

## **CUIDADOS AL FIN DE LA VIDA: UNA REFLEXIÓN A PARTIR DE LOS PATRONES DEL CONOCIMIENTO.**

Felipe Machuca C.<sup>1</sup>, Karina Medero Loyola.<sup>2</sup>, Carolina Zapata Aqueveque<sup>3</sup>

**Recibido:** 22 – 7- 2015

**Aceptado:** 28- 9- 2015

**Publicado:** 21 – 12 - 2015

### **RESUMEN**

Ontológicamente la enfermería es una ciencia humana cuyo foco de estudio es el ser humano. Epistemológicamente la enfermería se ha movido entre el paradigma positivista y el paradigma de la comprensión. Esta continua pugna entre ambos paradigmas se ve reflejado y sintetizado en el trabajo inicial de los patrones del conocimiento de Carper y que luego fue ampliado por Silva, Chinn y Kramer. Generando los patrones emancipatorio, sociopolítico, ético, personal, estético, empírico y desconocido.

En esta reflexión se busca analizar una narrativa de cuidados en la cual se exponen aquellos que aplican al final de la vida en un contexto de atención domiciliaria. Utilizando los patrones del conocimiento descritos para evidenciar la construcción del conocimiento en esta situación.

Como consideraciones finales podemos mencionar que entender los cuidados desde la narrativa y su análisis de los patrones de conocimiento, ayuda a explorar la complejidad del desarrollo de los conocimientos dentro de la profesión de la enfermería.

**Palabras Claves (DeCS):** Teoría de Enfermería, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida, Atención Domiciliaria de Salud.

---

<sup>1</sup> Enfermero, Mg. en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Académico de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.  
felipe.machuca@uautonoma.cl

<sup>2</sup> Enfermera, Académica de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.  
karina.medero@uautonoma.cl

<sup>3</sup> Enfermera, Especialista en Cuidados Intensivos del Adulto, Académica de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, carolina.zapata@uautonoma.cl

**CARES AT THE END OF LIFE:  
A REFLECTION FROM THE PATTERNS OF KNOWLEDGE.**

**ABSTRACT**

Ontologically nursing is a human science whose focus of study is the human being. Epistemologically nursing has moved between the positivist paradigm and the paradigm of understanding. This continuing struggle between the two paradigms is reflected and synthesized in the initial work Carper's patterns of knowledge and then was extended by Silva, Chinn and Kramer. Generating the emancipatory, socio-political, ethical, personal, aesthetic, empirical and unknown patterns.

In this reflection it seeks to analyze a narrative of care which exposed those who apply at the end of life in a context of home care. Using knowledge patterns described to demonstrate the construction of knowledge in this situation.

As final considerations, we mention that understand the care from the narrative and analysis of patterns of knowledge helps to explore the complexity of the development of knowledge within the profession of nursing.

**Keywords (DeCS):** Nursing Theory, Hospice and Palliative Care Nursing, Home Nursing

**CUIDADOS NO FINAL DA VIDA:  
UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS PADRÕES DE CONHECIMENTO.**

**RESUMO**

Ontologicamente Enfermagem é uma ciência humana, cujo foco de estudo é o ser humano. Enfermagem epistemologicamente foi movido entre o paradigma positivista e paradigma de compreensão. Esta luta contínua entre os dois paradigmas é refletida e sintetizada no trabalho inicial dos padrões de conhecimento de Carper e, em seguida, foi prorrogado por Silva, Chinn e Kramer. Gerando os padrões emancipatórias, sócio-política, éticas, pessoais, estéticas, empíricos e desconhecidas.

Nesta reflexão que procura analisar uma narrativa de cuidado que expôs aqueles que aplicam no final da vida em um contexto de cuidados em casa. Usando padrões de conhecimento descritos para demonstrar a construção do conhecimento nesta situação.

Como considerações finais podemos mencionar que compreender o cuidado da narrativa e análise de padrões de conhecimento, ajuda a explorar a complexidade do desenvolvimento do conhecimento dentro da profissão de enfermagem.

**Palavras-Chave (DeCS):** Teoria de Enfermagem, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Assistência Domiciliar

## INTRODUCCIÓN

Los elementos disciplinares constituyentes de la enfermería provienen de la práctica, la teoría y la investigación. Pero la profesión, desde su nacimiento, se ha sustentado en la práctica, fundamento del cuidado de enfermería. Cuando se brindan cuidados, se van adquiriendo experiencias que se van transformando en un conocimiento aprendido. Se observa el fenómeno, se analizan sus dimensiones, se busca en la literatura antecedentes, investigaciones y reflexiones respecto al tema, se razona, se adquiere la experiencia de aprendizaje, se reproduce el fenómeno y como producto se modifica la conducta, la cual se puede compartir a través de la comunicación verbal o actitudinal (1).

Del mismo modo, el conocimiento en la vida cotidiana en la Enfermería se construye en la medida que nos hacemos conscientes y nos detenemos a reflexionar acerca de ello. En ese momento hacemos un acto de comprensión y hacemos propia aquella experiencia. Al ser rescatada como experiencia consciente se la puede integrar a otras vivencias similares como un todo y generar nuevas ideas. Este proceso es producir saber de la experiencia (1).

Entonces, podemos decir que las enfermeras/os expresamos nuestro conocimiento a través de la práctica y si no pensamos en términos reales del conocimiento podemos entrar en la penumbra de la repetición y el estancamiento. Asimismo, el conocimiento se extiende a la investigación, herramienta sin la cual nuestro desarrollo disciplinar fácilmente se detendría y la práctica se convertiría en el manejo arcaico de actividades

derivadas de la tradición o en la repetición de actividades totalmente delegadas por los médicos o los administradores, sin importar el grado de aplicación tecnológica que éstas conlleven (2).

Por otra parte, Schön desarrolló el concepto de saber cómo parte del "saber-en-acción". Esto apoya la generación de conocimiento personal y tácita, sugiriendo que todos poseemos, pero somos incapaces de articular. Si bien la idea de aprender de la experiencia no es nueva, que data por lo menos desde los escritos de John Dewey en los primeros años de este siglo, el uso de la reflexión sobre la experiencia como un medio para mejorar la práctica profesional se debe a la labor de Schön quien destacó la debilidad del enfoque de aplicación la teoría que había dominado las profesiones y los que solicitan el estatuto profesional (3, 4).

Avanzando en nuestro razonamiento, Bonis describe que el supuesto ontológico que sustenta este análisis es que el conocimiento es de dos tipos: un tipo es el conocimiento objetivo que se construye lógicamente y el segundo tipo es el conocimiento subjetivo que se construye a través de la razón inductiva. El conocimiento subjetivo se configura a través del compromiso personal de un individuo con el medio ambiente, o la experiencia personal. Este tipo subjetivo de los conocimientos obtenidos a través de la experiencia personal se ve afectada por la forma en que el individuo percibe esas experiencias. Chinn y Kramer se refieren a este tipo subjetivo del conocimiento como saber, o una forma de percibir y entender el yo y el mundo.

Cada nueva experiencia afecta a cómo el individuo percibe las experiencias futuras y percibe el mundo. Por lo tanto, el conocimiento subjetivo está en un continuo proceso de cambio a través de cada nueva experiencia (5, 6).

Podemos adicionar, que la enfermera/o humanista sirve como un modelo valórico para desarrollar el conocimiento a través de la empatía o preocupación (conocimiento estético) y el uso terapéutico de uno mismo (conocimiento personal), sugiere que el conocimiento personal puede ser necesario para, o al menos contribuir al, conocimiento estético. La comprensión de los patrones de conocimiento aumenta la conciencia de la complejidad de las relaciones humanas en Enfermería y faculta al profesional para ejercer el cuidado con confianza en un encuentro directo enfermera/o-paciente. A su vez, se predice que el futuro de la epistemología de Enfermería se encuentra en las exploraciones formales más estrechas y de todos los modelos de saber, saber que pertenece a la Enfermería y las personas con las que nos involucramos en el cuidar (7).

Se debe agregar que el fundamento ontológico de la Enfermería se basa actualmente en este tipo de conocimiento personal a partir de un enfoque epistemológico en la salud y la enfermedad. Este interés subjetivo en la salud y la enfermedad se han producido a través de un cambio gradual de un enfoque empírico de los procesos de enfermedad, a un abrazo de la experiencia humana, por lo tanto, el cambio de la ontología de una de empirismo a una de la realidad subjetiva. La Enfermería ha evolucionado hacia el uso de la palabra conocer para referirse a este tipo de

conocimiento que evoluciona a través de la experiencia personal (5).

Hay que mencionar, que desde una nueva concepción metateórica de la ciencia en general, la Enfermería se ha permitido cuestionar la fundamentación empírica como única y dominante y ha posibilitado rescatar el énfasis en la dimensión humana de la ciencia, donde junto a un racionalismo científico que permita el entendimiento universal de los fenómenos por su comprobación empírica, se incluya una dimensión interpretativa y comprensiva de las situaciones particulares, no como herencias del sentido común, de dogmas ocultos o tradiciones de opinión sino como un paradigma integrador y revelador de la naturaleza del conocimiento del cuidado humano (2, 8).

Con respecto al conocimiento de Enfermería podemos mencionar que proviene de múltiples formas e incluye evidencias que provienen de la ciencia (investigación y evaluación), la experiencia y la comprensión personal. El conocimiento científico se desarrolla a través de la investigación y puede usar los métodos de investigación. Sin embargo, no es la única forma de evidencia utilizadas por las enfermeras/os en su accionar. Las enfermeras/os también utilizan la experiencia adquirida en la práctica y su propio aprendizaje. La relación entre la investigación y la generación de conocimiento científico es entendida y aceptada por muchos (4).

A su vez, una serie de escritores han propuesto marcos que describen la generación de conocimiento en enfermería a través de la experiencia personal y la comprensión. Carper, analiza los cuatro patrones fundamentales de conocimiento: Empírico (saber qué),

estética (saber hacer), personal (¿Cómo sé yo y otros?) y la ética (saber por qué debo hacerlo) Este trabajo reúne una amplia gama de conocimientos esenciales que se pueden utilizar para formar la práctica de Enfermería, reconociendo la importancia no sólo de los conocimientos científicos, sino de los conocimientos desarrollados a través de la experiencia, la comprensión personal y la interpretación y de razonamiento moral y ético. Además que cada patrón puede ser concebido como necesario para lograr el dominio en la disciplina, pero ninguno de ellos podía considerarse suficiente (3, 9).

Más aun, podemos mencionar que hay aspectos del conocimiento de Enfermería inexplicables y desconocidos que llevan a preguntarse cómo conocer lo desconocido y darle significado y cómo conocer lo inexplicable y hallarle sentido; preguntas que no alcanzan a ser cubiertas por los patrones de conocimiento de Carper; por ello Silva agrega a los patrones de conocimiento de Carper: lo inexplicable y desconocido (10, 11).

Por otra parte Cooke, sostiene que mientras que las enfermeras/os tienden a tener actitudes negativas, alegando que la enfermería es acerca de las personas, ellas tienen que entender a las personas en el contexto de su patología y de la sociedad. Ellas también critican a los que abogan por un enfoque en los aspectos microsociológicos como el etiquetado y la familia, alegando que la comprensión de la sociología de la enfermería y las organizaciones también es importante. También hay que tener en cuenta que

existen diferentes escuelas sociológicas, entre estas, algunas se centran en el individuo y algunas en las estructuras de la sociedad que se considera que influyen individuos. Se ve que ambos enfoques son útiles y que los factores que influyen en la enfermera/o y la persona, no deben ser ignorados. Estos factores forman el patrón del conocimiento socio-político identificado por White, sosteniendo que lo que faltaba en el trabajo de Carper fue el contexto de la enfermería. Otros patrones abordaron el "quién, cómo y por qué" de la enfermería, pero no el "en dónde" (4).

En virtud de lo anteriormente expuesto aparecen interrogantes en los contextos de cuidados:

¿Cómo se aprenden a desarrollar los cuidados de enfermería?

¿Cuáles son los conocimientos que se desarrollan en un cuidado de enfermería?

¿Se reconocen los patrones del conocimiento en los cuidados de enfermería?

¿Cómo se desarrollan los patrones del conocimiento en los cuidados de enfermería?

En esta reflexión se busca analizar una narrativa de cuidados en la cual se exponen aquellos que aplican al final de la vida en un contexto de atención domiciliaria. Utilizando los patrones del conocimiento descritos para evidenciar la construcción del conocimiento en esta situación.

## **METODOLOGIA**

Se plantea como método para esta reflexión el ensayo hermenéutico. Entendido como un proceso permanente de apertura, reconocimiento y a las consiguiente homologación de la realidad. En un proceso continuo de comprensión de los fenómenos, donde se amalgaman las realidades individuales, grupales, sociales, históricas y políticas. Para Gadamer este método, enfatiza en el aspecto ontológico. A su vez teniendo un enfoque epistemológico en un primer criterio descriptivo, con una esencia testimonial, describiendo de forma objetiva la teoría. Así mismo en un

## **NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA DE CUIDADO**

Durante casi tres años realice cuidados domiciliarios contratado por una familia, teniendo a su cargo una persona que había sufrido un accidente cerebro vascular masivo con una gran dependencia en todas sus necesidades de la vida diaria. Desde los cuidados más básicos de aseo y confort por ejemplo, hasta los más complejos para la mantención de su salud. Los cuidados eran brindados las 24 horas del día, en esta relación de ayuda se empezó a establecer una profunda cercanía y mutuo conocimiento con la familia.

Se vivieron muchos momentos con la familia y el equipo que se conformó, cumpleaños, festividades, fiestas patrias, del mismo modo vivimos cuadros infecciosos de nuestra persona cuidada, variaciones en su estado de salud y variaciones en la complejidad de sus cuidados. Desde el inicio de los cuidados se centraban solo en nuestra persona, pero

segundo criterio externalista, ya que busca estudiar esta ciencia en un contexto (12, 13).

Este ensayo se desarrolla realizando una narrativa de un experiencia de cuidado de uno de los investigadores, en un contexto de cuidados al final de la vida en cuidados domiciliarios y de forma posterior se analiza, en esta, la existencia de los siguientes patrones del conocimiento: emancipatorio, sociopolítico, ético, personal, estético, empírico y desconocido

poco a poco se fueron ampliando, al círculo más cercano de la familia, y fueron permeando al resto de la familia, una familia amplia y extendida.

Todos estos cuidados fueron evolucionando desde un cuidado centrado en la estabilidad de la salud, control de infecciones y manejo de los problemas asociados a la postración de esta persona; y cuando se logró la estabilización de su cuerpo, poco a poco se empezó a integrar a la familia en los cuidados de su ser querido, incorporándolos en suplir sus necesidades básicas, pero también en cómo lo podían integrar en la vida familiar, en la demostración de sus sentimientos, vivir su nueva condición junto con él e integrarlo, generando una nueva rutina de vida familiar en torno a esta situación.

Cada día se lograba que la situación de salud pasase a ser más que una carga para

la familia, a que pudiesen verla como una nueva condición y una oportunidad de compartir como familia, integrando a su familiar. Pasaron los años en esta estabilidad, con pequeños altibajos en su estado de salud pero con una familia presente y fortalecida.

Con el tiempo a pesar de que sus cuidados eran óptimos y que el acceso a distintas opciones terapéuticas nunca fueron un impedimento. Su estado de salud empezó a decaer, producto de su avanzada edad y de complicaciones propias de su estado de salud. Llegando a un punto de no retorno, vislumbrándose que el fin de su vida estaba próximo, y nosotros como cuidadores y la familia nos dábamos cuenta. Nuestra persona que recibía cuidados no tenía gran conexión con el medio, no había lenguaje verbal y el corporal era muy primitivo, sonrisas, llantos, sueño-vigilia. Pero su cara había cambiado, la conexión que se había logrado nos decía que algo no iba bien y nos empezamos a preparar para lo inexorable, la muerte.

Se respiraba en el aire pena, ansiedad y temor. No solo de la familia si no que de nosotros como equipo también. En cada día que pasaba veíamos como decaía y como su vida se iba apagando.

Los últimos días fueron complejos producto de su deterioro, se fueron desarrollando múltiples eventos, se produjo una infección urinaria que se complejizo, generando una bacteremia, un shock séptico, falla multiorgánica y un posterior fallecimiento; todo esto frente a nuestros ojos y de la familia. Cada día fue duro y complejo en este contexto.

En los últimos días previo a su deceso, nuestra persona cuidada tenía gastroparesia, no podíamos alimentarlo y

producto de su deterioro fisiológico, el puncionarlo se hacía cada día más complicado. Llegando a ser imposible.

Llegué un día por la noche aproximadamente a las 20 horas, nuestra persona, ya estaba en franca anuria, no toleraba ningún tipo de alimento por su gastrostomía, y con requerimientos altos de oxígeno por su traqueotomía. Necesitaba la instalación de un acceso venoso, pero durante el día no se había logrado su instalación por mi colega que estuvo ahí; se había solicitado ayuda al médico de cabecera para la instalación de un catéter venoso central, pero en su condición era muy riesgoso. También había intentado instalar un acceso una colega de intensivo pediátrico, tratando de canalizar una pequeña vía, sin lograrlo.

Bajo esta situación llegué, la familia con todo la carga de saber lo que se estaba desarrollando, pero también como lo expresaban “queremos hacer todo por él, queremos lo mejor para él”. Y con la consigna de que el procedimiento era muy necesario, comunicando que “no importa lo que cueste o lo que haya que hacer, hagan todo lo posible de instalar esa vía”.

Yo inicio la valoración no encuentro accesos venosos veo las múltiples punciones anteriores y que la vasoconstricción era muy importante, sumado a un edema generalizado. A pesar de eso, converso con su señora y uno de sus hijos, le cuento cuales son los pro y los contras de seguir con el procedimiento, que será de muy difícil realización por las características, pero si ellos accedían yo lo intentaría. A lo que la familia responde “sabemos que no es fácil, pero confiamos que usted podrá, aunque sabemos que el sufre también”.



Intente en múltiples oportunidades de puncionarlo y canalizar un acceso en extremidades superiores, sin lograrlo. Me sentía muy incómodo y algo contrariado por la situación, la familia se encontraba ahí y a pesar de mis intentos y de las habilidades que suelo tener en realizar este tipo de procedimientos en mi trabajo en UCI y Servicio de Urgencias, no lograba el éxito en este. Junto con esto yo sabía que este procedimiento era muy necesario y que de no realizarlo, se expondría a más riesgos. Se debía pasar su tratamiento antibiótico, hidratarlo y seguir con tratamiento paliativo para su dolor.

A pesar de las múltiples punciones no lograba éxito en el procedimiento, miro sus extremidades inferiores e intento canalizar una pequeña vena con un catéter

muy pequeño, en su pie. Sin gran fe, lo punciono y veo que esta permeable, conecto el equipo de fleboclisis y se inicia el goteo de su tratamiento.

Tras asegurar el acceso venoso, la señora se acerca y me agradece diciendo “qué bueno que lo intentó hasta lograrlo”, y uno de sus hijos me dice “sé que no fue fácil, pero más que por mi papá, esto fue por mi mamá”

Después de haber finalizado el procedimiento y después de casi tres horas ahí, vi un pequeño momento de alegría en la cara de su familia, a pesar de que todos teníamos claro cuál era el desenlace, este pequeño momento marcaba la relación de cuidado de la familia y el equipo.

## ANÁLISIS DE LA NARRATIVA EN TORNO A LOS PATRONES DEL CONOCIMIENTO

De acuerdo con el racionalismo la única fuente de conocimiento, es la razón más que la experiencia. Esta filosofía ha influido en la enfermería durante muchos años con el fin de participar en la formalización de los conocimientos llegando a ser explícitos y legítimos. Sin embargo, los significados y las preocupaciones humanas son difíciles de ser formalizadas. En consecuencia, los teóricos de la enfermería han considerado otras formas legítimas de conocimiento (14).

Hay que mencionar, además que epistemológicamente la Enfermería pretende mostrar la evolución del conocimiento y el significado de la disciplina en cuanto a la perspectiva, el dominio, los conceptos y los patrones de conocimiento. A su vez, la perspectiva disciplinar está definida por la naturaleza de la enfermería como una ciencia humana, los asuntos de la práctica, las relaciones establecidas entre los actores del cuidado y las perspectivas que los mismos tienen sobre la salud y el bienestar (2, 15).

Considerando que el esfuerzo de enfermería para conocer al hombre como un tejido de hilos de concepciones, percepciones, recuerdos y reflexiones en una tela de sentido. Estos hilos pueden ser procedentes de la ciencia de la enfermería u otras ciencias, artes, vida o experiencias. Sin embargo, como las tejedoras, la enfermería crea un producto y proceso único, que se ve reflejado en los cuidados descritos en la experiencia de cuidados (14)

Por otra parte, el saber es una forma única de conocimiento que las enfermeras/os ganan sólo a través de las relaciones interpersonales. Los conocimientos adquiridos a partir de conocer es utilizado por las enfermeras/os en combinación con el conocimiento cognitivo, el conocimiento intuitivo y el conocimiento experimental en la toma de decisiones clínicas. El establecimiento de relaciones con agentes claves (pacientes, otras/os enfermeras/os y médicos) son esenciales para las enfermeras/os, ya que ganan el conocimiento personal que es necesario para la toma de decisiones clínicas. Todo este contexto es expuesto en la relación de la persona de cuidados, la familia y el equipo de enfermería (16).

Desde otra perspectiva, Benner propone que se puede distinguir entre el conocimiento proposicional y el conocimiento no proposicional, es decir, entre el "saber qué" y el "saber cómo". También se puede distinguir entre dos tipos diferentes de conocimiento proposicional, lo científico y lo no científico, donde el "conocimiento científico" es el tipo que se produce mediante la aplicación de métodos canónicos de la investigación, incluyendo protocolos para la recolección de datos, análisis e inferencia. La cuestión clave se refiere a los medios alternativos por los cuales las enfermeras/os llegan a un juicio formulado explícitamente: como resultado de la investigación científica, o como resultado de formas no científicas de conocimiento. Por otro lado, cada uno de estos patrones tiene un Proceso Creativo y un Modo Expresivo. El primero es el proceso mediante el cual se forma, y el segundo es el resultado que se obtiene. Claramente se puede ver esta

tensión entre el conocimiento científico en el procedimiento asociado y las implicancias en el contexto de cuidado (17, 18).

Así mismo, el artículo de Carper en "patrones de conocimiento", fue un hito en la literatura de Enfermería que se extendió en una nueva perspectiva a nuestra comprensión de los tipos de conocimiento y la teoría, que se necesitan en una disciplina orientada a la práctica. Su trabajo fue publicado en un momento en que la Enfermería estaba luchando por obtener un consenso de identidad con un cuerpo único de conocimiento. Estaba muy influenciado por el cientificismo positivista que opina que la única realidad es la que se puede comprobar empíricamente. Carper, declaró que el único conocimiento válido y confiable de

### **Emancipatorio.**

El conocimiento emancipatorio es la capacidad humana de conocer y reflexionar críticamente sobre el status quo social, cultural y política; para averiguar cómo y por qué llegó a ser de esa manera. El saber emancipatorio requiere acciones para reducir o eliminar la desigualdad y la injusticia. La conciencia y la reflexión crítica son esenciales para identificar las desigualdades que están incrustados en las instituciones sociales y políticas, así como para identificar a los valores culturales y las creencias que tienen que cambiar para crear condiciones justas y equitativas para todos. El conocimiento emancipatorio requiere una comprensión de las dinámicas de poder que crean conocimiento y de los contextos sociales y políticos que dan forma e influencia predominante epistemológicas de conocimiento y saber. El saber emancipatorio que busca mantener una

ese tiempo en la Enfermería era empírico, de hecho, objetivamente descriptivo y generalizable. Sin embargo, además de conocimientos empíricos, Carper identificó estética, ética y conocer personal. Ella sugiere que estos patrones son necesarios, interrelacionados, interdependientes y superpuestos, y crear el conjunto de saber (14).

Por lo anteriormente señalado, esta narrativa de cuidados contiene todo el conocimiento de la enfermera/o y lo refleja a otros que tienen interés en el cuidado. Este incluye los patrones empírico, estético, ético, personal y emancipatorio. Pero además el sociopolítico y el desconocido (inexplicable y desconocido). Hecha esta salvedad, se analizaran cada uno de estos patrones en particular (19).

ventaja para algunos y desventajas para otros (20).

Desde la narrativa podemos desprender elementos en los cuales el poder y las ventajas, que hacen que una familia pueda tener acceso a una prestación de cuidados que no todos podríamos lograr. Poder costear cuidados domiciliarios en una persona en situación de postración y luego con cuidados paliativos, son para el común de las personas inalcanzable en nuestra realidad. El común de las personas deben brindar cuidados a sus familiares y optar por ayudas técnicas y capacitaciones que pueda prestar el sistema de salud, pero que son con énfasis en la capacitación del cuidador y entrega de material de apoyo, y no como en este caso de total asistencia profesional.

De este modo el brindar cuidados en este contexto, implica la estructuración y

conformación de un modelo de atención domiciliario personalizado. Esta realidad está dada por la situación económica de la familia, ya que la estructura del sistema de salud en Chile, implica que muchas de **Sociopolítico.**

White propuso agregar el conocimiento sociopolítico como otro modelo de la obra clásica de Carper. Argumentando que los 4 patrones originales describen adecuadamente la relación inmediata enfermera/o-persona. Sin embargo, los contextos importantes fueron excluidos de los patrones de Carper y White avizoró que el conocimiento sociopolítico sitúa a la práctica de Enfermería en el mundo de la sociedad, la vida comunitaria, la cultura, la economía y la política, lo cual impacta en la salud humana. Cuestiones centrales para este patrón se plantean en las interrogantes "¿Qué voz es oída? ¿Qué voz es silenciada?" (18).

En el contexto de los cuidados domiciliarios las voces oídas son de las personas que tienen el poder económico, el poder social y las estructuras de salud cercanas, en este caso fue así. Existían una enorme cantidad de factores en los cuales esta voz de cuidado era oída, por

### Ético.

El conocimiento ético se refiere a un juicio moral que un enfermero/a hace sobre la base de lo que él o ella cree que es correcto o incorrecto. Todos los trabajadores de la salud están involucrados en las principales cuestiones éticas como el suicidio asistido, el aborto, entre otros. Sin embargo, todos nosotros también hacemos juicios morales a un nivel muy local acerca de, por ejemplo, la forma en que priorizamos nuestro tiempo o respetamos los deseos de una persona que actúa de una manera que pone en

las prestaciones de salud deban ser cubiertas por las familias o personas, pues el sistema no es capaz de cubrir estas necesidades de la población.

toda la implicancias que tenía, en el cuidado tener una red de cuidados y de prestaciones articuladas para la persona y poder suplir sus necesidades básicas y de cuidados, en torno a la compra de servicios, insumos y prestaciones que gracias a los factores relacionados lograban accesibilidad a ellos.

¿Qué pasa con los silenciados? ¿El sistema de salud en Chile, permite accesibilidad, justicia y equidad? Probablemente en muchos casos y problemas de salud, sea así. Pero existen muchas brechas aún, si miramos las oportunidades frente a una problemática como esta, talvez nos demos cuenta que aún existe camino por avanzar y que nuestro sistema de salud no está preparado para poder dar respuesta a una realidad tan compleja como son los cuidados domiciliarios. Aunque los esfuerzos son claros y existen, son insuficientes, para la magnitud del problema.

riesgo su salud. El estudio de la moral no es en absoluto fácil, ya que saca a la luz un poco de auto-conciencia muy personal (por ejemplo, los prejuicios personales que influyen en nuestra práctica). Sin embargo, se puede argumentar que hay un elemento de juicio moral en cada decisión que tomamos (21).

El mantener cuidados como en este caso, siempre genera un constante conflicto ético-moral, ¿Hasta qué punto se están realizando cuidados de calidad? ¿Los

cuidados están preservando la vida? ¿No están generando un alargamiento innecesario de ésta? ¿Existe un ensañamiento terapéutico? ¿Estamos prolongando la vida humana, sin calidad de vida? ¿Existe reflexión ética en torno al final de la vida y el buen morir? Muchas dudas como estas se plantean en torno a la narrativa y la toma de decisiones de los cuidados no está exenta de ellas.

El contexto de cuidados que se generó en este relato, habla de los conflictos éticos **Personal.**

El conocimiento personal se define como el reconocimiento de un nuevo patrón a través del procesamiento por el ser humano. El procesamiento puede consistir en cualquier combinación de los recursos humanos y la interacción del medio ambiente (experiencia), intuir racional, evaluación, comprensión activa, y el juicio personal, todo en un entorno de salida del marco conceptual actual. El conocimiento personal puede ser nuevo sólo para el individuo o para toda la humanidad. Es la percepción del individuo del conocimiento personal que denota su presencia (22).

A su vez, este conocimiento puede ser descrito como el conocimiento y la confianza en sí mismo. En autoconocimiento, los profesionales pueden aumentar la conciencia de la forma en que reaccionan a muchas de las situaciones difíciles que se enfrentan todos los días, como el dolor o la pérdida. Esa conciencia de sí mismo es también importante en el cotidiano de la enfermería. Esta área de conocimiento es difícil de sacar a la luz, pero se puede mejorar mediante el uso de la reflexión en y sobre la acción (21).

del fin de la vida, de la relación de ayuda, en el acompañamiento al final de la vida y el cuidado de la familia en esta etapa.

El consentimiento informado a la familia es una reflexión ética que se plantea en esta narrativa y que incluye no solo a la enfermera/o, si no, a su vez, a la familia en la toma de decisiones. Como también la voluntad previa y la capacidad de toma de decisiones de la familia, son herramientas a tomar en cuenta, en situaciones como ésta.

Del mismo modo, en cada momento el conocimiento propio y el autoconocimiento, permite que la relación de ayuda y la intersubjetividad, el cara a cara con la persona, la familia y el entorno; genere una relación enfermera/o-familia-persona cercana y en sintonía con los cuidados, con una comunicación efectiva y con momentos propios de una relación que crece y evoluciona en torno al cuidado. Como se demuestra en esta situación.

El entender el cambio de vida que es para la familia, ponerse en el lugar de ellos, enfrentarse a la muerte inminente, es respuesta de una historia personal de la enfermera/o que le ha llevado a reaccionar y manejar esta situación del modo descrito. Una construcción historiográfica acompaña a este accionar, sin perder la historicidad en la relación cara a cara.

En la experiencia de cuidado se observa que el equipo de salud debió comprender su propia historia de cuidados, su propio mundo; para poder establecer y construir el mundo de cuidados en torno a esta experiencia de cuidados.

## **Estético.**

Carper plantea que introdujo el patrón estético como uno que ayuda a las enfermeras/os que entienden experiencias perceptivas únicas. Percepción que es más allá del reconocimiento, incluye "... Una reunión de detalles y datos dispersos en un todo con el propósito de ver lo que hay" (23).

Carper describe como la ecuación de arte con la estética y del formalismo como una limitación de la aplicación de la estética para todos los días experimentados, referido como un valor potencial de la estética en Enfermería. Es de señalar que la estética en la enfermería es conceptualmente diferente de la estética de la enfermería en que este último representa el arte a través de la experiencia estética. El primero se refiere a un proceso de estética conociendo a través de la experiencia estética, un saber que es independiente del diseño y acto de cuidados de Enfermería (24).

Podemos incluir que el conocimiento estético ha sido descrito como el arte de la Enfermería, que a veces puede conducir a una "sorpresa" en la acción por un profesional experto. Schön arroja más luz sobre esto, lo que sugiere que un "experto" puede observar un fenómeno que no encaja en la base de conocimiento empírico tradicional, que requiere el pensamiento fuera de la caja tradicional de la acción empírica. Esto también se refiere al conocimiento como tácito u oculto, porque la causa del cambio de la acción prevista es a menudo difícil de identificar. Cómo ayudar a los profesionales a obtener una idea de este tipo de comportamiento e identificar el conocimiento tácito es sólo uno de los desafíos de desarrollo de la práctica, pero

es fundamental para la atención individualizada (21).

Del mismo modo, las enfermeras/os obtienen reconocimiento de patrones por un proceso analítico usando la percepción de los patrones de respuestas presentados por los pacientes. Por ejemplo, el entender los cuidados al final de la vida en base a los procesos que se van desencadenando, "preparar" a la familia para lo inexorable; mantener el norte que los cuidados que son formulados en base a las necesidades, pero siempre haciendo hincapié en que son paliativos y en el contexto familiar. Ese "sentir" que hay dolor en el aire, que se viene la muerte, este comprender desde la representación que se está viviendo no solo por la familia, si no por el contexto de cuidado (23).

A su vez, las enfermeras/os son capaces de utilizar su experiencia pasada al tomar importantes decisiones clínicas en pacientes cuyas condiciones se están deteriorando de manera crítica. En este sentido juegan un papel clave en la toma de decisiones respecto a la intensidad del dolor y la elección de la analgesia, especialmente las enfermeras/os con experiencia en la evaluación postoperatoria y han aprendido estética sabiendo facilitar la comunicación con los adultos mayores. Tales decisiones deben tener en cuenta los signos vitales del paciente y cualquier historia de la medicación, las lesiones o la adicción a las drogas, y el uso de técnicas no farmacológicas, como el masaje, la distracción y el cambio de posición, según el caso. Hacer planes individuales de atención al paciente es otro ejemplo del uso de la forma estética de conocer (25).

Como se puede observar la creación de un modelo de cuidado único para esta familia y el receptor de cuidados, formulados desde el patrón de conocimiento estético, entender cada singularidad, cada detalle, cada experiencia de cuidado, comprenderlos y asignarles significado, a través de los sentidos, de los procesos estéticos, de desarrollar una conexión desde la persona, la intersubjetividad y su mundo de vida; entendiéndose esta realidad no sólo desde una relación unidireccional y unidimensional, si no que polidireccionalidad y multidimensionalidad, en la cual se genera un cuidado único en el contexto de cuidado, en el tiempo del aquí y ahora.

### **Empírico.**

Esta es el área de conocimiento que se ha adquirido por las teorías de prueba a través de la observación sistemática de las cosas que se pueden ver y medir. Influyeron mucho las primeras investigaciones en Enfermería y también es ampliamente utilizado por otras disciplinas de la que las enfermeras/os obtienen su base de conocimientos, como la fisiología y la farmacología. Este conocimiento no siempre se puede utilizar directamente en la práctica, pero puede informar a juicio y puede, a veces, ser cuestionado a través de la observación clínica (21).

Algo semejante ocurre con la definición de empírico, siendo la ciencia de la Enfermería basada en el supuesto de que lo que se sabe es accesible a través de los sentidos: Ver, tocar y la audición. White observó que el patrón empírico se basa en la noción de un objetivo, la realidad cognoscible, sobre el que los científicos pueden extraer conclusiones de manera

En contraposición Carper menciona que se debe tener en cuenta que si una enfermera/o es demasiado íntima con un paciente, existe el riesgo de que la enfermera/o no será capaz de acercarse al paciente de manera objetiva y crear una relación personal auténtica con ellos. Atribuyéndole la cercanía desde la emocionalidad y el compromiso personal (desde la moral), la falta de objetividad al proceso, pero desde el contexto de esta situación es de gran relevancia perder objetividad, la persona como objeto del paradigma positivista pierde relevancia, al encontrarse con un mundo de vida rico, amplio y vivido desde la experiencia de cuidado, en esta relación intersubjetiva, abriendo mundos de vida y desde la corporalidad (25).

objetiva y generar hipótesis comprobables. Este patrón tiene implicaciones obvias para el medio ambiente la práctica técnicamente sofisticada de la Enfermería moderna (18, 20).

Claramente en esta experiencia narrada se puede entender que los cuidados se basan en un contexto de la maquina humana, en la cual causa y efecto, las acciones de cuidado generan un resultado en la persona. Tanto así que parte de la narrativa se centra en un procedimiento que en este contexto se amplía y fundamenta una serie de acciones concernientes a las intervenciones del cuerpo, mejorar la hidratación, manejo de antibioticoterapia, manejo de la diuresis, alimentación, están formuladas en controlar variables en la persona, para obtener resultados esperados, que son parte de los cuidados.

Al mismo tiempo, cada acción claramente diseñada en torno a las características de la persona y su estado de salud, están planificadas en base a fundamentos empíricos que llevan a descifrar el comportamiento fisiológico, fisiopatológico, la farmacología (farmacodinamia y farmacocinética), comprobar los cambios cuantificables, como los signos vitales, diuresis,

frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, son herramientas en la comprobación de las hipótesis planteadas en torno a las intervenciones descritas, todas estas desde el empirismo y a patrones preestablecido por el estudio docto de las disciplinas auxiliares y de la enfermería.

### **Desconocido (Inexplicable y desconocido).**

El desconocimiento es la conciencia de que la enfermera no hace y no puede saber o entender al cliente la primera vez que se encuentran, y por el reconocimiento de este desconocimiento, la enfermera se mantiene alerta ante la perspectiva del cliente, sobre la situación. Del mismo modo, saber que uno no sabe algo, que uno no entiende a alguien que está delante de ellos y que tal vez este proceso no se ajusta a algún paradigma preexistente o la teoría es fundamental para la evolución y el desarrollo del conocimiento (4, 18).

De esta forma, este patrón sugiere la necesidad de que la enfermera se acercarse a cada nuevo encuentro con una apertura y disposición de todos los tipos y fuentes de conocimientos posibles. La condición de la apertura implica un contraste con el saber, lo que refleja una cierta medida de cierre (18).

Es por ello, que en cada momento de cuidado que se fue generando era único e irrepetible, cada respuesta humana que se podía detectar era un nuevo desafío a enfrentar. En cada momento estar al lado de alguien en estas condiciones y

acompañar a la familia era un aprendizaje, en el cual lo desconocido e inexplicable se hacía presente, se debía generar una respuesta, un nuevo cuidado, una nueva interpretación del mundo de vida.

En cosas tan prácticas y tangibles como fue el desafío de la instalación de un acceso venoso frente a una situación desconocida e inexplicable, que a pesar de los intentos y la técnica conocida existían factores que se desconocían que hacían que el procedimiento fuese frustró. Además de entender el significado que este procedimiento tenía para la familia y un sin fin de interrogantes que se despliegan frente a una situación que pone en jaque al conocimiento previo y abre un sin número de posibilidades que deben de ser exploradas por el enfermero/a para la construcción del conocimiento, en torno a esta. Pero un qué hacer con apertura y abierto a entender esta nueva relación de cuidado que se genera.



## CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo de Carper los patrones fundamentales del saber en enfermería proporcionó una base preliminar para explorar la complejidad del desarrollo de los conocimientos dentro de la profesión de la enfermería. Señala que la investigación empírica, la estética, las formas personales y éticas de conocimiento en enfermería son necesarias para lograr la maestría en la disciplina, pero ninguna de ellas por sí sola debería ser suficiente. Tampoco son mutuamente excluyentes. Johns afirma que la forma estética de saber es el núcleo, forma unificadora de conocer en la práctica de enfermería informada por las otras formas de conocimiento; mientras que Heath sostiene que el desconocimiento se refiere a todas las demás formas de saber en enfermería. Dada la complejidad de los cuidados de enfermería al final de la vida; el enfoque propuesto aquí es estar abierto a la complejidad y diversidad de los conocimientos de enfermería y utilizar cada una de estas formas de conocimiento en enfermería en una manera reflexiva, sensible y flexible, con la persona en particular, en la situación de cuidado de enfermería particular y la enfermera particular, a fin de proporcionar, la atención de enfermería integral óptima para estas familias (4, 26, 27).

El conocimiento de enfermería, desde Carper se sitúa en la conceptualización de la construcción empírica de la enfermería hasta la relación cara a cara, la intersubjetividad y corporalidad que se vive en el mundo de vida del cuidado, plasmados en sus patrones del conocimiento, y luego ampliado desde la concepción de la teoría crítica en los patrón emancipatorio y sociocultural, de

otro modo también se integra el patrón desconocido. Este viaje de la enfermería desde el positivismo y la reconciliación con el paradigma de la comprensión, formula un crecimiento disciplinar balanceado y congruente con la concepción metaparadigmática. Que son expuestos en esta narrativa y su análisis.

## REFERENCIAS

1. Landeros Olvera EA. Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente crítico. *Horizonte de Enfermería* [Internet]. 2002 [citado 16 de mayo de 2014];13. Recuperado a partir de: [http://www7.uc.cl/prontus\\_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/REV%5B1%5D.%20HORIZONTE%2020021.pdf](http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/REV%5B1%5D.%20HORIZONTE%2020021.pdf)
2. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan* [Internet]. 2005 [citado 16 de mayo de 2014];5(1). Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16575997&AN=21501713&h=pr50nkraFIshQLS0sR2BHIIeVwuaSwC6UaAvvR1BWM5J2cj2utKPxlDyilBld2Y2D3i%2FkIKaZrcJv78PQ8KqQ%3D%3D&crl=c>
3. Moule P, Goodman M. Sources of Nursing Knowledge. En: *Nursing Research: An Introduction*. First edition. SAGE Publications Ltd; 2009. p. 15–27.
4. Heath H. Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. mayo de 1998;27(5):1054–9. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5278031&lang=es&site=ehost-live>
5. Bonis SA. Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. junio de 2009 [citado 16 de mayo de 2014];65(6):1328–41. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04951.x>
6. Chinn PL, Kramer MK. Nursing's Fundamental Patterns of Knowing. En: *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Eight Edition. Elsevier Mosby; 2011. p. 1–23.
7. Schaefer KM. Reflections on caring narratives: Enhancing patterns of knowing. *Nursing Education Perspectives* [Internet]. 2002 [citado 16 de mayo de 2014];23(6):286–93. Recuperado a partir de: [http://www.nlnjournals.org/doi/full/10.1043/1536-5026\(2002\)023%3C0286:ROCNEP%3E2.0.CO%3B2](http://www.nlnjournals.org/doi/full/10.1043/1536-5026(2002)023%3C0286:ROCNEP%3E2.0.CO%3B2)
8. Aimar A, Videla N, Torre M. Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería global* [Internet]. 2006 [citado 16 de mayo de 2014];5(2). Recuperado a partir de: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/385>
9. Carper B. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. En: *Philosophical And Theoretical Perspectives For Advanced Nursing Practice*. Fifth edition. Jones & Bartlett Learning; 2011. p. 23–33.
10. Silva M, Sorrell J, Sorrell C. From Carper's patterns of knowing to ways of being: an ontological philosophical shift in nursing.

- Advances in Nursing Science [Internet]. septiembre de 1995;18(1):1–13. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1995028595&lang=es&site=ehost-live>
11. Gómez Ramírez OJ, Daza C. LA, Valdimir Mauricio ZC. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. Avances en Enfermería [Internet]. enero de 2008;26(1):85–96. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=44818276&lang=es&site=ehost-live>
  12. Cazau P. Evolución de las relaciones entre la epistemología y la metodología de la investigación. Paradigmas [Internet]. 2013 [citado 16 de mayo de 2014];3(2):109–26. Recuperado a partir de: <http://publicaciones.unitec.edu.co/ojs/index.php/PAR/article/view/19>
  13. Ángel Pérez DA. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. Estudios de Filosofía [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2014];(44):9–37. Recuperado a partir de: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/estudios\\_de\\_filosofia/article/viewArticle/12633](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/estudios_de_filosofia/article/viewArticle/12633)
  14. Mantzorou M, Mastrogiannis D. The Value and Significance of Knowing the Patient for Professional Practice, according to the Carper's Patterns of Knowing. Health Science Journal [Internet]. 2011 [citado 16 de mayo de 2014];5(4). Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11087366&AN=70535188&h=e0vQLFwQUdegnD85edtnQOI35OI4VgYKDcjT9S0AT78A24OS833wVCX6QfRrX%2FUU29zHroKk3%2BZsFknFB1YbWg%3D%3D&crl=c>
  15. Rojas JG, González JS. Perspectiva disciplinar de enfermería en la obra de San Pedro Claver. 1er Semestre 2010• Año XIV-N 27 [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2014];54. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11381728&AN=53550369&h=HkpmNTfgtJI7HwiR3C%2BR7yGAJjOzCE2bm0Nk7cKlebEZcvdPGEd33kUnpe4sa4gjIC%2BZ%2FoWGOSTIZQJLU0rDiw%3D%3D&crl=c>
  16. Jenks J. The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. Journal of Nursing Education [Internet]. noviembre de 1993;32(9):399–405. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1994175728&lang=es&site=ehost-live>
  17. Paley J, Cheyne H, Dalgleish L, Duncan EAS, Niven CA. Nursing's ways of knowing and dual process theories of cognition. Journal of Advanced Nursing [Internet]. diciembre de 2007 [citado 16 de mayo de 2014];60(6):692–701. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2007.04478.x>

18. Clements PT, Averill JB. Finding patterns of knowing in the work of Florence Nightingale. *Nursing Outlook* [Internet]. septiembre de 2006 [citado 16 de mayo de 2014];54(5):268–74. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655406001941>
19. Campo A, De Jesús C. Cuidado que trasciende más allá de la muerte. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2013 [citado 16 de mayo de 2014];15(1):85–94. Recuperado a partir de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6027>
20. Chinn PL, Kramer MK. *Nursing's Fundamental Patterns of Knowing. En: Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. Eighth Edition.* St. Lois, MO, USA: Elsevier Mosby; 2011. p. 1–23.
21. Vaughan B. How Experienced Practitioners Gain Knowledge. *Creative Nursing* [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 16 de mayo de 2014];20(1):30–6. Recuperado a partir de: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1078-4535&volume=20&issue=1&spage=30>
22. Sweeney NM. A concept analysis of personal knowledge: application to nursing education. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 1994 [citado 16 de mayo de 2014];20(5):917–24. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1994.20050917.x/abstract>
23. Holmes V, Gregory D. Writing poetry: a way of knowing nursing. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. diciembre de 1998;28(6):1191–4. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5277863&lang=es&site=ehost-live>
24. Archibald MM. The holism of aesthetic knowing in nursing. *Nursing Philosophy* [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2014];13(3):179–88. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-769X.2012.00542.x/full>
25. Yang SE. Models of knowledge in the assessment of postoperative pain. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2010 [citado 16 de mayo de 2014];19(8):511–4. Recuperado a partir de: [http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=47639;article=BJN\\_19\\_8\\_511\\_514;format=pdf](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=47639;article=BJN_19_8_511_514;format=pdf)
26. Johns C. Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal Of Advanced Nursing* [Internet]. agosto de 1995;22(2):226–34. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=7593941&lang=es&site=ehost-live>

27. Cotton AH, Roden J. Using patterns of knowing in nursing as a possible framework for nursing care of homeless families with children. *Contemporary nurse* [Internet]. 2006 [citado 16 de mayo de 2014];23(2):331–41. Recuperado a partir de: <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.2006.23.2.331>