

El carácter de las teorías de rango medio en la enfermería. Un recorrido desde Merton hasta Fawcett

Lucía Federico[†]

Resumen

En los años noventa, en la enfermería, los proponentes de las teorías de rango medio adoptaron la noción mertoniana de teoría de rango medio, pensada para la sociología, lo que inicia un movimiento metodológico que lucha contra los abstractos modelos teóricos y la imagen deductivo-nomológica de la literatura de los ochenta. A diferencia de la noción mertoniana, que se aplica a teorías que surgen de la práctica, la propuesta canónica de la enfermería afirma que las teorías de rango medio se deducen de los modelos y teorías generales, coexistiendo, implícitamente, en el área más de una noción de teoría de rango medio. El objetivo del presente trabajo es el de esclarecer qué es lo que en enfermería llaman “teoría de rango medio”, de manera de efectuar un aporte a las discusiones actuales en el terreno de la filosofía de la enfermería. Para tal fin, se retoma la reconstrucción estructuralista de la Teoría Enfermera del Déficit de Auto-Cuidado (TEDA) de Dorothea Orem, fundamental para la enfermería por tratarse de una teoría propia, como el Modelo de Manejo de Diabetes, su instanciación en una teoría de rango medio según la visión canónica del área, para luego ser comparada con la noción de teoría de rango medio mertoniana reconstruida bajo el mismo instrumental estructuralista. La comparación entre ambas nociones permitirá pensar las distintas conceptualizaciones de teoría de rango medio presentes en la extensa literatura enfermera.

.....
[†] Centro de Estudios de Filosofía e Historia de la Ciencia (CEFHIC), Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Tres de Febrero. Para contactar al autor, por favor, escribir a luciafed@hotmail.com.

Este trabajo ha sido posible gracias al financiamiento de los proyectos: 80120230100038TF UNTREF, PUNQ 0990/19 (Universidad Nacional de Quilmes), PICT-2018-3454 (ANPCyT, Argentina), UNTREF 32/19 80120190100115TE, y UNTREF 80120190200069TF (Universidad Nacional de Tres de Febrero).

Introducción histórica

Es notoria, en la literatura especializada de la enfermería, la abundancia de investigaciones que intentan proveer bases científicas a la práctica profesional. También lo es la atomización y heterogeneidad de dichas investigaciones y la falta de una firme articulación entre las teorías y la práctica:

Los profesionales de la enfermería [...] no buscan los resultados más recientes de los trabajos de investigación ni usan las teorías de la enfermería para analizar las respuestas [clínicas] de sus pacientes [...] la enfermería teórica y la investigación no soportan la práctica profesional de la forma en que se espera que lo haga. (Risjord, 2010, p. 3)

Este diagnóstico tiene sus orígenes a finales de la década de los 60, cuando Conant (1967) señala la llamada “brecha teoría-práctica” (*theory-practice gap*). Para la década de los 70, la enfermería contaba con cuantiosas propuestas teóricas que conformaban un corpus de conocimiento independiente de otras disciplinas científicas, como la medicina, la sociología, la psicología, etc. Ejemplo de ello son, el Modelo de Orlando, el de Roger, el de Orem, el de Newman, el de Roy, sólo para mencionar algunos (ver Alligood, 2014). Sin embargo, estos modelos fueron criticados por ser demasiado abstractos y de difícil aplicación, tanto en investigación clínica como en la práctica. Empero, cumplían una importante función conceptual en los contextos de enseñanza, lo que coincidió con el establecimiento de estudios de posgrado en enfermería (Alligood, 2014).

En la década de los 80, cuando aún los estudios denotaban este *gap*, la teórica de la enfermería Jacqueline Fawcett (2005a) logra una organización del conocimiento enfermero en forma de estructura jerárquica que “aclaró la naturaleza relacional de las investigaciones en enfermería” (Alligood, 2014, p. 7). Así las unidades epistemológicas de análisis de la enfermería fueron organizadas según el grado de generalidad y abstracción, desde el metaparadigma, que delimita el enfoque del campo, hasta los componentes empíricos, vinculados por los modelos, las teorías generales y las teorías de rango medio, de menor abstracción y de mayor contenido empírico. Para Fawcett, son estas últimas las que subsanan la brecha existente entre la teoría y la práctica, aunque su propuesta no logró un consenso definitivo.

En este punto de la historia aparecen dos vertientes, señala Risjord (2010), llamadas “*Top down*” y “*Bottom up*” por la dinámica de desarrollo científico que proponen. En la primera, se encuentran los seguidores de Fawcett. Anclada en una filosofía influida por la concepción heredada, la investigación y la práctica deben respaldarse en teorías de rango medio (TRM), teoría poco abstractas, deducidas a partir de los modelos conceptuales o de las teorías generales, para ser aplicadas a ciertos tipos de fenómenos más concretos. “En esta concepción [...] las teorías de rango medio zanján la brecha entre teoría y práctica, haciendo un puente entre las teorías generales y la práctica enfermera” (Risjord, 2010, p. 141).

En la segunda, encontramos un movimiento metodológico que lucha contra la imagen nomológica-deductiva de la literatura de los años 80 (Risjord, 2010). Entre otras cosas, en la propuesta de Fawcett no queda en claro cómo las TRM se deducen de los modelos y/o teorías generales para sostener la práctica. En su lugar se propugna por el desarrollo de TRM surgidas desde la práctica misma, específicas para unos limitados fenómenos, que ganarán un mayor grado de generalidad y abstracción en el proceso de unificación con otras teorías de rango medio. Así, en la década de los 90, los proponentes del movimiento *Bottom up* adoptan la noción mertoniana (1968) de TRM.

Un enfoque prometedor para fortalecer los vínculos teoría-investigación y teoría-práctica es comenzar a poner mayor énfasis en el desarrollo y uso de teorías de rango medio para sustentar la investigación y la práctica de enfermería [...]. [C]uya discusión [se refiere a Merton] sobre la teoría de rango medio es congruente con la forma en que se usa el término en la literatura de enfermería. (Lenz et. al., 1995, p. 2)

Actualmente los militantes de ambos movimientos coinciden en la relevancia del desarrollo de las TRM. Ejemplo de ello son las palabras de la teórica Durán de Villalobos (2007) que, aún siguiendo abiertamente a Fawcett, aclama el uso de la noción mertoniana en la enfermería: “Las teorías de rango medio, originarias de la sociología, se ocupan de fenómenos específicos de enfermería, y surgen y reflejan tanto la práctica como los procesos clínicos” (2007, p. 168). También señala que antes de la propuesta de Lenz y colaboradores (1995) ya había este tipo de teorías en la enfermería:

Su nacimiento puede ubicarse en los primeros años de la década de 1990, aunque Fawcett (2005a) sugiere que teorías como la de Relaciones interpersonales de Peplau (1952) y la de Promoción de salud de Pender (1982/1996), se ubican en esta categoría. (2007, p. 168)

Sin embargo, los escritos de Fawcett no hacen referencia a Merton, aunque Merton (1968) sea un adherente del positivismo lógico. Empero sí menciona a Suppe, pues el filósofo estadounidense es el segundo autor del artículo mencionado de Lenz, publicación que inicia el movimiento *Bottom up*: “Frederick Suppe ha señalado que a medida que la ciencia madura, el desarrollo del conocimiento pasa de las teorías generales al desarrollo de teorías de rango medio” (Fawcett, 2005b, p. 34). Este artículo de Suppe, además, se escribe en clave semanticista.

Ahora bien, aún teniendo en cuenta la intervención directa de Suppe en la discusión, o las aclaraciones posteriores a Fawcett, que señalan que el sentido del uso de la noción de “TRM” canónico es, en definitiva, el mismo o, al menos, equivalente a la noción de Merton, no se ha analizado las características de las TRM en la enfermería. La hipótesis que guía el presente trabajo es que, en la literatura del área, se está usando al menos dos nociones distintas. El objetivo del presente trabajo es el de analizar la compatibilidad de la propuesta de TRM canónica de la enfermería con respecto a la mertoniana (1968). Para tal fin, en el primer apartado, se presentará la propuesta de TRM de Fawcett. Luego, en el segundo,

se desarrollará la investigación de Sousa y colaboradores (2004) donde se testea una TRM del Modelo de Orem, señalada por la propia Fawcett (2018) como tal. En el tercer apartado, se expondrá la reconstrucción estructuralista de la propuesta mertoniana de TRM. A tal efecto se usarán las reconstrucciones disponibles (Lorenzano & Abreu, 2010; Lorenzano, 2012 y Abreu, 2020). Finalmente, en el cuarto y último apartado, se analizará la TRM de Sousa et al. (2004), haciendo uso de la reconstrucción del Modelo de Orem de Federico y Giri (en prensa) y se evaluará su adecuación a la propuesta de TRM de Merton (1968).

El concepto de TRM en Fawcett

La holarquía estructural de Fawcett ha sido adoptada por amplios sectores de la comunidad de enfermería (Alligood, 2014). Según Fawcett,

La HOLARQUÍA ESTRUCTURAL DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA CONTEMPORÁNEA es un dispositivo heurístico que coloca los cinco componentes del conocimiento de la enfermería [metaparadigma, filosofía, modelo, teorías, e indicadores empíricos] en una holarquía basada en el nivel de abstracción. [...]. Con excepción de los indicadores empíricos, los componentes de la holarquía están compuestos por conceptos y proposiciones. Los indicadores empíricos miden conceptos. (Fawcett, 2005a, p.4, énfasis suyo)

La holarquía organiza el conocimiento de enfermería en una estructura estratificada que va de lo abstracto (en la cúspide) a lo empírico (en la base). Los elementos de menor grado de abstracción se deducen de los de mayor grado de abstracción en el sentido clásico de la filosofía:

Una teoría se define como uno o más conceptos relativamente concretos y específicos que se derivan de un modelo conceptual, las proposiciones que describen estrechamente esos conceptos y las proposiciones que establecen relaciones relativamente concretas y específicas entre dos o más de los conceptos. Las funciones de una teoría son reducir y especificar más completamente los fenómenos contenidos en un modelo conceptual y proporcionar una estructura relativamente concreta y específica para la interpretación de comportamientos, situaciones y eventos inicialmente desconocidos. (Fawcett, 2005b, p. 34)

Las TRM, que se deducen o bien de las teorías generales o bien de los modelos, son aquellas teorías próximas a los fenómenos de interés, por lo cual, son capaces de describir, explicar, predecir y manipular fenómenos. También permiten la puesta a prueba de las teorías generales e incluso de los modelos, vinculándolos a los datos o a los “predictores empíricos”, como los llama Fawcett, ya que éstos “están directamente conectados con las teorías por medio de la definición operativa de cada concepto de la teoría de rango medio” (Fawcett, 2005a, p. 21).

La holarquía estructural implica una dinámica de crecimiento del conocimiento de enfermería particular, pues las unidades abstractas superiores se crean primero en un esfuerzo teórico y luego las unidades concretas inferiores se derivan en un intento de proporcionar un uso empírico a tales esfuerzos. Por eso, subraya Fawcett,

Se necesitan muchas teorías de rango medio para tratar con todos los fenómenos abarcados por cualquier modelo conceptual porque cada teoría trata sólo con un aspecto limitado de la realidad total abarcada por un modelo conceptual. Cada modelo conceptual, entonces, está más completamente especificado por varias teorías de rango medio. (2005b, p. 36)

Sin embargo, la presencia de TRM sin conexión explícita o aparente a un modelo parece ser un contraejemplo para esta propuesta de dinámica de la ciencia. Además, brinda buenas razones para evitar invertir en investigación teórica en enfermería, ya que las teorías surgidas en la práctica son las únicas que pueden posteriormente aplicarse, sean del campo que sean. Entonces ¿por qué perder tiempo en teorizar sobre modelos abstractos de enfermería? Ante estas preguntas Fawcett responde tajantemente,

Dado [...] el extenso trabajo requerido para identificar la visión del mundo que sustenta a las teorías de enfermería de rango medio existentes y las teorías de otras disciplinas, es posible que deseemos centrar nuestros esfuerzos futuros en derivar teorías de rango medio directamente de un modelo conceptual de enfermería. Ese primer enfoque para conectar modelos conceptuales y teorías de rango medio prácticamente asegura la congruencia lógica entre el modelo conceptual y la teoría. (2005b, p. 39)

La propuesta *Top down*, con todos sus problemas, se centra en garantizar (y sostener) un estatus disciplinar propio. Este valioso objetivo es algo que no termina de garantizar la propuesta *Botton up*, tema que no desarrollaremos aquí por cuestiones de espacio.

Un ejemplo de TRM del enfoque Top Down

Fawcett (2018) señala, como una TRM relevante para la enfermería, la propuesta de Sousa *et al.* presentada en “*Testing a Conceptual Framework for Diabetes Self-Care Management*” (2004).

La TRM en investigación, el Modelo (en sentido científico) de mejora del comportamiento-rendimiento (*Enhance - Behavior Performance Model*” o *E-BPM*), que inicia Sousa en su tesis doctoral (2003), analiza el autocuidado de pacientes diabéticos. La TRM encuentra sus fundamentos en el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem (p.e. 2003), pues señalan los autores “E-BPM se derivó de una síntesis de la Teoría del Autocuidado (SCT)” (p. 267).

El Modelo de Orem o la Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería (SDNT en inglés) se formuló entre 1958 y 1980. El modelo se encuentra conformado en la literatura, en general, por tres teorías (Orem, 2003; Banfield & Orem, 2014): la Teoría del Autocuidado (SCT en inglés), la Teoría del Déficit de Autocuidado (SDT) y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (SNT).

De manera sucinta, el Modelo de Orem (2003) propone que las personas tienen la capacidad de autocuidarse, es decir, de satisfacer sus necesidades permanentes y necesarias para el mantenimiento de su vida, su salud y su bienestar. Esta capacidad, que en su mayoría es socialmente adquirida, es teóricamente conceptualizada como la “agencia de autocuidado”. La capacidad de autocuidado de una persona puede ser registrada mediante el conjunto de acciones reguladoras concretas que una persona realiza, las llamadas “acciones de auto cuidado”. El estado de bienestar de las personas depende de un conjunto de condicionantes de la salud denominados “requisitos” y “factores”. En el primer conjunto, se encuentran los llamados “requisitos universales de autocuidado”, que son comunes a todos los seres humanos en todas las etapas del ciclo de vida, los llamados “requisitos de desarrollo” que dependen de un estado de desarrollo particular, y aquellos denominados “de desviación de la salud”, cuando existe un patología crónica. En el segundo conjunto, se encuentran los factores, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, como por ejemplo, la edad, el género, la raza/etnicidad, el nivel de educación (formal), etc. A partir de estos conceptos la teoría es capaz de evaluar el estado de bienestar de una persona para determinar, a partir de los requisitos, los factores y las acciones de autocuidado, si se encuentra o no en situación de lo que la teoría llama “déficit de autocuidado”, es decir, incapacidad de satisfacer las necesidades de autorregulación del cuidado. La teoría SDT puede además determinar el grado de asistencia que necesita una persona, como el tipo de asistencia que le brindará el profesional de la salud, mediada por SNT.

En concordancia con lo dicho, el modelo de Sousa et al. (2004) “proporciona todos los elementos necesarios para examinar las relaciones entre los factores personales y ambientales, los comportamientos de los pacientes (acciones de autocuidado) y el resultado (un mejor control de la enfermedad)” (p. 267). El objetivo del estudio, señalan, es, “para examinar las relaciones entre el conocimiento de la diabetes, el apoyo social, la agencia de autocuidado, la autoeficacia y el manejo del autocuidado de la diabetes dentro del marco conceptual propuesto” (p. 295).

Un punto para nada menor es que, el modelo evalúa, mediante la contrastación de una serie de hipótesis, el impacto de la agencia de autocuidado como un mediador en las respuestas de otras variables:

El modelo de investigación fue diseñado no sólo para probar las relaciones directas entre las variables del estudio, sino también las relaciones indirectas (mediadoras); la autoeficacia y la agencia de autocuidado podrían servir como mediadores entre las variables en estudio y el manejo del autocuidado de la diabetes. (p. 295)

Para tal fin, se realiza una puesta a prueba de E-BPM a partir de los datos empíricos (factores, requisitos y acciones de autocuidado) recabados de una muestra representativa de 141 sujetos adultos (de ambos sexos) con diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I y II) externados de una clínica de los Estados Unidos. Conformaron el conjunto de los factores: la edad, el género, la raza/etnia, el nivel de educación formal, el tipo de diabetes, el tiempo de duración de la diabetes, el ingreso familiar y el apoyo social. “El apoyo social se definió como el intercambio de cualquier recurso beneficioso entre las personas con diabetes mellitus y sus familiares, parejas, amigos y proveedores de atención médica, incluida la provisión de amor, cuidado, aliento, motivación y enseñanza” (Sousa et al., 2004, p. 298).

Entre los requisitos se midió, por un lado, la autopercepción de la salud o autoeficacia, “como la creencia del individuo en su capacidad de participar en el manejo del autocuidado de la diabetes para lograr un control glucémico adecuado” (Sousa et al., 2004, p. 298). Por el otro, el nivel de conocimiento de la enfermedad, establecido por un panel de expertos en diabetes de diferentes disciplinas (medicina, enfermería, nutrición y psicología).

Por último, los autores conformaron el grupo de las acciones de autocuidado, el control de la glucemia en sangre, la dieta, el ejercicio y el correcto manejo de la medicación como “inyección de insulina y agentes hipoglucemiantes orales” (Sousa et al., 2004, p. 299).

En el estudio se cuantifica además la agencia de autocuidado, una variable particular pues como veremos más adelante será un concepto teórico para el Modelo de Orem. La agencia de autocuidado se operacionaliza como:

las capacidades de un individuo para realizar acciones de autocuidado de la diabetes destinadas a lograr un control glucémico aceptable, incluidas las capacidades para reconocer las necesidades personales, autoevaluarse (recursos personales y ambientales) y realizar acciones apropiadas de autocuidado (Sousa et al., 2004, p. 298).

Los resultados de la regresión simple, de la múltiple y de la regresión jerárquica múltiple, todas realizadas con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS en inglés), corroboraron, entre otras cosas, que “la agencia de autocuidado fue un factor mediador entre el apoyo social y el manejo del autocuidado de la diabetes” (Sousa et al., 2004, p. 309). Alineado con la propuesta teórica de Orem, los autores concluyen que: “para mejorar el manejo del autocuidado de una persona con diabetes, es esencial mejorar la agencia de autocuidado” (p. 310). A su vez, remarcan que los “hallazgos apoyan la teoría de Orem (1995) de que un individuo utiliza recursos personales y ambientales para realizar acciones de autocuidado” (p. 309), relación que se demuestra (empíricamente) por primera vez.

A continuación presentaremos la noción mertoniana de TRM precisada por el estructuralismo metateórico, para luego evaluar la adecuación de E-BPM a la misma.

Por cuestiones de espacio no se profundizará sobre el instrumental de la metateoría estructuralista, que se puede ver principalmente en Balzer, Moulines y Sneed (2012).

TRM de Merton bajo el enfoque estructuralista

La expresión “teorías de alcance intermedio”, señala Lorenzano (2012) fue utilizada por Robert Merton ([1948] 1968), para referirse a:

aquellas teorías que se encuentran a mitad de camino «entre esas hipótesis de trabajo menores pero necesarias [...] y los esfuerzos sistemáticos totalizadores por desarrollar una teoría unificada que explicara todas las uniformidades observadas de la conducta, la organización y los cambios sociales» (1968, p. 39 citado en Lorenzano, 2012, p. 319).

Para Merton y sus seguidores, una investigación fructífera es “aquella con la capacidad de trascender la descripción pura y simple de las observaciones empíricas” (Abreu, 2020, p. 178). Estas investigaciones generan, por un lado, teorías con un grado interesante de generalidad, pues incluyen abstracciones, “de las cuales se derivan generalizaciones empíricas” (Merton, 1968, p. 66). Por el otro, son teorías lo suficientemente cercanas a los datos como para poder formular predicciones y verse confirmadas. Aquí hay que recordar que Merton concibe las teorías como grupos de proposiciones lógicamente interconectadas de los que se derivan otras proposiciones (Lorenzano, 2012). El enfoque filosófico, a todas luces, no difiere de la interpretación fawcettiana de teoría, aunque su dinámica sí, como se verá a continuación.

Ahora bien, este tipo de teoría, producto de la investigación que el sociólogo encuentra fructífera, puede ser mejor comprendida bajo el concepto de “elemento teórico” estructuralista. Como señala Abreu:

La noción de elemento teórico hace ver que las teorías de alcance intermedio son teorías en sentido estricto, es decir, aunque sean teorías sin un alto grado de generalización (lo que suele ser pensado como una característica de las teorías, de lo teórico en la ciencia), la noción de elemento teórico hace explícita su ley y los demás componentes de una teoría. (2020, p. 178)

En este sentido, una vez que el científico conoce su estructura, estas teorías sirven como guía para encontrar las aplicaciones intencionales de la misma, mientras que la característica de que su nivel de abstracción puede encontrarse entre las teorías totalizadoras y las hipótesis de trabajo, las hacen compatible con la noción estructuralista de “red teórica”. “La noción de red teórica muestra que todo es teoría, o sea, que no hace falta ser un elemento teórico de alto grado de generalización para ser teoría” (Abreu, 2020, p. 182).

Para generar una red de elementos teóricos de distinto nivel de abstracción se deben introducir restricciones adicionales a las leyes más generales mediante la relación

intra-teórica de “especialización”. Así, varios elementos teóricos pueden ser parte de una misma red teórica siempre y cuando presenten los mismos elementos conceptuales. “Incluso en un elemento teórico del más bajo grado de generalización están presente conceptos Teoría-teórico y Teoría-no teórico, siendo que eso vale también para los elementos de mayor grado de generalización” (Abreu, 2020, p. 182).

El hecho de que las TRM sean teorías factibles de ser puestas a prueba puede captarse al reducir el campo de aplicación intencional de la red teórica, restringiendo el dominio de los términos teóricos, hasta alcanzar las especializaciones terminales:

tales aspectos [de las TRM] pudieran ser representados en el formato estructuralista mediante las leyes presentes en una red teórica y la relación de especialización que se da entre ellas, partiendo de la(s) ley(es) fundamental(s) —las de mayor generalidad o abstracción— y, a través de una primera «concreción», «especificación» o «especialización», la obtención de leyes más específicas y, mediante una segunda, de las leyes más detalladas, correspondientes a las especializaciones terminales. (Lorenzano, 2012, p. 338)

La noción de red teórica es fundamental para eso, destacándose incluso “por ayudar en la tarea de restringir el marco de muestreo a partir de imponer condiciones de control, lo que resulta finalmente en operar a un nivel inferior de generalización al momento de poner a prueba la teoría” (Abreu, 2020, p. 183).

A su vez, las TRM pueden ganar un mayor nivel de abstracción al vincularse unas con otras, acercándose así a las teorías totalizadoras. Como señalan Lorenzano y Abreu, la noción de “red” estructuralista,

puede ayudarnos a comprender ese atributo de las TRM que tenía en mente Merton [...]. Si se considera esta afirmación en el desarrollo histórico de la disciplina [el *Bottom up*], a partir de ciertas redes teóricas con diferentes elementos teóricos básicos que representan teorías de alcance medio, sería posible proponer elementos teóricos más generales que las engloban como especializaciones de la red teórica, como sucedió con la mecánica galileana y las leyes de Kepler cuando se unificaron a la mecánica newtoniana. (2010, pp. 490-491)

Una TRM, bajo este enfoque, o es una (pequeña) red teórica en sí misma, cuando no está vinculada a ninguna teoría general o, si está vinculada, es parte de una red teórica más amplia. En el primer caso, las TRM son redes con pocos elementos teóricos, con un elemento teórico básico sin (leyes) de alto grado de abstracción. En el segundo caso, la red de la TRM está integrada a una red de muchos otros elementos teóricos, donde el todo conforma una red mucho más grande y cuyo elemento teórico básico sí presenta (leyes con) un alto grado de abstracción. El alto grado de abstracción (del elemento teórico básico) de la red muchas veces le permite seguir integrando nuevas teorías, por su gran poder unificador, generando una red teórica aún más grande.

Esta característica de las redes teóricas les permite a los científicos trabajar con distinto niveles de abstracción conceptual:

el aporte de la Metateoría Estructuralista es aquí significativo en cuanto a que, frente a la división social del trabajo, algunos científicos (que no son aquellos que decidieron enfocarse en teorías de bajo grado de generalización) pueden trabajar con el objetivo de unificar las teorías (elementos teóricos) que otros han presentado como resultado de sus investigaciones de bajo grado de generalización. El carácter de fragmentación, de independencia de las teorías, es relativo. Son fragmentarias/independientes a partir de que son vistas como elementos teóricos, pero esta fragmentación/independencia es puesta en duda cuando son vistas como posiblemente (o efectivamente) formando parte de una red teórica. (Abreu, 2020, p. 182)

Resta aquí responder la siguiente pregunta: el concepto de TRM propuesto por Fawcett ¿es el mismo concepto que aquel propuesto por Merton para la sociología? Para formular una respuesta se precisa comparar ambas nociones de teorías y para ello hay que compatibilizar conceptualmente las propuestas. Así, en el último apartado se propone analizar el modelo de Sousa et al. (2004) utilizando el artículo de Federico y Giri (en prensa), donde, entre otras cosas, se reconstruye (a la manera estructuralista) el Modelo de Orem (2003). Ello, *a posteriori*, permitirá la comparación entre la noción sociológica y la enfermeril de TRM.

La reconstrucción de TRM de Fawcett vs. la de Merton: algunas consideraciones finales

Alineado con la propuesta de Fawcett, las hipótesis corroboradas del modelo científico de Sousa et al. (2004), hipótesis que permiten poner a prueba una serie de generalizaciones encarnadas en el modelo, deberían manifestar proposiciones y conceptos derivados del Modelo de Orem. Pues, según la autora, la ciencia de la enfermería avanza mediante la derivación lógica de TRM a partir de los modelos enfermeriles. Así, entre los modelos y estas teorías,

prácticamente se asegura la congruencia lógica entre el modelo conceptual y la teoría. Además, el lenguaje de la teoría, es decir, los términos utilizados para los conceptos de la teoría y el significado de cada concepto, estarán de acuerdo con el lenguaje distintivo del modelo conceptual. (Fawcett, 2005b, p. 39)

Siguiendo la reconstrucción propuesta por Federico y Giri (en prensa) es posible demostrar que el modelo E-BPM o de manejo de la diabetes, utiliza los elementos conceptuales de la formulación de Orem y hace uso de los componentes más abstractos de la teoría. A continuación, se presenta la reconstrucción del Modelo de Orem (de forma concisa) y su instanciación bajo el modelo de Sousa et al. (2004).

Según esta propuesta, el Modelo de Orem puede reconstruirse como una red teórica conformada por cuatro elementos teóricos, a saber, la Teoría del Cuidado (CT), la teoría del Autocuidado (SCT), la Teoría del Déficit de Autocuidado (SDT) y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (NST), siendo CT el elemento teórico básico, es decir, el más general y abstracto. La ley fundamental de CT, teoría generalmente no explicitada en las presentaciones usuales del área, puede ser representada como:

$$\alpha(t) = k \cdot e(t), \text{ donde } \alpha: \delta \times T \rightarrow AC$$

Así, α le asigna a una persona, en un tiempo t (que pertenece al conjunto del tiempo T), una acción de cuidado (delimitada por la agencia de cuidado AC). Para ello, se le asigna previamente al paciente, un estado δ con los condicionantes determinados (estado requisitado y factorizado). Entre estos estados se encuentran los llamados «estados deseados» o «set points» (Esp), aquellos que indican salud o bienestar. El factor e (demanda de cuidados) es el (módulo del) valor del estado δ en el que se encuentra la persona en el momento t , menos el valor del estado deseado ($e = |\delta - Esp|$). El factor e (en sentido matemático) identifica la cantidad de cuidado (autocuidado o demanda de cuidado) que necesita un individuo. K es un factor proporcional que aquí, por cuestiones de espacio, no se discutirá, pero que básicamente provee consistencia dimensional y permite que las acciones de cuidado se ajusten al déficit, evitando acciones demasiado intensas o demasiado leves.

Presentada bajo este formalismo, la ley fundamental establece que: las acciones de cuidado, dependientes de la agencia de cuidado, que un sujeto necesita en cada momento de su vida dependen, entre otras cosas, de la demanda de cuidado que el sujeto experimenta, lo que le permiten mantenerse o volver al estado ideal de salud o bienestar en función de sus necesidades.

Ahora bien, según esta propuesta elucidatoria, si un sujeto presentan un estado alejado del estado de bienestar ($e = |\delta - Esp| \neq 0$), el sujeto presenta una demanda de cuidados y, por lo tanto, se encuentra en una situación no saludable. Esto arrojará una necesidad de generar acciones concretas de cuidado, ya que $\alpha(t) > 0$. Según Orem, se pueden dar dos situaciones distinguibles en los sujetos enfermos: (1) los sujetos tienen capacidad de autocuidado, como afirma la Teoría del Autocuidado (SCT) y vuelven a la situación de bienestar o (2) no la tienen y los sujetos se encuentran en una situación de déficit de cuidado, como indica la Teoría del Déficit de Autocuidado (SDT).

En este sentido, el modelo de Sousa et al. (2004), permite predecir que los adultos mayores con mayor escolaridad, con mayor conocimiento de la enfermedad, con contención social y con mejor autopercepción de su salud (variables entendidas como el estado factorizado y requisitado δ de los pacientes), son los que logran un autocuidado óptimo, situación (1). Esto es así, pues, $\alpha(t)$ es proporcional a $|e|$ y $\alpha(t) \subseteq SA$, entendiendo SA como el «conjunto de acciones de autocuidado». Así, la agencia de autocuidado satisface la demanda de autocuidado que necesitan los pacientes.

E-BPM también permite predecir, a partir de los condicionantes señalados, en qué caso las acciones de autocuidado no serán las adecuadas, es decir, en qué pacientes la agencia de autocuidado no satisfará la demanda de autocuidado y, por tanto, se encontrarán en la situación de déficit, la situación (2). Estos son los pacientes más jóvenes, con menor escolaridad, que son también los que presentan menor conocimiento de la enfermedad y peor autopercepción de su salud. En este caso $\alpha(t) < |e|$, lo que indica que los sujetos no pueden satisfacer sus demandas de autocuidado. Aquí es donde deberá intervenir el sistema de salud y para ello se recurre a la Teoría de los Sistemas de Enfermería (NST). Aunque poco desarrollado, Sousa et al. (2004) brindan algunas pautas sobre cómo el profesional de la salud debe subsanar tal déficit, apostando por el llamado “sistema educativo de apoyo” (los sistemas son tres: el mencionado sistema educativo de apoyo, el llamado “parcialmente compensatorio” y el “completamente compensatorio”).

Una primera conclusión que se puede extraer de aquí, es que el modelo de manejo de la diabetes hace uso de todos los elementos de la red teórica del Modelo de Orem, incluyendo necesariamente el más abstracto, a saber, CT, aunque Sousa et al. (2004) sólo explícita el uso de la Teoría del Autocuidado (SCT).

Una segunda conclusión es que, en el modelo científico de Sousa et al. (2004), aparecen todos los conceptos del Modelo de Orem. En particular interesa el concepto teórico “autocuidado” o “agencia de autocuidado”. Para el estructuralismo un concepto es teórico, para una teoría, siempre que todos los métodos de determinación o medición del concepto sean dependientes (de las leyes) de la teoría. Ello se deja ver en la explicación de Sousa y colaboradores respecto a la medición del autocuidado:

ASAS [Appraisal of Self-Care Agency Scale] consta de 24 ítems (15 positivos, 9 negativos) puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos, [...] los puntajes más altos indican una mayor capacidad para realizar acciones de cuidado personal. Según Evers y colegas (1986), Orem y un panel de expertos de ocho enfermeras, que trabajaban dentro del marco conceptual de Orem, establecieron la validez de contenido de ASAS. (2004, p. 299)

Mientras que los otros conceptos, los no teóricos, podrán ser determinados de forma independiente al Modelo de Orem, como se explicita en el caso del concepto de autoeficacia, termino propuesto por la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1997), una teoría psicológica, y que en E-BPM se conceptualiza como parte de los requisitos. Como se desarrolla en el artículo, E-BPM se pone a prueba a partir de las acciones de cuidado específicas para la diabetes, de ciertos requisitos y de ciertos factores biológicos, sociales y psicológicos. En este punto, cabe recordar el importante papel que tienen los indicadores empíricos en la teorización de Fawcett: “su función es la de proporcionar los medios por los cuales se generan o prueban teorías de rango medio [...]. Las enfermeras han desarrollado una plétora de indicadores empíricos en forma de instrumentos de investigación” (2005a, p. 21).

Como tercera conclusión, podemos señalar que el modelo desarrollado para la diabetes, delimita su campo de aplicación ajustando el tipo de indicadores empíricos sobre los que tiene sentido hacerse preguntas, lo que a su vez, delimita el tipo de relaciones que ocurren a nivel de las leyes generales y especiales. En palabras de Durán de Villalobos, las TRM: “son sustantivamente específicas, se limitan a fenómenos del mundo real, manejan un número limitado de conceptos concretos que están definidos operativamente [...] lo que permite, con relativa sencillez, la prueba empírica” (2007, p. 167). Este punto se puede precisar aún más a partir del instrumental estructuralista, como denota Abreu:

La aserción empírica de un elemento teórico especializado terminal en la red teórica de hecho es más fácil de ser corroborada. Sin embargo, cabe resaltar, la aserción empírica de un elemento teórico especializado no-terminal puede ser también corroborada, pero siempre lo será por medio de (involucrando) un elemento teórico especializado terminal y, por supuesto, la aserción empírica de éste. La noción metateórica de especialización es la herramienta conceptual que posibilita al científico operar a un nivel inferior de generalización. (2020, p. 183)

En este sentido, es clara la presentación de Sousa et al. (2004) sobre el uso de (un importante arsenal de) indicadores empíricos, que recortan el universo de actuación (en su construcción, como en su aplicación posterior). En palabras de Fawcett, E-BPM restringe proposiciones y conceptos a sólo un conjunto, el de la diabetes, dejando de lado indicadores empíricos para otras dolencias, como la hipertensión o el cáncer.

A partir de esto se puede plantear, como cuarta conclusión, que en el caso de requerir aplicar el Modelo de Orem a la hipertensión arterial o al cáncer, será necesario construir una TRM particularizada para cada caso, como bien señaló Fawcett. Esto es así pues se necesitan “muchas teorías de rango medio para tratar con todos los fenómenos abarcados por cualquier modelo conceptual porque cada teoría trata sólo con un aspecto limitado de la realidad total abarcada por un modelo conceptual” (Fawcett, 2005b, p. 36).

Por todo, finalmente se concluye que la reconstrucción de la noción mertoniana de TRM, elucidada por el estructuralismo metateórico, no encaja del todo con la propuesta reconstructiva de TRM de Fawcett. A saber, mientras que la representación estructuralista de la TRM de la sociología es una (pequeña) red teórica, de aplicación terminal, que puede ser subsumida por elementos teóricos más generales, el modelo de Sousa et al. (2004), una TRM de la enfermería, es la instanciación de la red teórica completa, el Modelo de Orem, desde los elementos teóricos terminales hasta el elemento más general de la red. Como fue señalado, esta particularidad no le quita nivel de especificidad o capacidad predictiva a la TRM: más bien invita a seguir explorando las nociones de TRM que se manifiestan en la literatura científica.

Bibliografía

- Abreu, C. (2020). Teorías de alcance intermedio, práctica científica y metateoría estructuralista. *Principia*, 24(1), 165-201. <https://doi.org/10.5007/1808-1711.2020v24n1p165>
- Alligood, M. R. (2014). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En M. R. Alligood (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 2-13). Elsevier.
- Balzer, W., Moulines, C. U., & Sneed, J. (2012). *Una arquitectónica para la ciencia: el programa estructuralista*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Berbiglia, B., & Banfield, B. (2014). Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. En M. R. Alligood (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 232-248). Elsevier.
- Durán de Villalobos, M. M. (2007). Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura? *Aquichan*, 7(2), 161-173. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972007000200005&lng=en&tlng=es
- Fawcett, J. (2005a). *Contemporary Nursing Knowledge: Conceptual Models of Nursing and Nursing Theories*. F.A. Davis.
- Fawcett, J. (2005b). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 1(5), 32-43.
- Fawcett, J. (2018). *Orem's Self-Care Framework*. Nursology. <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/orems-self-care/>
- Federico, L., & Giri, L. (En prensa). Organizing Nursing Knowledge from Metatheoretical Structuralism's Viewpoint. In C. Abreu (Ed.), *Philosophy of Science in 21st Century: Contributions of Metatheoretical Structuralism*. Núcleo de Epistemología e Lógica - Universidad Federal de Santa Catalina.
- Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A. G., Pugh, L. C., & Milligan, R. A. (1995). Collaborative Development of Middle-Range Theories: Toward a Theory of Unpleasant Symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13. <https://doi.org/10.1097/00012272-199503000-00003>
- Lorenzano, P. (2012). Kenneth Schaffner, las teorías de alcance intermedio y la concepción estructuralista de las teorías. En L. M. Peris-Viñé (Ed.), *Filosofía de la Ciencia en Iberoamérica: Metateoría estructural* (pp. 318-346). Tecnos.
- Lorenzano, P., & Abreu, C. (2010). Las teorías de alcance intermedio de Robert K. Merton y las concepciones clásica y estructuralista de las teorías. En R. de Andrade Martins, L. Lewowicz, J. Mesquita Hidalgo Ferreira, C. Celestino Silva & L. Al-Chueyr Pereira Martins (Eds.), *Filosofía e História da Ciência no Cone Sul: Seleção de Trabalhos do 6º Encontro* (pp. 482-492). Campinas: Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC).
- Merton, R. (1968). On Sociological Theories of the Middle Range. In *Social Theory and Social Structure* (pp. 60-93). Free Press.
- Orem D. (2003). Self-Care and Health Promotion: Understanding Self-Care. In K. Rempenning & S. Taylor (Eds.), *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem* (pp. 212-22). Springer.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5th ed.). Mosby.
- Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge: Science, Practice and Philosophy*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444315516>
- Sousa, V.D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., McDonald, P. E., & Milligan, S. E. (2004). Testing a Conceptual Framework for Diabetes Self-Care Management. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 18(4), 293-316. <https://doi.org/10.1891/rtnp.18.4.293.64089>