Løgstrup, R., 168
Lorentzon, M., 73, 80
Lorenz, Konrad, 369
Lovejoy, N., 378
Lutero, M., 172
Lynaugh, J., 138

M

MacIntyre, Alistair, 140
Macrae, J.A., 73
Macrosistema, en la teoría de adopción del rol materno, 588, 588f
Madres, en alto riesgo, teoría de los cuidados, 744
Manifestaciones
de la vida
en la ética de K.E. Løgstrup, 174
en la filosofía de la asistencia de K.E. Martinsen, 171
soberanas de la vida
concepto de K.E. Løgstrup, 171
en la filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 174
Mantener las creencias, en la teoría de los cuidados, 743
Marchione, J.M., 490

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Marcos
de los estímulos, en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 601, 602
de trabajo enfermeros
importancia, 10
tipos, 6-8, 7c
Marineau, H., 74
Maritain, J., 268
Martinsen, Kari, 140, 165
biografía, 165-169
filosofía de la asistencia, 169-189
Marx, Karl, 169-170, 310
Maslow, Abraham, 94, 99, 540, 623
Máxima, definición del modelo de Dreyfus, 144
May, R., 61
Mayeroff, M., 395
McCance, K., 114
McCorkle, R., 349
McCray-Stewart, D., 123
McDonald, L., 73
McElmurry, Beverly, 435
McFarland, M.R., 470
McPhaul, K.M., 80
Mead, Margaret, 455, 583
Meleis, Afaf Ibrahim, 416
biografía, 416-419
honores y premios, 417
teoría de las transiciones, 416-433
Mercer, Ramona T., 581
biografía, 581-582
honores y premios, 581-582
publicaciones, 582, 593
teoría de adopción del rol materno, 582-598
Merleau-Ponty, Maurice, 140, 148, 170, 504, 512
Mesosistema, frente exosistema, 588
Metaparadigma, 8, 45
Métodos de ayuda, en la teoría del déficit de autocuidado, 271
Microsistema, en la teoría de adopción del rol materno, 588, 588f
Mill, John Stuart, 74, 80
Mishel, Merle H., 599
biografía, 599-600
honores y premios, 600
teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 600-617, 604f
Mishel Uncertainty in Illness Scale, 599, 602
Modelado
concepto, 541
de roles, en el paradigma de modelos y modelado de roles, 541
Modelo
conceptual, 7, 7c, 62-63, 335
de adaptación, de Roy, 7, 27, 335-336, 767
Modelo *(cont.)*
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 345-352
afirmaciones teóricas, 343f, 343-345, 344f
caso clínico, 357
conceptos principales y definiciones, 337-340
crítica, 352-354
desarrollos posteriores, 352
ejemplo, 27
forma lógica, 345
fuentes, 336-337
principales supuestos, 341c, 341-343
pruebas empíricas, 340-341
resumen, 354-356
subsistemas, 343f, 343-344
de conservación
afirmaciones teóricas, 230-231
aplicaciones en la comunidad enfermera, 231-232
caso clínico, 233-235
conceptos principales y definiciones, 227-229
crítica, 232-233
desarrollos posteriores, 232
forma lógica, 231
fuentes, 226
principales supuestos, 229-230
pruebas empíricas, 229
de Dreyfus de adquisición de habilidades, 150
aplicación clínica, 149
en la filosofía de P.Benner, 140, 142
principales conceptos y definiciones, 142-145
de educación-aprendizaje del desarrollo humano, 516
de esencia, cuidado y curación (core, care, cure), L. May, 58, 60f, 60-61
de interacción para la evaluación de la salud infantil, 61-62, 63f
de la marea en la recuperación de la salud mental, 33
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 687-690
afirmaciones teóricas, 686-687
bases teóricas, 679
caso clínico, 694-695
concepto de puente, 675
constructivismo social, 676
creencias de compromiso, 681-682
crítica, 691-694
cuidado continuo, 682, 693f
desarrollos posteriores, 690-691
diez compromisos, 675, 677-679c, 690, 694
dimensiones de la persona, 692f
estructura del cuidado, 692f
filosofía terapéutica, 682
forma lógica, 687

Modelo *(cont.)*
fuentes teóricas, 674-677
historia, 677
influencias de filosofías orientales, 675
metáfora del agua, 680-681
principales supuestos, 684-686
principios, 681
pruebas empíricas, 683-684
resumen, 694
tres dominios, 680
valores esenciales, 677-679c
de la salud como expansión de la conciencia, 480-502, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 489-492
afirmaciones teóricas, 486-489
caso clínico, 494
conceptos principales y definiciones, 484-485
desarrollos posteriores, 493
forma lógica, 489
fuentes teóricas, 484
influencia de M. Rogers, 250
participación integradora/cooperadora, 491-492
poblaciones de clientes, 490
principales supuestos, 486
pruebas empíricas, 486
relación con los conceptos de metaparadigma, 481-484
resumen, 493-494
de promoción de la salud (MPS), 434-453, 437f
acción, 438, 440, 442
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 442-443
afirmaciones teóricas, 441-442
caso clínico, 444-445
conceptos principales y definiciones, 438-439
crítica, 443-444
desarrollos posteriores, 443
forma lógica, 442
fuentes teóricas, 436-437, 437f
principales supuestos, 441
pruebas empíricas, 439-441
resumen, 444
revisión, 439-440, 440f
de relaciones entre seres humanos, J. Travelbee, 61, 62f
de sistemas, B. Neuman, 309-334, 315f, 767
afirmaciones teóricas, 316
aplicaciones
interculturales, 319
por parte de la comunidad enfermera, 316-320
caso clínico, 322-323
conceptos principales y definiciones, 311-314
crítica, 321-322
Modelo *(cont.)*
desarrollos posteriores, 320-321
forma lógica, 316
fuentes, 310
principales supuestos, 314, 316
pruebas empíricas, 314, 315f
de valoración del potencial de adaptación (MVPA), 541, 543-544, 544f
del sistema conductual
de Derdiarian, 376
Johnson, 366-390
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 375-378
afirmaciones teóricas, 373-374
caso clínico, 382-384
conceptos principales y definiciones, 368-370
crítica, 380-381
desarrollos posteriores, 378-380
forma lógica, 374
fuentes teóricas, 367-368
principales supuestos, 371-372
pruebas empíricas, 370-371
resumen, 381-382
subsistemas, 368-369, 371-372, 373f, 378
trastornos, 377
del sol naciente, en la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 465, 466f, 470
hermenéutico, teoría del desarrollo humano, 511, 516
para educación en enfermería basado en el cuidado (MONEC), 407
teórico, 31-32
web de curación, 492
Modo
de adaptación del autoconcepto del grupo, modelo de adaptación de Roy, 339
de función de rol, en el modelo de adaptación de Roy, 339-340
de interdependencia, en el modelo de adaptación de Roy, 340
Modrcin-Talbott, M.A., modelo de adaptación de Roy, 349-350
Montag, Mildred, 286
Moore, C., 352
Moore, Shirley M., 753
biografía, 754
teoría del final tranquilo de la vida, 755-762
Morita, Shoma, 675
Morse, J., 114
Moss, I., 484
Movimiento-espacio-tiempo, en el modelo de la salud como expansión de la conciencia, 485, 487
Mubarak, H., 417
Muerte/morir. *Ver* Teoría del final tranquilo de la vida

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mullins, N., 44
Murdaugh, Carolyn L., 435
Murray, Henry, 713

N

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), 664
Narración, concepto de P.Benner, 152-153
National League for Nursing (NLN), criterios de acreditación de formación superior, 5
National Transcultural Nursing Society, 456
Necesidades
  de autocuidados, terapéuticos, 270
  de cuidados de la salud, en la teoría del confort, 709
  humanas
    en la teoría del cuidado transpersonal, 96
    identificación de E.Wiedenbach, 58, 59f, 60f
    V. Henderson, 56, 56c
Negentropía
  en el modelo de sistemas de Neuman, 311
  en la teoría general de sistemas, 245
Neuman, Betty, 309
  biografía, 309-310
  modelo de sistemas, 309-334, 315f, 767
Neuman Systems Model Symposium, 320, 769
Newman, D.M., modelo de adaptación de Roy, 347
Newman, Margaret A., 31, 480
  biografía, 480-481
  honores y premios, 480-481
  modelo de la salud como expansión de la conciencia, 481-502, 767
  publicaciones, 481, 486
Nightingale, Florence, 9, 71-90
  aceptación por parte de la comunidad enfermera, 79-81
  análisis retrospectivo del trabajo, 72
  biografía, 71-73
  caso clínico, 84
  conceptos principales y definiciones, 75-76
  confort, 707
  crítica, 82-83
  énfasis en el entorno, 75-78
  escuelas, 72
  feminismo, 80
  forma lógica, 79
  fundadora de la enfermería moderna, 4
  Guerra de Crimea, 72
  influencia
    religiosa, 74
    sobre Dorothy E. Johnson, 367
  mentora, 80
  modelo de conservación, 226
  movimiento sufragista, 80
  principales supuestos, 76-78
Nightingale, Florence *(cont.)*
  pruebas empíricas, 76
  teoría, 73-76, 78-79, 82-83
    de los gérmenes, 78
  visión, 5
Niños
  con discapacidad visual, cuidados, 378
  hospitalizados, instrumentos de valoración, 376
Normas
  bioéticas, 567c. *Ver también* Teoría bioética sinfonológica
  éticas, en la teoría bioética sinfonológica, 566-567, 567c
Northrup, F.S.C., 245
Notes on Nursing (Nightingale), 75, 77-78, 81, 83
Nowack, S., 44
Nuamah, I.F., 349
Nueva perspectiva de la vida, concepto de Mishel, 602
Nurse Educator Nursing Theory Conference, 9
Nursing Child Assessment Satellite Training Project, 62
Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS), 657-658, 661-662
Nyberg, J.J., 124

O

O'Brien, K., 124
O'Donell, Michael, 436
O'Malley, I.B., 72
O'Neill, Onora, 140
Ojo
  del corazón, en la filosofía de la asistencia, 175
  registro, en la filosofía de la asistencia, 175
Olshansky, S., 659, 660
Ordenación, en el desarrollo de las teorías, 42, 44
Ordenadores, en la ciencia moderna, 18
Orem, Dorothea E., 265
  biografía, 265-266
  honores y premios, 266
  teoría del déficit de autocuidado, 266-285, 767
Orlando (Pelletier), Ida Jean, 9, 53, 57
  biografía, 64
  teoría
    del confort, 707
    e influencia, 64-66

P

Paciente
  con cáncer, duelo disfuncional, 657
  en la teoría del confort, 711
  propuesta de E. Wiedenbach, 58, 59f, 60f
  psiquiátrico, en la teoría intermedia de la consecución de objetivos, 298
  Ver también Relaciones enfermera-paciente; Teoría del duelo disfuncional

Padre/compañero, en la teoría de adopción del rol materno, 585, 588f
Palencia, I., 352
Pandimensionalidad, seres humanos unitarios, 244
Paradigma interpretativo, y desarrollo del conocimiento en enfermería, 23
Parse, Rosemarie Rizzo, 503
  biografía, 503-504
  honores y premios, 504
  publicaciones, 503-504
  teoría
    de M. Rogers, 250
    del desarrollo humano, 504-535
Parsons, Mary Ann, 435
Parsons, Talcott, 367
Parto, PTSD posterior, 731. *Ver también* Teoría de la depresión posparto
Paterson, J.G., 395, 708
Patrones
  en el modelo de la salud como expansión de la conciencia, 482f, 482-484, 485
  rítmicos, teoría del desarrollo humano, 508-509
  seres humanos unitarios, 244
Paz, experiencia, 757
Pelletier (Orlando), Ida Jean. *Ver* Orlando (Pelletier), Ida Jean
Pender, Nola J., 434
  biografía, 434-436
  honores y premios, 435-436
  modelo de promoción de la salud, 436-453
Penhale, Helen, 434
Pensamiento
  probabilístico, 602
    en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602
  suicida, como riesgo para la depresión posparto, 728
Peplau, Hildegard E., 50
  teoría e influencia, 54-55
  trabajo de P.Barker, 675-676, 683
Percepción, en el modelo de adaptación de Roy, 340, 344, 344f
Pérdida, en la teoría del duelo disfuncional, 661
Perfil del estilo de vida promotor de salud, 435, 440-441
Periódicos
  Nursing Research, 9
  sobre teoría enfermera, 769
  Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 767
Persona
  como agente, teoría del déficit de autocuidado, 267-268
  concepto de P. Benner y J. Wrubel, 121
  filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 176
  mayor, teoría de la autotrascendencia, 620, 626
Persona *(cont.)*
  modelo
    de adaptación de Roy, 342, 343f, 344
    de conservación, 230
    de la marea en la recuperación de la salud mental, 680, 685, 692f
    de la salud como expansión de la conciencia, 483
    de sistemas de B.Neuman, 314
    del sistema conductual de Johnson, 371-372
  seres humanos unitarios, 245
  supuestos de P.Benner, 148
  teoría
    de adopción del rol materno, 587
    de la atención burocrática, 121
    de la autotrascendencia, 622
    de la depresión posparto, 729
    de la enfermería como cuidado, 395, 397, 399, 400
    de los cuidados, 745
      burocráticos, 121
    de modelos y modelado de roles, 542, 546
    del cuidado transpersonal, 99
    del desarrollo humano, 505-506, 510
    del duelo disfuncional, 663
    del final tranquilo de la vida, 756
    intermedia de la consecución de objetivos, 292
  Ver también Seres humanos
Persona-cliente, teoría de los cuidados, 746
Persona-paciente, en la teoría bioética sinfonológica, 564, 565
Perspectiva interaccionista, en la historia de la ciencia, 20
Piaget, Jean, 20, 540
Pitágoras, 16
Poder de los recursos, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 681
Podvoll, E.M., 676
Polanyi, Michael, 563
Popper, K., 17, 22
Posibilitar, en la teoría de los cuidados, 743
Positivismo, 18
  lógico, 18
Pospositivismo, 23
Práctica
  clínica. *Ver también* Práctica, enfermería
  en el modelo del sistema conductual de Johnson, 378
  en la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 469-470
  enfermería
    análisis crítico, 169-170
    aplicaciones del modelo de sistemas de B. Neuman, 317-318
    conocimiento, 3, 23
    desarrollo de teorías, 46-47
    filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 178

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Práctica *(cont.)*
influencia de F. Nightingale, 79-80
investigación, 32
modelo
de adaptación de Roy, 345-347
de conservación, 231
de la marea en la recuperación de la salud mental, 687-688
de la salud como expansión de la conciencia, 489-492
de promoción de la salud, 442
de Rogers, 248-249
del sistema conductual de D.E. Johnson, 375-377
P. Benner, 149-150
papel de la teoría en enfermería, 11
teoría
bioética sinfonológica, 570
de adopción del rol materno, 591-592
de la atención burocrática, 123-124
de la autotrascendencia, 625
de la depresión posparto, 730-731
de la enfermería como cuidado, 401-403
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 606
de la trayectoria de la enfermedad, 646-647
de las transiciones, 424-425
de los cuidados, 747
caritativos, 201-202
culturales, 467-468
transpersonales, 100
de modelos y modelado de roles, 547-548
del confort, 713-714
del desarrollo humano, 515
del duelo disfuncional, 663-664
del final tranquilo de la vida, 757-758
intermedia de la consecución de objetivos, 294-296
moral, y filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 174
recomendada, en la teoría del confort, 709
Precisión empírica
análisis de la teoría en enfermería, 13
en el modelo
de adaptación de Roy, 353-354
de conservación, 233
de la marea en la recuperación de la salud mental, 693-694
de la salud como expansión de la conciencia, 493
de promoción de la salud, 443
de sistemas de Neuman, 321
del sistema conductual de Johnson, 381
en la explicación de P. Benner de la práctica enfermera, 153
Precisión empírica *(cont.)*
en la teoría
bioética sinfonológica, 573
de adopción del rol materno, 594
de la autotrascendencia, 628-629
de la atención burocrática, 129-130
de la depresión posparto, 732-733
de la enfermería como cuidado, 408
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 609
de la trayectoria de la enfermedad, 648-649
de las transiciones, 426
de los cuidados, 749
caritativos, 205
culturales, 471-472
transpersonales, 102
de modelos y modelado de roles, 550
del confort, 716
del déficit de autocuidado, 276-277
del desarrollo humano, 518-519
del duelo disfuncional, 667
del final tranquilo de la vida, 759-760
intermedia de la consecución de objetivos, 298
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 180
seres humanos unitarios, 251
Premisa
en el razonamiento
deductivo, 27-28
inductivo, 29-30
Prevención, en el modelo de sistemas de Neuman, 313-314
Prigogine, I., 484
Principio
de helicidad, 247t, 248
de incertidumbre, trabajo de P. Barker, 674
de la homeodinámica, seres humanos unitarios, 246, 247t, 248
Problemas de enfermería, tipología de F.G. Abdellah, 57, 58c
Proceso
caritas, en la teoría del cuidado transpersonal, 94, 97t, 101
causal, en el desarrollo de las teorías, 42, 44, 45f
de afrontamiento
en el modelo de adaptación de Roy, 338
para el duelo disfuncional, 662
enfermero
en el modelo del sistema conductual de Johnson, 375
teoría de I.J. Orlando, 64-66, 66t
vital
en el modelo de adaptación de Roy, 339
integrado, en el modelo de adaptación de Roy, 339

Profesión
criterios, 10-11
definición, 8
enfermería, 4, 8, 10-12
Profesionales sanitarios, en la teoría bioética sinfonológica, 562-563
Profesionalismo orientado a la persona, 174
Programas
de doctorado, 5, 9
en la teoría del cuidado transpersonal, 92
enfermería transcultural, 114-115
de licenciaturas y másteres, 4, 8-9
enfermeros
másteres, 4, 5, 9, 92, 114-115
másteres, 4, 5, 9
Promulgación percibida del instrumento de autonomía, 546
PRO-SELF: Pain Control Program, 640
Proyecto AMICAE, 145, 150
Psicosis, posparto, 725. *Ver también* Teoría de la depresión posparto
Pueblo Gadsup, estudio de M. Leininger, 455
Puncion venosa, respuestas ante el dolor, 350
Purnell, M.J., 407

R

Racionalismo, 17
Rapoport, A., 368
Ray, Marilyn Anne, 113
biografía, 113-116
servicio de la Fuerza Aérea, 114
teoría de la atención burocrática, 116-136
Razonamiento
abductivo, 31, 568-570
lógico, 26-35
deducción, 26-29, 33t
inducción, 29-31, 34t
retroducción, 31-33, 34t
previo, 17
retroductivo, 31-33, 34t
Ver también Razonamiento lógico
Reacción
en el modelo de sistemas de Neuman, 313
ineficaz, en el modelo de adaptación de Roy, 338
Reciprocidad, homeodinámica, 247t, 250f
Reconstitución, en el modelo de sistemas de Neuman, 314
Recursos de autocuidados, estudios, 545
Reed, Pamela G., 618
biografía, 618-619
teoría de la autotrascendencia, 619-637
Reeder, F., 115
Registro de enfermería orientado al logro de objetivos (GONR), 295
Regulación, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369-370
Regulador, modelo de adaptación de Roy, 338, 343f, 343-344, 355-356t
Relaciones
cuerpo-mente, en la teoría de modelos y modelado de roles, 543
de cuidado transpersonal, cambio de paradigma, 94, 96-98
en la filosofía de la asistencia, 174-175
en la teoría
del cuidado transpersonal, 94, 95
del desarrollo humano, 505
en los servicios de salud mental, 675
enfermera-paciente
aspectos cambiantes, 55f
en el modelo
de la marea en la recuperación de la salud mental, 683, 686
de la salud como expansión de la conciencia, 482f, 482-483
de sistemas de Neuman, 316
en la teoría
de H.E. Peplau, 54f, 54-55, 55f, 675
de la enfermería como cuidado, 397
en los escritos de F. Nightingale, 82
fases de superposición, 54f
investigación de A. Altschul, 683
interpersonales, teoría de H.E. Peplau, 54f, 54-55, 55f
madre-padre, en la teoría de adopción del rol materno, 586
Ver también Relaciones enfermera-paciente
Requisitos funcionales, en el modelo de sistema conductual de Johnson, 369
Resonancia, seres humanos unitarios, 247t, 248
Respeto, teoría del final tranquilo de la vida, 756
Respuesta
al estrés, en el modelo de conservación, 228
de enfermería, en la teoría de la enfermería como cuidado, 398
de lucha o vuelo, en el modelo de conservación, 227-228
del organismo, en el modelo de conservación, 227-228
inflamatoria, en el modelo de conservación, 228
Reynolds, P., 17, 42, 44
Ricoeur, P., 173
Riegel, K., 619
Ritmo, teoría del desarrollo humano, 513
Roach, M.S., 395
Robbins, Lorraine, 436
Rogers, Carl, 94, 99

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Rogers, Martha E., 242, 287
biografía, 242-243
definición de ciencia normal, 766
honores y premios, 243
modelo
de conservación, 226
de la salud como expansión de la conciencia, 250, 484, 486
seres humanos unitarios, 242-264
teoría
de la autotrascendencia, 619, 623
del desarrollo humano, 504, 512
Roper, N., 52, 63-64
Roy, Sor Callista, 335
biografía, 335-336
honores y premios, 36
modelo de adaptación, 7, 27, 336-365, 767
Rubin, Jane, 140
Rubin, Reva, teoría de Mercer, 583
Ruland, Cornelia M., 753
biografía, 754
teoría del final tranquilo de la vida, 755-762
Rumi, 94
Russell, B., 18
Ruth Rhoden Craven Foundation para el conocimiento de la depresión posparto, 731

S

Salmon, W.D., 44
Salud
definición de F. Nightingale, 77
en el modelo
de adaptación de Roy, 342-343
de conservación, 230
de la marea en la recuperación de la salud mental, 685-686
de la salud como expansión de la conciencia, 483-484
de sistemas de Neuman, 313, 314, 316
del sistema conductual de Johnson, 372
en la filosofía de la asistencia, 176
en la teoría
bioética sinfonológica, 564, 565
de adopción del rol materno, 587
de la atención burocrática, 122
de la autotrascendencia, 622
de la depresión posparto, 729
de las transiciones, 418
de los cuidados, 745
caritativos, 199-200
culturales, 461
transpersonales, 99
de modelos y modelado de roles, 546-547
del confort, 711
Salud *(cont.)*
del desarrollo humano, 514
del duelo disfuncional, 663
del final tranquilo de la vida, 756
intermedia de la consecución de objetivos, 288, 292
P. Benner, 148-149
seres humanos unitarios, 246
Samarel, N., 346, 349
Sartre, Jean-Paul, 94, 504, 512
Schoenhofer, Savina O., 393
biografía, 394-395
teoría de la enfermería como cuidado, 395-415
Schumacher, K., 418
Schutz, A., 18
Scott, J.M., 287
Sechrist, Karen, 435
Seip, A.L., 167
Selye, Hans, 94, 226, 310, 370, 371, 540
Seres humanos
en la teoría del cuidado caritativo, 195
unitarios, 243-264, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 248-251
afirmaciones teóricas, 246, 248
caso clínico, 255
conceptos principales y definiciones, 243-244
crítica, 251, 254
desarrollos posteriores, 251
evolución de los principios de homeodinámica, 247t
forma lógica, 248
fuentes, 243
instrumentos de investigación y herramientas de práctica, 252-254t
principales supuestos, 245-246
principios homeodinámicos, 247t
pruebas empíricas, 245
Ver también Persona
visión de D.E. Orem, 267-268
Servicios de salud mental, relaciones de colaboradoras, 675
Sichel, D., 723, 725, 729
Significado
concepto de P. Benner, 147
en la teoría del desarrollo humano, 507-508, 513
Simplicidad
análisis de la teoría en enfermería, 12
en el modelo
de adaptación de Roy, 353
de conservación, 233
de la marea en la recuperación de la salud mental, 691-692
de la salud como expansión de la conciencia, 493

Simplicidad *(cont.)*
de promoción de la salud, 443
del sistema conductual de Johnson, 380-381
en la explicación de P. Benner de la práctica enfermera, 152
en la teoría
bioética sinfonológica, 573
de adopción del rol materno, 594
de la atención burocrática, 129
de la autotrascendencia, 628
de la depresión posparto, 732
de la enfermería como cuidado, 408
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 609
de la trayectoria de la enfermedad, 648
de las transiciones, 425
de los cuidados, 748
caritativos, 205
culturales, 471
transpersonales, 101-102
de modelos y modelado de roles, 550
del confort, 716
del déficit de autocuidado, 276
del desarrollo humano, 518
del duelo disfuncional, 666
del final tranquilo de la vida, 758-759
intermedia de la consecución de objetivos, 297
filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 180
seres humanos unitarios, 251
Sincronía, homeodinámica, 247t, 250f
Sinfonología, definición, 562
Sistemas
abiertos
en el modelo de sistemas de Neuman, 311-312
seres humanos unitarios, 244
cliente, en el modelo de sistemas de Neuman, 312-313
de cuidados
genéricos
en la teoría de cuidados culturales, 461, 462
estudio, 469-470
resultados de salud y enfermedad, 464
profesionales
en la teoría de cuidados culturales, 461
estudio, 469-470
resultados de salud y enfermedad, 464
en el modelo
de adaptación de Roy, 337
del sistema conductual de Johnson, 368
enfermeros, 273
en la teoría del déficit de autocuidado, 271, 273f
interpersonales, en la teoría intermedia de la consecución de objetivos, 290
sanitarios
dilemas bioéticos, 562
éticos, deficiencias, 562
Situación
desencadenante, en la teoría del duelo disfuncional, 661, 662
enfermera, en la teoría de la enfermería como cuidado, 397
supuestos de P.Benner, 149
Skinner, B.F., 17-18
Small, B., 378
Small, H., 73, 78
Smith, F.B., 73
Society of Rogerian Scholars, 243
Spinoza, Benedict, 561, 563
Steiner, E., 31
St-Jacques, A., 376
Strachey, L., 72
Strauss, Anselm, 114, 639, 646, 723
Subjetividad humana, en la teoría del desarrollo humano, 505
Subsistema
de afiliación, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 368
de agresión/protección, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
de dependencia, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 368-369
de eliminación, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
de ingestión, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
de realización, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
relacionador, en el modelo de adaptación de Roy, 338, 343f, 343-344, 356t
sexual, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 369
Sufrimiento, en la teoría del cuidado caritativo, 195, 199
Suplementación del rol, en la teoría de las transiciones, 417-418, 424
Swain, Mary Ann P., 536
biografía, 539-540
honores y premios, 539-540
teoría de modelos y modelado de roles, 540-559
Swanson, Kristen M., 741
biografía, 741-742
honores y premios, 742
teoría de los cuidados, 742-752
Swimme, Brian, 337, 341
Szasz, Thomas, 676

T

Tak, S., 352
Tamaño de la muestra, en argumentos inductivos, 30

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Taylor, Charles, 140
Taylor, V., 103-104
Técnica de incidencia crítica, 683-684
Temperamento del niño
como riesgo en la depresión posparto, 727
en la teoría de adopción del rol materno, 585
Temperatura corporal, definición teórica frente a operativa, 40t
Temporalidad, en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642, 643t
Tensión
debida al rol, en la teoría de adopción del rol materno, 584
en el modelo del sistema conductual de Johnson, 370
Teoría
bioética sinfonológica
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 570-572
afirmaciones teóricas, 566-568, 569f
caso clínico, 574
conceptos principales y definiciones, 563-564
crítica, 572-573
desarrollos posteriores, 572
forma lógica, 568-570
fuentes teóricas, 562-563
principales supuestos, 565-566
pruebas empíricas, 564-565
razonamiento retroductivo, 32
resumen, 573-574
científica
basada en datos (ascendente) frente a basada en conceptos (descendente), 20
estrategia de derivación, 32
fases, 21
interdependencia con la investigación, 21-24
observación, 20
refutación, 22
revolucionaria, 22
Ver también Teoría, enfermería
de adopción del rol materno, 581-598, 583f
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 591-592
afirmaciones teóricas, 587-590, 591f
caso clínico, 595
conceptos principales y definiciones, 584-585
crítica, 593-595
desarrollos posteriores, 592-593
estadios de adquisición de roles, 589
forma lógica, 590-591
fuentes teóricas, 582-583
microsistema, mesosistema y macrosistema, 588, 588f
modelo
original, 583f, 588-589
Teoría *(cont.)*
revisado, 588f, 589-590
principales supuestos, 586-587
pruebas empíricas, 586
resumen, 595
de control urinario, modelo de adaptación de Roy, 351-352
de Frame de capacitación adolescente, 351
de interacción social, 337
de la atención burocrática
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 123-126
afirmaciones teóricas, 122-123
caso clínico, 130-131
conceptos principales y definiciones, 118-119
crítica, 129-130
desarrollo(s)
original, 120, 120f
posteriores, 126-129
forma lógica, 123
fuentes, 116-119
holografía, 21, 121f
principales supuestos, 121-122
pruebas empíricas, 119-121
publicaciones de investigación relacionadas, 127-128t
de la autotrascendencia, 618-637
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 625-626
afirmaciones teóricas, 623-624, 624f
caso clínico, 629-630
conceptos principales y definiciones, 620-621
crítica, 627-629
desarrollos posteriores, 626-627
forma lógica, 624-625
fuentes teóricas, 619-620
modelo, 624f
principales supuestos, 622-623
pruebas empíricas, 621-622
puntos de intervención, 621
resumen, 628-629
teoría de modelos y modelado de roles, 625
de la depresión posparto, 722-740
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 730-731
afirmaciones teóricas, 729-730
caso clínico, 733-734
conceptos principales y definiciones, 725-728
crítica, 732-733
desarrollos posteriores, 731-732
factores de riesgo, 726
forma lógica, 730
fuentes teóricas y filosóficas, 723, 725
prevención, 730

Teoría *(cont.)*
principales supuestos, 729
pruebas empíricas, 728
resumen, 733
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 454-479, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 467-469
afirmaciones teóricas, 464
aplicación clínica, 469-470
características únicas, 459-460
caso clínico, 472-473
conceptos principales y definiciones, 460-461
crítica, 471-472
desarrollos posteriores, 470
forma lógica, 464-467
fuentes teóricas, 458-460
modelo del sol naciente, 465, 466f, 470
modelos, 467
principales supuestos, 463-464
pruebas empíricas, 461-463
resumen, 472
de la enfermería como cuidado, 395-415
afirmaciones teóricas, 400-401
caso clínico, 409-410
conceptos principales y definiciones, 396-398
crítica, 407-408
danza de las personas de cuidado, 400-401, 401f
desarrollos posteriores, 407
estudios de investigación, 404-407
forma lógica, 401
fuentes teóricas, 395-396
principales supuestos, 399-400
pruebas empíricas, 398-399
resumen, 408-409
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 599-617, 604f
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 606-607
afirmaciones teóricas, 605
afrontamiento, 608
antecedentes de incertidumbre, 608
caso clínico, 610-611
conceptos principales y definiciones, 601-602
crítica, 608-610
desarrollos posteriores, 607-608
forma lógica, 605-606
fuentes teóricas, 601-602
principales supuestos, 603-605, 605f
pruebas empíricas, 602-603
reconceptualización, 604-605, 607, 608
resumen, 610
valoración de la incertidumbre, 608

Teoría *(cont.)*
de la preferencia, 755
de la trayectoria de la enfermedad, 642
afirmaciones teóricas, 646
caso clínico, 649-650
conceptos principales y definiciones, 642-643, 643t, 644t
crítica, 648-649
desarrollos posteriores, 647-648
estado de incertidumbre, 643t
forma lógica, 646
fuentes teóricas, 640-641
principales supuestos, 645-646
pruebas empíricas, 644-645
de las transiciones, 7, 418-433, 419f
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 424-425
afirmaciones teóricas, 424
caso clínico, 426-427
conceptos principales y definiciones, 420-422
crítica, 425-426
desarrollos posteriores, 425
factores culturales, 418, 421, 423
forma lógica, 424
fuentes, 418-419
principales supuestos, 423-424
pruebas empíricas, 423
resumen, 426
de los cuidados
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 747-748
afirmaciones teóricas, 746, 746f
caso clínico, 749
conceptos principales y definiciones, 743
crítica, 748-749
desarrollos posteriores, 748
estructura del cuidado, 746, 746f
forma lógica, 747
fuentes teóricas, 742
modelo
de la experiencia humana del aborto, 743
de los cuidados, 743
principales supuestos, 745-746
pruebas empíricas, 743-745
de modelos y modelado de roles, 32, 537-559, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 547-549
afirmaciones teóricas, 547
caso clínico, 551
conceptos principales y definiciones, 541-543
crítica, 549-550
desarrollos posteriores, 549
forma lógica, 547
fuentes teóricas, 540-541

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Teoría *(cont.)*
instrumento de valoración, 558-559
principales supuestos, 546-547
pruebas empíricas, 543-546
razonamiento retroductivo, 32
resumen, 550
y teoría de la autotrascendencia de Reed, 625
del caos, 116, 245
en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 676
en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 604
del confort, 706-721
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 713-715
afirmaciones teóricas, 712
caso clínico, 717-718
conceptos principales y definiciones, 709, 710f
crítica, 716
cuestionarios de confort, 714
desarrollos posteriores, 715-716
estructura taxonómica de las necesidades de confort, 717t
forma lógica, 712-713
fuentes teóricas, 707-708, 708f
marco conceptual, 710f
principales supuestos, 711
pruebas empíricas, 709-711
resumen, 716-717
taxonomía, 708, 708f
teoría del final tranquilo de la vida, 755
del cuidado
caritativo, 190-221
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 201-204
afirmaciones teóricas, 200
caso clínico, 206-207
conceptos principales y definiciones, 194-196
crítica, 205
forma lógica, 201
fuentes, 192-193
principales supuestos, 196-200
pruebas empíricas, 196
transpersonal, 91-112
afirmaciones teóricas, 98-99
aplicación por parte de la comunidad enfermera, 100-101
caso clínico, 103-104
conceptos principales y definiciones, 94-96
crítica, 101-102
desarrollos posteriores, 101
factores de cuidado y proceso caritas, 97t
forma lógica, 99-100

Teoría *(cont.)*
fuentes, 93-94
principales supuestos, 96-98
pruebas empíricas, 96
resumen, 102
del déficit de autocuidado, 265-285, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 274-275
afirmaciones teóricas, 272-274
caso clínico, 278-280
conceptos principales y definiciones, 269-271
crítica, 276-277
desarrollos posteriores, 275-276
en currículos, 274
forma lógica, 274
fuentes, 266-269
inventario del recurso del autocuidado, 546
marco conceptual, 274, 275f
posición de realismo moderado, 267
principales supuestos, 272
pruebas empíricas, 272
teoría de sistemas enfermeros, 273, 273f
del desarrollo humano, 504-535, 515f, 767
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 515-517
afirmaciones teóricas, 514-515
aplicaciones, 519-520
caso clínico, 520
conceptos principales y definiciones, 507-510
crítica, 517-520
forma lógica, 515, 515f
fuentes teóricas, 504-506
principales supuestos, 512-514
pruebas empíricas, 510-512
resumen, 520
del duelo disfuncional, 656-672
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 663-665
afirmaciones teóricas, 663
caso clínico, 667-668
conceptos principales y definiciones, 661
crítica, 665-667
desarrollos posteriores, 665
forma lógica, 663
frente al concepto de duelo relacionado con el tiempo, 660-661
fuentes teóricas, 660-661
modelo, 666f
pruebas empíricas, 661-663
resumen, 667
del final tranquilo de la vida
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 757-758
afirmaciones teóricas, 757

Teoría *(cont.)*
caso clínico, 760-761
conceptos principales y definiciones, 755-756
crítica, 758-760, 759f
desarrollos posteriores, 758
forma lógica, 757
fuentes teóricas, 754-755
principales supuestos, 756
pruebas empíricas, 756
enfermería, 54, 68
Abdellah, F.G., 57
Adam, E., 62-63
análisis, 12-13
Barnard, K., 61-62
características, 391
claridad, 12
clasificación, 6-8, 767
componentes, 36-44, 37t
comunidades internacionales de enfermeras expertas, 769-770, 770t
consecuencias deducibles, 13
crecimiento, 766
definición
de J. Watson, 93-94
de M. Leininger, 459
desarrollo, 26
ejemplo, 8t
específica de la situación, 46
estado actual y ciencia, 765-772
etapa, 6
final, 31
fuente, 31
futuro, 763-772
generalidad, 12-13
Hall, L., 58, 60-61
Henderson, V., 55-57
historia, 4-8
importancia, 8-12
introducción, 3-15
internacionales, 769
Logan W.W., 63-64
naturaleza de la ciencia normal, 766-767
niveles y ejemplos de la estructura de conocimiento, 8t
Orlando (Pellitier), I.J., 64-66
páginas web, 770
papel en la investigación, 4-5
Peplau, H.E., 54-55
período paradigmático, 5-6
precisión empírica, 13
publicaciones, 770t
Roper, N., 63-64
simplicidad, 12
teóricos, 7, 7c

Teoría *(cont.)*
textos, 769
Tierney, A.J., 63-64
Travelbee, J., 61
Ver también Teoría científica; Teoría intermedia
Weidenbach, E., 57-58
específica de la situación, 46
final, 31
fuente, 31
general de sistemas
en el modelo
de adaptación de Roy, 341
de sistemas de Neuman, 310, 322
del sistema conductual de Johnson, 370-371
en la teoría
de adopción del rol materno, 583
del final tranquilo de la vida, 755
intermedia de la consecución de objetivos, 289-290, 290f
seres humanos unitarios, 245
Gestalt, en el modelo de sistemas de Neuman, 310
intermedia, 7c, 7-8
adaptación, 351-352
aplicaciones de enfermería práctica, 768
características, 425-426, 579, 768-769
consecución de objetivos, 286-308
crecimiento, 770
de la consecución de objetivos
aceptación por parte de la comunidad enfermera, 294-297
afirmaciones teóricas 292, 293c, 293f, 294
caso clínico, 299
conceptos principales y definiciones, 288-289
crítica, 297-299
desarrollos posteriores, 297
forma lógica, 294
principales supuestos, 292
proposiciones, 293c
pruebas empíricas, 289-291
tabla de relaciones, 293f
desarrollo, 46
ejemplo, 8t, 768
estructura genérica, 768, 768f
modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 673-705
papel, 765
teoría
de adopción del rol materno, 581-598
de la autotrascendencia, 618-637
de la depresión posparto, 722-740
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 599-617
de la trayectoria de la enfermedad, 638-655
de las transiciones, 418-433

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Teoría *(cont.)*
de los cuidados, 741-752
del confort, 706-721
del duelo disfuncional, 657-672
del final tranquilo de la vida, 753-762
teóricos, 7c, 7-8
textos, 768
Ver también teorías específicas
Terapéutica de enfermería, en la teoría de las transiciones, 422
Terapias de familia, 19
Tesler, M., 378
The Resource Manual for Women with Breast Cancer, 346
The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing, 63-64, 64f, 65f
Based on Activities of Living, 63, 64f, 65f, 66t
Thich Naht Hanh, 94
Tiempo, en la experiencia de la transición, 421
Tierney, Alison J., 53, 63-64
Tipologías, 38
Toma de decisiones
del gerente del caso, 117
en la teoría bioética sinfonológica, 568, 569f
tríada colaboradora, 32
triádica, 32
Tomlin, Evelyn M., 536
biografía, 538-539
teoría de modelos y modelado de roles, 540-559
Trabajo
biográfico, en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642. *Ver también* Historia
de reducción de la incertidumbre, en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642-643, 643t
diario, en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642
tipos, en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 642, 645-646
Transacción, en la teoría intermedia de la consecución de objetivos, 291, 291f
Transiciones, tipos y patrones, 420
Transparencia, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 679
Trascendencia, en la teoría del desarrollo humano, 513
Trastorno
de estrés postraumático, posparto, 731
de pánico, inicio en el posparto, 726
del ánimo, en la teoría de la depresión posparto, 725-726
obsesivo-compulsivo, posparto, 726. *Ver también* Teoría de la depresión posparto
por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en la teoría de Frame de capacitación adolescente, 351
psiquiátrico, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 686
Travelbee, Joyce, 51, 179
concepto del uso terapéutico del yo, 676
teoría e influencia, 61
Trephotaxis, en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 684
Troficognosis, en el modelo de conservación, 228
Tsai, P.F., 352
Tulman, L., 346, 348
Turkel, M., 115-116, 126, 130

U

Uhl-Pierce, J., 114
Unión, en la teoría de adopción del rol materno, 585
Universalidad, en la teoría de cuidados culturales, 460
Universidad
en la teoría de cuidados culturales, 460, 464
Universo
de sistemas abiertos, concepto de M. Rogers, 244
en el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 676
holograma, 117

V

Validez, evaluación, 27-28
Valoración enfermera, en el modelo del sistema conductual de Johnson, 375-376
Van Manen, M., 115
Van Servellen, G., 377
Variables, afirmaciones relacionales, 40
Vergüenza, en la teoría de la depresión posparto, 728
Vida, en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 602
Villareal, E., modelo de adaptación de Roy, 346
Visión holística, en el modelo de sistemas de Neuman, 311, 318
Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 767
Vocación
en la filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 175
filosofía de M. Weber, 172
Von Bertalanffy, L., 245, 583
Vulnerabilidad, en la teoría de la autotrascendencia, 620, 623

W

Waerness, K., 167
Walker, Susan, 435
Wallace, W.A., 268
Watson, Jean, 91
biografía, 91-93
influencia en K.M. Swanson, 742
teoría
de la depresión posparto, 723

del cuidado transpersonal, 93-112, 115
Weber, M., 169, 172
Whall, Ann, 619
Whitehead, Alfred North, 18, 94
Whitehill, Irene, 675, 686
Whittemore, R., 352
Wiedenbach, E., 51
administración de la ayuda, 58, 59f
biografía, 57-58
sobre antecedentes en enfermería clínica, 58
teoría e influencia, 57-58
validación de satisfacción de la necesidad de ayuda, 60f
Wiener, Carolyn L., 639
biografía, 639
honores y premios, 639
teoría de la trayectoria de la enfermedad, 641-655
Wilkie, D.J., 378
Williams, R., 80
Winland-Brown, 407
Woods, S.J., 349
Wrubel, Judith, 140, 146, 148-149

Y

Yeh, C.H., modelo de adaptación de Roy, 348
Yo
en la teoría
de adopción del rol materno, 587
de la depresión posparto, 728
intermedia de la consecución de objetivos, 288-289
núcleo propio, en la teoría de adopción del rol materno, 587
Young, A.M., teoría de Newman, 484
Young-McCaughn, S., modelo de adaptación de Roy, 348

Z

Zderad, L.T., 395, 708
Zetterberg, H.L., 17, 40
Zona intocable, en la filosofía de la asistencia de K. Martinsen, 174-175

© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.