

Capítulo 2

TEORÍA DE ENFERMERÍA APLICADA A LA ÉTICA PROFESIONAL

DOI: 10.25100/peu.907.cap2

 *María Elena Mejía Rojas*

maría.elena.mejia@correounivalle.edu.co

La ciencia de Enfermería se caracteriza por dos paradigmas predominantes: el empirista y el interpretativo, que representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad fundamentalmente opuestas. El empirismo se basa en los supuestos de que lo que se conoce se puede verificar por los sentidos. En la suposición ontológica del empirismo hay una realidad que está afuera, en algún lugar, y que se puede validar por los sentidos. En el paradigma empirista el conocimiento se desarrolla por observación del mundo natural para verificar y justificar teorías que describen, predicen y prescriben¹.

Es imposible hablar de teoría de Enfermería sin antes mencionar la Estructura Jerárquica del Conocimiento en Enfermería; en otras palabras, la escalera de la abstracción del conocimiento en Enfermería. La estructura jerárquica diferencia los varios componentes del conocimiento contemporáneo de Enfermería, de acuerdo con sus niveles de abstracción.

La Enfermería también ha contribuido a una falta de coherencia sobre el paradigma. Fawcett¹ declaró: “los paradigmas están representados por diversos modelos conceptuales de enfermería que proveen contextos diversos para conceptos y temas del metaparadigma”. Monti² en su libro sobre Paradigmas múltiples de la ciencia afirma que Newman declara que los paradigmas son penetrantes por naturaleza y que los valores de un paradigma están profundamente enclavados en sus seguidores. De la misma, Monti afirma que Kim² define paradigma como “... perspectivas científicas generales y tradiciones por lo que la ciencia de enfermería se está desarrollando a partir de varias tradiciones de investigación y los problemas de la disciplina requieren perspectivas diferentes”.

La definición de paradigma como “visión del mundo o filosofía que refleja valores y creencias que un segmento de la disciplina abraza, Un Paradigma incluye las áreas problemas de su campo y algunas soluciones a interrogantes que podrían actuar como ejemplos para ayudar a los miembros de esa comunidad científica a resolver los problemas estantes de la ciencia normal en la disciplina³” no parece ser útil para el desarrollo de la ciencia de Enfermería porque creencias y valores son rara vez responsables de los cambios y la naturaleza de la ciencia trata de los cambios. Monti y Tingen prefieren la definición de Kim porque infiere en la metodología que los científicos aplican para resolver pro-

blemas independientes de su filosofía y perspectiva o lentes con los cuales se puede ver el fenómeno¹.

Teniendo clara la definición del paradigma revisemos el primer componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería: el *metaparadigma*, y esta se define como: "Los conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una disciplina, las proposiciones globales que describen los conceptos y las proposiciones globales que enuncian las relaciones entre los conceptos"¹.

El metaparadigma es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de Enfermería y actúa como "una unidad encapsuladora o marco de referencia dentro del cual se desarrolla una estructura más restringida"¹ Las funciones de un metaparadigma son las de resumir la misión intelectual y social de una disciplina y colocar unos límites acerca de los asuntos de que trata la disciplina¹.

El segundo componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería es la *filosofía*, y esta es definida como: "Una declaración que comprende reclamos ontológicos acerca de los fenómenos de interés central para una disciplina, reclamos epistémicos acerca de cómo esos fenómenos llegan a ser conocidos, y reclamos éticos acerca de qué es lo que los miembros de esa disciplina valoran"¹.

La función de una filosofía es comunicar lo que los miembros de una disciplina creen que es cierto o que es verdadero en relación con el fenómeno de interés para esa disciplina, lo que ellos creen sobre el desarrollo del conocimiento, sobre esos fenómenos y a lo que ellos le dan valor con respecto a sus acciones y su práctica¹.

Los reclamos ontológicos en las filosofías de Enfermería declaran lo que se cree acerca de la naturaleza de persona, de ambiente, de salud y de Enfermería. Los reclamos epistémicos en la filosofía de Enfermería ofrecen "alguna información sobre cómo uno puede llegar a conocer acerca del mundo y de cómo se pueden conocer los fenómenos básicos" . Los reclamos epistémicos en Enfermería extienden los reclamos ontológicos dirigiendo la forma como se desarrolla el conocimiento acerca de persona, de ambiente, de salud y de Enfermería¹.

Los reclamos ontológicos y epistémicos en la filosofía de Enfermería reflejan una o más de tres visiones del mundo contrastantes: la visión del mundo de reacción, la visión del mundo de interacción recíproca y la visión del mundo de acción simultánea. Estas tres visiones del mundo emergieron a partir del análisis de cuatro conjuntos de visiones del mundo existentes: a) el mecanicismo y el organicismo b) el cambio y la persistencia c) la totalidad y la simultaneidad ; y d) la particular determinística, la interactiva integrativa y la unitaria-transformativa¹.

Los reclamos éticos en Enfermería articulan también los valores sobre "el tratamiento de otros", incluyendo el respeto que se debe otorgar a los seres humanos "simplemente por lo que son", valores sobre la consideración a la dignidad humana cuando se asume la práctica de la Enfermería, valores sobre el cuidado, valores sobre la autonomía, valores sobre los derechos de las personas al cuidado de salud y valores sobre beneficencia¹.

El tercer componente de la estructura jerárquica del conocimiento de Enfermería es el *modelo conceptual*, y se define como: Un conjunto de conceptos relativamente abstractos y generales que se dirigen a los fenómenos de interés central para una disciplina, las proposiciones que describen ampliamente estos conceptos y las relaciones generales entre dos o más de estos conceptos¹.

Los modelos conceptuales no son nuevos para la Enfermería, han existido desde Nightingale (1859-1946), cuando ella inició sus ideas acerca de la Enfermería. Los modelos conceptuales más conocidos son: el modelo de Sistemas de Comportamiento de Johnson, el Marco de Referencia General de Sistemas de King, el modelo de Conservación de Levine, el modelo de Sistemas de Neuman, el Marco de Referencia de Autocuidado de Orem, la Ciencia de los Seres Humanos Unitarios de Rogers y el modelo de Adaptación de Roy

El uso de un modelo conceptual explícito ayuda a alcanzar consistencia en la práctica de Enfermería, facilitando comunicación entre las enfermeras, reduce los conflictos entre las enfermeras que pudieran tener diferentes metas implícitas para su práctica y da un método sistemático para investigar Enfermería, para la educación, la administración y la práctica².

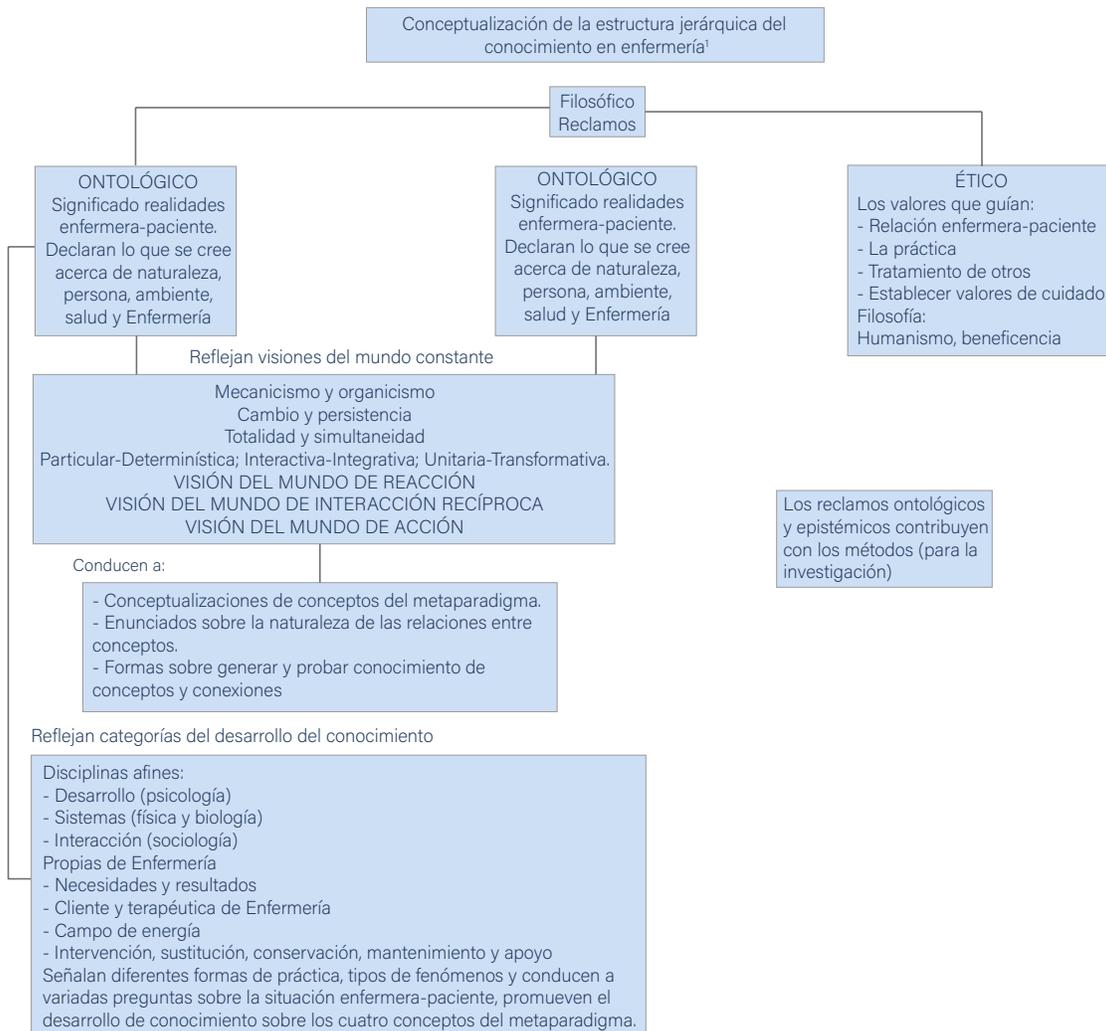


Figura 1. Conceptualización de la estructura jerárquica del conocimiento en enfermería¹

El cuarto componente de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de Enfermería es la **teoría**, y se define así:

“Es uno o más conceptos relativamente concretos y específicos que se derivan de un modelo conceptual, las proposiciones que estrechamente describen esos conceptos y las proposiciones que declaran en forma relativamente concreta y específica las relaciones entre dos o más de estos conceptos”¹.

Las teorías varían según su nivel de abstracción y alcance. El tipo más amplio y abstracto de las teorías se denomina como Grandes Teorías. El tipo

más concreto y estrecho de teorías se llama Teoría de Mediano Rango. Las teorías grandes son amplias en alcance. Están compuestas de conceptos y proposiciones que son menos abstractas y generales que los conceptos y proposiciones de un modelo conceptual pero no son tan concretas y específicas como los conceptos y proposiciones de una teoría de rango medio¹.

Las teorías de mediano rango son más estrechas en cuanto a su alcance que las teorías grandes. Están compuestas de un número limitado de conceptos y de proposiciones que se escriben en un nivel relativamente concreto y específico. Una función de una teoría es estrechar y especificar más

concretamente el fenómeno que está contenido en un modelo conceptual. Otra función es dar una estructura relativamente concreta y específica para la interpretación de los comportamientos, las situaciones y los eventos inicialmente confusos.

El quinto y último componente de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de Enfermería es el indicador empírico y se define como:

“Es un concepto muy concreto y específico equivalente del mundo real para una teoría de rango medio; un instrumento real, una condición experimental, o un procedimiento clínico que se utiliza para observar o medir un concepto de teoría de mediano rango¹.”

La función de un indicador empírico es ofrecer los medios por los cuales una teoría de rango medio se puede generar o probar. Los indicadores empíricos que son instrumentos contienen datos que pueden ser seleccionados en categorías cualitativas o calculados como puntajes cuantitativos. Por ejemplo, respuestas a un programa de entrevistas compuesto por preguntas abiertas se pueden analizar ofreciendo categorías o temas y las respuestas a cuestionarios compuestos por ítems de selección múltiple se pueden someter a cálculos matemáticos que contienen números o puntajes¹.

En este capítulo se hace referencia y se centra en la parte filosófica de la estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería, específicamente en el Código Deontológico en Enfermería y en los derechos de los pacientes.

En el artículo de la enfermera Nelly Garzón sobre “Ética profesional y teorías de Enfermería”, refiere que la fundamentación ética y humanitaria de la Enfermería se ha hecho evidente desde épocas antiguas. Se ilustra con el ejemplo del acto de cuidar que prodigó el buen samaritano al herido que encontró en el camino, y en su reconocimiento del valor de la persona humana, sin ningún tipo de discriminación racial o religiosa. Su actuación mostró la responsabilidad o conciencia de hacer el bien al otro, limpiando sus heridas y asegurando la continuidad de su cuidado para dar atención a sus necesidades básicas, al solicitar y pagar por los servicios de cuidado que le brindaría el dueño de la posada⁵.

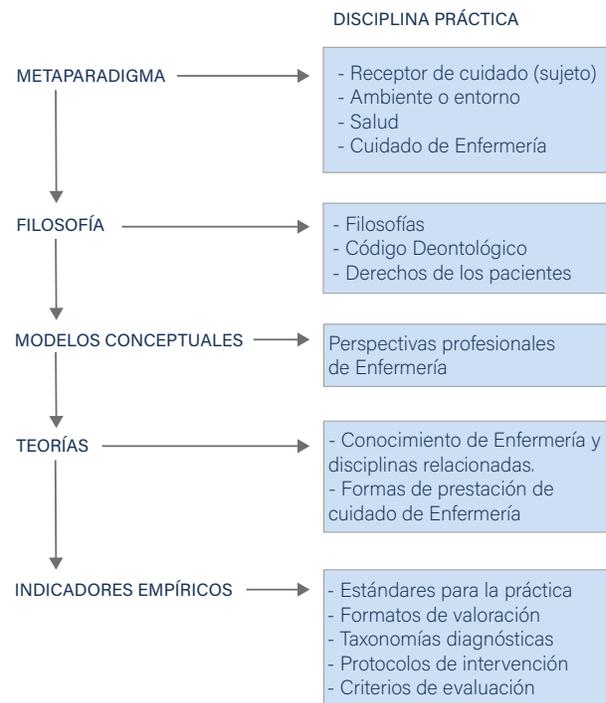


Figura 2. Estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería⁴

Fuente: Tomado de Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1995. Adaptado por María Elena Mejía R.

El ser humano, la persona, se aprecia en el valor de sí mismo y en la ética de sus comportamientos e interrelaciones con los otros, con la familia, con la sociedad, con la comunidad. La persona que da cuidado de enfermería se valora en su comportamiento, en las relaciones con la persona cuidada, que a veces se denomina paciente, o cliente, con quien se relaciona individualmente, o como miembro de una familia o de un grupo comunitario, siempre respetando su individualidad, su valor y dignidad, sus derechos, sus necesidades y sus prioridades, su cultura, su historia y el ejercicio de su autonomía.

En la relación enfermera (cuidador)-paciente (persona cuidada) es fundamental la aplicación de la ética comunicativa o dialógica de Habermans⁶, en la cual la persona se respeta como un interlocutor válido, que tiene derecho y capacidad para razonar y participar en las decisiones sobre su cuidado, sobre su salud⁴. La ética comunicativa o dialógica, ha sido desarrollada en las últimas décadas del siglo XX por

Jürgen Habermas en Alemania. Es una ética formal, basada en el diálogo y la comunicación. Este autor preocupado por la justificación y la fundamentación de la ética en una sociedad pluralista y democrática como la actual, coloca el énfasis en el procedimiento para llegar entre todos a una normativa moral universal. Para la ética comunicativa el discurso debe ocurrir en una situación ideal de habla. Para Habermas, "el que expresa un punto de vista moral está suponiendo que expresa algo universalmente válido". La universalidad se logra en el diálogo, en el discurso, y está implícita en la comunicación⁶.

En la interacción del profesional de Enfermería como cuidador y la persona cuidada se emplean las diversas formas de comunicación verbal y no verbal, a través de las cuales se intercambia y valora la información para interpretar las necesidades, los valores y los deseos de la persona cuidada⁵.

Es muy importante conocer la evolución del conocimiento en Enfermería y como ha sido su desarrollo conceptual, teórico y empírico para estudiar y entender una de las teorías de mayor trascendencia en nuestra disciplina y que aplican a nuestro quehacer profesional. La teoría del Final Tranquilo de la vida cuyas autoras son: Cornelia Ruland y Shirley Moore.

Ruland y Moore⁷ son dos teóricas enfermeras que desarrollaron en común la teoría del Final tranquilo de la vida (FTV) para la mejora en la atención por parte de las enfermeras a los pacientes paliativos o terminales. En esta teoría se pueden diferenciar tres principales centros de atención:

- Los aspectos que se deben tener en cuenta en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud, ante una situación clínicamente comprometida.
- Momentos en los que el paciente se encuentra en una situación de incertidumbre, debido a decisiones difíciles que debe tomar, para lo que necesita ayuda por parte de la enfermera para entender mejor las opciones y poder sopesar riesgos y beneficios de cada una de ellas.
- El tratamiento, ajustado a las preferencias, de enfermedades crónicas o graves a lo largo de su curso de vida.

La teoría del FTV está conformada por diferentes tipos de marcos teóricos. Se centran en el modelo de Donabedian. Se considera la teoría del FTV como la principal entre todas las teorías pues explica la complejidad de las interacciones y la organización en lo referente a la sanidad. El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le ofrece al paciente (terminal) el cuidado del profesional enfermero, con sus interposiciones, y se le da la asistencia necesaria para mitigar su dolor, brindarle bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, que tenga sentimientos de paz y pueda recibir el acompañamiento de amigos y familiares⁷.

Un punto fundamental es la teoría de la preferencia, para argumentar la calidad de vida de las personas. Una vida buena, según la teoría de la preferencia, es conseguir lo que se quiere, fundamental en el FTV. Esta se puede relacionar con personas que intervinieron de una u otra forma con la toma de medidas para el FTV. La calidad de vida es la sensación de estar realizado en los diferentes ámbitos, tanto sentimentales como físicos. La teoría tiene su origen en un curso de doctorado en donde Ruland era una estudiante y Moore una profesora. En un ejercicio con los alumnos se planteó la idea de realizar nuevos estudios para el uso en la práctica de enfermería; y allí fue donde Ruland compactó los estándares de la teoría del FTV y más adelante fueron perfeccionados por Moore⁷.

Es indispensable conocer los conceptos principales y las definiciones relacionadas con la ética profesional, como son:

- **Ausencia de dolor:** El fundamento del FTV es procurarle y evitarle dolor al paciente debido a las sintomatologías procedentes de una enfermedad. El dolor se conceptualiza como una emoción sensorial o pasajera que denota cierto grado de incomodidad. En este concepto se busca que el paciente esté libre de todo tipo de sufrimiento o molestia ya que el dolor se considera como una experiencia desagradable⁸.
- **Experiencia de bienestar:** Se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y todo lo relacionado con lo que hace la vida placentera.

- **Experiencia de dignidad y respeto:** Se toma el valor de la persona como principio ético y de respeto, y se da protección a aquellas que dependen de los demás. Asistir a la persona que sufre desestructuración temporal o duradera.
- **Estado de tranquilidad:** Se define como el sentimiento de calma, no ansiedad por nada, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual.
- **Proximidad a los allegados:** Es estar conectados implícitamente mediante sentimientos de afecto o amor. La cercanía física o emocional⁶.

Metaparadigmas desarrollados en la teoría

Persona: La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente.

Cuidado en Enfermería: El personal de Enfermería analiza la situación que se está presentando e interviene de la forma más correcta, sin exagerar, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte. Se debe proporcionar el mayor cuidado posible al paciente terminal, mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad⁷.

Salud: Se debe buscar la mejor forma para terminar o mitigar el dolor sufrido por el paciente terminal y además lograr un mejor estado de salud⁸.

Entorno: Al paciente terminal se le debe administrar el mayor estado de armonía, tranquilidad, comprensión y calma, mediante la cercanía a sus allegados o a su familia, ofreciéndole un servicio preciso, atento y eficaz⁸.

Al momento de ofrecer cuidado a un paciente en estado terminal, se deben tener en cuenta las siguientes afirmaciones y proposiciones teóricas:

- Administrar los medicamentos para contrarrestar el dolor del paciente.
- Prevenir las molestias físicas para contribuir a una mejor tranquilidad y serenidad.
- Informar a sus allegados sobre los cuidados que se deben tener, tratar al paciente con res-

peto y empatía, estar dispuesto a cumplir con las necesidades para la tranquilidad de la persona.

- Dar apoyo emocional, brindar confianza y permitir la presencia física de otra persona para que fomente la seguridad en el paciente.
- El cuidado del paciente también puede ser brindado por los miembros de su familia o por los más allegados.
- Contribuir a que el paciente no presente ninguna molestia física o emocional, para ayudar a la tranquilidad y seguridad del mismo.

Conclusiones y algunos aspectos generales que se deben tener en cuenta

En la práctica: La Teoría del final Tranquilo de la Vida, es el medio para contribuir a un mejoramiento en la toma de decisiones acerca de un paciente en estado terminal. Las autoras de la teoría del (FTV) tomaron referentes de otros autores como Kirchoff quien continuó indagando y buscando alternativas para brindar una muerte tranquila, resumiendo varios artículos de diferentes teorías. La Teoría del (FTV) ha sido integrada en la formación clínica para la toma de decisiones al final de la vida de un paciente⁷.

Formación: Esta Teoría se ha integrado a los currículos estudiantiles de Enfermería para atender al paciente y a su familia, determinando modelos y pautas a seguir según el FTV⁷.

Investigación: Varios investigadores como Kirchoff utilizaron el método de encuestas, para realizarles a enfermeras profesionales en sus prácticas clínicas. Los resultados con respecto al paciente fueron ofrecerle una buena y tranquila muerte y de allí se obtuvieron los resultados de cómo mejorar los cuidados al final de la vida.

La teoría del FTV es prácticamente nueva; Ruland y Moore ven la necesidad de apoyar su teoría mediante técnicas de perfeccionamiento. Se establecieron posibilidades de probar las relaciones entre los cinco conceptos principales. Otra idea es confrontar los criterios de dolor, bienestar y tranquilidad con los resultados de los tratamientos de los síntomas físicos y psicológicos.



Figura 3. Estructura de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida.

Fuente: Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (De Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 6[4], 174.

Para el dolor se tienen en cuenta dos aspectos fundamentales: uno es el control del dolor y el otro consiste en aplicar analgésicos. El dolor está relacionado con el proceso de bienestar que es la prevención de enfermedad, control del dolor y alivio. Se pueden asumir las distracciones no farmacológicas que ayudan a disminuir el dolor, la ansiedad y el malestar físico. Se propone examinar vínculos entre la teoría del FTV y otras teorías, para originar pautas en el tratamiento del dolor⁷.

Cada día, cada momento tenemos a nivel mundial muchas personas en sufrimiento, en estado terminal, muchos de ellos con diagnóstico de cáncer metastásico, debemos tener en cuenta el Cuidado paliativo que se ofrece en esta situación de salud desde un comienzo y ofrecer un cuidado digno y de calidad, donde podamos mitigar el dolor, favorecer el bienestar, la dignidad, el respeto, la tranquilidad y sobre todo su Calidad de Vida.

Si puedes curar, cura... si no puedes curar, alivia... si no puedes aliviar, consuela... y si no puedes consolar, acompaña.

Augusto morris

Referencias

1. Fawcett J. Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and theories. Philadelphia: F.A. Davis; 2000, p. 1-49.
2. Elizabeth J. Monti y Martha S. Tingen. "Multiple Paradigms of Nursing Science". *Advances in Nursing Science* 199, 9; 21 (4): 64-80.
3. Meleis A. Development and progress. En: J.B. Lippincott, editores. Co. St. Louis. Meleis Theoretical Nursing. 1985. Capítulo IV, p. 1-19.
4. Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1995.
5. Garzón AN. Ética profesional y Teorías de enfermería. *Rev Aquichan*. vol.5 N° 1 Bogotá. 2005, p. 64 - 71.
6. Ética Comunicativa. Blogspot.com [internet] [actualizado 15 abril 2010; citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://eticacomunicativa.blogspot.com/>
7. Ruland CM, Moore SM. Teoría del Final Tranquilo de la Vida. En: Calligood MR, Tomey AM. Modelos y Teorías en Enfermería. 6 edición. España. Elsevier 2007, p. 778 -786.
8. Teoría del Final Tranquilo de Vida. YouTube. [Internet] [actualizado 5 de diciembre de 2011] [Citado 07 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=jGZfIixV_o.