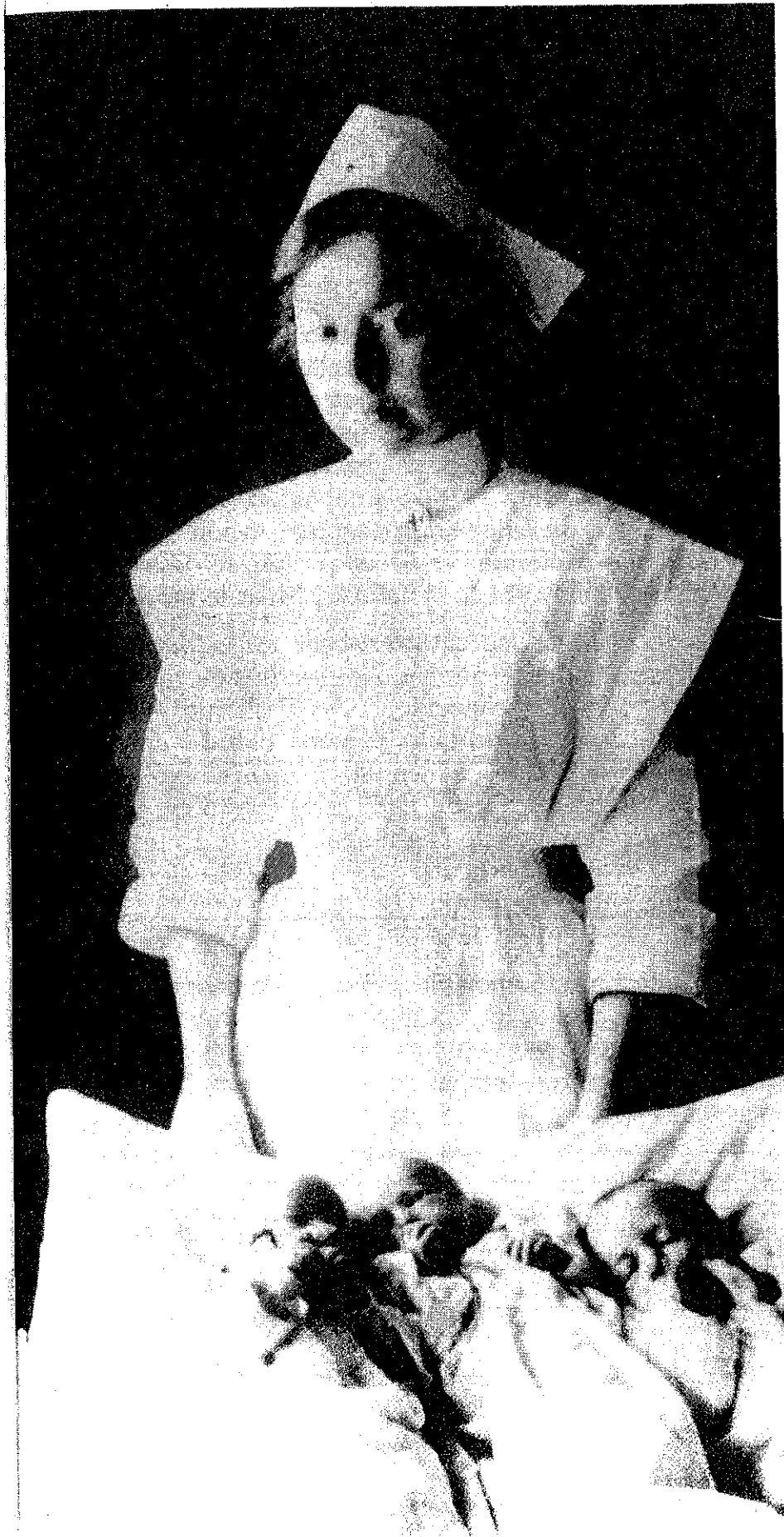


GRANDES

CORRIENTES DEL

PENSAMIENTO



Archives nationales du Québec, Fonds: Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, P120-15, 118

■ Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos. ■

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y *metateóricas**, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la *disciplina* enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos **cuidado, persona, salud y entorno** están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

■ Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas «paradigmas», principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influenciado todas las disciplinas. ■

*Los términos escritos en letra *cursiva* son definidos en el glosario de las páginas 142-147.

En c
una ter
cuenta
denomi
de New
Se trata
y de la
nas sig
nerales
de pens
la enfer
mos est
tualmer
ra, es d
torno».
de la fo
enferme

PARAD

Un c
anterior
tre sí las
radigma
descubri

Aplic
pensam
de la enf
bacterias
nos y sín
manifest
Pueden s
rición y c

El pa
mente de
ción cent

En el *área* de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos *paradigmas* teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación. Los describimos brevemente en las páginas siguientes. Presentamos igualmente cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera en el seno de estas corrientes de pensamiento. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo. Analizamos estas orientaciones en relación a los conceptos que tienen actualmente un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera, es decir, los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno». Finalmente estudiamos las características de la práctica, de la formación, de la investigación y de la gestión en la ciencia enfermera.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

■ Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. ■
--

Un cambio en un *fenómeno* es consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones *lineales* y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El *paradigma de la categorización* ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la per-

sona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Collière, 1986).

Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (Dolan, Fitzpatrick y Herrmann, 1983). Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida en matemáticas, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad. En menos de 6 meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la *compasión*, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale, 1859-1969). La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, in-

dependientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. Nightingale considera a la **persona** según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del **entorno** son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale (1859-1969) las ha llamado «leyes de la salud o del cuidado enfermero» (pág. 9). La **salud** no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente «la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos» (Nightingale, 1885; traducción libre, pág. 1043). Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes. Después de la guerra de Crimea, la Fundación Nightingale, gracias a los donativos de un público agradecido, permite establecer una escuela de enfermeras, independiente de los hospitales. Las profesoras forman a los estudiantes para trabajar en el medio hospitalario, pero igualmente al lado de la familia en la comunidad (Dolan y cols., 1983). Florence Nightingale está dispuesta a dar a las enfermeras una formación basada tanto en el mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de las infecciones y heridas, y el control del entorno, como en la promoción de la salud (Reed y Zurawski, 1989).

Según Florence Nightingale, son las personas que han recibido una formación de enfermera las que deben administrar los cuidados. Sólo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir este trabajo (Henry, Woods y Nagelkerk, 1990). Además, con un objetivo de eficacia y de reducción de costos, cree firmemente en la necesidad de no utilizar el tiempo de las enfermeras en trabajos (limpieza, transporte de enfermos, etc.) que las aleja del cuidado de los enfermos.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial. Hasta finales de la década de los años 30, la mayoría de las enfermeras trabajan en servicio privado, en el domicilio y el hospital, o en higiene pública, empleadas por ayuntamientos o compañías aseguradoras, o incluso ocupan un lugar de supervisora o de profesora en el hospital. Todas participan activamente en el progreso de las condiciones sociosanitarias de las comunidades (Dolan y cols., 1983).

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y cols., 1983). La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950. Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos (Allan y Hall, 1988; Dolan y cols., 1983). Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. El objetivo de la medicina tecnicocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico al diagnóstico establecido (Allan y Hall, 1988).

Según esta orientación, el **cuidado** está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa «hacer para» las personas. La enfermera está muy atarea-

da y ocupada (Meleis, 1991), planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está «bajo» sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud. Estos profesionales son considerados expertos que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la **persona** se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Así, podemos separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica, estudiar el sistema respiratorio independientemente del sistema endocrino y establecer los objetivos de cuidados relacionados con la función respiratoria separadamente de los objetivos unidos a la función nerviosa. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La **salud** es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como «positiva» mientras que la enfermedad es percibida como «negativa». La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. En lo que concierne al **entorno** es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado. Por ejemplo, las técnicas de asepsia van dirigidas a controlar los microorganismos nocivos para el ser humano.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, es ventajoso para la población poder aprovecharse tanto de los cuidados enfermeros adecuados como de las mejoras en la práctica médica. De este modo, una formación más avanzada en los cuidados de enfermería son un medio esencial de controlar la enfermedad (Gortner, 1983).

A principios del siglo xx, en Estados Unidos, nacen numerosas escuelas de enfermeras. Las direcciones de hospitales descubrieron que una escuela de enfermeras ofrece una mano de obra joven, disciplinada y «a buen precio» (Reverby, 1987). Además, los cuidados enfermeros competentes disminuyen el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas. Por otra parte, una enfermera diplomada puede sustituir

al médico en las tareas rutinarias en el servicio privado a domicilio. La escuela de enfermeras depende, pues, del hospital, de modo que los servicios hospitalarios tienen prioridad sobre las necesidades de formación (Brooks y Kleine-Kracht, 1983). El estudiante es asignado a una unidad de cuidados según la necesidad del trabajo que ha de cumplir más que por la diversidad del aprendizaje requerido (Reverby, 1987). Así, las largas horas de trabajo limitan el tiempo dedicado a los cursos y al estudio (Petitat, 1989; Reverby, 1987).

Sin embargo, a medida que los conocimientos médicos (las especialidades médicas son cada vez más numerosas y la tecnología biomédica más compleja) progresan durante la primera mitad de siglo (Brooks y Kleine-Kracht, 1983), la enseñanza formal a las enfermeras presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, lo que las lleva a identificarse con el modelo científico médico. La enseñanza en forma de conferencias está impartida por los médicos (Dolan y cols., 1983; O'Brien, 1987; Reverby, 1987); y se centra en el conocimiento memorizado de signos y síntomas de las enfermedades y en la aplicación de técnicas médicas delegadas. El aprendizaje consiste en seguir un procedimiento ritual único con la esperanza de reducir los peligros de errores para los pacientes (Dolan y cols., 1983). La enfermera recibe una formación técnica junto con un entrenamiento para la obediencia y el orden (Reverby, 1987). La formación de las enfermeras en el hospital resulta, pues, beneficioso para éste y para la profesión médica.

Por otra parte, las enfermeras —en Estados Unidos principalmente— se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de los conocimientos. En esta época, los intereses de investigación de las enfermeras giran alrededor de las enfermedades contagiosas, los planes de cuidados para los grupos de pacientes y los procesos de cuidados específicos a estos grupos (Gortner, 1983). Hacia los años treinta, las investigaciones intentan evaluar sistemáticamente las técnicas de cuidados, lo mismo que las funciones y actividades de la enfermera. En los años cincuenta, las investigaciones se concentran en la organización de las unidades de cuidados y en mejorar los cuidados enfermeros (Gortner, 1983). La preocupación consiste entonces en estandarizar las normas de calificación de las enfermeras (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Así, los resultados de las primeras investigaciones enfermeras (informe Goldmark, 1923) permiten una transformación del siste-

ma de
Las enf
el fin d
y menci
Polit y
person
comien
gios un
za en s

En
los cuic
por un
tema fu
ma fun
sultado
lizaciór
Es así c
otra dis
fermer
para to
titat, 19
esta ép

PARAI

Por
en el m
ción al
factores
nos lo
orienta

Orient

En
entre 1

ma de prestación de cuidados a principios de los años cuarenta. Las enfermeras diplomadas son contratadas en los hospitales con el fin de que los estudiantes dediquen más tiempo a los estudios y menos al trabajo (Brooks y Kleine-Kracht, 1983; Church, 1990; Polit y Hungler, 1991). Otros estudios sobre las necesidades del personal enfermero (informe Brown, 1948; informe Weir, 1932) recomiendan que las enfermeras reciban su formación en los colegios universitarios y que sean formadas para impartir la enseñanza en sus escuelas (Bergeron y cols., 1984; Polit y Hungler, 1991).

En la primera mitad del siglo xx, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros en América del Norte está caracterizado por una gestión individual, «caso por caso», seguido por un *sistema funcional* de prestación de cuidados (Petitat, 1989). El sistema funcional aparece hacia las décadas de los años 30 y 40. Resultado del *taylorismo*, este sistema pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en numerosas tareas. Es así que una enfermera ayuda al paciente a lavarse en la cama, otra distribuye los medicamentos, otra hace los apósitos, y la enfermera jefe tiene la responsabilidad del conjunto de los cuidados para todos los pacientes (Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990; Petitat, 1989). El sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una *gestión centralizada*.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

■ El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Por ejemplo, el contexto en el que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más. El *paradigma de la integración* ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975. Esta orientación está marcada por dos hechos

importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la Segunda Guerra Mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social (Huffman-Splane, 1984). Escritos sobre la psicología individual (Adler, 1935), sobre la terapia orientada hacia el cliente (Rogers, 1951) y sobre la teoría de la motivación (Maslow, 1943; 1954) confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Según esta orientación, el **cuidado** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa «actuar con» la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

Siempre según esta orientación a la persona, la **salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. Por otra parte, la salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad o cuando muy pocos de los elementos que constituyen la salud están presentes.

Por último, el **entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares. Por ejemplo, la limpieza en una casa y el apoyo familiar pueden constituir un entorno positivo que favorece el desarrollo sano de un niño. Este niño, cuando sea mayor, tendrá la tendencia de crearse entornos positivos. Igualmente, un niño nacido en un medio donde reina la suciedad o la violencia creará entornos que dependerán de sus reacciones de adaptación.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este período, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. Han elaborado concepciones diferentes del modelo biomédico, según el cual se considera a la persona como una entidad divisible en subsistemas biológicos independientes los unos de los otros (Rogers, 1992).

Siguiendo la evolución de disciplinas afines e inspirándose en los modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además, el hecho de adoptar un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de estos datos, intervención enfermera y evaluación) basado en un modelo conceptual, transforma la actividad de la enfermera, que, desde entonces, centra su interés hacia el ser humano considerado como un todo integrado en su contexto.

Durante las décadas de los años 50 y 60, los cuidados enfermeros son descritos como un servicio humano y caritativo, así como un servicio de gran ayuda (Gortner, 1983). La formación enfermera en medios que no dependen de los hospitales, las concepciones orientadas hacia el cliente, así como los resultados de las investigaciones llevan la disciplina hacia una búsqueda de principios esenciales que guían su práctica (Rogers, 1972).

Después de 1960, las investigaciones se interesan más específicamente por la mejora de los cuidados al cliente y por el desarrollo de una base de conocimientos en ciencia enfermera (Gortner, 1983). La imitación de marcos teóricos de otras disciplinas

orientan la investigación hacia los enfoques provenientes de la educación, antropología, psicología o de la epidemiología (Gortner, 1983). Con la implantación de los programas de doctorado en las universidades americanas, la investigación se inspira cada vez más en una base conceptual o teórica propia de la disciplina enfermera (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Paralelamente, el sistema de prestación de cuidados evoluciona. La mayoría del personal enfermero de los hospitales está formado no solamente por estudiantes, sino también por enfermeras diplomadas. La aparición de una nueva categoría de personal en cuidados, las auxiliares «europeas», las asistentes enfermeras y las «*gardes-malades*» auxiliares, facilita la adopción del *sistema de equipo* en un buen número de hospitales. Este sistema consiste en un reparto de las tareas según las competencias y las habilidades de los miembros del equipo que están bajo la responsabilidad de una enfermera nombrada jefe de equipo (Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990). El sistema de equipo permite una primera división del poder de decisión; sin embargo, está más dirigido a cumplir la tarea que hacia la persona a quien se ha de cuidar (Petitat, 1989).

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. Siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas que ponen el acento sobre las personas, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

■ Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un *pattern* único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental. ■

El *paradigma de la transformación* es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985; 1988).

Apertura hacia el mundo

De envergadura internacional, esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Quedó marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye sobre la cultura oriental y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos (Huffman-Splane, 1984); las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias (Ferguson, 1981).

Es desde esta perspectiva que en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La organización mundial de la salud (OMS), autora de la declaración de *Alma-Ata*, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una *filosofía* en que «los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas»*. La población

*Organización Mundial de la Salud. *Los cuidados primarios de la salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra, 1978 (Serie «Salud para todos», n.º 1), pág. 2.

se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Collière (1980) resume así la filosofía de los cuidados primarios de salud:

Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo. Esta perspectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social... (págs. 2-3).

Dentro de esta óptica, la **persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo (Martin, 1984). La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La **salud** está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud «se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular» (Martin, 1984, pág. 9).

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras. Sin embargo, esta filosofía acerca los cuidados enfermeros a los fundamentos de su práctica. Esta filosofía «suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos» (Martin, 1984, pág. 9). Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar (Martin, 1986). La participación de los miembros de la comunidad en todas las actividades de planificación, realización y evaluación de los cuidados primarios de salud es un principio esencial del enfoque. Concierne a cada individuo comprometerse, en el grado y el nivel adecuados, en la acción que lleva al bienestar del conjunto (Martin, 1986). Fontaine (1984) explica también el cambio de mentalidad necesaria.

*En estas
les de la sa
de dar a las
personas de
con los ind
ayudarles a
necesidades*

Las en
de salud p
dad, en la
valores y p
participaci
de negocia
dad (Pellat)

Hasta f
rra. Duran
ra toma cc
Esta concie
entorno y
la expansio
contenido
vez más ré
bilidad ma
educación
igualmente
movimient
blación ori
tecnología
nibles, sinc

Esta ma
fluenciada
Desde med
la teoría ge
nan varias
no está en i
significa qu
elementos l
efecto. No
está en per
muestran c
mente ener
Además, la

En esta óptica (de los cuidados primarios de salud), los profesionales de la salud no poseen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, sino más bien se presentan como personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económico (Fontaine, 1984, pág. 20).

Las enfermeras que se adhieren a la filosofía de los cuidados de salud primarios pueden trabajar, desde una relación de igualdad, en las etapas de un proyecto sanitario con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a las suyas. Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad (Pelland, 1992).

Hasta finales del siglo XIX, el hombre ha vivido «sobre» la tierra. Durante el siglo XX, ha vivido «de» la tierra. El hombre ahora toma conciencia de que vive «con» la tierra (Dufresne, 1992). Esta concienciación modifica la concepción del ser humano, del entorno y de la salud (Allan y Hall, 1988). Dicho de otra manera, la expansión de los medios de comunicación y la calidad de su contenido facilitan compartir los conocimientos a un ritmo cada vez más rápido. Las personas empiezan a asumir una responsabilidad mayor en la toma de decisiones en lo concerniente a su educación y su salud (Ferguson, 1981). Esta responsabilidad tiene igualmente un carácter colectivo; lo vemos manifestarse en los movimientos de mujeres y de grupos de consumidores. La población orienta sus demandas hacia una salud global y hacia una tecnología que no solamente tiene en cuenta los recursos disponibles, sino también la dignidad del ser humano.

Esta manera de considerar la intervención profesional está influenciada por las teorías provenientes de diversas disciplinas. Desde mediados de la década de los años 70, las aplicaciones de la teoría general de los sistemas (von Bertalanffy, 1968), impregnan varias esferas de la sociedad. Según esta teoría, el ser humano está en mutua relación con el conjunto de la naturaleza, lo que significa que cada elemento del universo interactúa con los otros elementos hasta el punto de que es imposible aislar la causa del efecto. No hay punto de partida ni de llegada a un fenómeno; está en perpetuo movimiento y cambio. Además otras teorías nos muestran que sistemas complejos que intercambian continuamente energía con su entorno hacen peligrar la inestabilidad. Además, la inestabilidad permite transformar o reorganizar el

sistema en un todo más complejo y diferente (Prigogine, Allen y Herman, 1977).

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El **cuidado** va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa «estar con» la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmósfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La **persona** es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La **salud**, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Finalmente, el **entorno**, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

nec
cad
con
de
mac
tiva
inve
tual
los
sión
bale
bida
la p
que
com
sult
Alle
mer
ción
hun

de p
cada
la e
dos
lucio
espe
más
Para
com
pers
y er
Hur

prec
filos
tal—
pers
sus
pers
gaci
apli

Así, frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos en su disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio (Polit y Hungler, 1991); tienen necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano (Rogers, 1992). Actualmente la investigación de enfermería está basada en los modelos conceptuales propios de la disciplina. Se caracteriza por la diversidad de los métodos de investigación científica permitiendo la comprensión de fenómenos cada vez más complejos, multivariantes y globales. Gortner (1983) señala que la disciplina enfermera es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comportamentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de la salud. Por su parte, Allen, Benner y Diekelman (1986) destacan la orientación de numerosas investigaciones en ciencias enfermeras hacia la exploración y la descripción de los significados de diversas experiencias humanas de salud, tal como son percibidas por los individuos.

La apertura sobre el mundo modifica, igualmente, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros. A principios de la década de los años 70, los cuidados globales y los integrales dan a la enfermera la responsabilidad total del conjunto de los cuidados enfermeros requeridos por el cliente. La enfermera que evoluciona en estos sistemas posee un conjunto de conocimientos específicos de la disciplina. Lo mismo ocurre con otros sistemas más recientes como el *sistema modular* y la *gestión de casos*. Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Resumiendo, después de la década de los años 70, una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado —que, por ser invisible, no es menos vital— se hace sentir (Brooks y Kleine-Kracht, 1983). Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger, 1991a). Desde esta perspectiva, Rogers (1989) invita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de salud creativos que podrán ser aplicados sobre la tierra e incluso más allá de este planeta.

■ EN OTRAS PALABRAS ■

Resumiendo, una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) ha dominado las ideologías y la formación en el curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras no se han escapado a esta influencia. Sin embargo, han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificación. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigmas de la integración y de la transformación).

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver. Kuhn (1970) y Capra (1982) hablan de períodos de transición en los que los paradigmas se superponen y una forma de ver todavía no ha reemplazado la otra. Enfermeras eruditas (Cull-Wilby y Pepin, 1987; Gortner, 1983) señalan la importancia, por el momento, de la coexistencia de diferentes paradigmas para el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras. La figura 1-1 de la página 19 ilustra esta superposición entre los paradigmas, igual que los lazos existentes entre estos paradigmas (categorización, integración, transformación) y las orientaciones de la disciplina (hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y el mundo).

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.

Las tablas 1-1 y 1-2 de las páginas 20 y 21 ilustran los lazos existentes entre las diversas orientaciones, los conceptos centrales y los campos de actividad de la disciplina enfermera tratados en este capítulo. En el capítulo 2 describiremos más específicamente diferentes concepciones actuales de la disciplina enfermera, reflejo de las dos últimas grandes corrientes del pensamiento: la integración y la transformación.



Fig. :

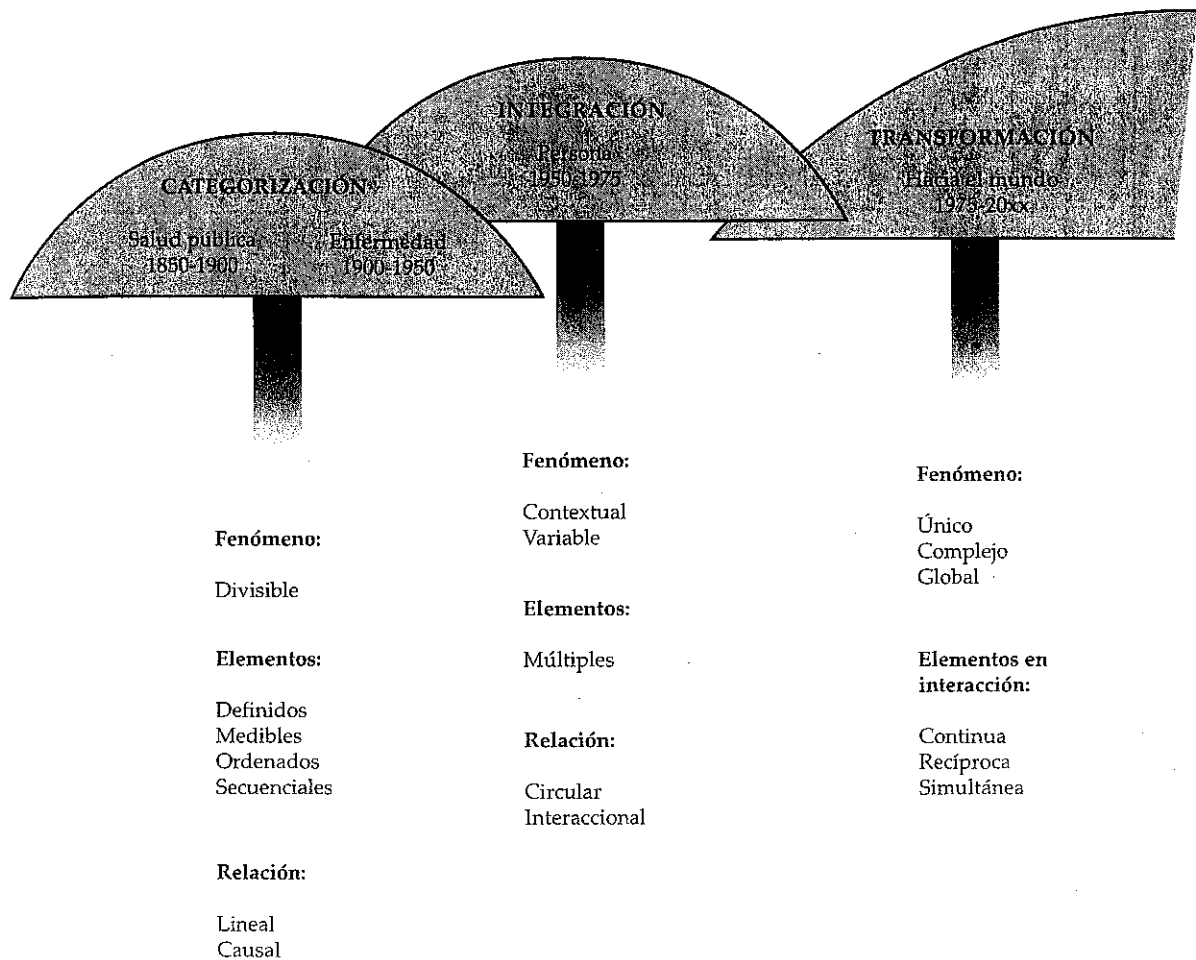


Fig. 1-1. Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera.

Tabla 1-1. Unión entre las orientaciones y los conceptos centrales de la disciplina enfermera

Conceptos	Orientaciones			
	<i>A la salud pública</i>	<i>A la enfermedad</i>	<i>A la persona</i>	<i>La apertura al mundo</i>
<i>Cuidado</i>	• La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud • La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas	• La intervención: «hacer para» • Eliminar los problemas • Cubrir los déficit • Suplir a los incapacitados • La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades	• La intervención: «actuar con» • Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro • La enfermera es la consejera-experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados	• La intervención: «estar con» • Acompañar a la persona en sus experiencias de salud • Individualizar los cuidados • La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados
<i>Persona</i>	• Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual • Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación	• Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente • No participa en sus cuidados	• Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural-espiritual) • Participa en sus cuidados	• Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio • Orienta los cuidados según sus prioridades
<i>Salud</i>	• Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee	• Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente • Ausencia de enfermedad	• Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica • Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive	• Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona • Realización del potencial de creación de la persona
<i>Entorno</i>	• Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la	• Separado de la persona • Definido en sus aspectos físico, social, cultural • Percibido como factor que debe ser manipulado y con-	• Constituido por los contextos histórico, social, político, etc. • Rico en estímulos positivos y negativos	• Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente • Caracterizado por su propio ritmo y una orientación im-

da movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud

co, social, cultural

- Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado

- Rico en estímulos positivos y negativos

na forma parte íntegramente

- Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible

Tabla 1-2. Unión entre las orientaciones y los conceptos centrales de la disciplina enfermera

Campos	Orientaciones			
	A la salud pública	A la enfermedad	A la persona	La apertura al mundo
<i>Práctica</i>	• Práctica en el medio clínico y comunitario • Control de las condiciones sanitarias	• Medidas de higiene específicas para el control de las enfermedades • Procedimientos establecidos • Serie de tareas delegadas	• Avances tecnológicos para la conservación de la vida • Inicio de los conocimientos propios de la disciplina aplicados a la práctica • Plan de cuidados según la gestión de resolución de problemas aplicados a los cuidados	• Utilización de la tecnología que respeta los recursos disponibles y la dignidad del ser humano • Conocimientos en atención a una calidad de vida según el punto de vista de la persona • Dualidad persona-enfermera • Cuidado global según un modelo conceptual
<i>Formación</i>	• Principios de higiene pública • Prevención de las infecciones y heridas • Enseñanza de modos de vida sanos	• Memorización de los signos y síntomas de las enfermedades • Conferencias de médicos • Habilidades técnicas	• Conocimiento de otras disciplinas en ciencias humanas y sociales • Gestión de resolución de problemas aplicada a los cuidados	• Base científica que permite utilizar el conocimiento propio de la disciplina de forma creativa
<i>Investigación</i>	• Objeto de investigación: observación y recopilación de datos estadísticos comparativos; índices de morbilidad y de mortalidad	• Objeto de investigación: enfermedades contagiosas y planes de cuidados específicos; evaluación de las técnicas de cuidados, funciones y actividades de la enfermera	• Objeto de investigación: el cliente y su entorno • Desarrollo de una base específica de conocimientos • Empleo de marcos teóricos de otras disciplinas	• Objeto de investigación: comportamientos asociados a la salud y experiencias de salud • Diversidad de métodos de investigación para la comprensión de los fenómenos
<i>Gestión</i>	• Gestión centralizada en el medio hospitalario • Autonomía profesional en el medio comunitario	• Gestión centralizada (sistema «caso por caso» y sistema funcional) • Orientación hacia la tarea	• Gestión centralizada (sistema de equipo) • Orientación hacia la persona	• Gestión descentralizada (cuidados globales, cuidados integrales, sistema modular, gestión del caso) • Apertura hacia el mundo