

Revisión actualizada sobre

Orientación de la producción científica enfermera

JULIA LÓPEZ RUIZ*

Este año se cumplen los veinticinco años de la enfermería española en la Universidad. Todos nos felicitamos. Y como es habitual en todas las celebraciones se pondrán en evidencia los logros conseguidos y la importancia de los servicios enfermeros para mantener la salud de la población.

DESDE LUEGO, es paradigmático cómo nuestra profesión se ha mantenido en el tiempo y se ha adaptado o incluso metamorfoseado para subsistir, y esto en todo tiempo y lugar. Sin embargo, el avance y el desarrollo de la enfermería como disciplina, hoy día, exige asumir una mayoría de edad profesional que lleve consigo la autonomía, la plena responsabilidad y el saber trabajar en interdependencias, sin perder la propia identidad. Evidentemente, son muchos los avances acaecidos en el seno de la profesión enfermera española en las últimas 2 décadas, y nuestra entrada en la Universidad marcó un hito relevante (o es el punto de inflexión). Es también a partir de este momento cuando empieza a desarrollarse, muy tímidamente, lo que hoy se llama la producción científica de la enfermería española. Así lo demuestran los estudios bibliométricos, que a partir de 1990 grupos muy concretos empiezan a llevar a cabo, y que han ido incorporando diferentes datos en sus trabajos. Éstos permiten que hoy dispongamos, estadísticamente, de información suficiente para saber qué revistas hay, cuáles están creciendo más, cuál es su factor de impacto, quiénes escriben y sobre qué, qué fuentes documentales se utilizan en los escritos, etc. Merecen nuestro reconocimiento, como también lo merecen algunas de las publicaciones enfermeras que han apostado y siguen

haciéndolo de forma decidida por la enfermería española. Desde que iniciaron su andadura la *Revista Rol de Enfermería* (1978) y *NURSING, EDICIÓN ESPAÑOLA* (1983) hasta la actualidad se contabilizan más de 90 publicaciones periódicas de enfermería, según Gálvez¹. Analizar sus contenidos hoy día permite conocer y entender la evolución y el desarrollo de la enfermería española y el paso dado con la entrada en la Universidad. Estas publicaciones cumplen una función diferente, según el colectivo al que se dirigen: información, formación y docencia e investigación.

La revisión de algunos de estos trabajos me ha permitido afianzarme en algunas de mis impresiones, y además tener puntos de referencia para la contextualización de este artículo. No pretendo llevar a cabo ningún estudio de calidad, ni medir ningún tipo de datos; mi objetivo es hacer una reflexión sobre lo que, entiendo, sigue siendo un reto o una asignatura pendiente, el afianzar “un enfoque enfermero” en nuestra práctica y que esto se refleje en nuestros diferentes escritos. Mi reflexión surge de lo que considero un convencimiento profundo y un compromiso con la propia enfermería, que he ido generando y asumiendo en mis años de práctica asistencial y de trabajo en el ámbito de la docencia. Apoyaré mi reflexión en citas y autoras/es que para mí han sido significativas.

* Profesora Titular de Fundamentos de enfermería Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Correo electrónico: jlopez@bell.ub.es

Qué nos dicen los estudios sobre la producción científica española

En la década de los noventa, la producción científica española empieza a tener entidad, y los estudios retrospectivos se centran preferentemente en los primeros años, motivo por lo que nos ofrecen pocos datos sobre las publicaciones más recientes, en las que sí parece observarse algunos cambios. Algunas de las conclusiones importantes de los trabajos bibliométricos se centran en las fuentes documentales que las enfermeras españolas utilizan en sus escritos:

- Por cada cita que se hace a una revista de enfermería, en los años 1993-1994, según Gálvez² (1996), se citan 2,28 de otros campos del

También Richart⁵ ha publicado un estudio sobre la producción científica de la enfermería española en las tres revistas de mayor impacto, y aunque se destaca el aumento positivo de la producción se ponen de manifiesto déficits de importancia y un poco preocupantes, como los siguientes:

- “Hay artículos que nada tienen que ver con los cuidados, ya que se centran en la fisiología”.
- “Existe una tradición negativa a la hora de buscar información”.
- “La media de citas por artículo es muy baja, y una cantidad reducida de referencias no puede llevar a resultados que sirvan para generar conocimientos relevantes para el desarrollo de la teoría y la práctica”.
- “Los modelos de enfermería son poco citados”, si bien el resultado

documentación y un alto grado de aislamiento”⁷.

- “La difusión internacional de la producción de la enfermería española es muy limitada”, ya que no está presente en las bases de datos de las ciencias de la salud internacionales⁸.

- “Se han empezado ya a utilizar las bases de datos en las revisiones bibliográficas para elaborar el marco conceptual de los artículos que publican las enfermeras, aunque las fuentes de datos utilizadas son, habitualmente, las generadas por la propia comunidad científica española”⁹.

- “Un uso más generalizado de las publicaciones en el 2000 está dando como resultado que los autores se preocupen más por buscar y leer los artículos de calidad de algunas publicaciones, frente al criterio de la cantidad de artículos de otras”. Además, estas revistas, las que reflejan más calidad, son las más seleccionadas por los autores para enviar sus trabajos para su publicación¹⁰.

Como puede deducirse, aunque los estudios mencionados afirman no centrarse en analizar los contenidos ni su calidad, sí que nos ofrecen información sobre estos déficits y sobre el enfoque de los trabajos de las enfermeras españolas. En mi opinión esto justifica la reflexión al respecto, ya que los escritos son el reflejo de la práctica y, a su vez, ésta se apoya y se alimenta también de la propia producción científica, generando su conocimiento.

Requerimientos de una disciplina

Considero que la idea de que la enfermería ofrece un servicio particular (dar cuidados), y que ese servicio ha de ser diferente al de otras profesionales, es asumido por todos los profesionales sin discusión. Lo que ya no está tan claro –y salvando siempre las muchas excepciones– es que se haya evolucionado sobre la idea de cuidar en la que nos formaron a muchos, que en la práctica asistencial se esté demostrando, que se haga patente en los equipos interdisciplinares y que los usuarios en particular y la sociedad en general lo hayan

Son las revistas que reflejan más calidad, las más seleccionadas por los autores para enviar sus trabajos para su publicación

conocimiento, como medicina, psicología y fisioterapia; además se hace más referencia a libros que a revistas.

- En la misma línea, en un análisis de las fuentes documentales³ de 12.590 referencias bibliográficas de los artículos de enfermería en 12 publicaciones periódicas enfermeras (años 1993-1995), se obtienen los siguientes resultados: sólo el 9,09% corresponde a revistas de enfermería española, el 4,53% a revistas de enfermería extranjeras, y el resto a otros campos y otros géneros documentales. La conclusión más importante es que “la enfermería elabora su conocimiento a partir de otras ciencias”, y por otra parte se evidencia “un desconocimiento de las enfermeras de su propia producción”.

Otro aspecto que cabe destacar, atendiendo al asunto que nos interesa, es el que ponen de relieve Icart et al.⁴ respecto al escaso desarrollo de los marcos conceptuales o teóricos y al escaso número de citas bibliográficas en su elaboración.

por revistas es diferente.

Este mismo autor extrae conclusiones similares en otro artículo⁶: “se puede afirmar que los modelos de enfermería son poco referenciados en la bibliografía enfermera analizada”; “los marcos teóricos de la enfermera como fundamento de la investigación empírica es aún más escaso”; “el porcentaje de referencias a los modelos conceptuales por parte de los autores es mayor en unas revistas que otras”. Desde mi punto de vista, esta última conclusión es muy significativa para poner de relieve la política que mantienen sus equipos editoriales.

Las perspectivas que se empiezan a reflejar, a pesar de los escasos estudios sobre la producción de los últimos años, son algo más optimistas; se recogen en las siguientes opiniones:

- “Se observa mejora en la mayoría de los indicadores bibliométricos, aunque la característica de la producción científica de la enfermería española es una pobre

percibido. Así se insinúa en los estudios citados sobre nuestra producción científica, y también en otros trabajos¹¹. Tampoco se está dando importancia al llamado eje del rol autónomo, frente al del rol de colaboración: “las enfermeras desarrollan el rol profesional basado en un marco médico y los cuidados son dirigidos hacia la enfermedad”¹².

Pasar de considerar la enfermería como una actividad profesional y dependiente a una profesión disciplinar, está en el cambio de la propia imagen que tenemos como profesionales¹³, en la importancia que damos a tener un cuerpo de conocimientos y en asumir una perspectiva o un enfoque enfermero que nos diferencie, y tomar conciencia de la autonomía y responsabilidad que esto conlleva. Y, desde luego, esto se debería reflejar en las publicaciones. A continuación voy a centrarme en algunos de estos aspectos, todos interrelacionados y planteados como retos, que diferentes autores han coincidido en ponerlos de relieve, de manera muy semejante.

Según Oldnall¹⁴, la enfermería se considera hoy día una disciplina académica, para algunos emergente, que debe afianzarse dentro del universo de las otras disciplinas. La razón de ser de una disciplina es que sus conocimientos estén bien diferenciados y organizados, de manera que determinen cuál es su foco de atención y su perspectiva particular, fijando a la vez sus propios límites y la sistematización de su práctica. Así se deduce de su definición:

“Una disciplina se caracteriza por una única perspectiva, una forma distinta de enfocar todos los problemas con los que determina definitivamente los límites y la naturaleza de su investigación. La enfermería como una disciplina es más amplia que la enfermería como ciencia. Su identidad se fundamenta más en su perspectiva que en el foco y los métodos de investigación.”
Donaldson & Crowley, 1978

Analizando la problemática de la enfermería española, Esteban¹⁵ planteaba diversas cuestiones respecto a que ésta fuese considerada como una disciplina:

- Implica la ordenación y sistematización de sus conocimientos, la sistematización de su práctica y el diseño de su propia tecnología y técnicas.
- Requiere la construcción del cuerpo de conocimientos, a lo que contribuyen los modelos, las teorías, los métodos y técnicas que permiten la resolución de los problemas de su competencia, desde una óptica que permite la diferenciación.
- Obliga a los profesionales, cuando hay una práctica extensa, a cuestionarse si se está en una disciplina o en una simple actividad profesional.
- Debe tener, como ciencia, las siguientes características: poseer los conocimientos ordenados de manera que tengan una significación global; una metodología científica, y un lenguaje científico que sea el elemento organizador de los conocimientos.
- Su objeto específico (el quehacer enfermero) debe estar delimitado, de manera que permita deslindar las fronteras con otras disciplinas afines, en un contexto de interacción e interdisciplinariedad.

También encontramos puntualizaciones importantes en el análisis que lleva a cabo Oldnall (1995)¹⁴, en el que considera que el problema radica en “la conformación de sus conocimientos básicos y en la organización de su práctica de manera independiente de otras disciplinas”. Lo que viene a decir que no debe ser dependiente de la medicina, de la psicología, de la sociología, de la antropología ni de cualquier otra disciplina. Ser dependiente es muy diferente a tener *interconexiones* con éstos y otros conocimientos; así, en su argumentación, Oldnall recoge opiniones de otros autores, que defienden que:

- Una disciplina (práctica) incluye: una comunidad, comunicaciones, tradición, un área de conocimiento y de praxis, un modo de investigar y una estructura conceptual. También consideraciones teóricas y la organización social de agrupaciones.
- La disciplina enfermera (Cameron-Traub, 1970) está estrechamente ligada al desarrollo formal de un cuerpo de conocimientos exclusivo

de la enfermería, que la diferencia de otras disciplinas, y que incluye como contenidos sustantivos:

- Una filosofía identificable.
- Un marco conceptual (o perspectiva) que delimita lo que puede definirse como lo que interesa a la enfermería y lo que no.
- La aceptación de un enfoque metodológico para la aplicación práctica y el desarrollo del conocimiento.

Estos elementos han de reflejar y estar en consonancia con los valores y creencias en torno a la enfermería que tienen los miembros de la profesión, y además mantener las expectativas sociales, de manera que se pueda desarrollar su potencial en el campo de la educación y la práctica.

Newman¹⁶ también argumenta que una disciplina ha de ser identificada por su foco de atención que especifica su área de estudio y su relevancia social, aspectos que tienen que ver con la naturaleza de su servicio y el área de responsabilidad. El foco de una disciplina puede ser considerado como un paradigma abierto; así, en él se identifican unos conceptos como parte central del estudio. Hay autores que lo sitúan en la tetralogía: persona, entorno, salud y enfermería. Para esta autora el foco concierne más al “estudio del *caring* en una experiencia de salud”.

Los autores mencionados dejan patente la necesidad de desarrollar nuestros propios conocimientos de manera estructurada, de forma que nos permitan la mejor comprensión de los fenómenos que interesan desde esa perspectiva particular y diferencial del cuidado, lo que no se contradice con utilizar conocimientos de otras disciplinas. Al tener la enfermería un enfoque global sobre la persona, necesita servirse de otras ciencias (aunque su aplicación debe ser muy diferente, debido a su perspectiva particular), mientras se enriquece con sus propias investigaciones, tal como afirman Linbert et al¹⁷. Esto es algo muy diferente a centrar el foco de los cuidados en la función y la perspectiva de otras disciplinas con las que interactuamos. Según un

estudio de Gálvez y Salido¹⁸, nuestra producción científica enfermera “tiene un cuerpo de conocimientos propio y en expansión”, y se nutre de otras ciencias como la medicina, la sociología y la antropología, “pero eso no debe transformarnos ni en medicina ni en sociología”.

En qué se concreta el enfoque enfermero o el marco conceptual

Tener esa diferenciación respecto al resto de disciplinas y al de otros profesionales de la salud obliga a cuestionarse continuamente cuál es el foco de la enfermería en la actualidad; de qué se está ocupando la enfermería dentro del amplio y complejo campo de la salud; cómo describe esos fenómenos que son de su interés; cómo se pueden unificar los criterios entre todos los profesionales enfermeros de manera que se puedan compartir e

amplia y global, según Fawcett²⁰. En este ámbito general y abstracto se incluyen: la persona, la salud, el entorno y la enfermería (cuidados enfermeros). Fawcett puntualiza, además, que cada disciplina tiene su propio metaparadigma, cuya finalidad es determinar los fenómenos que conforman la esencia de la disciplina. La mayoría de las profesiones tienen un único paradigma del que emergen distintas teorías, y por ahora es un elemento unificador, sin perder de vista, como ya se ha comentado, que es un enfoque abierto sobre el que se está debatiendo. Por otra parte, Fitzpatrick y Whall exponen que “el metaparadigma representa la piedra angular para las teorías de enfermería”²¹. Estos fenómenos se justifican porque desde Nightingale a la actualidad han estado presentes, implícita o explícitamente, en los diferentes escritos de las teóricas

superar la primera). Dentro de cada una de estas corrientes se encuadran diferentes escuelas de pensamiento, inspiradas en determinadas teorías que, a su vez, encuadran diferentes modelos conceptuales enfermeros.

Tomar conciencia de qué enfoque domina cada una de estas corrientes, qué teorías o escuelas y qué modelo conceptual asumimos nos ayuda a cuestionarnos cómo queremos situarnos en nuestra actividad y por qué planteamientos queremos dejar guiar nuestra práctica y nuestra investigación, al describir y desarrollar los marcos teóricos. Como dice Kuhn (1970) estos enfoques, en un momento determinado, se superan y dan lugar a otros nuevos, aunque durante tiempo y en contextos determinados éstos se superpongan.

Para describir las diferencias importantes entre estos enfoques debemos situarnos en:

- Una visión dualista de los fenómenos sumamente parcializada, donde todo se considera de forma aislada, propia de la categorización, hoy muy superada. Esto nos dejó una gran dependencia de la disciplina médica, y un enfoque totalmente reduccionista de la persona, la salud y los cuidados.
- La corriente de pensamiento de la integración, más cercana a nosotros (años 1950-1975) influenciada por el pensamiento humanístico, la declaración de los derechos humanos, la definición de *salud* por la OMS, los avances de conocimientos, etc., que ha permitido se ponga el acento en la importancia de la persona como ser biopsicosocial (suma de partes), situada en un contexto-entorno con el que interactúa. La salud es considerada de manera positiva, el ideal que se debe conseguir, y la enfermedad como entidad que interacciona con la salud. El cuidado se dirige a la persona, la enfermera trata de *actuar con la persona* para satisfacer sus necesidades. Esta corriente ha permitido un gran avance en la disciplina enfermera, aunque también ha generado una visión muy positivista y tecnicista, que actualmente está siendo cuestionada desde un análisis crítico, lo que da paso a otro nuevo enfoque.

Tomar conciencia de que enfoque domina cada corriente de pensamiento, que escuela y que modelo conceptual asumimos, nos ayuda a platearnos nuestra actividad e investigación.

intercambiar conocimientos y experiencias con enfermeras/os de los diferentes países, o cómo avanzar y cómo crecer. Exige, además, tener puntos de partida comunes y debatir e investigar sobre ellos.

El foco de atención de la enfermería se recoge en la proposición que describen Kérouac et al.¹⁹ como el principal centro de interés: “la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud” (p. 62). En este enunciado, de manera muy comprensible, se encuentran los llamados “fenómenos de interés del metaparadigma enfermero”, y una manera de relacionar todos estos fenómenos. A pesar de los debates que siguen teniendo teóricas de la disciplina, hay cierta unanimidad en identificar estos cuatro fenómenos como punto de partida y como la perspectiva más

enfermeras. En el desarrollo de un modelo conceptual enfermero, cada teórica debe conceptualizar los cuatro elementos del metaparadigma, pero cada una de ellas los contempla desde puntos de vista diferentes, según los principios filosóficos y teorías en que se fundamente.

Su descripción en el tiempo está influida por los acontecimientos históricos, los cambios sociales, la evolución de los acontecimientos, las corrientes filosóficas, los contextos y el propio desarrollo de la enfermería, que han conformando grandes corrientes de pensamiento, como recogen Kérouac et al.¹⁹ (se elige esta autora porque la obra está traducida y disponible en las bibliotecas) o Rizzo Parse²² y Newman¹⁶. Estas corrientes son: la *categorización*, la *integración* y la *transformación*. Hoy día, nos movemos entre las dos últimas (aunque en ocasiones parezca que no hemos acabado de

• Aparece una corriente más avanzada y coherente con el mundo cambiante en que vivimos, la de la transformación o de la simultaneidad (1975), influenciada por el existencialismo y la teoría holística. Todo influye sobre todo, todo condiciona todo, y todo está en evolución permanente; lo que sucede en un lugar del mundo nos influye directamente en otros lugares. Esta corriente nos lleva a tener una visión global, dinámica y compleja de los fenómenos. Se aleja del enfoque de la ciencia médica, y se sitúa más en otro más interpretativo, cualitativo, holístico y social; más cercano a las llamadas ciencias humanas. Prueba de esto es que en los índices de citación internacionales casi todas las revistas de enfermería están ubicadas en el Social Science Citation Index (SSCI), lo que sugiere una consideración de la disciplina como ciencia psicosocial de la salud²³.

Todas estas influencias, las tendencias en el sistema sanitario, la evolución y perspectiva del ejercicio profesional, las creencias y valores subyacentes nos orientan en la manera de actuar y nos obligan a ser coherentes. No es lo mismo considerar a la persona desde la perspectiva de la integración que desde la transformación o simultaneidad; tampoco lo es considerar la salud como un estado, como ausencia de la enfermedad, como un proceso, como desarrollo de las potencialidades de cada uno, como una manera de estar en el mundo o como una experiencia. Igualmente, en coherencia con un enfoque u otro, el cuidado enfermero cobra perspectivas diferentes: un cuidado centrado en la enfermedad y en las técnicas, o en la persona, en ayudar y facilitar el desarrollo de sus propios recursos, etc. Las influencias del entorno también se considerarían diferentes.

Hemos planteado la importancia de centrar nuestra atención en estos cuatro fenómenos y cómo éstos se relacionan entre sí. La conceptualización de cada uno de ellos ha de ser coherente con un enfoque determinado y requiere que se haga desde la perspectiva de enfermería y el cuidado (véase *Concepciones sobre la persona, la salud, el entorno y el cuidado*).

Superar algunas incoherencias Collière²⁴, en su conocida obra *Promover la vida*, afirma “dime qué conocimientos utilizas para prestar cuidados y cómo los empleas y te diré qué clase de cuidados das”. Como ya hemos mencionado la enfermería utiliza con frecuencia conocimientos de otras ciencias. Para ello hay algunas razones: se ha centrado en el diagnóstico y el tratamiento médicos, porque determinadas teorías han permitido desarrollar algunos conocimientos, y porque, según algunos autores, las teorías de enfermería no cubren las expectativas necesarias; según otros, porque los conocimientos una vez generados pertenecen al patrimonio de la sociedad y pueden ser abiertamente utilizados. Asumiendo todo esto, una cosa es utilizar diferentes teorías, para comprender mejor los fenómenos y enriquecer el propio conocimiento enfermero, y otra cosa es medicalizar la enfermería (o antropologizarla, psicologizarla, etc.), y ése es un riesgo que se está corriendo. Y más cuando la conciencia de enfoque particular, por muy necesario que sea, es tan débil. De ahí la importancia de cuestionarse, al fundamentar los trabajos, si se marginan los propios conocimientos; es decir, si lo que hacemos es contribuir al conocimiento de nuestra disciplina o al de otras, y si los estudios están dentro del enfoque y competencia enfermeros.

Otro aspecto importante que cabe considerar es la importancia del lenguaje. Como todos sabemos, el conocimiento se estructura en forma de conceptos, proposiciones, modelos, teorías, y cada ciencia tiene su propio lenguaje, así como su manera de utilizar el conocimiento, lo que se refleja de manera particular en los escritos. Por tanto, del mismo modo, si no utilizamos nuestro propio lenguaje, y no lo hacemos desde nuestra perspectiva y enfoque, podemos estar primando con frecuencia el de otras disciplinas.

Muchas veces, cuando se discuten planteamientos conceptuales, se dice “que una cosa es la teoría y otra la práctica”; en mi opinión ésta es otra de las trampas que nos tendemos

a nosotros mismos. Teoría y práctica se complementan: si una no se apoya en la otra nos estamos limitando. “Las profesiones llevan a cabo la aplicación de aquellas ciencias cuyos conocimientos teóricos pueden ser utilizados para conseguir los fines de la práctica.” Como se dice de manera muy simple, las teorías son los mapas o brújulas que nos orientan, guían y nos indican si estamos en el buen camino cuando hacemos un viaje. La teoría nos permite entender lo que hacemos y por qué lo hacemos, y nos da las suficientes razones para conseguir que la práctica esté guiada siempre por ese saber. A este respecto Meleis, en uno de sus cursos en Barcelona, utilizó el ejemplo de tratar de conocer una ciudad desde un globo aerostático o desde una bicicleta, y también planteó la posibilidad de servirse de los dos medios: el resultado sería totalmente diferente. Las teorías cumplen la función de orientarnos, de facilitar la explicación y la comprensión de los hechos (visión desde un globo). La práctica permite ver lo cotidiano (visión desde la bicicleta). La práctica está fundamentada y basada en teorías, aunque no necesariamente tenemos que estar pensando qué teoría utilizamos cuando actuamos, porque ésta ya se ha integrado. Explorar y conocer bien un territorio requiere verlo en su conjunto y en sus detalles más pequeños. La teoría es necesaria para guiarnos y explicar los porqués.

Es necesario que, para fundamentar nuestros trabajos y escritos, busquemos las diferentes teorías enfermeras que se están desarrollando, ya sean grandes o pequeñas, más cercanas a la práctica, y que hagamos un esfuerzo por comprenderlas, a pesar de las dificultades que con frecuencia se nos presentan, como el poco dominio de los idiomas y el poco conocimiento de nuestras propias teorías, o las dificultades de trabajar guiados por un determinado modelo conceptual enfermero. Pero hay que pensar que, con frecuencia, aprendemos un lenguaje complejo médico, farmacológico, etc. al que no ponemos pegas, ni achacamos

demasiada complejidad. Así lo afirmaba también el profesor McKena, en Barcelona, en noviembre de 2002, en el seno de un taller. Tenemos el reto de dominar nuestro lenguaje, nuestras teorías y nuestro enfoque. En este sentido, el conocimiento de algunos modelos conceptuales enfermeros amplía este dominio, así como nuestro conocimiento. Además, ello amplía la perspectiva de nuestro propio rol y nos ayuda a potenciar nuestra autonomía, lo que cumple la función de orientar y guiar en los cuidados que prestamos. Creo que hoy día no es tan prioritario que se asuma un modelo conceptual u otro, como asumir un enfoque totalmente enfermero sobre la persona, la salud, el entorno y el cuidado. Así, todo debe estar planteado desde la perspectiva de nuestro “campo o dominio disciplinar”.

Abundando en el tema de superar las incoherencias aún cabe señalar dos más: en primer lugar, cómo nos dirigimos a la persona que recibe nuestros cuidados, y en segundo lugar, cómo a veces utilizamos los diagnósticos enfermeros (DE). Pongo en evidencia estos aspectos por la frecuencia con que se utiliza una y por lo relevante de la otra.

- El cuidado enfermero se centra en la persona, sana o enferma, que presenta una determinada situación de salud, más o menos positiva (o mejor expresado “que vive experiencias de salud”); no se centra en la enfermedad. Además, la enfermería tiene asumido que parte de su campo de actuación se centra en los servicios de atención primaria dirigidos de manera particular a aumentar y promover la salud. ¿Por qué nos hemos de referir a las personas beneficiarias de nuestros servicios como “pacientes”?; ¿qué significado tiene?: paciente es el que soporta todo sin quejarse. ¿Todos queremos ser así de pacientes? Incluso no nos conformamos con esta denominación sino que nos referimos a “pacientes cardiológicos”, “pacientes renales”, “pacientes paliativos”, etc., con lo que se llega a la total despersonalización. Es preferible dirigirse a él como “usuario” o como “cliente de los

Concepciones sobre la persona, la salud, el entorno y el cuidado

La persona: ser con diferentes dimensiones, incluidas la espiritual y la energética, único, irreductible, más y diferente a la suma de sus partes

- Mantiene interacción recíproca y permanente consigo mismo, con las personas que le rodean y con el entorno
- Es un proceso dinámico, en evolución permanente, con potencialidades que desarrollar
- Actúa según sus propias opciones, de acuerdo con sus creencias y valores sociales, políticos o culturales
- Sujeto de derechos y responsabilidades
- Atribuye significado –subjetivo– a todo lo que le acontece, a sus experiencias: aprende de ellas
- Aspira a mantener su salud, sus condiciones de bienestar y de calidad de vida
- Protagonista de sus propios cuidados de salud. Colabora con los profesionales y expresa sus propias expectativas

La salud: es considerada un proceso dinámico, continuo, una experiencia que engloba a la totalidad de la persona y su relación con el entorno

- Es una armonía entre todas las dimensiones de la persona, con el entorno y con la filosofía de vida de cada uno, con la toma de conciencia y la autorrealización
- Está en relación con la capacidad de desarrollar el propio potencial de la persona, sus diferentes capacidades, ejercer los diferentes roles, consiguiendo grados elevados de bienestar y la mayor calidad de vida posible
- Está influida por el aprendizaje, los hábitos de vida, las influencias del entorno, el aprovechamiento de los recursos personales y colectivos
- La salud es, además de un derecho, una responsabilidad individual y colectiva; es un proceso que se debe mantener, promocionar y tratar de recuperar cuando ésta se ha perdido
- El *bienestar* es una experiencia subjetiva y multidimensional, como resultado de las aspiraciones de la persona, las acciones que hace para favorecer la salud y las condiciones de su entorno
- La *enfermedad* forma parte de la experiencia de vida de cada uno. Es una ruptura en la integridad de la persona o una pérdida del equilibrio entre las diferentes dimensiones y de su relación con el entorno; aunque también puede observarse desde un enfoque positivo, que nos oriente sobre qué nos está pasando y por qué. Desde un enfoque amplio, entendemos que estar enfermo puede ser la única manera que una persona tiene para seguir viviendo o de estar en el mundo

El entorno: es el universo en que vive y se desarrolla la persona, el conjunto de condiciones físicas, políticas, sociales, culturales, económicas, organizacionales, etc. que le influyen y con las que interactúa de forma permanente

- Un entorno sano es un factor de apoyo, que estimula y contribuye a la expansión de la persona y de su salud, y viceversa, un entorno insano, maltratado, puede convertirse en un factor agresivo, que supone un riesgo permanente
- El entorno físico o medioambiental mantiene su propio ritmo y evolución imprevisible, y no siempre está al margen de las relaciones que la persona establece con él, que deben ser armónicas y de respeto, ya que todas las agresiones al medio se convierten, a la larga, en una agresión contra nosotros mismos

El cuidado: es un proceso dinámico dirigido hacia la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud de la persona, así como hacia la prevención de la enfermedad. Es un recurso y un servicio que los profesionales enfermeros ofrecen en pro de la salud, el bienestar y la mayor calidad de vida posibles de la persona (familia y comunidad)

- Los cuidados enfermeros tienen como finalidad ayudar y acompañar a la persona en su proceso de salud y enfermedad, facilitándole la satisfacción de sus necesidades básicas en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo a lo largo de su vida

- Los cuidados enfermeros son individualizados, inherentes al mantenimiento de la vida, centrados en la respuesta de la persona a sus situaciones de salud; además, están encaminados a compensar su falta de capacidad, a estimular y movilizar sus recursos, a favorecer la comodidad y el bienestar, dirigidos a proporcionar relajación, a mitigar el dolor, a acompañar en las situaciones de crisis, de envejecimiento y hasta en los últimos momentos de la vida
- El objetivo de los cuidados no es la enfermedad sino la vida, y es en las situaciones de enfermedad cuando, en muchas ocasiones, los cuidados de mantenimiento son más necesarios. Como dice Collière: “se puede vivir sin tratamiento, pero no se puede vivir sin cuidados”.
- En el desarrollo de su actividad, la enfermera asume su propia responsabilidad y compromiso de cuidados con la persona (familia, comunidad), en una relación de colaboración y respeto con el cliente, y en interdisciplinariedad con otros profesionales del equipo de salud, aportando sus propios conocimientos, tecnología y medios, y asumiendo su propia responsabilidad de cuidados, dentro del ámbito del sistema de atención sanitaria. La enfermera ejerce su “rol autónomo o independiente” con competencia, autonomía y control, asociado directamente a sus conocimientos, centrado en la persona, familia o comunidad, y dirigido a la satisfacción de sus necesidades básicas y respuestas humanas a las diferentes situaciones de salud
- En el ejercicio de este rol, la enfermera determina los problemas (diagnóstico enfermero) que ha de resolver en el ámbito de su decisión, determinando las intervenciones que debe realizar. Además, ejerce también su “rol de colaboración” con otros profesionales de la salud, cuando dirige su actividad de cuidados hacia los aspectos relacionados con la enfermedad del cliente, con el diagnóstico médico y tratamiento que éste le prescribe
- El concepto del *cuidado* dentro del ámbito enfermero se han ido enriqueciendo y ha adquirido perspectivas más precisas, al tener que definirlos como actividad específica de la profesión, diferenciándolo del cuidado que dan otros profesionales. Así Leininger, al conceptualizar los “cuidados genéricos”, los “cuidados profesionales” y los “cuidados profesionales enfermeros”³⁰ afirma lo siguiente: “Son modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a personas familias o grupos para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo condiciones favorables de vida y de muerte”
- Precisar las diferentes nociones de cuidados puede contribuir a facilitar la comprensión de que los cuidados enfermeros son actividades claramente diferenciadas, ejercidos con destreza (son actividades complejas, intencionales sistemáticas, reflexivas y diversas); son la profesionalización y “cientificación” de la tendencia instintiva de los seres humanos
- Davis considera que el cuidado es un concepto difícil. En coherencia con la escuela de pensamiento del *caring*, describe algunas de las características o atributos que debe tener el cuidado: *a)* hay que ser verdaderamente atento, así como estar auténticamente presente; *b)* hay que preocuparse; *c)* es necesario proporcionar medios, administrar cuidados; *d)* hay que tomar en consideración, respetar; *e)* es imprescindible dedicar la cantidad de tiempo necesario, y *f)* hay que conseguir conocer al paciente.
- Cada vez es más evidente que el profesional del cuidado enfermero se ha de distinguir por disponer de recursos, por el *saber estar con*, por acompañar, por conseguir que la persona cuidada no se sienta sola en su proceso, atendida en sus necesidades, ayudada en el hacer frente a su situación, sin menoscabo de su dignidad y sin que pierda el control de su propia situación.
- Según Gottlieb³² la enfermería reafirma su tradicional compromiso de *caring*: holismo, continuidad de los cuidados, cuidados básicos a la familia, y trabajar en colaboración con los individuos y con las actividades de la sociedad

Extraído principalmente de un documento de la OIIQ.³²

servicios de salud” (que paga los servicios). La persona es lo que es: alguien que vive un determinado problema de salud.

- Los DE forman parte del lenguaje creado para determinar los problemas de salud que resuelven las enfermeras, y tal como dice su definición “se centran en las respuestas humanas a las situaciones de salud de las personas”. La definición deja claro que para determinar un DE hemos de valorar cuál es esa “respuesta”. Pero lo que hacemos con frecuencia es asignar un DE a un diagnóstico médico, con lo que queda clarísimo nuestra dependencia total de la enfermedad y de la disciplina médica, y esto ocurre pretendiendo utilizar nuestros conocimientos y nuestro lenguaje. En este sentido, con frecuencia leemos: “diagnósticos de enfermería en el infarto de miocardio”, “diagnósticos de enfermería en el trasplante renal”, y así vamos pasando por los diferentes diagnósticos médicos y sus especialidades. Considero que esto es un error importante que se comete incluso en las escuelas de enfermería. Los DE deben basarse en la valoración de la enfermera de una determinada persona y la respuesta de ésta ante la experiencia de salud que vive. Eso es lo que puede ayudar a validar si los DE ayudan a dar unos cuidados más individualizados, favorecen la autonomía de los profesionales enfermeros, permiten medir su producto y aumentar nuestro conocimiento disciplinar.

Sobre qué orientar nuestros trabajos

Meleis²⁵, en su discurso sobre el conocimiento enfermero, mantiene la necesidad de desarrollar pequeñas teorías centradas en el campo de la práctica. Esta autora argumenta, desde una posición abierta y crítica, que el metaparadigma enfermero, que llama “dominio”, “perspectiva y territorio de la disciplina”, engloba más conceptos: además de la persona, la salud, el entorno y los cuidados, otros conceptos importantes como las transiciones, la interacción y el proceso enfermero.

Así, dentro de nuestro propio ámbito competencial son muchos los posibles temas sobre los que centrar los trabajos, que amplíen nuestros puntos de vista y permitan dar una respuesta más adecuada a la necesidad de afianzar nuestro cuerpo de conocimientos. A modo de sugerencia, me permito lanzar algunas ideas sobre las que se pueden desarrollar trabajos, dentro de nuestra propia competencia y haciendo hincapié en los conceptos más relevantes.

Centrarse en la persona en particular, que pasa a ser el beneficiario del servicio de la enfermera desde una perspectiva global, nos obliga a considerar cómo una determinada situación de salud afecta de manera muy diferente en una etapa u otra de la vida de las personas (niño, joven, adulto, edad avanzada); por tanto, la edad es uno de los ejes que se deben considerar. Lo mismo ocurre con la situación social, económica e incluso con diferente grado de conocimientos. Los cuidados centrados en la respuesta de la persona, en cómo satisface sus necesidades y en sus capacidades para hacer frente son diferentes por más que el problema de salud sea el mismo. Es cierto que hay estudios sobre muchos de estos aspectos, pero no en nuestro medio y en nuestra cultura ni en un sistema de salud diferente.

- No menos relevante resulta el considerar el factor del sexo; así, una misma situación de cuidados resulta diferente si la persona atendida es varón o mujer. Hay autoras que están dando gran importancia a que se consideren los diferentes roles de las personas y cómo las situaciones de salud afectan a su desarrollo. Por ejemplo, Meleis recomienda que para enfocar los cuidados las enfermeras consideren la teoría feminista.

- Si los cuidados enfermeros deben considerar la integridad de la persona y favorecer su desarrollo, ¿cómo podemos facilitar que la persona perciba que puede mantener el control de su situación dentro de sus capacidades, que todos sus derechos y libertades son respetados? Ello requiere investigar estrategias.

En relación con otro de los centros de interés de enfermería, la salud, una de las prioridades de estudio podría ser buscar estrategias para superar el enfoque negativo de la salud, que nos lleva a seguir contemplándola desde la enfermedad y desde los signos y síntomas. Como ya hemos dicho, la enfermería contempla la salud como capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades de manera independiente, para cuidarse, para adaptarse a los diferentes cambios, etc.; así, la enfermera puede favorecer y ayudar en estos procesos. Pero ¿cómo conseguir esto ante determinados problemas?, ¿qué estrategias son las mejores?, ¿cuáles son más indicadas para un determinado grupo?, ¿cómo demostramos que con determinadas intervenciones conseguimos un objetivo o llegar a tener ciertas garantías de éxito?

- ¿Cómo podemos proveer de esa tecnología propia (dominio sobre medios desarrollados por nosotros mismos), de recursos que nos faciliten ayudar a las personas en su experiencia de salud y enfermedad? ¿Cómo poder facilitar a los clientes la comprensión de lo que está pasando y buscar la enseñanza positiva que se encierra detrás de cada una de las experiencias? ¿Cómo facilitar los procesos de transición²⁶ de una situación a otra, en las que la persona cuidada requiere de una gran energía para hacerles frente? Todo esto también requiere mucha investigación.

- Además, ¿cómo nos aseguramos que cuando los pacientes se acercan a los servicios de enfermería serán apoyados y estimulados en la adquisición de los conocimientos necesarios para tratar su propia salud, y así aumente el interés por estilos de vida más saludables? ¿Cómo conseguir intervenir para que los grados de bienestar (experiencia subjetiva) y la calidad de vida que cada uno pueda alcanzar estén entre las prioridades de enfermería?

Ya que la interrelación entre todos los fenómenos es continua y permanente, no menos importante es abordar los aspectos relacionados con el entorno. Sin detenerme en este

punto, quisiera solamente enunciar dos ideas: una, cómo considerar el estudio de las condiciones que generamos para un medio ambiente terapéutico, que va desde cómo recibimos a las personas atendidas, cómo las llamamos, cómo nos dirigimos a ellas en los distintos servicios, etc. Es suficiente con movernos por consultas, salas de enfermos o servicios de AP para comprobarlo. Con ello no pretendo afirmar que se esté proporcionando una mala atención, sino sólo sugerir que se debe estudiar si las condiciones de los distintos medios son o no terapéuticas, ya que en parte son abordadas por las enfermeras, o deberían serlo. Por otro lado, sería necesaria la consideración de la familia como un recurso del paciente que puede ayudar a la recuperación, sobre todo si se hace cargo del enfermo en el domicilio. En este sentido, tener en cuenta a la familia es un aspecto muy poco trabajado.

- Otra idea importante es la interculturalidad: consideraciones acerca de las diferencias que existen en la manera de atender a personas de diferentes etnias, religiones, creencias, etc. prácticamente no aparecen en nuestros trabajos. Para comprender esta realidad actual es imprescindible analizar la teoría de la "enfermería transcultural" desarrollada por Leininger²⁷.

- A pesar de que la enfermera es quien está más presente cuando se produce el fallecimiento de algún enfermo, también son muy escasos los trabajos sobre cómo llevar a cabo el acompañamiento a las personas en ese proceso, más allá de cómo evitar que sufran dolor. Me refiero a saber estar con el enfermo, facilitar el proceso a la familia, etc. Enfermeras con gran sensibilidad, que las hay, deberían escribir sobre sus experiencias, sobre todo, como fuente de conocimientos para las más jóvenes.

En definitiva, debemos plantearnos todo lo que supone avanzar desde un concepto más amplio del cuidado profesional enfermero, de cómo hacer y cómo relacionarnos. Se requiere desarrollar estrategias para avanzar en la relación con la persona cuidada desde un enfoque holístico

y existencialista, que plantee cómo generar las actitudes de *caring* (como afirma Davis²⁸), comprensión, acompañamiento o presencia cuidadora desde un compromiso ético con los clientes. También se requieren estrategias para incluir en la práctica diaria los instrumentos complementarios de los cuidados, que para los pacientes pueden resultar mucho más relajantes y satisfactorios que otro tipo de recursos.

A modo de conclusión
Para terminar, quiero hacer una referencia a la metodología que utilizamos, como se ha mencionado al principio. Una disciplina requiere utilizar una metodología científica como un instrumento que permite generar conocimiento. La metodología debe también gobernar la práctica: identificar cuál es la situación de la persona que atendemos, determinar los problemas, planificar, etc. es aplicar el proceso enfermero, y es demostrar la importancia que damos a los cuidados. Por supuesto, una enfermera experta puede estar activando distintas etapas del proceso a la vez, lo que demuestra que su estructura es dinámica, pero también las decisiones de los cuidados deben estar reflejadas por escrito, para que haya un mínimo de orden en las actuaciones de la enfermera. Se trata de aplicar un razonamiento lógico en la actuación, y como decía una compañera, solamente cuando hayamos utilizado determinados medios podremos decir si éstos sirven o no; mientras tanto, sólo expresamos nuestra incapacidad de llevarlos a la práctica.

Considero muy interesante un reciente artículo de Fernández²⁹ en *Enfermería Clínica*, que plantea algunas cuestiones críticas sobre los límites de la enfermería basada en la evidencia (EBE), tema de gran actualidad. En él se afirma que “el problema empieza cuando se considera a la EBE como un nuevo paradigma. Es un reforzamiento del paradigma biomédico actual adaptado al desarrollo científico y tecnológico (...) La verdadera revolución, y por tanto el verdadero cambio de paradigma correspondería

a un cambio conceptual en la forma de percibir al paciente”. Les invito a su lectura. Esto me ha llevado a pensar que si, en pos de una metodología científica positivista, no estaremos cayendo de nuevo en la trampa de seguir los caminos de la medicina y no los que están marcando algunas autoras enfermeras con posturas más críticas y situadas en enfoques humanísticos. Por tanto debemos cuestionarnos también acerca de si nuestros trabajos deben estar más dirigidos por la investigación cualitativa, fenomenológica, y un poco menos por la cuantitativa y la epidemiología.

La entrada en la Universidad supuso un gran avance para la enfermería, pero fue el inicio de una nueva era que debe llevarnos a la consolidación de nuestros propios conocimientos, a hacer patente una visión abierta, avanzada y crítica, responsable y autónoma, que dé una verdadera respuesta a la demanda social, y ésta hoy se mueve por pedir a los profesionales de la salud una atención personalizada, con conocimientos, con calidad en los cuidados, con cotas mayores de bienestar y con la mayor calidad de vida posible, sea cual sea la situación de salud. Estos aspectos nos llevarán a una autonomía profesional, a un mayor reconocimiento social y a un avance en la consolidación y desarrollo como disciplina. [ae](#)

BIBLIOGRAFÍA

- Gálvez A. Publicaciones de enfermería en España. *Rev Rol Enf* 2001;24:355-9.
- Gálvez A. *Index de Enfermería* 1996;5:17-21.
- Gálvez A, Salido MP. Fuentes documentales de los artículos de enfermería: revistas de enfermería citadas por las enfermeras. *Enfermería Científica* 1999; 202-203:68-73.
- Icart T, Gracia S, Pulpon AM, Fuentelsaz S, Pedreny R. Introducción y análisis estadístico en los originales publicados en dos revistas de enfermería y en dos de medicina (1995-1996). *Enferm Clin* 1999;9:55-60.
- Richart M. Estado de la producción científica de la enfermería española (I). *Index de Enfermería* 1999;8:19-24.
- Richart M, Cabrero J, Vizcaya F. El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996. *Cultura de los Cuidados* 1999;3:75-82.
- Orst MI, Richart M, Cabrero J. Factor de impacto en las revistas de enfermería. *Enferm Clin* 2002;12:266-72.
- Gálvez A, López IM, Sánchez V, Poyatos E. Evaluación de la actividad científica de la enfermería española. *Index de Enfermería* 2001;10:54-64.
- Gálvez A, López IM, Sánchez V, Poyatos E. Índice de citas de las revistas españolas de enfermería. Año 2002. *Index de enfermería* 2001;10:57-5.
- Gálvez A. Un modelo explicativo de la pauta de citación a revistas de enfermería españolas. *Enferm Clin* 2002;12:210-6.
- López J. Propuestas para el desarrollo profesional. I y II. *Enferm Clin* 2000;10:114-8, 157-62.
- Varios autores. *Associació Catalana d'Infermeria. Treball de les Comissions. Comissió 1. 5è Congrés d'Infermeria Catalana*; 1997 nov. 12-13-14: Girona.
- Consejo General de Enfermería. Libro Blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles. Madrid: Consejo General de Enfermería, 1998; p. 115 y 119.
- Oldnall AS. Nursing as an emerging academic discipline. *J Adv Nurs* 1995;21:605-12.
- Esteban M. La construcción de una Disciplina. XVII Sesiones de Trabajo de la AEED. Las enfermeras: diversas miradas para una imagen. Cuenca; 1996, p. 112-27.
- Newman M. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nur Sci* 1991;14:1-6.
- Linbert J, Hunter ML, Kruszewski A. *Introduction to Nursing. Concepts, issues and opportunities*. Philadelphia: Lippincott, 1990.
- Gálvez A, Salido MP. El conocimiento enfermero: una ciencia aplicada. *Metas* 1999;12:25-33.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.
- Fawcett J. *Análisis and evaluation of conceptual Model of Nursing*. Philadelphia: Davis Company, 1984.
- McKena H. *Nursing theories and models*. London-New York: Routledge, 2000.
- Rizzo Parse R. *Nursing science. Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders Company, 1987.
- Orst MI, Richart M, Cabrero J. Factor de impacto de las revistas de enfermería. *Enferm Clin* 2002;12:266-72.
- Collière F. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1993; p. 243.
- Meleis A. *Theoretical nursing: development and progress*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1991.
- Meleis A, Trangenstein P. *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. *Nurs Outlook* 1994;42:255-9.
- Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enferm Clin* 1999;9:21-8.
- Fernández E. La investigación en el curriculum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin* 2002;12:182-7.
- OIIQ. *Perspectives de l'exercice de la profession d'Infermeria. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*, 1996.
- Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1999; p. 41.
- Gottlieb L. Evolutionary principles can guide nursing's future development. *J Adv Nurs* 1998;28:1099-105.