

Las Teorías de Mediano Rango: su Trascendencia y Aplicabilidad

Theories of medium range: their transcendence and applicability

Lisette Alejandra Aviles Reinoso¹, Transcribió María Lucenith Criado

Recibido 12 de marzo de 2016
Evaluado 22 de junio de 2016
Aceptado 2 de septiembre de 2016

Conflicto de intereses:
Ninguno a declarar

Cómo citar este artículo
Avilés Reinoso LA, Criado Morales ML. Las teorías de mediano rango: su trascendencia y aplicabilidad, *universalud.rev.ciencias salud Unisangil*. 2016, 6(1):xxxxx

Comunicación:
María Lucenith Criado Morales.
mcriado@unisangil.edu.co

Resumen

Introducción. Los modelos y teorías de enfermería le dan identidad a la profesión y la libera del modelo biomédico imperante a espacios disciplinares que oriente el quehacer enfermero con seguridad y autonomía, lo cual debe evidenciarse en los esquemas educativos de los programas de pregrado, por tanto se requiere incluirlo y aplicarlo en los escenarios de práctica y en procesos de investigación. **Desarrollo.** En el marco del III Congreso Internacional de Modelos y Teorías de Enfermería celebrado en Neiva en el 2015, Unisangil, invitó a la Dra Lisette Alejandra Aviles a Unisangil sede Yopal y Sede San Gil. La Dra Aviles es una experta en el manejo de los modelos y teorías en la práctica diaria de enfermería, con especial atención hacia las teorías de rango medio. Ella contextualiza el nivel de abstracción de las teorías de enfermería y recomienda el uso de modelos conceptuales no tan abstractos como las teorías de mediano rango, las cuales fueron explicadas tanto al cuerpo docente del programa de enfermería de Unisangil como a los estudiantes. **Conclusión.** Si se desea que la práctica de enfermería esté basada en la evidencia las teorías de rango medio ofrece esta posibilidad y asegura que el cuidado de enfermería sea exitoso tanto para el paciente, la familia, la comunidad como para el equipo de enfermería.

Palabras clave: modelos de enfermería, teoría de enfermería, enfermera, práctica basada en la evidencia, cuidados de enfermería.

(1) Enfermera. Magister en enfermería. Docente de Enfermería de la Universidad Andrés Bello de Chile.

(2) Enfermera. Magister en enfermería con énfasis en salud familiar. Coordinadora de investigación, Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud. Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL.

Abstract

Introduction. Nursing models and theories give the profession identity and free it from the biomedical model prevailing in disciplinary spaces that guide the nursing task with security and autonomy, which should be evidenced in the educational schemes of the undergraduate programs, so it is required Include it and apply it in practice scenarios and in research processes. **Development.** In the framework of the III International Congress of Models and Theories of Nursing held in Neiva in 2015, Unisangil invited Dr. Lissette Alejandra Aviles to Unisangil headquarters Yopal and Sede San Gil. Dr. Aviles is an expert in the management of models and theories in the daily practice of nursing, with special attention to the middle range theories. She contextualizes the level of abstraction of nursing theories and recommends the use of conceptual models not as abstract as the medium-range theories, which were explained both to the teaching staff of the Unisangil nursing program and to the students. **Conclusion.** If nursing practice is to be evidence-based, middle-range theories offer this possibility and ensure that nursing care is successful for the patient, family, community, and nursing team.

Key words: Models nursing, nursing theory, nurse, evidence-based practice, nursing care.

Introducción.

La Red de Enfermería del Oriente Colombiano (REOC) conformada por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), la Universidad de los Llanos (Unillanos), La Universidad Surcolombiana (USCO), la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) y Unisangil celebra cada dos años el congreso internacional de modelos y teorías de enfermería. Para el 2015,

se desarrolló la tercera versión del congreso en la ciudad de Neiva y Unisangil invitó como conferencista a la enfermera chilena la Dra Lissette Alejandra Aviles Reinoso docente del programa de enfermería de la Universidad Andrés Bello en Santiago de Chile, su ponencia se tituló “Modelos de enfermería, paso hacia la práctica avanzada de enfermería en Chile”, pero además la Dra Lissette visitó a Unisangil en la sede Yopal y en la sede de San Gil, allí trabajó con estudiantes y docentes de enfermería la aplicabilidad de las teorías de rango medio (TRM) en las situaciones de enfermería de tal forma que dada la importancia de su disertación se estructuró el presente artículo para exponer a la comunidad académica de enfermería la introducción de modelos y teorías en la práctica diaria.

Taller de modelos y teorías a los docentes y de estudiantes

La doctora Lissette Aviles inicia su disertación indicando que la aplicabilidad de los modelos y teorías en la práctica no fue fácil para los docentes de enfermería en Chile porque tiene uso limitado y poca aceptación.

Manifiesta que la Universidad Andrés Bello, el programa de enfermería ha transitado desde utilizar grandes teorías como Orem, pero luego de un tiempo se vio que ésta teoría no se ajustaba a todas las situaciones entonces se decidió que el estudiante escogiera la teorista, pero los docentes no conocían a profundidad las teorías no hacían énfasis para su uso diario si no al final del semestre presentaban un trabajo.

En el proceso de innovación del programa de enfermería en Chile se planteó una malla

curricular que cambiara el enfoque biomédico del programa por un enfoque más disciplinar, es por ello que se incorporan los modelos y teorías como una forma de volver a la disciplina para que enfermería se posicione, se apropie de sus conocimientos y se visibilice. Pero además hay otra situación que afecta el rol actual de enfermería, se ha convertido muy administrativo y la ley lo respalda, por tanto, eso ha llevado a cierta lejanía del proceso de cuidado especialmente al contacto humano enfermera persona.

Entonces, se empezó a soñar el enfermero ideal, un enfermero juicioso, que brinde cuidado humanizado, sensible a cada individuo, y las TRM se presenta como una herramienta importante para el éxito del cuidado, dado su desconocimiento por parte de los docentes se empezó un proceso de capacitación y ahora se enseñan en el primer nivel aspectos teóricos generales y más adelante se profundiza en las TRM y su aplicabilidad mediante ejercicios prácticos.

La metodología funciona si el estudiante realiza una primera valoración de enfermería con la ayuda de una teoría como por ejemplo la teoría de Henderson porque tiene la facilidad para la valoración y en ese momento empieza a diagnosticar necesidades, precisamente allí inicia un análisis de pensamiento crítico, en consecuencia el primer paso es conocerlas con sus conceptos principales, luego al aplicarlas facilita el proceso porque le va dando directrices en una determinada situación de acuerdo a la necesidad detectada por el estudiante.

Las teorías se han clasificado desde el nivel más alto de abstracción hasta las más

concretas, la escala inicia con las más abstractas como las filosofías de enfermería, entre ellas están la teoría de Florence Nightingale, o Virginia Henderson con las necesidades humanas, y una filosofía más contemporánea es el cuidado amoroso de Jean Watson es una filosofía que plantea el cuidado como un acto de amor y un cuidado de persona a persona, es decir, el cuidado se convierte en transpersonal, esta filosofía es una nueva tendencia que vuelve a la esencia de enfermería que es el cuidado.

Luego aparecen los marcos conceptuales de Dorothea Orem, Calista Roy, luego las grandes teorías de Leininger, Nola Pender, Travelbee, Peplau, entre otras. Finalmente se presentan las TRM que son más concretas, inclusive ya hay estudios que desarrollan microteorías, que son cada vez más específicas, como el dolor. Entonces las TRM son menos abstractas sin embargo éstas contemplan conceptos de las grandes teorías, de marcos conceptuales o de filosofía.

Para aplicar las TRM se determina la situación de la persona enferma y a partir de ahí se decide la teoría que es más útil para esa situación, y lo primero que se hace es valorar a la persona enferma, conocer su situación de salud, las necesidades de cuidado y se establecen los diagnósticos y a partir de eso se prioriza, se eligen sus acciones de enfermería para finalmente evaluarlas.

En concenso con el equipo de innovación de Chile se eligieron las siguientes teorías para trabajarlas en las situaciones de enfermería: Teoría de incertidumbre de Merle H Mishel, trayectoria de la enfermedad de Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd, Confort de Katharine

Kolcaba, Teoría de los cuidados de Kristen Swanson y del final tranquilo de la vida por Cornelia Ruland y Shirly Moore, además el nombre de la teoría le va diciendo hacia qué situación se dirige o a qué se puede aplicar, incertidumbre frente a la enfermedad, final tranquilo paciente terminal.¹

Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H Mishel

La teoría plantea el concepto de *incertidumbre* como la incapacidad de determinar el significado cuando a la persona se le diagnostica por primera vez una enfermedad, por tanto va a estar mediado por el concepto de *esquema cognitivo* que es la interpretación subjetiva en relación a la enfermedad, qué es lo que él cree o supone de qué se trata su enfermedad, de cómo esa situación se presenta. Por ejemplo una persona va a un chequeo médico se toma la tensión arterial y se encuentra con una hipertensión, la situación es distinta a si es un coma diabético o una crisis hipertensiva, entonces cómo la incertidumbre se presenta de acuerdo a esa situación y por supuesto también juegan un papel importante las *fuentes de estructura* que tiene que ver con el contexto, ¿se tendrá atención completa?, ¿se va tener los recursos para acceder a un especialista?. También depende de las *capacidades cognitivas* que tiene la persona con el nuevo diagnóstico, va a depender incluso del *nivel educativo*. También cuenta *la inferencia* si la persona tiene una experiencia pasada, hay personas el diagnóstico de diabetes no les significa nada y hay personas que el abuelito se murió de diabetes y entonces diabetes lo traduce que se va a morir. Y eso es muy importante para revisar el manejo de la incertidumbre, también las creencias, a partir de estas experiencias lo

que yo creo en esa situación y también el concepto clave la *adaptación*, porque en definitiva lo que busca la enfermera es que la persona se adapte a su nueva situación, que genere una *nueva perspectiva de vida* y que ella comience a desarrollar un mundo que va a estar condicionado a esta nueva situación.²

El esquema planteado por Mishel es fácil de entender, existe un marco de estímulo de cómo la persona recibe su primer diagnóstico, que va a estar determinado por su *capacidad cognitiva*, va a depender de las *fuentes de estructura* y siempre va a generar una *incertidumbre*, la cual genera dos situaciones *el peligro y la oportunidad*, el peligro que la persona se deprima, se niegue a la enfermedad, en el caso de las personas programadas a diálisis en Chile pasa mucho que se les comienza a hablar de diálisis las personas se fugan no van más a control y después llegan con síndrome urémico y otras complicaciones, por lo tanto si se tiene ese peligro lo más importante es como transformo **esa nueva situación en una nueva oportunidad** donde el rol de la enfermera es ayudar a la persona través de estrategias de afrontamiento que le permita movilizar sus propias capacidades para que finalmente se adapte a esta nueva situación.²

En Chile se realizó un estudio titulado aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable, describe la situación de una persona con arritmias a quien se la ha colocado este dispositivo ¿qué será la duda del paciente?, ¿qué pasa si se daña?, esto genera incertidumbre también depende desde el punto de vista de la aplicación.³ Por lo tanto, tengo un fenómeno de incertidumbre ese

peligro se debe transformar hacia una oportunidad y hacia una adaptación.

También puede presentarse una persona con hipertensión de hace tres años pero cuando se valora ella no sabe para qué es la pastilla que se toma, tiene hipertensión, pero no sabe qué es eso, por lo tanto, la teoría se aplica después de la valoración y no decir ésta persona tiene tres años con hipertensión, no sirve, depende necesariamente de cada situación en particular.

Teoría de la trayectoria de la enfermedad de Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd

Esta teoría sobretodo para enfermedades crónicas, y a diferencia de la teoría de la incertidumbre cuyo centro es la persona, esta teoría involucra el binomio persona y familia y su entorno, tiene en cuenta componentes físicos de la enfermedad y la organización de la persona hacia esta nueva situación de salud por lo tanto sus conceptos principales son *identidad* la concepción que se tiene de si mismo, la *temporalidad* es distinto un diagnóstico de cáncer a los 30 años, a si la persona tiene 80 años o si es un niño, depende de la temporalidad y del momento biográfico, y del *cuerpo* si la enfermedad ha traído consecuencias con lo físico, por ejemplo las personas con hipertensión no se sienten contentas con la pastilla porque no siente la diferencia al dejarla de tomar a si fuera una enfermedad dolorosa, o una enfermedad que involucra mutilización de algunos de sus miembros, artritis con deformidad porque esta condición física influye en las actividades de la vida diaria, las personas con insuficiencia cardiaca tiene que adaptarse a esta nueva condición. ⁴

También se utiliza el concepto *manejo de incertidumbre temporal* como las intervenciones tratan de disminuir esta disfunción en relación al momento en que se produce el evento, se debe preparar a la persona en relación a los daños que presentará su cuerpo con ésta nueva enfermedad o con el tratamiento, en el caso de la persona con cáncer inicia con la quimioterapia, donde la cognotación es en relación al *cuerpo* y algo que es vital respecto a la *incertidumbre de identidad*, hay muchas personas aprenden a sobre llevar la enfermedad y a convivir con ella, pero hay otras que definitivamente interrumpen su vida, no salen más, se aíslan, por lo tanto es algo que desde las intervenciones se debe manejar.

También se debe pensar en *actividades relacionadas con el manejo de síntomas*, del *trabajo diario*, *biográfico* y *reducción de la incertidumbre*, es una teoría que se usa bastante, que es amigable porque utiliza no solo estos conceptos si no que orienta los diagnóstico que tienen que ver con el control de los síntomas, dolor, alteración de la actividad, alteración del patrón respiratorio, también involucra actividades domésticas, manejo de las emociones en relación a la patología de la persona, a través de las intervenciones se disminuye el impacto que tiene la enfermedad y tratamiento en pro de su calidad de vida; ésta teoría maneja varios conceptos que orientan rápidamente las intervenciones a una determinada situación porque se presenta con un pragmatismo bastantes claro.⁴

Teoría del confort de Katherine Kolcaba

El confort que plantea esta teoría necesita intervenciones de enfermería, establece 3 tipos

de confort alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos distintos físico, psicoespiritual, social y ambiental. La teoría es aplicable a personas enfermas, estudiantes, trabajadores, instituciones, comunidad, es decir se plantea la *institucionalidad* como un aspecto específico de esta teoría, las anteriores teorías que se han descrito el foco esta en la relación enfermero- persona enferma- comunidad, como una relación que acepta, aproxima brindado bienestar al enfermo a través de un contacto directo; pero esta teoría además de incluir aquello plantea una responsabilidad de la institución con la política institucional.⁵

Por lo tanto, este grupo va tener *necesidades de cuidado* que van a requerir *intervenciones enfermera en relación al confort* como necesidades fisiológicas, espirituales, financieras, ambientales, además de tener variables que se extraen de la valoración, la persona siempre quiere la salud, nadie quiere estar enfermo, ni con dolor, a eso se le denomina *conductas de búsqueda de la salud* por lo tanto con esta premisa se va negociando el cuidado en pro de su bienestar, de su capacidad y de su querer mejorarse y algo clave tiene que ver con la *integridad institucional* porque todo este marco de cuidado que se plantea esta en relación a una política es decir que el cuidado no es individual si no que esta enmarcado en una institución que por un lado plantea prácticas que son recomendadas y por otro políticas específicas de atención.⁵ Esta es una teoría que de hecho se aplica en varios hospitales de Estados Unidos donde Kolcaba los asesora, también hay una escala en la medición del confort que se ha tratado de validar al español.

Con las TRM hay que hacer énfasis en que su uso significa que la práctica estará basada en la evidencia, son teorías que nacen desde la observación, nacen en situaciones vividas por las colegas, las describen a través de sus conceptos, todas ellas se han aplicado y se han probado, por tanto, cuando la enfermera usa una TRM es igual de válido a un tratamiento médico con hidrocoloide para una herida de grado II, el resultado final es exitoso. La enfermera necesita entregar cuidados de calidad basados en evidencia científica, es decir, la teoría esta probada que funciona, y en la medida en que se utiliza aseguro de que el proceso de atención funciona porque esta probada que es así y que genera bienestar para la persona enferma.

Desde los tipos de confort y los contextos, la enfermera debe vigilar el contexto físico, social, espiritual y ambiental, así mismo, aparecen conceptos de Calixta Roy y de Henderson, sobre tres tipos de confort que van a ser progresivos es decir me plantean una continuidad por ejemplo desde lo físico si se tiene una persona con dolor lo primero es poner un analgésico pero además se debe proporcionar una posición cómoda, establezco un sistema de analgésico progresivo de largo tiempo, y luego avanzó hacia una persona que ya no tiene dolor, es capaz de dormir, y que puede darle un significado al dolor o a la experiencia vivida, por lo tanto los tipos de confort refuerzan un cuidado progresivo y continuo y desde la política institucional, centro de ésta teoría, permite darle continuidad al cuidado, usted tiene una persona con dolor, le puso el primer push de morfina muy bien, hay cambio de turno la siguiente enfermera le coloca su analgésico en bomba de infusión, le apaga la luz, etc, bien y probablemente el

tercer enfermero va a generar este estado de trascendencia en donde el paciente está más tranquilo, va a poder dormir, por lo tanto sigue la lógica de la continuidad, nuestro cuidado es continuo. Y eso es algo que este modelo nos ayuda a garantizar.

También desde las *conductas de la búsqueda* esta teoría se puede utilizar cuando el resultado de la búsqueda de salud puede ser para una muerte tranquila, por ejemplo esta teoría se puede usar en un servicio de neurocirugía, en Colombia se hizo un estudio titulado Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía, en el que trabajaron con 10 personas y al aplicar las intervenciones de cuidado de enfermería evidenciaron que a más días de hospitalización las personas hospitalizadas experimentaban mayor confort según los tipos de confort y el contexto de Kolcaba.⁶

Cuando los estudiantes van avanzando en el programa de enfermería se debe reforzar las teorías por medio de lecturas de artículos, en este semestre se está estudiando a Swanson, Kolcaba y Pender, se analiza la aplicación teórica en la formulación del plan de cuidado para el proceso de atención.

La teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Esta es una teoría bastante amigable a los estudiantes porque los conceptos son básicos y muy sencillos, además en Chile ha sido una necesidad de volver al cuidado humano, volver al contacto del enfermero con la persona enferma porque se está generando la mecanización por el exceso de la tecnologización del cuidado. Esta teoría nace con la filosofía de Watson, ya que Swanson fue

alumna de doctorado de Watson, por lo tanto, ella desarrolla la teoría basada en la transformación y el contacto transpersonal, planteando los cuidados desde el compromiso y la responsabilidad personal. Los conceptos son bastante básicos el *conocimiento* para comprender el significado del otro en su experiencia pero también el conocimiento que debe tener el enfermero, que tiene que estudiar, que tiene que estar leyendo, estar actualizado, también *estar con* es decir, el compromiso personal y emocional de compartir los sentimientos sin abrumar, este aspecto es muy importante, dado que hace varias décadas en el proceso de formación de pregrado se enseñaba que la enfermera no podía llorar frente a la persona enferma porque no era profesional, que no se podía involucrar porque eso era subjetivo, tampoco se podía reír porque eso era poco profesional.⁷

Lo que se sabe es que precisamente esa actitud de no llorar de no reír frente a la persona enferma, ha generado el síndrome de burnout, es precisamente esa distancia artificial es la que provoca que el enfermero se quemó y en la medida que se ha estudiado, sobre todo la investigación cualitativa, se ha evidenciado que es al revés, el expresar los sentimientos es protector, como decía el estudiante “no somos de palo” o sea si se está muriendo un paciente es normal que la enfermera sienta dolor, que si hay un abuelito hospitalizado, se asemeje a mi abuelito, que si es un joven se parezca a mi hermano y eso es natural porque la enfermera es un ser humano y eso deben aprender los estudiantes y es deber ayudarlos a reconocer su identidad profesional, y esta teoría rescata esas relaciones que la enfermera o el estudiante es una persona, por lo tanto, estoy con él y hago por él lo que haría

por mi desde un cuidado absolutamente humano comprensivo.⁷

Igualmente es importante la asistencia al mantenimiento de las *creencias*, de la religiosidad, pero también mantener la capacidad de fe del otro, la persona por estar hospitalizada los bañan, les cepillan, si ellos pueden hacerlo pues la enfermera los acompaña, es esa la capacidad de creer en el otro y esta teoría lo maneja bastante bien, por supuesto desde una actitud de esperanza pero también de realismo, es decir, si una persona tiene cáncer se debe ser realista, y eso te obliga a un cuidado más honesto.⁷

Cuando los estudiantes presentan la situación o su caso que sea bajo el esquema de la teoría porque allí se enmarcan los conceptos claves. Otro concepto de la teoría es *mantener las creencias* y mantenerlas con cierta complicidad para llegar a las necesidades del otro, por ejemplo en un servicio un señor muy triste y las enfermeras dijeron que era un señor super complidado, odioso, en el turno le pregunté ¿cómo está señor? me presenté, pero ¿qué es lo que le preocupa?, me mira se pone a llorar, lo que más le preocupaba es que tenía al perro solo en la casa tres días sin comida, pero ¿qué hacemos?, la hija que cuida al perro, no tenía celular, entonces se llamó a la hija, y la hija le dijo tranquilo voy a darle la comida al perro y se quedó más tranquilo, como que el señor se descargó, y a partir de ese momento fue muy colaborador, entonces no omitir las cosas que parecen que no son importantes, porque el solucionarlas favorece el proceso de recuperación.

Teoría del final tranquilo de Cornelia Ruland y Shirley Moore

Esta es una teoría que utilizamos bastante en Chile en el programa de cuidados paliativos es un programa nacional que garantiza el acompañamiento a personas con enfermedad terminal, y plantea los conceptos claves al atender a una persona que está en agonía. Los conceptos son *ausencia de dolor*, *manejo del dolor* pero no solo dolor físico sino ese dolor total que involucra lo físico, lo emocional y el significado de aquello para generar una experiencia de bienestar en nuestro paciente, *alivio de molestia*, *estado de relajación* que permita las mejores condiciones posibles en sus últimos días.⁸

Se debe generar una *experiencia de dignidad y respeto*, porque sigue siendo persona si yo tengo una persona diabética y con otras enfermedades y en su último día, pide comerse un pastel, ¿le damos el pastel? pero es diabético, si quiere un pastel pues se le da el pastel, pero vamos a ver que muchas veces se toman decisiones muy arbitrarias. Lo importante es tener a una persona en armonía, calma y tranquilidad. Otra situación que también se presenta es cuando se evita la proximidad de los familiares, si desde la norma dice que solo se permite el ingreso de dos familiares, entonces solo dos, pero llegaba otra colega, es que el paciente está agonizando y dejaba entrar a todos, por lo tanto se creaba conflicto, entonces la familia decía es que la señorita tal es pesada pero esta enfermera es más bondadosa, entonces la teoría nos enseña a tener un lenguaje común, porque el cuidado no puede estar supeditado a las personas individuales, no depende de las características individuales sino sujeto a un contexto, eso evita todos estos problemas.⁸

En un estudio titulado Plan de Cuidados de enfermería para el paciente en situación de agonía en Atención Primaria, se planteó un plan de cuidados paliativos en el domicilio, de dos fases una fase de valoración y una segunda fase de intervención, con esta intervención se evidenció que la enfermera tiene un papel muy importante en el proceso de agonía en el domicilio y se quiere presentar la herramienta de intervención para que sea usada por las enfermeras de atención primaria.⁹

Conclusiones

Se debe empezar a estructurar un programa de enfermería que contemple los modelos y teorías de enfermería del tal forma que el programa sea más disciplinar, ya que son teorías válidas escritas por enfermeras sobre su práctica diaria, las cuales deben ser usadas para la apropiación del conocimiento enfermero y visibilización del actuar enfermero, por tanto se debe capacitar al docente para que enseñe su aplicabilidad durante el proceso de formación del enfermero, iniciando en el primer semestre con aspectos generales y en los siguientes semestres profundizar tres o cuatro teorías mediante el análisis de situaciones de enfermería publicadas en artículos, para luego aplicarlas en la práctica diaria e informes finales de semestre.

Utilizar las TRM en la práctica diaria de enfermería garantiza que el proceso de cuidado a las personas, familia, comunidad sea exitoso, dado que son teoría probadas que funcionan por tanto asegura que la práctica este basada en la evidencia científica cuyo proceso pueda ser publicado, potenciando la transferencia del conocimiento enfermero.

Referencias

- (1) Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Edición 6. Madrid: Elsevier; 2011.
- (2) Escandon Pardo JA. Merle Mishel; Teoría de la incertidumbre de la enfermedad. Teorías intermedias. Blog [Internet] 2013 [acceso 2015 septiembre 4] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112c.pdf>
- (3) Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. Rev Mex Enferm Cardiológica [Internet] 2011 mayo agosto [acceso 2015 septiembre 23]; 19 (2): 62-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112c.pdf>
- (4) Posada Herrera DM. Trayectoria de la enfermedad. Blog [Internet] 2013 junio [acceso 2015 septiembre 30] Disponible en: <http://teoriasintermedias.blogspot.com.co/2013/05/trayectoria-de-la-enfermedad.html>
- (5) Aguirre Ceballos L. El confort. Blog. [Internet] 2013 [acceso 2015 octubre 2] Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/el-confort.html>
- (6) Uribe Meneses A, Torrado Acevedo IC, Acevedo Durán YJ. Confort de los pacientes hospitalizados en un servicio de neurocirugía. Revista Ciencia y Cuidado. [Internet] 2012 diciembre [acceso 2015 octubre 3]; 9 (2): 17-25. Disponible en: <file:///C:/Users/Unisangil/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496.pdf>
- (7) Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermera profesional en Chile. Revista

enfermería global. [Internet] 2012 octubre. [acceso 2015 octubre 4]; (28): 316-322. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>

(8) Aguirre Ceballos L y Rodríguez Hernández AE. Final tranquilo de la vida. Blog. [Internet] 2014. [acceso 2015 octubre 4] Disponible en: http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/final-tranquilo-de-la-vida_30.html

(9) Sánchez García O y Domínguez Rodríguez MC. Plan de cuidados de enfermería para el paciente en situación de agonía en Atención Primaria. Ene revista de enfermería. [Internet] 2010 [acceso 2015 octubre 10]; 4 (2): 71-82. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/134/117>