

Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional¹

Ways of Knowing in Nursing: Theoretical support of professional practice

M. Soledad Rivera

Enfermera, Magister en Salud Pública, Doctora en Filosofía de Enfermería. Profesora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen: Se analiza la interrogación explicativa y comprensiva de los fenómenos que interesan a Enfermería como disciplina y profesión del Cuidado en Salud. Se examinan los patrones de conocimiento que se aplican en Enfermería propuestos originalmente por la Dra. Bárbara Carper en 1978, según la mirada de las doctoras Peggy Chinn y Maeona Kramer en 1995: patrón de conocimiento ético, estético, personal y empírico. Se analizan críticamente y se agregan otros patrones de conocimiento que Enfermería aplica como es el sociocultural, y el no-conocer (unknown). Se concluye que el estado actual del desarrollo de Enfermería como disciplina, revela la complejidad de los saberes que sustentan la acción profesional y plantea la necesidad de que las enfermeras tomen conciencia de estas dimensiones epistemológicas del cuidado, a fin de hacer posible y visible su contribución específica a la sociedad en la satisfacción de las necesidades de cuidados comprensivos e integrales de la salud.

Palabras Clave: Enfermería, patrones de conocimiento, saber científico, saber ético, saber estético, saber personal, saber sociocultural y no saber.

Abstract: This paper presents a synthesis of the explicative and comprehensive questioning process to nursing phenomena as a discipline and profession of human health care. Present each pattern of knowledge originally described by Barbara Carper as is view by Peggy Chinn and Maeona Kramer, in 1995: empirical, ethics, aesthetics, personal knowing and adds transcultural knowing and unknown. Suggests that the actual state of development of the discipline of Nursing, shows the complexity of patterns of knowing that support professional action and adds the need that nurses must be aware of them as epistemological dimensions of Nursing Care, so it is possible to make visible social contribution of Nursing

Key Words: Nursing, Patterns of knowledge, scientific knowledge, ethical knowledge, aesthetical knowledge, personal knowledge, transcultural knowledge, unknowing.

¹ *Horizonte de Enfermería*, 14, 2003.

Introducción

La discusión sobre la identidad de Enfermería como ciencia, como arte o como tecnología ha estado y está siempre presente en los foros de la profesión. Se trata de un asunto fundamental sobre el que no existe consenso, como lo revela la literatura. Los espacios de reflexión que se abren en los programas de postgrado en Enfermería permiten este tipo de discusión sobre lo que podría ser la naturaleza epistemológica de la Enfermería, y con ello abren al diálogo dimensiones impensadas de lo que ha sido a través de la historia de los cuidados, desde una condición humana, un servicio caritativo de religiosas y religiosos, hasta una profesión y disciplina.

El desafío de pensar la Enfermería como campo de saber y no sólo como un conjunto de prácticas de cuidado, fue tomado por las enfermeras norteamericanas en los 50, quienes a propósito de sus estudios de Doctorado, comenzaron a construir teorías de Enfermería interrogando los fenómenos de la profesión desde dos grandes miradas: la interrogación explicativa de las ciencias, como la biomédica y la interrogación comprensiva de las ciencias humanas psicosociales y antropológicas. Sin embargo, aunque estas teorías siguieron el camino de la racionalidad lógica positivista en su construcción, todas integraban ambas formas de percibir la realidad de la salud humana. El costo de esta integración teórica ha sido la imposibilidad de demostrar la contribución única que ellas hacen al campo del saber de las ciencias de la salud tradicionalmente reconocidas como tales. Pues si bien en la práctica las enfermeras cuidan la salud de las personas, y lo humano, de hecho, es un todo único inseparable, para construir saber sobre ese cuidado humano es necesario aislar fenómenos que sean susceptibles de ser estudiados con los métodos que existen para hacerlo; y en ese intento, Enfermería ha tenido que hacer concesiones, como todas las ciencias humanas: separar, aislar y fragmentar aquellos fenómenos que se han ido pensando como propios de la profesión. En este camino muchas veces se ha perdido la ruta y muchas enfermeras terminan investigando fenómenos biomédicos, epidemiológicos, o de salud pública en general, cuyos resultados constituyen un aporte positivo a la sociedad, pero no ayudan necesariamente al crecimiento del saber propio que fortalece la identidad profesional. Ambos caminos son válidos, por supuesto, pero es necesario distinguirlos.

Otro aspecto muy importante a considerar es que todas las teorías de Enfermería, reconocidas como tales, han sido construidas por enfermeras norteamericanas y canadienses desde sus propias miradas epistemológicas, que están influidas por su cultura (Meleis, 1987). Por otro lado, los significados atribuidos a salud, a enfermedad y cuidado, porque son fenómenos humanos, varían según los significados atribuidos a esos fenómenos en los universos culturales en los cuales se desarrollan las personas. Se podría decir que en el estado de formulación actual de las teorías, ellas sólo son proposiciones de valor lógico y de sentido para la práctica de Enfermería en la cultura anglosajona y en sociedades de cultura similar, pero no son generalizables a las culturas hispanas, pues sólo han sido parcialmente testadas (White, 1993). Quizás sea esta una de las razones por las que las enfermeras clínicas no aplican teorías de enfermería en su quehacer diario y las que lo hacen, es por razones académicas, de docencia o de investigación.

Para aplicar una teoría construida en una cultura anglosajona a los contextos socioculturales chilenos, es necesario adaptarla, lo que implica modificarla y testarla. Este camino lo ha recorrido la Escuela de Enfermería de la PUC con la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, y en más de 20 años, aún presenta dificultades de formulación conceptual y son muy reducidas las poblaciones en las

REFLEXIÓN

que ha sido demostrado que autocuidarse es mejor que ser cuidado de otra manera. No obstante lo anterior, el cuerpo de conocimientos teóricos que sustenta Enfermería como disciplina es dinámico y espera por nuestra contribución.

Como *profesión*, Enfermería está interesada en prescribir cursos de acción para el fomento, prevención y recuperación de la salud, a partir del conocimiento de enfermería y de las ciencias que ayudan a comprender la salud. Desde esta dimensión, enfermería se moviliza para actuar socialmente y garantizar a la población cuidados de salud de excelente calidad. Esta acción la realiza junto al equipo de salud, contribuyendo con su acción específica. Recientemente en Chile se ha reconocido legalmente el campo de acción profesional en el artículo 113 del Código Sanitario (1997) como:

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”. Art. 113, Código Sanitario, República de Chile

Este paso está dando lugar a la emergencia de un movimiento social al interior de la profesión para repensar el rol profesional autónomo que le corresponde a Enfermería en Chile.

La dimensión de Enfermería como *disciplina*, se entiende como el cuerpo de conocimientos propios construidos en modelos y teorías que fundamentan la acción profesional. La disciplina de Enfermería se interesa en construir conocimiento acerca de los fenómenos relacionados con el *Cuidado de la Salud* de las personas enfermas y sanas (Chinn, 1997). Estas concepciones de Enfermería se comparten en todo el mundo, están publicadas por el International Council of Nursing (ICN) y cuando un grupo comparte conceptos centrales relativos a los fenómenos de los que se ocupa como profesión y lo hace haciendo explícitos los modos de producir esos conocimientos respecto de los fenómenos esenciales, se llaman *disciplinas*.

Aclarado lo anterior, es posible entonces que ahora nos ocupemos de desvelar un poco las formas de producir conocimiento en Enfermería, es decir los modos de pensar desde el *ser disciplinario* de Enfermería. Para ello recurriré a algunas epistemologías de Enfermería cuya contribución ha servido de estímulo para movilizar el pensamiento desde el paradigma ontológico de las ciencias experimentales o positivismo (que todavía es enseñado y valorado como único modo de construir conocimiento de la realidad) hacia paradigmas comprensivos más complejos, pero sin duda más significativos a la hora de pensar desde la naturaleza y práctica de la Enfermería.

¿Cuáles son algunos de los patrones de conocimiento que Enfermería aplica tanto en su acción profesional como en la interrogación de los fenómenos que reconoce de su interés investigar? Es esta la pregunta que responderemos basadas en el desarrollo del pensamiento fundamental de algunas doctoras en Enfermería norteamericanas, canadienses y brasileñas. La gran pregunta que subyace a estas inquietudes es ¿Qué saber construye Enfermería? ¿Cuál es el camino que Enfermería ha seguido para construir su saber propio? ¿Existen formas reconocibles de pensar y producir conocimiento en Enfermería? las(os) Enfermeras(os) son miembros de equipos de salud que trabajan con otros profesionales y personal de salud, en los cuales cada uno aporta su especificidad no sólo de disposición, mas de pensamiento y acciones concretas. Enfermería hace su aporte allí todos los días: ¿pero está contribuyendo consciente de lo que piensa y cómo lo piensa y para qué lo piensa?

Para contribuir con ideas propias es necesario ser concientes del saber que sustenta la práctica y de la forma que ese saber es construido a fin de exponerlo a la interrogación constante, en la procura por nuevos y mejores conocimientos y dejar una senda para los otros que vienen. El saber que se enseña en salud es un saber aplicado, tradicionalmente biomédico. Sin embargo, en esa misma práctica, se traen múltiples saberes de otra naturaleza que son inconscientes. Hacerlos concientes es un paso fundamental para apropiarse de ellos, reflexionarlos, evaluar cómo nos están ayudando a servir mejor a la sociedad desde el rol profesional y si no lo hacen, dejarlos para construir otros. Este proceso reflexivo es un paso fundamental para la profesión de Enfermería hoy, que más que nunca desea hacerse visible para la sociedad a partir de su contribución específica.

Formas de conocer en Enfermería

Según las doctoras Peggy Chinn & Maeona Kramer (1999), en cada campo de saber se desarrolla un determinado tipo de conocimiento y se establece la manera cómo ese conocimiento debe ser organizado, contrastado y aplicado. El cuerpo de conocimientos que sustenta la racionalidad de Enfermería tiene ciertos patrones, formas y estructuras que caracterizan maneras de pensar sobre los fenómenos que interesan a la mayoría de los miembros de la profesión.

Bárbara Carper (1986) realizó un análisis de contenido conceptual y sintáctico del cuerpo de conocimiento que servía de fundamento a la práctica de Enfermería de la época e identificó que ellos tienen patrones, formas y estructuras que sirven de horizontes de expectativas y ejemplifican modos característicos de pensar acerca de los fenómenos. Como profesora de Enfermería, motivada por la necesidad de estructurar el currículum, explicita que entender estos patrones es esencial para la enseñanza y aprendizaje de la enfermería. Carper identificó cuatro patrones de conocimiento, que se distinguen de acuerdo al tipo de significado lógico. Ellos son:

- Conocimiento Empírico, la ciencia de Enfermería
- Conocimiento Estético, el arte de Enfermería
- Conocimiento Personal, autoconocimiento y uso terapéutico de sí
- Conocimiento Ético, el componente moral de Enfermería

Un aspecto notable en las conclusiones de Bárbara Carper es que enfatizó que estos patrones de conocimiento coexisten en los momentos de cuidado, es decir, no son mutuamente excluyentes, al contrario, aparecen complementándose e integrados la mayoría de las veces, dando un fundamento a esa afirmación que se hace en Enfermería respecto a la intención de proporcionar *cuidados integrales* de las personas, familias y comunidades. Así como se pretende cuidar integralmente, también se pretende saber y construir conocimiento integral y en este artículo, este tipo de saber se denomina *comprensivo*.

Patrón de conocimiento empírico: la ciencia de Enfermería

El termino Ciencia de Enfermería ha sido poco usado en la literatura de Enfermería hasta 1950, año en el que se publicó la que se considera la primera Teoría de Enfermería, la *Teoría Interpersonal de la Enfermería*, de Hildegard Peplau, primera enfermera que escribe y publica una visión de Enfermería

REFLEXIÓN

después de siglos de silencio, desde Florence Nightingale (Peplau, 1952, 1990). Es decir, el primer intento teórico de la Disciplina de Enfermería sólo tiene 51 años.

La Ciencia de Enfermería sustenta el saber obtenido por el estudio de fenómenos por medio de la aplicación del método científico para describir, explicar y predecir fenómenos de interés para la disciplina de Enfermería a fin de controlarlos mediante alguna acción. Este saber se organiza en cuerpos conceptuales y teorías con el propósito de prescribir esos cursos de acción a partir de ese conocimiento, para modificar la realidad, mejorando la calidad de vida de las personas en lo que respecta a su salud.

De acuerdo con Chinn & Kramer (1999), desde el punto de vista del *cuidado de Enfermería*, el patrón de conocimiento empírico permite responder preguntas como: ¿Qué es el cuidado de Enfermería? ¿Cómo es que el cuidado funciona? Podríamos agregar preguntas como ¿Cuáles son sus efectos? ¿Cuál es su efectividad? ¿Cuál es su eficacia? ¿Cuál es su costo-beneficio? La perspectiva para interrogar la realidad desde este patrón de conocimiento, está enraizada en el interés del investigador por encontrar *explicaciones y poder predecir y controlar* las mejores prácticas de cuidado. El saber resultante es organizado en modelos teóricos.

Según Carper (1986), la mayoría de los esfuerzos en desarrollar teorías e investigaciones, se centran en construir explicaciones sistemáticas y controlables por evidencia factual y que pueden ser usadas en la organización y clasificación de conocimiento. El patrón de conocimiento que es clásicamente designado como "*Ciencia de la Enfermería*", no exhibe en el presente, el mismo grado de integración abstracta de sus enunciados y explicaciones sistemáticas, características de las ciencias más maduras, a pesar de que la literatura de Enfermería refleja esto como un ideal. (Pediani, 1996)

Se puede argumentar que entre los marcos conceptuales de Enfermería, existen algunos que parecen tener más potencial para proveer explicaciones que permitan observar sistemáticamente determinados fenómenos, analizarlos, predecirlos y finalmente controlarlos. Ello debe ser demostrado mediante la confirmación de hipótesis que determinen la validez de esos conceptos explicativos. (Meleis, 1985)

Las representaciones de la salud, desde la Enfermería, como algo más que ausencia de enfermedad, ha sido una contribución que ha generado cambios cruciales porque permite pensar la salud como un estado dinámico o proceso, caracterizado por cambios en los periodos de vida y variaciones de acuerdo a las circunstancias, en vez de una entidad estática. (Meleis, 1987, Elsen, 1984)

El descubrimiento de que se puede conceptualizar la salud como un continuum, ha llevado a observar, describir, y clasificar variaciones en salud o niveles de bienestar como expresiones de la relación de los seres humanos con sus ambientes internos y externos. La investigación ha identificado respuestas conductuales, tanto psicológicas como fisiológicas, que pueden servir de base para inferir los rangos de las variaciones normales en salud. Ha permitido también identificar y categorizar factores etiológicos significativos que sirven para promover o inhibir cambios en los estados de salud, como son los estilos de vida. (Meleis, 1987, Elsen, 1984)

La ciencia de Enfermería actualmente exhibe características propias de la historia de la investigación y sobre el estado de deducción de las teorías formuladas. Su tarea es la descripción y clasificación de los fenómenos de Enfermería que son directamente observables y mensurables.

Así, el primer patrón de conocimiento en Enfermería es empírico, factual, descriptivo y finalmente dirigido a desarrollar explicaciones abstractas y teóricas. Es formulado discursivamente y es

públicamente verificable. La Enfermería que se desarrolla siguiendo este patrón empírico de conocimiento, lo hace siguiendo el paradigma positivista que cree que datos objetivos, medición, y generalización, son esenciales para generar y diseminar el saber. (Chinn & Kramer, 1999)

Patrón de conocimiento estético: el arte de Enfermería

La discusión de lo que es el *Arte de Enfermería* ha evolucionado desde las creencias de que arte significaba todo aquello que se aprendía durante la práctica como experiencia, como aprendizajes asociados a los modelos de imitación y adquisición de conocimiento por acumulación de experiencias no racionales, sin embargo, la dimensión estética del conocimiento de la Enfermería es rasgo de la esencia de la naturaleza de la disciplina. (Chinn, Meave & Bostick, 1997).

Desde la mirada de Chinn & Kramer, (1999), si se establece una comparación entre el significado de lo *estético* versus lo *científico*, encontramos que el arte es expresivo mientras la ciencia es formal (lógica) y descriptiva. Lo estético se experimenta, envuelve la creación, la apreciación de lo singular, de lo particular, de la expresión subjetiva de posibilidades imaginadas o realidades equivalentes que no pueden ser comunicadas reducidamente sólo a través de formas discursivas como son el lenguaje hablado y escrito, (aunque la poesía si es una forma estética de expresión de experiencias complejas). El conocimiento obtenido por la ciencia empírica es descriptivo y comunicado discursivamente en forma lógica, mientras el conocimiento estético es considerablemente más amplio que nuestro discurso verbal, racional, lógico, porque el arte no es lógico.

Chinn & Kramer, (1999) citan a Wiedenbach, quien en 1964, afirmaba que el arte de la Enfermería se hace visible a través de la acción tomada para proveer lo que sea que el paciente requiere, para restablecer o extender su capacidad de enfrentar (copy) las demandas de su situación. La acción tomada para que tenga una cualidad estética, requiere la activa transformación del objeto inmediato –la experiencia del consultante– en una percepción inmediata directa de lo que es significativo para él. Esto es identificar qué necesidad está actualmente siendo expresada a través de su expresión, pero esta percepción de la necesidad expresada no es la única responsable de la acción tomada por la enfermera, pero se refleja en ella. (Cipriano, Merkle, & Sorrell 1995)

El proceso estético descrito por Wiedenbach se complementa con lo que Dewey (1958) refiere como diferencia entre reconocer y percibir. Reconocer sirve al propósito de identificar y se satisface cuando un nombre es usado para señalar aquello, normalmente sustentado en estereotipo previo de algún esquema de clasificación. En cambio percepción va más allá de reconocer, incluye tomar conciencia de los mundos de detalles y significados para aprehender y mirar qué es lo que hay ahí, en sus múltiples manifestaciones. (Chinn & Kramer, 1999)

Dorotea Orem (1971, p. 155), autora del modelo de Autocuidado en Salud, describe el arte como “*aquel que la enfermera expresa a través de su creatividad y estilo en diseñar cuidados efectivos que satisfacen las necesidades de los clientes*”. Para ella, arte es la capacidad de actuar conscientes de que el resultado ya viene incluido en el tipo de acción elegida. Para esta autora, la *capacidad empática* es un modo importante de expresión del patrón estético de conocimiento: “...la capacidad de participar en la experiencia vicaria de los sentimientos del otro...” permite tener acceso a conocer al otro en su singularidad; entonces, mientras más hábil una enfermera llega a ser en percibir y empatizar con la experiencia afectiva de otros, más conocimiento se obtiene para comprender los diferentes modos de

REFLEXIÓN

enfrentar la realidad de las personas. La enfermera aprende a enfrentar lo ambiguo, lo caótico y sin límites, aprende a elegir caminos para explorar el mundo del otro y no se conforma con respuestas preconcebidas. Significa aumentar la percepción de la variedad de experiencias humanas subjetivas, lo que aumenta la complejidad de las decisiones a tomar. El diseño del cuidado de Enfermería debe ser acompañado de un sentido de "estructura, de articulación, en un todo (whole) resultante y de las relaciones entre factores de mutua dependencia, o más precisamente, el modo como el todo se expresa en su integralidad.

Según Chinn & Watson (1994), "*en la práctica de Enfermería, el saber estético es expresado a través de aquellos actos que sirven para transformar una experiencia desde lo que es en el presente, para lo que es posible que sea en un futuro. La enfermera moviliza, a través de la experiencia artística, a la persona desde los límites de la enfermedad y desafíos para la salud hacia experiencias de curación/sanación y nuevas posibilidades.*"

Según esta autora, el patrón estético de conocimiento, responde preguntas como, ¿qué transformación se lleva a cabo en el proceso de cuidado?, ¿cuáles son los significados de cuidar para la enfermera?, ¿cuales son los significados que el enfermo atribuye a ser bien cuidado? Estas preguntas sólo pueden ser respondidas a través de estudios que aplican métodos cualitativos de investigación y algunas teorías actuales de Enfermería reflejan muy bien este patrón estético del conocimiento como la Primacía del Cuidado, de Patricia Benner & Wrubel, J. (1989) y Enfermería: filosofía y ciencia del cuidado, de Jean Watson, (1988, 1996). En Brasil, este patrón se ha desarrollado fuertemente desde la década del 80, como lo revelan las publicaciones de las últimas décadas. (Vaccari, 1997; Neves & Da Silva 1998)

El patrón de conocimiento personal

Toda acción de Enfermería se da a partir de lo que se es, de lo que se desea y de lo que se sabe en una relación interpersonal. Entender y percibir los significados particulares de las experiencias de las personas sobre su proceso de ser saludable, de bienestar, de sufrimiento, de impotencia, de angustia durante la enfermedad y en las transiciones de la vida, implica un acto personal. (Rivera, 1999). El uso terapéutico de sí mismo es una meta ampliamente escrita y aceptada en la Enfermería. Peplau, en 1990, escribía "...cuando se concibe Enfermería como fuerza de maduración y educación, las enfermeras desarrollan experiencias que promueven un aprendizaje constructivo... las funciones de las enfermeras son terapéuticas y educativas cuando inducen a las personas a desarrollar habilidades para la solución de problemas". (Peplau, 1990, p. 7). El cuidar concientes de sí mismo implica reconocer que la manera en que la enfermera se percibe a sí misma, afecta la manera en que percibe a los otros y aún más, implica reconocer el acto intencional de querer comprender la experiencia total del otro en el sentido que esa persona le otorga y acompañarlo. (Rivera, 1999)

El conocimiento personal concierne el conocerse, comprenderse, aceptarse y actualizarse, como lo propone Carl Rogers (1970). Durante una interacción de ayuda persona a persona, la enfermera percibe poco a poco al otro como TÚ, se va desvelando el ser del otro, sus valores y significados. Sólo a medida que la enfermera es capaz de transitar por el complejo mundo personal de sí misma, puede transitar y asomarse a dimensiones del mundo íntimo del otro. En la opinión de grandes maestros de la relación de ayuda, el proceso de autoconocimiento debe ser paralelo al de la relación de ayuda con una persona, porque sólo se puede ayudar a otro a llegar hasta el nivel de conciencia que se ha alcanzado. Jung (1998)

Siguiendo el pensamiento de Carl Jung, (1998), la autoconciencia es un proceso gradual, aquel de llegar a ser consciente de sí mismo y etapa por etapa del ciclo de vida, aprender a integrar e integrarse. El conocimiento personal se refiere a promover el todo y la integridad en el encuentro personal, el compromiso con el otro, la personalización del encuentro. El conocimiento personal se construye en el día a día de la vida, es un camino permanente de autoconciencia, construcción y reconstrucción de sí. La percepción de sí mismo se refleja en los actos, palabras y pensamientos que van constituyendo el lente por el cual observo, percibo, valoro y me comprometo en mi acción profesional. Hacerlo explícito es tarea de cada uno. El saber personal se fundamenta en el sentido profundo del yo y es comunicado a través de las acciones personales: el carisma propio, único, subjetivo. (Rivera, 1999)

Para Chinn (1997), el conocimiento personal del cuidado es la dimensión que se interroga por lo que se ha experimentado y se sabe sobre lo que se hace y cómo se ha adquirido. ¿Realizo en mi acción aquello que sé? ¿Qué he aprendido en mi vida acerca de cuidarse/cuidar a otro? ¿Qué he experimentado sobre ser ayudada, acogida, orientada y sobre ayudar, acoger y orientar a otros?

El conocimiento personal también es construido por medio de métodos cualitativo de investigación, porque desde el momento de la concepción del fenómeno a estudiar, el investigador debe ser consciente de sus prejuicios, ideas, conocimientos y valores respecto del tema en estudio, a fin de separarlas del fenómeno observado. De la misma manera, se reconoce que la elección del fenómeno a estudiar parte de una inquietud personal habitualmente fundada en la práctica, además, el investigador escoge entre las posibilidades teórico-filosóficas y teórico-metodológicas, aquellas que son coherentes a sus principios. En este camino, se reconoce que la naturaleza de la interacción humana es subjetiva, y asumirla, permite explicitar cómo ella se expresa. (Munhall, 1993)

Conocimiento ético: el componente moral del cuidado

En el complejo campo de la salud se deben tomar múltiples decisiones. Estas elecciones conducen a preguntas morales fundamentales sobre acciones correctas e incorrectas en todos los ámbitos de la acción profesional: los cuidados directos de Enfermería, la docencia, la gestión, la investigación, la educación para la salud, etc. Dilemas morales que muchas veces no son resueltos por las normas de ética escritas en los códigos profesionales. (Chinn & Kramer, 1999)

Enfermería, como profesión de servicio, comparte la responsabilidad por el cuidado de la vida, aliviar el sufrimiento y promover la salud de personas, familias y comunidades. El patrón de conocimiento ético envuelve lo que debe ser realizado en un momento particular. Incluye todas las acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas a un juicio de correcto/incorrecto, considerando juicios de valores morales en relación a motivos, intenciones, y acciones.

Toda acción de cuidado de Enfermería es elegida en relación a fines deseables y están sustentadas en normas morales, sean conscientes o no, aprendidas en la cultura. Entonces, es frecuente que se entre en conflicto ya sea por incompatibilidad moral con la ética de colegas, de miembros del equipo o con la de los pacientes.

Aristóteles afirmaba que los fines de la conducta moral, cuando arquitectónicos, no se eligen porque son dados implícitamente en la naturaleza de la acción (Aristóteles, 1996). Por ejemplo, el médico no elige *curar*, puesto que la curación sería la esencia del acto médico, del mismo modo, la enfermera no elige *cuidar*, puesto que el *cuidado* constituye la naturaleza de su acción profesional.

REFLEXIÓN

Pero si se eligen los fines, es posible no curar en ciertos casos, por ejemplo, discernir si desconectar al respirador a un enfermo terminal con muerte cerebral sin posibilidades de resucitación. Para Chinn y Kramer (1999), la decisión moral en estos casos límite, debería ser compartida y explicitada al menos con la familia del enfermo y el equipo profesional.

Muchos fines que son fundados en valores humanos esenciales con independencia del paciente, definen la elección de acciones de cuidados, pero es necesario compartirlos antes y durante las interacciones con el enfermo, familiares y equipo para llegar a un consenso, porque las decisiones de vida corresponden siempre al sujeto en primer lugar, que como humano es libre de decidir (Arratia, 1999). Los seres humanos creados libres son soberanos sobre su vida, durante la enfermedad y en el proceso de morir.

El patrón de conocimiento ético requiere el conocimiento de posturas filosóficas que definen lo que se considera *bueno, correcto y deseable*. Las decisiones morales a ser tomadas en procesos de salud y enfermedad, deben ser consideradas en términos de acciones específicas con respecto a situaciones concretas específicas.

Carper (1986) y Chinn (1997) afirman que el conocimiento ético no puede ser validado por métodos empíricos. Los valores éticos, son construidos y justificados entre los miembros de la comunidad profesional, a través del diálogo en conversaciones cuidadosas y deliberadas que exploren varias posibilidades para conseguir una comprensión mutua y consensual acerca de los valores y acciones profesionales.

A estos cuatro patrones de conocimiento propuestos por Carper en 1978, algunas doctoras en Enfermería e investigadoras han agregado otros, como es el conocimiento sociocultural formulado por Leininger en 1978, en Brasil fuertemente desarrollado por la Dra. Ingrid Elsen (1984) y en Chile, por la Dra. Ana María Alarcón (2002), publicado en esta misma revista como Enfermería Intercultural y la Dra. Luz Angélica Muñoz (1995).

El otro patrón descrito en la literatura es el de *no saber*, en inglés *unknown*, propuesto por la fenomenóloga Patricia Munhall en 1993, que se desarrolla cuando nos aproximamos al otro para comprender su mundo experiencial y debemos dejar entre paréntesis nuestras ideas preconcebidas.

Patrón de no-conocer (unknown)

Para la enfermera fenomenóloga Patricia Munhall (1993, p. 125), las enfermeras deben aprender también a no conocer (unknown), para estar auténticamente presente para la persona a la cual otorga sus cuidados. Para esta investigadora y profesora de Enfermería, *“la literatura epistemológica de enfermería ha omitido ilustrar el poder de las percepciones individuales y las diferentes estructuras de la subjetividad que claman por un quinto patrón de conocimiento: No-Conocer”*. El estado de la mente durante el no-saber es condición de apertura, en contraste con el patrón de “conocer” es una forma de confianza que tiene inherente el estado *de lo ya sabido*. El arte de no conocer es un proceso en la propia percepción del mundo y es esencial para comprender las perspectivas de la subjetividad.

Tener conciencia de que uno no sabe algo, que uno no lo comprende todo y que en el encuentro interpersonal con los usuarios quizás emerjan aspectos que no encajan dentro de un paradigma preestablecido o teoría, es crítico para la evolución y desarrollo del conocimiento. Cuando una enfermera establece una relación con otro ser humano que sufre, colocarse internamente en posición de “yo no te conozco, no conozco tu mundo subjetivo y deseo conocerlo para ayudarte”, es un paso

fundamental para iniciar la comprensión y poder acompañar al otro en esta situación. No saber en este caso, es condición para poder entrar en el mundo subjetivo del otro. (Rivera, 1999)

Desde la otra posición, la de saber de antemano lo que podría estar pasando al otro, la enfermera lleva ya en su mente ideas preconcebidas, hipótesis basadas en conocimiento empírico, ético, personal y estético que guía sus percepciones a buscar aquello que desea encontrar: hace diagnósticos, formula intervenciones y hasta respuestas esperadas del otro. Ya sabe y al hacerlo, encamina los procesos hacia lo que cree debería ser. Esta en un estado mental predeterminado. (Rivera, 1999)

Pero los seres humanos somos más complejos que eso, y por ello para que el verdadero contacto ocurra con el otro, para poder comprender el mundo interior del otro, tal como lo construye y significa, es necesario que la enfermera sea capaz de hacer un paréntesis temporal e intencionado de sus conocimientos y perspectivas. Este proceso se conoce en fenomenología como "suspensión o reducción fenomenológica". (Braketing)

Este proceso no es fácil, es muy complejo, pues clama por enormes grados de introspección y autoconciencia por parte de la enfermera. Es esencial comprenderse a sí mismo (a) y al otro como dos seres diferentes, uno de los cuales no conozco. Cada persona que solicita cuidados de Enfermería, tiene su propia visión de mundo, su propia perspectiva de quienes son y de su propia realidad. Cuando enfermera y persona se encuentran dos perspectivas necesitan ser reconocidas. Entonces el proceso de intersubjetividad comienza a crear el campo perceptual. (Rivera, 1999)

La intersubjetividad es el proceso que abre un espacio común entre dos personas que se revelan respecto a la organización de sus propias visiones de mundo. En cada persona, su mundo subjetivo contiene sus sentimientos, emociones, pensamientos, principios, creencias, valores, distorsiones, que ordena de acuerdo a los significados que atribuye a sus experiencias. Comprender ese mundo es el desafío para las enfermeras, y para iniciar este proceso es necesario desear conocer a ese otro tal como el otro se revela y acogerlo significa escuchar atentamente. Cuando esto ocurre durante la relación interpersonal, se va creando un espacio común, un "*campo perceptual compartido*", en palabras de Munhall (1993), y es en este momento que el cuidado se realiza. Se produce mutualidad en el encuentro, en el cual ambos se comunican y la enfermera puede validar los significados que el otro atribuye a sus experiencias. Esto se da cuando la enfermera construye momentos de cuidado durante la relación de ayuda con aquellas personas que claman por ella en momentos críticos de su vida.

No saber y no conocer se constituye entonces, en otro patrón fundamental en el proceso de construir el cuerpo de conocimientos en Enfermería. Conocer y sistematizar ese saber es necesario, pero se trata sólo de guías. En el momento de proporcionar cuidados integrales de Enfermería, no conocer al otro es condición para la comprensión de los significados que las personas atribuyen a su experiencia ya estos guían las decisiones y comportamientos en salud. Abrirse a lo conocido es poder decir "Yo nunca pensé en eso de esa manera" e inmediatamente se inaugura la experiencia de sorprenderse por lo nuevo que el otro siempre trae, desde esta postura existencial.

A modo de Conclusión

Se propone mirar los fenómenos de Enfermería desde los patrones de conocimiento que sean pertinentes a la naturaleza del fenómeno que se investiga. Ellos no son mutuamente excluyentes, sino dimensiones integradas del fenómeno de cuidar la salud de las personas.

REFLEXIÓN

Cuidar a otros en su salud, en su sufrimiento, la enfermedad, crisis evolutivas y transiciones como el climaterio, el nacimiento y la muerte, implica asumir la integralidad y complejidad inherente a estos procesos. Complejidad de la naturaleza de los fenómenos, de la forma de construir conocimiento acerca de ellos y de las prácticas de cuidado. Enfermería debe aplicar varios métodos de saber y de hacer. Saber basado en evidencia científica y saber estético, saber ético, saber sociocultural, saber basado en la propia experiencia consciente y elegir a veces, no saber.

Si Enfermería aspira a ser una profesión reconocida socialmente, debe hacerse visible a través de la publicación de los resultados de sus investigaciones y reflexiones apoyadas en fuentes teórico filosóficas y teórico metodológicas explícitas. Debe hacer el esfuerzo de hacerse visible por su contribución específica a la salud, que tiene más relación con esta mirada compleja que con la simplificación.

Esta mirada nos invita a interrogar la realidad y estudiarla sin huir de su complejidad: es decir formular las preguntas de investigación desde los patrones más pertinentes a la naturaleza del fenómeno en estudio y aplicar los métodos que permitan construir conocimiento acerca de ellas; sea el método argumentativo filosófico, el método científico, el fenomenológico, el etnográfico, el de la teoría fundada en los datos, el método histórico, etc. Sin duda es un largo camino por recorrer, pues implica dar otro salto en la formación de nivel de postgrado de las enfermeras chilenas. Es en este espacio que se aprende a pensar, a amar el saber construido por aquellos que nos precedieron, a aplicarlo y evaluarlo. Es en este espacio que nos formamos quienes hoy queremos contribuir con miradas nuevas al saber de Enfermería, para dar visibilidad a nuestra disciplina.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón, A.M. (2002). Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte de Enfermería*, 12, 39-45.
- Aristóteles. (1996). *Moral, a Nicómaco* (8ª ed). Madrid: Espasa Calpe.
- Arratia, A. (1997). Libre voluntad del usuario frente a la educación para la salud. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 6, 131-147.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.
- Carper, B. (1986). Fundamental patterns of knowing in nursing. Chapter 14 (pp. 252-260). In: L Nicoll. *Perspectives on Nursing Theory*. Boston: Little Brown. Co.
- Chinn, P., Maeve, M.K., & Bostick, C. (1997). A esthetic inquiry and the art of Nursing. *Schi Inq Nurs Pract*. 11, 83-96
- Chinn, P., & Kramer, M. (1999). Nursing pattern's of knowing. In: P Chinn & M Kramer. *Theory and Nursing: a systematic approach*. 5th Ed (pp. 1-19). St. Louise: Mosby.
- Chinn, P., & Watson, J. (1994). *Art and Aesthetics of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Cipriano, M., Merkle, J., & Sorrell C. (1995). From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *Adv Nurs Sci*, 18, 1-13.
- Elsen, I. (1984) Concepts of health and illness and related behavior among families living in a Brazilian fishing village. Tesis de Doctorado en Filosofía de Enfermería, Universidad de California, San Francisco.
- Jung, C. (1998). *Aion: estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Trad. Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes.
- Leininger, M (1978). *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley.
- Meleis, A. (1985). Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: *Anais do Simpósio Brasileiro de teorias de Enfermagem*. Florianópolis, Brasil.
- Meleis, A. (1987). Epistemology: the nature of Knowledge. University of California, San Francisco. Paper presented at 4th Annual Nursing Science Colloquium on Strategies for Theory development in Nursing IV: *Philosophy of Science and development of Nursing Science*. Boston University, School of Nursing, March, 19-20.

- Morse, J. (1988). Transcultural Nursing: its substance and issues in research and knowledge. *Curent Issues*. 129-141.
- Munhall, P. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in Nursing . *Nurs Outlook*, 41, 125-8.
- Muñoz, L.A. (1995). La enfermedad vino para quedarse. *Ciencia y Enfermería*, 1, 43-51.
- Neves, E., & Da Silva, A. (1998). O programa integrado de pesquisa cuidando y confortando: retrospectiva histórica. *Texto & Contexto Enferm*. 7, 13-35.
- Pediani, R. (1996). Chaos and evolution in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 645-646.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Rivera, M.S. (1999). *Consciência de gênero na experiência de tornar-se mulber: um diálogo de Enfermagem em evolução*. (np) Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Rogers, C., & Kinget, M. (1983). *Psicoterapia y relaciones Humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Vaccari, P. (1997). A arte da enfermagem: efêmera, graciosa y perene. *Texto & Contexto Enfermagem*, 6, 28.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-century-Crofts.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In: P. T. Walker., B Neuman (eds). *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration*. (pp. 141-184) New York: NLN Press.
- White, J. (1993). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Adv Nurs Sci*, 17, 73-86.

Correspondencia: *Maria Soledad Rivera.*

Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Campus San Joaquín

Vicuña Mackenna 4860. Casilla 306, Correo 22.

Código Postal: 6904411

Santiago-Chile.

mriverma@uc.cl

Teléfonos: (562) 354 7269-Fax: (562) 354 7025