

# La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica\*

NATIVIDAD PINTO AFANADOR\*\*

## Resumen

La ponencia hace una reflexión sobre la importancia y la relevancia de la filosofía del cuidado en la transformación de la práctica y la investigación en enfermería; a la vez tiene en cuenta el direccionamiento de una política de cuidado en las instituciones académicas y de servicio para lograr esta transformación del hacer diario en la investigación y en la práctica tanto a nivel asistencial como académico. Retoma una descripción sencilla de qué es la filosofía del cuidado y luego hace una revisión conceptual del cuidado de enfermería; recoge distintas visiones en la concepción y entendimiento del cuidado desde las miradas teóricas en enfermería, para luego plantear propuestas de trabajo que permitan y logren la transformación de la práctica y la investigación en enfermería, en los diferentes escenarios.

*Palabras clave:* cuidado de enfermería, filosofía, filosofía de enfermería, práctica, investigación.

## Abstract

This essay reflects on the importance and relevance of the philosophy of care in transforming the practice and the research on nursing. Also, it keeps in mind the tendency of care policies among academic institutions and of service policies to achieve this transformation of in daily activities when

carrying out research and when in the practice, both at the academic as well as the Nursing care levels. It retakes a simple definition of what is the philosophy of nursing care and then makes a conceptual review of it. Then, it gathers different views on the conception and understanding of nursing care from the different theoretical perspectives on nursing. Thereafter, it outlines work proposals that allow and achieve the transformation of the practice and the research on nursing, in the different scenarios.

*Key words:* nursing care, philosophy, nursing philosophy, practice, research.

Se considera que la filosofía es la exploración del intelecto racional de la verdad, principio vital del conocimiento y formas de actuación. Etimológicamente, filosofía es entendida como “amor a la sabiduría” (viene de las palabras griegas *philos*: amante, amigo, y *sophia*: sabiduría). Se afirma que existe un sinnúmero de conceptos de filosofía. Uno de ellos puede ser: la filosofía es una ciencia universal, trascendental o puramente humana. De otra parte, la filosofía predominantemente es una disciplina del saber, es la que comparten la mayoría de las personas en términos de aceptación de las ciencias, valores, metas y opiniones de la filosofía. Luego una conducta filosófica es un punto de vista específico filosófico que tiene una persona o un grupo de personas, con relación a determinado asunto. Por ejemplo, una conducta filosófica puede creer que no existe una sola realidad, sino que esta es diferente para cada individuo.

\* Ponencia en el II Encuentro de Cuidado, Corporación Universitaria de Santander (UDES), 30 de septiembre de 2005.

\*\* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería. Especialista en Enfermería Neurológica.

Recibido: 22/03/2006 Aprobado: 26/05/2006

Para profundizar en algunos conceptos y para entrar de fondo en la temática, se puede retomar que un fenómeno es una circunstancia que se observa, algo que causa impresión al científico o que se le presenta como extraordinario; luego “el cuidado es un fenómeno”. Los supuestos son afirmaciones que se consideran fundamentadas o ciertas, a pesar de que no han sido probadas científicamente. Por ejemplo, podemos suponer que las personas de escasos recursos son felices. A la vez, podemos plantear un orden jerárquico del conocimiento en enfermería, que permite entender el cuerpo de conocimiento en enfermería así (1):

1. Filosofía
2. Modelos conceptuales
3. Teorías de enfermería
4. Teorías de mediano rango

Podemos entender que los modelos conceptuales son muy similares a las teorías, con algunas diferencias, y de hecho a veces se los llama teorías. Sin embargo, los modelos conceptuales son aun más abstractos que las teorías. Un modelo conceptual explica ampliamente fenómenos de interés, expresa supuestos y refleja un punto de vista más filosófico (2).

Utilizamos las teorías para organizar lo que conocemos como fenómeno; formalmente, una teoría se define como un conjunto integrado de conceptos definidos y afirmaciones que describen un fenómeno y que se pueden utilizar para describir, explicar, pronosticar y/o controlar dicho fenómeno. Luego el propósito de la investigación puede ser generar, comprobar o validar una teoría en el contexto. Sue Marquis Bishop (3) manifiesta que las teorías se prueban mediante la investigación para determinar la correlación de sus explicaciones, descripciones, pronósticos y las estrategias para dirigir resultados de la misma. Sin embargo, se puede pensar que las teorías también se crean a partir de investigaciones cualitativas como guía para el desarrollo de un estudio, lo que se puede hacer en una investigación cuantitativa. Tendría entonces la enfermería en nuestro medio un trabajo interesante. Debemos revisar algunas elementos para tener mayor claridad y para esto podemos comenzar con el término de cuidado.

## EL CUIDADO

La enfermería, más que una simple ocupación subordinada a la medicina, es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de conocimientos edificados a partir de los diferentes saberes que, como manifiesta Leininger (4), se fundamentan en cuidados genéricos y profesionales de enfermería. De esta manera la dificultad se explica porque esos conocimientos, aunque existentes, han permanecido marginales e invisibles debido a las relaciones de poder que acompañan a la producción de discursos legítimos. Se entiende por discurso no solo la dimensión semántica y lingüística de la comunicación, sino también ciertas prácticas sociales que guardan una relación dialéctica con ella.

En ese sentido, el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas ha venido realizando esfuerzos por definir y ajustar el propio cuerpo de conocimientos con base científica que la orienten y le dan sentido (5). Esos esfuerzos se han cristalizado en la producción de diversos modelos conceptuales como plantea Fawcett (1991) o teorías de cuidado que explican el cómo y el porqué de la enfermería. El conjunto de esos modelos y teorías constituye el marco teórico de enfermería. En definitiva esos marcos o modelos conceptuales nos ayudan a analizar, comprender e interpretar la acción de la enfermera, ya sea en la asistencia, la docencia, la gestión o la investigación, de ahí la importancia de aplicarlos tanto en la investigación como en la práctica de la enfermería.

Vemos cómo los modelos conceptuales además generan efectos políticos en la práctica de enfermería. Uno de ellos es su utilidad para diferenciar la enfermería, entendida como disciplina profesional, del resto de disciplinas relacionadas con la salud, identificando la contribución única, específica y particular de la enfermería al cuidado de los seres humanos, es decir, delimitando su espacio de intervención y responsabilidad profesional.

En el campo de la salud, cada disciplina realiza una contribución propia y específica a la promoción y mantenimiento de la salud. Aunque algunas actividades se superpongan en la práctica asistencial, cada disciplina está presente a causa de su contribución concreta y

específica a la salud. Esta contribución se identifica por el marco de representación teórico o disciplinar (6).

Bordieu (1985) plantea que la producción de discursos legítimos que han permitido la hegemonía de las visiones empírico-analíticas de la salud y la enfermedad encarnadas por el modelo biomédico, el enfermero y la red de prácticas sociales que los acogen, son un claro ejemplo de cómo los discursos se constituyen en formas de poder al convertir en homogéneo un espacio de producción simbólica e imponer la arquitectura conceptual y las reglas de comunicación autorizada en la comunidad de expertos en el área de la salud y en otras áreas.

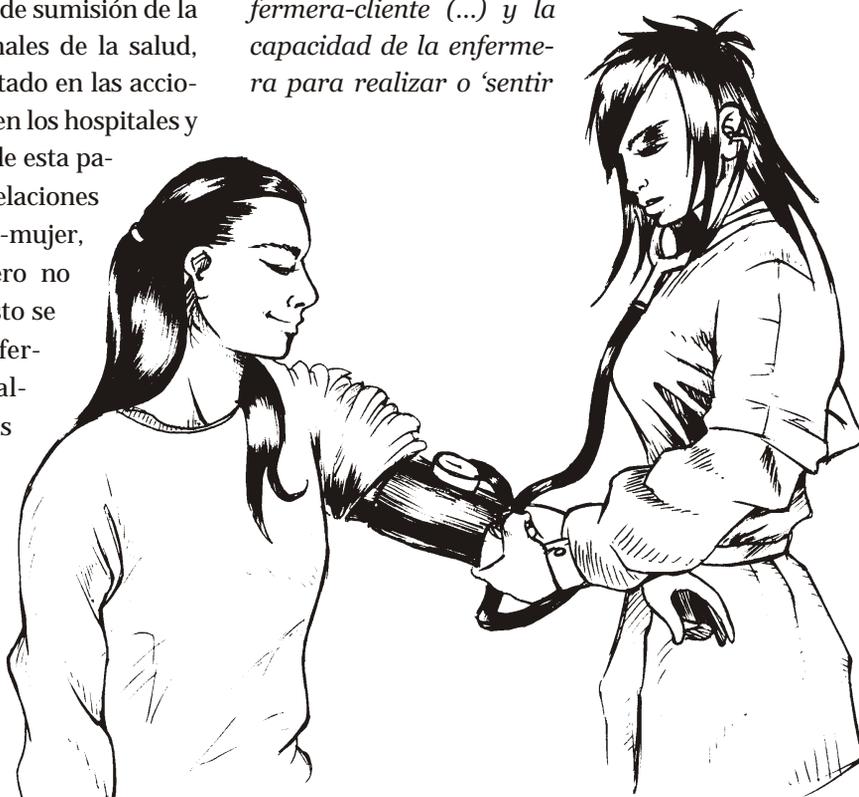
En esta línea de pensamiento Bordieu, plantea que los marcos a la luz de los cuales las enfermeras otorgan sentido y significado a su práctica, que las reglas que usan para atribuir significado y relevancia a sus acciones y para distinguir un problema de aquello que no lo es, se producen mayoritariamente en otros contextos teóricos que no son los de enfermería, cabría entonces preguntarnos ¿ante quién se siente responsable la enfermera? La respuesta entraña, sin duda, una polémica y un gran debate.

A mi juicio, aún existe un estatus de sumisión de la enfermera respecto a otros profesionales de la salud, más implícito que explícito y manifestado en las acciones de poder que se observan a diario en los hospitales y clínicas en Colombia. La explicación de esta panorámica se puede soportar en las relaciones sexistas médico-enfermera, marido-mujer, varón-hembra; eso explica parte pero no todo el fenómeno de la sumisión, a esto se suman los espacios cedidos por la enfermería en la toma de decisiones, por falta de compromiso y en algunos casos falta de conocimiento. Sumado a todo lo anterior encontramos que algunas prácticas que realiza la enfermería se fundamentan únicamente en marcos conceptuales de otras disciplinas y de igual forma la investigación está soportada en teorías propias de otras disciplinas; en este aparte vale recordar lo manifestado por Colliere (7): “Un oficio que

*se deja absorber por otro, o que precisa llegar a ser otro para sentirse valorizado –quedándose siempre a la sombra de aquel que tenga el derecho del ejercicio– no puede pretender ser reconocido”.*

A su vez J. Medina (1999) sostiene que aunque invisible y ausente en la práctica asistencial (el trabajo en hospitales y centros de salud), la noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamentalmente importante en el discurso de la enfermería (Gaut, 1983; Leininger, 1978). Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es objeto de conocimiento de enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Una primera mirada a la literatura indica que el término *cuidado* se ha usado de manera creciente desde la década de los sesenta hasta nuestros días. Existe en la actualidad un gran número de conceptos con relación al cuidado, que han dado paso a una serie de ambigüedades. Algunas de ellas tienen que ver con el significado y función del término cuidado. Sin embargo, es necesario identificar: *“cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para realizar o ‘sentir*



desde' el paciente que representa la principal característica de las relaciones profesionales", afirman Benner y Wrubel (1989).

*Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia íntima de apertura del yo al otro, por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos, sostiene Planner (8).*

La doctora Ann Boykin (9), sin embargo, afirma que los fundamentos para la teoría de enfermería como cuidado se basan en que la enfermera llegue a conocer su ser como persona cuidadora en la dimensión más profunda y amplia. Mientras que las enfermeras pueden tener (o por lo menos pueden haber tenido) un sentido de sí mismas como persona cuidadora, el practicar con este marco de referencia amerita un compromiso deliberado para desarrollar este conocimiento. En muchos lugares en los que las enfermeras desarrollan su práctica hay muy poco en el ambiente para apoyar el desarrollo creciente del sentido del ser como un cuidador. De hecho, muchos ambientes de la práctica parecen apoyar el conocimiento del ser solo como instrumento, como tecnología. Cuando uno percibe su propio "ser de enfermería" como una herramienta despersonalizada, acorporal, la enfermería tiende a perder el sabor, y el compromiso devoto con la enfermería se apaga. La preocupación entonces es cómo sostener y actualizar este compromiso fundamental que debe ser un aspecto seriamente estudiado por la enfermera que decide practicar enfermería como cuidado.

A su vez, Mayerof (10) manifiesta, desde la perspectiva existencial, que se trata de determinar los atributos generales del cuidado:

*Cuidar es la síntesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea, ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El*

*cuidado entendido como una ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.*

Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Esta visión antropológica, comprensiva y profunda, percibe el cuidado y la enfermedad como un "cairos existencial", como una oportunidad única para profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana. La riqueza humana de la vivencia de la enfermedad se manifiesta cuando el dolor y la crisis del cuerpo nos hacen tocar las esencias de ese ser atravesado de grandezas y miserias que cada uno de nosotros somos: "El enfermar no ensimisma, nos ayuda a redescubrir una intimidad inquieta, que se abre a la búsqueda de certezas firmes y de esperanzas ciertas" (11).

Para Jean Watson el cuidado es también una responsabilidad moral que trasciende los límites de la enfermería como profesión, para insertarse en el campo de los valores sociales y las acciones moralmente justificables. En ese sentido, en el contexto de enfermería el cuidado supone una alta consideración por la otra persona y su modo de estar en el mundo, es decir, un compromiso moral, casi imperativo, con el valor y dignidad de la persona cuidada y con el respeto hacia los significados y el sentido que asigna a su vivencia de la enfermedad. Desde esta perspectiva fenomenológica y ética el cuidado está más centrado en la persona y en su subjetivación de la enfermedad que en el proceso biopatológico mismo (en el que suele centrarse la medicina):

*Hay un elevado valor de la vida-mundo subjetivo de la persona que experimenta estados de salud-enfermedad-curación. El énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autoconocimientos, más autocontrol y disponibilidad para la autocuración, independiente de la condición externa de salud. La enfermera se considera copartícipe en el proceso de cuidados humanos, por lo que se confiere un gran valor al proceso de relación entre la enfermera y la persona (12).*

Esta reivindicación de la visión holística de la persona trasciende la cosificación, objetivación y estandarización en la relación entre la enfermera y la persona, propias del reduccionismo biologicista impuesto por la racionalidad técnica del modelo biomédico. El cuidado es entonces un intercambio o un diálogo vivo, en el cual la enfermera y la persona comparten sentimientos y emociones provocadas por algunos de los momentos más intensos y dramáticos de la vida. Esta intersubjetividad es lo que permite mantener viva la humanidad de ambos y evita reducir el ser humano a un objeto.

El cuidado no es una reducción cosificante de la persona a un conjunto de signos y síntomas o una serie de respuestas humanas a la enfermedad; al contrario, el *cuidado transpersonal* reclama un lugar preponderante para la intersubjetividad entre la enfermera y la persona con base en la creencia que nosotros aprendemos uno de otro identificándose con los demás o reconociendo sus dilemas en nuestro interior y obteniendo como resultado un mayor autoconocimiento: “*Aprendemos a reconocernos a nosotros mismos en los demás, la comparación nos muestra lo que somos, lo que es la humanidad, en general y en particular*” (J. Watson, 1992).

Para Jean Watson el proceso de cuidado lo forman diez elementos o factores cuidativos que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada son copartícipes. Estos elementos se constituyen en pautas y orientaciones para la acción de cuidar. Sin ningún orden jerárquico, los factores cuidativos son:

- Formar un sistema de valores humanístico y altruista.
- Fomentar la fe y la esperanza.
- Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.
- Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Usar procesos creativos para resolver problemas.
- Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.

- Crear un entorno de apoyo o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

- Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.

- Aceptar fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Luego, para poner en práctica una filosofía del cuidado como la planteada por Jean Watson, deberíamos aplicar estos 10 elementos.

## UNA POLÍTICA DE CUIDADO

A lo largo de la historia, la práctica de enfermería ha estado enfocada a las actividades dependientes (como dijimos anteriormente) y curativas; este ejercicio de enfermería es muy exigente y conduce a la ignorancia y desprecio de las necesidades psicosociales y espirituales de los pacientes en la medida en que las enfermeras reducen el tiempo que gastan en el desarrollo de relaciones sociales y en la enseñanza, que cada día se van dejando más atrás. El resultado es que la mayoría de las enfermeras admiten que se sienten alejadas de los valores y elementos fundamentales de su ejercicio profesional. Además, encuentran que es difícil tener un sentido orgulloso y de satisfacción en su trabajo. Los cambios que se necesitan para asumir la expresión de “*prácticas de cuidado al paciente*”, generalmente son difíciles de lograr y el ambiente político donde se van a implementar debe considerarse muy detenidamente.

Los temas de poder en el centro de cualquier acción política determinan en forma significativa los comportamientos de los individuos, los grupos y las instituciones. De hecho, cuando los administradores de enfermería desean desarrollar *ambientes de cuidado* al paciente con base en el liderazgo de las enfermeras, se ignoran estos temas, la implementación se bloquea a menudo con numerosas barreras. Esto no es sorpresa, de todos modos se sabe que las enfermeras muestran poco o ningún interés en el aspecto político de su profesión y tienden a no tener en cuenta el poder que poseen.

Por otro lado, podemos ver que al componente de cuidado al paciente se le ha brindado siempre un énfasis que va en disminución dentro de los sistemas de cuidado en salud, y las actividades y comportamientos de

cuidado al paciente generalmente permanecen como un aspecto que se “*esconde*” dentro de la actividad de las enfermeras. Esta falta de exposición de los elementos del cuidado a los pacientes tiene impacto en el reconocimiento de la experiencia profesional de las enfermeras y lleva a recortes irracionales tanto en personal como en servicios de enfermería.

Vemos entonces que en los sistemas de salud los recortes en el cuidado de la salud han aumentado dramáticamente y en años recientes las decisiones políticas han tenido consecuencias importantes en la dimensión humana de los servicios de enfermería y de salud. En este contexto, el cambiar la administración y ejercicio de la enfermería en una institución, mediante la introducción de un modelo inspirado por la *filosofía del cuidado al paciente*, promete ser un desafío difícil. La propuesta que se quiere hacer es: reconocer la importancia de las prácticas de curación con base en una filosofía de cuidado al paciente, su familia y cuidadores, las cuales deben enfatizar las relaciones humanas en la enfermería y en las diferentes dependencias, que promuevan y favorezcan el cuidado de la persona humana.

Para lograr estas transformaciones en las diferentes instituciones (docentes y asistenciales), podemos pensar en proponer de manera sencilla:

### **Definir una herramienta para análisis político**

El punto de vista político que se use debería inspirarse por una filosofía del cuidado esencialmente humanitario, que podría ser la de la doctora Jean Watson; luego vendría un proceso investigativo que permita realizar:

1. Identificación de antecedentes (experiencias anteriores).
2. Identificación de actores que tienen un impacto directo o indirecto en la aplicación de la intervención.
3. Análisis de los argumentos y consecuencias alrededor de la implicación de la intervención.
4. Cuantificación de impacto de los actores.
5. Toma de decisiones en cuanto a la factibilidad política de la intervención.

### **Definir una herramienta para analizar el ambiente político de la intervención**

La actualización de una filosofía de cuidado al paciente en el hospital es un proyecto particularmente innovador, ya sea en el contexto nacional o internacional. Estudios realizados por O'Neill (13) en Quebec muestran que es fundamental conocer los antecedentes, y determinan que el adoptar una filosofía del cuidado al paciente no representa ningún problema en el papel, pero implementarla en una estructura organizada y también dentro del comportamiento individual de cada uno de los participantes es una cosa muy distinta, aunque fundamental para lograr el cambio.

### **Definir una herramienta para planificar la implementación de la intervención**

En esta etapa es necesario comprometer a las altas gerencias y direcciones, con el objeto de lograr una intervención monumental. De acuerdo con Ann Boykin, son las enfermeras en ejercicio y su alto compromiso con los valores y creencias, y no los consultores o asesores, las que impulsan las transformaciones, las que convierten en una realidad el modelo de ejercicio del cuidado a los pacientes. Si solo enfermería se compromete en lograr el análisis político, el impacto en las instituciones es menor, pero si se logra involucrar, comprometer y lograr cooperación de todos los actores de una institución de salud, el impacto es monumental.

### **TRANSFORMAR LA PRÁCTICA**

El proceso de transformar la práctica y la investigación toma tiempo, valor, paciencia, conocimiento, constancia y un compromiso real con la enfermería. La transformación empieza por las enfermeras, quienes deben reenfocar sus lentes en la práctica de enfermería. Son cambios en la práctica desde una perspectiva normativa, dirigida por el diagnóstico y el tratamiento médico; entender que el enfoque único de la enfermería está consolidando a las personas que viven y crecen con el cuidado. Este enfoque de enfermería llama al entendimiento de las relaciones aterrizadas en el cuidado para relacionar el valor de la importancia de la persona. La

esencia de la enfermería está encajada en la situación de la misma. El compartir la experiencia vivida en la cual la enfermera entra en el mundo del paciente y llega a conocerlo como una persona a quien consolida y ayuda en su vivir y crecer en el cuidado. La enfermera también permite que se la conozca como cuidadora que participa de una relación de reciprocidad.

El concepto “*viviendo y creciendo en el cuidado*” toma su significado sustantivo cuando la enfermera lo refleja en su propia expresión personal de vivir el cuidado día a día. Este entendimiento puede facilitarse a través del estudio de Mayeroff (10) y sus ingredientes del cuidado: conocimiento, paciencia, ritmos alternativos, esperanza, coraje, sinceridad y honestidad. El llegar a conocerse a uno mismo como cuidador realiza la capacidad de las enfermeras de saber y apreciar las expresiones únicas de cuidar de aquellos a quienes cuidamos.

A la vez es fundamental reconocer la importancia de una *práctica basada en la teoría*; este proceso ha sido visto como un movimiento de avanzada en enfermería. Tener la práctica de enfermería aterrizada explícitamente en teorías de la disciplina podrá contribuir en tres objetivos muy importantes:

1. Que la práctica sea coherente.
2. Que el cuidado del paciente sea efectivo.
3. Que la práctica tenga coherencia dentro de la disciplina de enfermería como profesión aprendida.

El deseo de mejorar la coherencia y la efectividad de cuidado del paciente ha liderado un llamado a la práctica basada en la evidencia científica (PBE), que se enfoca principalmente en el uso de las ya desarrolladas y probadas teorías de rango medio. Un aumento similar ha ocurrido en medicina, en la que existen múltiples y diversas perspectivas del significado preciso de la PBE en enfermería (14). No obstante la ausencia de consenso en el significado, el interés en la práctica basada en evidencia se ha extendido ampliamente en ser consciente de la madurez de la enfermería como una disciplina, como una práctica disciplinada y como una disciplina práctica. Sin embargo, autores como Ann Boykin, Savina O. Schoenfer, Jon Baldwin, Dee McCarthy (2005) y Red (1995) son partidarios del papel de la teoría de gran alcance como un marco de referencia transformativo de una práctica coherente de enfermería, pero no se puede

minimizar el aporte, la practicidad y la clara evidencia de las teorías de mediano rango, que serían el camino más rápido para transformar el futuro.

Aunque el papel de la teoría de gran alcance, o como Kikuchi (15) lo manifiesta en sus estudios, el marco filosófico de enfermería, no es universalmente aceptado ni quizás universalmente entendido, la evidencia de la práctica en la literatura está montada en que la práctica de enfermería aterriza en una teoría de gran alcance de enfermería. Luego, el uso popular de conceptos genéricos de cuidado, no relacionados con una perspectiva teórica organizada de enfermería, no resulta esperanzador para la transformación. Para la transformación de la práctica es fundamental tener en cuenta:

Proponer la transformación de la práctica más allá de lo superficial o cosmético, lo que requiere el uso de un sistema conceptual completamente desarrollado conocido como una teoría de gran alcance.

Demostrar el valor de la teoría de enfermería como cuidado (Boykin y Schoenfer, 2001), como un marco de referencia productivo para la transformación de la práctica que realce su coherencia y efectividad (Boykin y Schoenfer, 2004).

El compromiso de la enfermera que practica la enfermería como cuidado es nutrir a las personas que viven y crecen como cuidadoras, lo cual implica que la enfermera las conozca como cuidadoras en el momento. “Las dificultades de cuidar” en un momento son las situaciones que reflejan la extensión de conocimiento y compromiso necesario para cuidar de manera efectiva. El entendimiento diario del significado del cuidado es obviamente inadecuado cuando la enfermera está frente a alguien a quien es difícil cuidar. En estas situaciones extremas (no infrecuentes), un concepto de enfermería orientado a cumplir tareas, sin una base disciplinar de enfermería, puede ser adecuado para asegurar el cumplimiento de cierto tratamiento y técnicas de supervisión. Sin embargo, a nuestros ojos esa es una respuesta insuficiente; ciertamente no es la enfermería que nosotros defendemos. La teoría de enfermería como cuidado llama a que la enfermera busque en lo profundo de una base de conocimiento bien desarrollada que haya sido estructurada utilizando todos los patrones de conocimiento disponibles, fundamentados en la obligación

inherente al compromiso de conocer a las personas como cuidadoras. Estos patrones de conocimiento pueden incluir intuición, datos científicamente cuantificables que surgen de la investigación, conocimiento relacionado desde una variedad de disciplinas, creencias éticas, como muchas otras formas de conocimiento. Todo el conocimiento de la enfermera, que puede ser relevante para entender la situación que tiene entre manos, se saca e integra a la práctica en situaciones particulares de enfermería. Aunque el grado de reto varía de una a otra situación, el compromiso para conocer el propio ser y al otro como personas cuidadoras es firme.

### TRANSFORMAR LA INVESTIGACIÓN

Es necesario que las enfermeras hagamos investigación, pero es aún más importante que la investigación de enfermería utilice referentes teóricos que la guíen y la orienten. En enfermería las teorías se han desarrollado para dar explicación a fenómenos importantes en la práctica clínica. Por ejemplo, tenemos una teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mischel, 1988), una teoría sobre la promoción de la salud, descrita por Nola Pender y cols. (2001), una teoría del cariño entre madre e hijo (Walter, 1992). A veces utilizamos teorías desarrolladas en otras disciplinas, como la psicología o la biología, y las aplicamos en situaciones de enfermería (y esto no está mal). A pesar de que utilizamos teorías para guiar nuestra práctica, muchas veces no han sido comprobadas para determinar si las intervenciones de enfermería propuestas por tales teorías tienen los efectos que se les suponen.

Es esencial entender que un marco es una breve explicación de una teoría o de las partes de una teoría que se examinarán en un estudio. Cada estudio tiene su marco propio. Un marco perfectamente expresado es una muestra de un estudio bien estructurado. El investigador espera entonces que una variable desencadene la siguiente. En un estudio bien estructurado, el investigador podrá explicar en un marco el porqué de las relaciones entre variables. La idea se expresaría como una hipótesis que debería comprobarse a través de la metodología de estudio que se plantea.

Más concretamente, la investigación es un interrogante o estudio sistémico y concienzudo que perfecciona o da por válidos conocimientos ya existentes y desarrolla otros nuevos. Un estudio sistémico y concienzudo implica planificación, organización y persistencia. El objetivo final de la investigación debe ser el desarrollo de un cuerpo empírico de conocimientos para una disciplina o profesión, en este caso para enfermería.

Definir la investigación en enfermería requiere decidir qué conocimientos son relevantes para las enfermeras. Dado que la enfermería es una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para el desarrollo y el aumento del conocimiento que se puede aplicar en mejorar la práctica asistencial. Las enfermeras asistenciales necesitan ser capaces de leer los informes procedentes de la investigación, identificar qué intervenciones son efectivas para ponerlas en práctica, e implementar estas intervenciones con el fin de obtener resultados positivos en los pacientes y sus familias. Resumir y consumir investigación implica haber criticado, desechado y seleccionado estudios sobre un tema o un problema de la práctica, por ejemplo: ¿cómo es el cuidado que se brinda a los cuidadores familiares de pacientes crónicos? El resumen de los conocimientos de la investigación actual se utiliza para desarrollar guías o protocolos que se aplicarán en las prácticas.

La investigación en enfermería es igualmente necesaria para generar conocimiento sobre educación en enfermería, administración, cuidados de la salud, características de las enfermeras o roles de las mismas. Los hallazgos de las investigaciones deben influir directamente en la práctica de las enfermeras, de modo que pasan a aumentar el cuerpo de conocimientos de enfermería. La investigación en educación es necesaria para proporcionar a los estudiantes de enfermería experiencias de aprendizaje de la mayor calidad posible.

En conclusión, se puede afirmar que la finalidad de la investigación en enfermería es generar una base empírica de conocimiento que sirva como guía para la práctica. Es necesario realizar una gran cantidad de investigación que permita generar una base empírica de conocimiento que pueda transformarse y sintetizarse en evidencia para usarlo en la práctica de enfermería. Estas

evidencias que provienen de la investigación podrán usarse con el objetivo de desarrollar guías, estándares, protocolos o políticas que guíen la implementación de toda una serie de intervenciones de enfermería. El objetivo final de la enfermería es precisamente proporcionar cuidados basados en la evidencia que faciliten conseguir resultados de calidad para los pacientes, familias y cuidadores, como para el mismo sistema de salud (16).

Además, la investigación en enfermería es muy importante para el desarrollo del conocimiento científico que facilite a las enfermeras proporcionar cuidados de enfermería fundamentados en una filosofía del cuidado y basados en evidencia científica. En general la profesión de enfermería es responsable ante la sociedad de proporcionar cuidados de calidad y rentables a los pacientes y sus familias. Por eso el cuidado de enfermería debe evaluarse y mejorarse con base en los nuevos conocimientos.

Quiero terminar mi reflexión con estas palabras de Jean Watson:

*Cada situación de enfermería es una experiencia vivida que involucra al menos a dos personas únicas. Por lo tanto, cada situación de enfermería difiere de cualquier otra. La naturaleza recíproca de la experiencia vivida de la situación de enfermería requiere inversión de las dos personas cuidadoras comprometidas. El foco inicial es conocer a las personas como cuidadoras, tanto al cuidado como a la enfermera. El proceso de conocer el ser y al otro como cuidador requiere un mutuo y constante desdoblarse. Con el fin de conocer al otro, la enfermera debe querer tomar el riesgo de entrar en el mundo del otro y el otro debe querer dejar entrar a la enfermera en su mundo. Para que esto pase la aceptación de confianza y fortaleza del coraje requerido por las personas en la situación de enfermería puede ser de gran inspiración.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) RAILE ALLIGOOD, M. y E. CHONG CHOI. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ª edición. Mosby, 1999, p. 57.
- (2) PARKER, M. *Introduction a Nursing Theory. Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: Davis Company, 2001, p. 6.
- (3) MARQUIS BISHHOP, S. *Proceso de desarrollo de las teorías. Modelos y teorías en enfermería*. 4ª edición. Mosby, 1999, p. 43.
- (4) LEININGER, M. The phenomenon of caring: importance, research, questions and theoretical considerations. En: M. Leininger (ed.). *The Phenomena and Nature of Caring*. Salt Lake City: University of Utah, 1978, pp. 3-17.
- (5) CUSHING, A. Historical and epistemological perspectives on research and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 406-411, 1994.
- (6) MEDINA, J. L. *El cuidado: objeto de conocimiento de la enfermería como disciplina*. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes, 1998, p. 31.
- (7) COLLIERE, Marie Françoise. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, 1993.
- (8) PLANNER, B. *Holistic Nursing*. Englewood Cliffs, USA: Prentice Hall.
- (9) BOYKIN y SCHOENHOFER. *Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica*. Capítulo 4. Nueva York: ALN, 1993.
- (10) MAYEROFF, M. *On Caring*. New York: Norton, 1971.
- (11) LLANO, A. El cuidado integral del enfermo. En: U. de Navarra (ed.). *Jornada de actualización de procedimiento de enfermería*. Pamplona: Universidad de Navarra, pp. 501-507.
- (12) WATSON, Jean. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En: J. RIHEL-SISCA. *Modelos conceptuales de enfermería*. Doyma, 1992, pp. 179-192.
- (13) O'NILL, M., F. GAGNON y M. BOYER. La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé. Les monographie du centre québécois collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Développement des Villes et Villages en Santé'. Monographie No. 3 Beauport: Centre québécois collaborateur de l'OMS sur VVs. 1997.
- (14) BANNING, M. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice an their use in nursing: independent nurse prescribers' views. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 411-418.
- (15) KIKUCHI, J. F. Clarifying the nature of conceptualization about nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(1): 97-110.
- (16) BROWN, S. J. *Knowledge for healthcare practice: a guide to using research evidence*. Philadelphia: Saunders, 1999.