



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Medina Moya, José Luis; Castillo Parra, Silvana

La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 2, abril-junho, 2006, pp. 303-311

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415215>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA COMO UNA PRÁCTICA REFLEXIVA

NURSING EDUCATION AS A REFLECTIVE PRACTICE
O ENSINO DA ENFERMAGEM COMO PRÁTICA REFLEXIVA

José Luis Medina Moya¹, Silvana Castillo Parra²

¹ Diplomado en Enfermería. Licenciado en Pedagogía. Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Coordinador de los Programas de Doctorado Enfermería: Práctica y Educación (Universidad de Alicante. España) y Diversidad y Cambio en Educación (Universidad de Barcelona. España). Profesor Titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. España

² Licenciada en Enfermería. Docente Escuela de Enfermería Universidad de Chile. Doctoranda en Educación Programa Enfermería: Práctica y Educación .Universidad de Alicante, España. Becada Proyecto MECESUP UCH003.

PALABRAS CLAVE: Educación en enfermería. Atención de enfermería. Conocimiento.

RESUMEN: El saber enfermero se caracteriza epistemológicamente como un conocimiento práctico, el que por su propia naturaleza personal y tácita no puede ser formalizado ni transmitido, sólo puede ser demostrado. Este saber práctico reflexivo existe en la acción profesional de manera implícita y personal, y se desarrolla en una realidad compleja, incierta y saturada de valores. En la formación profesional, este conocimiento práctico debería orientar el planeamiento y la acción curricular. Más allá de preguntar cómo mejorar la “aplicación” en la práctica del conocimiento académico, deberíamos buscar maneras para que los estudiantes comprendan cómo las enfermeras especialistas son capaces de manejar las zonas indeterminadas de su práctica. En este trabajo se presentan los fundamentos epistemológicos de las concepciones alternativas según la visión técnica dominante de la relación jerárquica entre conocimiento técnico y la práctica educativa o cuidativa. Como una estrategia que puede contribuir para este intento y como eje del currículum presentamos el desarrollo del *practicum* en la formación inicial de las enfermeras.

KEYWORDS: Nursing education. Nursing care. Knowledge.

ABSTRACT: Nursing knowledge is epistemologically characterized as practical knowledge, which due to the difficulty in explaining verbally cannot be formalized or transmitted, only demonstrated. This practical reflective knowledge exists in the professional action, in an implicit and personal fashion, and is developed in a complex, uncertain reality saturated with values. In formal nursing education, this practical knowledge should orient planning and curricular action. But beyond asking how to improve the “application” of the practice of such knowledge in the classroom, we should seek methods in which the students comprehend how specialist nurses are able to deal with the undetermined zones of their practice. We present generalities concerning concepts that are alternative to the dominant technical vision of the hierarchical relationship between technical knowledge and educational or care-based practice. As a strategy that may contribute to this intention and as a foundation of the curriculum, we present the development of the *practicum* in the initial formal education of nurses.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em enfermagem. Cuidados de enfermagem. Conhecimento.

RESUMO: O saber da Enfermagem caracteriza-se epistemologicamente como um conhecimento práctico que, por sua dificuldade em explicá-lo verbalmente, não pode ser formalizado nem transmitido, só pode ser demonstrado. Este saber práctico-reflexivo existe na ação profissional de maneira implícita e pessoal, e se desenvolve em uma realidade complexa, incerta e saturada de valores. Na formação profissional, este conhecimento práctico deveria orientar planejamento e ação curricular. Mas antes de perguntar como melhorar a “aplicação” na prática do conhecimento de sala de aula, deveríamos buscar maneiras para que os estudantes comprehendam como as enfermeiras especialistas são capazes de manejar as zonas indeterminadas de sua prática. Apresentamos generalidades sobre concepções alternativas à visão técnica dominante da relação hierárquica entre conhecimento técnico e prática educativa ou cuidativa. Como estratégia que pode contribuir com esse propósito e como eixo do currículum, apresentamos o desenvolvimento do *practicum* na formação inicial de enfermeiras.

INTRODUCCIÓN

Después de veinte años de investigaciones realizadas en el campo de la docencia universitaria en general y de la enseñanza de la Enfermería en particular y una vez superado el reduccionismo que supuso la hegemonía de los enfoques de la psicología cognitiva con la aparición de aproximaciones fenomenológicas, reflexivas y prácticas, puede afirmarse que el conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación docente y que determina en última instancia las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la enseñanza de la enfermería es un conocimiento personal,¹ o práctico-reflexivo,² producto de las experiencias pasadas del profesor, de sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma.³

Trabajos de autores^{2,4} han supuesto una de las aportaciones más originales y sugerentes para la conceptualización e interpretación de la enseñanza de las profesiones como actividad práctica, planteamientos que además han tenido un enorme impacto en la reconceptualización de la práctica profesional de Enfermería, lo cual ha generado una transformación en la manera de entender la formación profesional.

En la actualidad, el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico* y ello,⁵ ha supuesto una reconsideración de la función de la enfermera como profesional de los cuidados (del conocimiento requerido y su construcción, de sus habilidades),⁶⁻⁸ reconsideración que ha conducido, a su vez, a una profunda transformación en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente.

¿QUÉ SIGNIFICA UNA ACCIÓN PROFESIONAL RACIONAL Y COMPETENTE?

Sin duda existen aportaciones^{2,4} que han tenido una creciente influencia en la formación de profesores y enfermeras, y en particular en la formación del profesorado de Enfermería durante la última década,

tal como puede apreciarse tras un análisis de la literatura.⁶⁻⁹ La contribución de esos trabajos al desarrollo de la educación de profesionales en Estados Unidos y Europa ha sido enorme. Por su parte, en Latinoamérica ese impacto ha sido más relevante en la formación del profesorado que en la de enfermeras, donde estos desarrollos son todavía escasamente conocidos.

Algunos aportes^{2,4} alertaron a los educadores en general y a los profesionales en particular de la posible discrepancia entre las teorías explícitas e implícitas que utilizaban. Los trabajos de un autor^{2,4} revelaron, incisivamente, las carencias e inadecuaciones de la racionalidad técnica, que ha dominado de un modo hegémónico la comprensión de la actividad práctica de los profesionales y de su formación. Esta crítica demuestra que la racionalidad técnica no alcanza a explicar plenamente el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño de su labor, presentando así, una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos.

La manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico y práctica profesional se basa en la racionalidad técnica, la cual inspira el diseño y desarrollo curricular de los centros universitarios.^{2,4} La racionalidad técnica entiende que la práctica competente se convierte en profesional cuando la solución de problemas se basa en conocimiento de proposiciones generales (teórico); se trata de solucionar problemas “instrumentales” mediante la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica. Los “problemas instrumentales” son aquellos que implican la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin previa y claramente delimitado. Un ejemplo de currículo inspirado en la racionalidad técnica es el de medicina en el que primero se presenta la ciencia básica o biomédica, después las aplicadas y por último prácticas donde los alumnos se supone que aprenden a aplicar aquel saber a la solución de problemas de diagnóstico y tratamiento.

* Genéricamente, es el conocimiento que los profesionales (docentes y asistenciales) construyen durante su actividad. Este concepto no se refiere a los conocimientos teóricos o conceptuales, sino que hace mención al cuerpo de convicciones y significados, conscientes o inconscientes, que surgen a partir de la experiencia. Es un conocimiento íntimo, tácito y se manifiesta en acciones. Ha sido definido como información procedimental útil para la vida profesional. El trabajo pionero en este campo, que algunos autores sitúan dentro del paradigma del pensamiento del profesor, es la Tesis Doctoral que Freema Elbaz realizó en 1980 y que consistía en un estudio de caso sobre el conocimiento práctico del profesor. Ese conocimiento hace referencia a las experiencias, conocimientos y creencias que resultan útiles para la práctica y van más allá de una visión estructural de toma de decisiones. Aquí el elemento cognitivo es uno más junto a factores contextuales, personales, biográficos y experienciales. El conocimiento práctico es el conocimiento que los profesionales tienen de las diversas y complejas situaciones y de los dilemas prácticos a los que se enfrentan y de cómo resolverlos. Es aquél conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación docente y/o asistencial y que determina las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la práctica. Es producto de la biografía y experiencias pasadas del profesional, sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Responde a experiencias idiosincrásicas difícilmente generalizables.

De manera similar, en enfermería el currículum se ordena según esa jerarquía; en primer lugar se presentan las ciencias básicas biológicas (anatomía, fisiología, bioquímica) y psicosociales (psicología general y evolutiva) y los fundamentos de la ciencia de enfermería (modelos y teorías de enfermería). A partir de ellas se presentan **aplicaciones deductivas** a la enfermería de esas ciencias (enfermería médica, enfermería quirúrgica) y por último unas prácticas en los servicios donde trabajan los profesionales de enfermería y donde las alumnas aprenden a **aplicar** el conocimiento básico en los problemas del cuidado de las personas que asisten. Esta jerarquía es visible cuando se afirma que el aprendizaje de las habilidades profesionales que la enfermera requiere es posterior a la asimilación del conocimiento científico básico, porque un saber es inaplicable hasta que no se conoce en profundidad.

La manera dominante de entender el modo como los profesionales de diferentes campos resuelven los problemas que encuentran en su actividad se adapta a la racionalidad técnica. Según esta visión, la acción de un profesional consiste en la selección de una serie de técnicas validadas científicamente con el objeto de alcanzar unos fines preestablecidos; en donde, tanto los procedimientos de selección y aplicación de las técnicas, como los de selección de objetivos se hallaban científicamente fundados. El conocimiento que debe poseer un profesional hace referencia a teorías científicamente válidas y fiables, y a la aplicación de éstas a la resolución de los problemas que encuentra en su actividad profesional, la cual se reduce, de ese modo, a una solución instrumental de los problemas. Solución que será rigurosa en función de la “cientificidad” de los principios que aplique y de las “evidencias” en las que se base. Pero, al comenzar a analizar la práctica de las enfermeras profesionales, se constata que hay zonas y momentos nucleares en ella que se escapan a esa forma de entender el trabajo y el conocimiento de los profesionales.

Uno de los aspectos más originales del trabajo de este autor^{2,4} es que ha analizado de manera empírica el modo en que ciertos profesionales (psicoterapeutas, arquitectos e ingenieros) resuelven los problemas con los que se enfrentan durante su actividad profesional. Lo interesante del trabajo es que presenta una visión radicalmente diferenciada de lo que hasta ahora se había entendido como un ejercicio profesional competente. Nos propone una nueva epistemología de la práctica opuesta totalmente a la visión positivista de acción

racional. El profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica.^{2,4} Antes al contrario, el profesional es un **práctico reflexivo** cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción.

Gracias a las aportaciones^{2,4} sobre la epistemología de la práctica en las que describe los tres elementos del conocimiento práctico, conocemos mucho mejor hoy el proceso mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional que habilita para un ejercicio competente de la enfermería: la reflexión sobre la propia práctica. O sea, es la **racionalidad práctica-reflexiva** y no la **técnica** aquella verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica de la enseñanza.

HACIA UNA NUEVA COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL SABER ENFERMERO

La noción de conocimiento profesional que hasta ahora ha dominado en enfermería ha estado inspirada en la doctrina racionalista basada en la filosofía positivista y su epistemología empírico analítica, aquella que defiende que la razón es la primera fuente de conocimiento y que es independiente de la experiencia.¹⁰ Desde los primeros trabajos estadísticos de Nightingale en los que se relacionaba la higiene con la salud, hasta recientemente el conocimiento enfermero, ha sido representado como un saber de proposiciones universales, objetivo y prescriptivo.¹¹

Sin embargo, en la actualidad, se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero. La multi-paradigmática comprensión de la enfermería ha venido haciéndose más evidente en el desarrollo conceptual y teórico de la enfermería.¹² Los trabajos etnometodológicos y antropológicos,^{13,14} el uso de la fenomenología existencial para construir una Ciencia Humana del Cuidado,¹⁵ o los trabajos sobre el conocimiento práctico son casos bien conocidos.^{5,16} Aunque, tradicionalmente, los relatos escritos por enfermeras acerca de sus experiencias profesionales han sido publicados en las revistas científicas y profesionales del campo, esos trabajos, muy útiles para las profesionales, han sido ignorados durante largo tiempo por los investigadores.¹⁷ No es hasta hace veinte años, que algunos trabajos^{5,12,16} empiezan a defender la

idea de que la práctica profesional, y las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina.

Disponemos¹² de una clasificación de los tipos de conocimiento que se hallan presentes en toda acción profesional de la enfermera. En su trabajo, a autora, después de una exhaustiva revisión documental, afirma que la literatura enfermera contiene cuatro modalidades o patrones de conocimiento, de los cuales solamente uno es empírico en el sentido positivista del término. Esos cuatro patrones fundamentales de conocimiento son: empírico, personal, estético/artístico y ético.

Sin embargo, pese a la importancia que estos trabajos^{5,16} han tenido en la reformulación del saber enfermero, la obra que más influencia ha tenido y que ha permitido realizar un serio cuestionamiento a la visión que las escuelas de enfermería poseen acerca de la naturaleza del conocimiento profesional y su relación con la práctica ha sido “From Novice to Expert”,¹⁶ considerado ya un clásico en el ámbito de la Enfermería; cuya autora estudió la pericia en Enfermería utilizando para ello un enfoque fenomenológico-hermenéutico de investigación: “el objetivo del trabajo es trazar los límites de las reglas formales (protocolos) y recalcar la importancia del ‘juicio discrecional’ que se aplica en las contingencias de la práctica clínica diaria”.^{16,24}

Para el mencionado estudio se seleccionaron 21 parejas de enfermeras (expertas y noveles) de hospitales que poseían programas de orientación del nuevo personal. Las parejas eran interpeladas (por separado) acerca de situaciones y momentos relevantes de su práctica: dificultades, interpretaciones, resolución de problemas. Sólo se incluyeron casos en los que la acción de la enfermera tuvo repercusiones claras en el estado del enfermo. Se trataba de averiguar si existían diferencias características apreciables entre los relatos de la enfermera novel y la experta en torno a un mismo episodio. En caso afirmativo se trató de hallar el modo de explicarlas o interpretarlas. La importancia de este trabajo radica en que es el primero que, en el ámbito de la Enfermería, alerta de la discrepancia entre “saber teórico” y “conocimiento práctico” ya teorizada en el campo de la formación de profesionales.² El trabajo demuestra la existencia de un conocimiento implícito que se activa con la acción de la enfermera y que permite el reconocimiento instantáneo de situaciones problemáticas y respuestas intuitivas características de una práctica profesional experta. Ese conocimiento práctico o “saber cómo”¹⁸ es inefable,

se halla incrustado en la misma práctica, es tácito. Es decir, cuando a una enfermera se la interroga acerca del porqué de alguna de sus acciones, presenta verdaderas dificultades para explicitar verbalmente ese proceso, a lo sumo, puede describirlo vagamente. Las enfermeras expertas pueden reconocer rápidamente situaciones irregulares en las personas que cuidan, sin embargo, no pueden presentar una descripción precisa del método o proceso racional que han seguido para alcanzar esa conclusión.^{6,7}

El estudio¹⁶ arroja evidencias que demuestran que el juicio clínico experto deriva de una comprensión global antes que analítica de la situación, una valoración cualitativa y holística que posee dos características distintivas: 1) esquemas de reconocimiento: habilidad perceptual que permite a una enfermera reconocer configuraciones y relaciones sin una especificación analítica de los componentes del patrón o modelo. Un buen ejemplo se refiere al reconocimiento de los rostros: “cuando reparamos en un rostro familiar en medio de una muchedumbre, nuestra experiencia de reconocimiento es inmediata. Normalmente no utilizamos ningún razonamiento previo ni recurrimos a comparar este rostro con imágenes de otros rostros grabados en nuestra memoria. Sencillamente vemos el rostro de la persona a la que conocemos [...]. Generalmente somos incapaces de elaborar una lista de los rasgos característicos de este rostro y distinguirlo de los demás rostros a su alrededor; y aún en el caso de poder hacerlo la inmediatez de nuestro reconocimiento sugiere que no se debe a un listado de rasgos”.^{2,35} Las personas a las que las enfermeras cuidan, presentan patrones que las expertas aprenden a reconocer de modo inmediato y global. En contraste con esta visión de los esquemas de reconocimiento, la racionalidad técnica propone un esquema de reconocimiento como “*check list*”, donde la enfermera debe comparar una serie de características que mantiene en la memoria con las características presentadas por la persona; 2) sentido de “prominencia”: capacidad de distinguir aquellos datos relevantes de los que no lo son. La enfermera que posee este sentido no considerará todas sus observaciones como pertinentes, sino solamente aquellas que destacan y actúan a modo de pistas que guían las observaciones siguientes. La observación continuada del paciente durante un cierto espacio de tiempo, permite a la enfermera determinar qué características son “sobresalientes” en esa situación. Por el contrario, las rutinas de valoración basada en listados de observaciones no son efectivas en casos que requieren observaciones individuales y

contextualizadas. La autora¹⁶ realiza una distinción entre “saber qué” y “saber cómo”. El primero es el conocimiento de Enfermería tal y como se presenta en el currículum altamente formalizado, acontextual, instrumental y teórico, es decir, la racionalidad técnica. El segundo, es un conocimiento tácito y experiencial. El problema surge cuando el conocimiento que la racionalidad técnica propone como necesario para la práctica (saber qué) es incapaz de subsumir ciertas zonas de la misma, y sin embargo, es presentado como el ideal de la comprensión racional de la acción profesional que las enfermeras llevan a cabo.

El conocimiento académico es abstracto, acontextual, estable y rígido.^{2,16} Sin embargo, el conocimiento en la práctica es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión, es inestable, complejo, incierto y saturado de valores, un reflejo de la vida real. El conocimiento práctico clínico no puede ser formalizado ni enseñando puesto que es muy difícil hacerlo explícito verbalmente, sólo puede ser demostrado. Se halla incrustado en la práctica de las enfermeras de una manera implícita personal e irrepetible.

El problema es que, en enfermería, sólo se ha considerado legítima la primera forma de conocimiento, permaneciendo en segundo plano el “saber cómo”. Es más, el esquema bajo el que se estructura el currículum refleja esa subordinación del conocimiento práctico al saber teórico, donde el período de prácticas no sólo es posterior a la formación teórica, sino, que suele ser un ámbito del currículum enfermero considerado como de segundo orden. Se suelen elaborar programas especificando con todo detalle los contenidos teóricos y disciplinares al mismo tiempo que los “saberes de experiencia” se designan no ya por su “contenido” sino por el momento y lugar en el que se produce su aprendizaje: los entornos clínicos.

Una vez constatado el hecho que la noción de conocimiento profesional que transmiten las escuelas de enfermería (la racionalidad técnica) no es el más adecuado para preparar profesionales con competencia práctica y habilidades para la formulación de juicios práctico/clínicos⁷ y aceptada la idea, que existen aspectos centrales de la práctica profesional de las enfermeras que han sido tradicionalmente olvidados en la formación¹⁹ se están desarrollando modelos alternativos. Estos se basan en la propuesta² que, aceptando el conocimiento técnico-científico como un ingrediente importante y necesario para el ejercicio profesional, se eleva la importancia de la práctica y del

conocimiento en ella incrustado, considerándolo no como una aplicación del anterior sino como la clave de una práctica experta.^{6,8} Existe un conocimiento en la práctica que puede y debe informar el diseño y la acción curricular. Sin embargo, la cuestión que emerge de manera automática es cómo ayudar a las estudiantes en el aprendizaje de ese saber. Ese será uno de los interrogantes que trataremos de clarificar en lo que sigue.

La necesidad de un cambio en la comprensión de la relación teoría-práctica en el currículum de enfermería

Como hemos visto, el currículum en la formación de enfermeras presenta una jerarquía en los niveles de conocimiento profesional, la cual implicaba una secuencia “lógica” en el aprendizaje de aquéllos donde en primer lugar debían aprenderse las ciencias básicas para después aplicar ese saber a la práctica. Ese orden implicaba también una jerarquía de roles en los detentadores del conocimiento, donde los niveles más aplicados y cercanos a la práctica estaban subordinados a los más abstractos que producían el conocimiento.³

Sin embargo, esos planteamientos entraron en crisis desde el momento en que se empieza a aceptar de una manera generalizada el hecho de que el conocimiento profesional necesario para demostrar competencia en una práctica (como la enfermería) es de naturaleza artística antes que técnica, es un conocimiento personal, práctico o conocimiento en la acción.² Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma.⁵

Es fácilmente constatable el que las enfermeras manifiestan cada vez mayor preocupación sobre la falta de conexión que existe entre la noción de conocimiento profesional que es transmitida a las estudiantes en las escuelas de Enfermería y aquellas habilidades y competencias que su actividad práctica les requiere. En este contexto, la formación de enfermeras debería cuestionarse si la práctica de Enfermería es **sólo** la aplicación de principios científicos para la resolución de problemas del enfermo, y si el conocimiento relevante para la práctica es aquél derivado de la investigación positivista.

Son cada vez más las voces que están cuestionando dos supuestos básicos en los que las escuelas de enfermería han fundado buena parte de su trabajo pedagógico. Estos, se refieren a que la investigación realizada en la universidad produce el

único conocimiento profesional útil y que el conocimiento profesional que se enseña en las escuelas prepara adecuadamente a las estudiantes para las(os) demandas de la práctica sanitaria.

El primer supuesto se debilita día a día a medida que aumentan las distancias entre la investigación académica (y una parte de la investigación clínica) y la práctica de las enfermeras. El saber que producen las ciencias en las que se funda el conocimiento profesional de la enfermera – léase biológicas y psicológicas – es un conocimiento analítico, fragmentado y, en ocasiones, poco relevante para la práctica.⁹ Basar la práctica en un conocimiento que defiende la fragmentación analítica y la cuantificación, supone ignorar que la realidad es holística y analizar los problemas fuera del contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado y explicación. En efecto, reducir las personas y las prácticas del cuidado a partes de un mecanismo estable, regular y por tanto predecible, o a datos que puedan ser objeto de operaciones matemáticas nunca ha sido congruente con los valores tradicionales y aceptados en Enfermería: holismo y humanismo.

A partir de esa constatación, cada vez son más las/os investigadoras/es que son conscientes de las inadecuaciones y limitaciones de los métodos positivistas para alcanzar una visión holística de las personas y de sus necesidades de salud. Se defiende que la explicación de los componentes humanísticos y científicos del cuidado exigen métodos de investigación y modelos de análisis diferentes de los propuestos por los métodos cuantitativos.²⁰

No se afirman que toda la investigación que se produce en el campo de la enfermería sea irrelevante para la práctica. Ciertamente, existen multitud de actividades que la enfermera desarrolla que sin el apoyo y fundamento de técnicas y métodos derivados de la investigación clínica, farmacológica, nutricional o incluso psicológica sería impensable su existencia. Se desea destacar que la profesional de enfermería, con frecuencia, no encuentra en la investigación la ayuda que se supone debería obtener, es decir, los problemas con los que a diario se enfrenta pocas veces se someten al escrutinio de la investigación académica.

También debe ser revisado el supuesto de que el conocimiento que transmite la escuela de enfermería prepara al estudiante para las exigencias de la práctica cotidiana. Como hemos podido comprobar, la naturaleza técnica del saber académico y su supuesta

científicidad proporcionan un conocimiento abstracto y normativo que sólo es útil como vía para la resolución de los problemas de los pacientes en algunos momentos muy concretos de la práctica profesional, ya que ésta es inestable, incierta, compleja y saturada de opciones de valor.

Los fenómenos a los que se enfrenta a diario la enfermera son ontológicamente diferentes a aquéllos que trata el médico. Éste trata con entidades biológicas regulares y estables lo que permite su objetivación desde una epistemología de la causalidad. Sin embargo, lo biológico es sólo una parte del dominio de responsabilidad de la enfermera, además de la psicosocial y espiritual. Ésta trata con personas dinámicas, cambiantes y abiertas a la cuestión del sentido; incommensurables, por tanto, a la epistemología positivista. Todos estos argumentos se ven reforzados por los hallazgos de una de las líneas de trabajo más importantes, sobre las diferencias en el juicio y conocimiento profesional que poseen enfermeras principiantes y expertas,⁵ demuestra convincentemente que las enfermeras expertas no se distinguen, precisamente, por el uso cotidiano de “modelos formales” de razonamiento, sino por el uso de la comprensión e interpretación situacional de los problemas. Las principiantes, por el contrario, se aferran a las normas y protocolos técnicos, por su déficit de experiencia en las circunstancias en las que habrán de actuar. Es muy importante empezar a tomar conciencia que los modelos formales no son simplificaciones del proceder de las enfermeras expertas, sino que son, en realidad, propios de principiantes sin experiencia[†].

Esos modelos se transforman, tras una largo período de experiencia, en una forma muy superior de comprensión. Según esta prometedora línea de investigación, las profesionales expertas solucionan dificultades emergentes más que problemas predefinidos. Por otra parte, los modelos formales se consideran como recursos para la acción más que como prescripciones de la misma. Se entiende también, que lo que constituye un problema se considera como el producto de un proceso de negociación y construcción social antes que entidades preexistentes sometidas a procedimientos de codificación, transmisión y decodificación. Estos problemas se identifican con intuiciones vagas y ambiguas fuera del análisis crítico, es decir, la lógica conceptual sigue y no precede a la aprehensión intuitiva. Por último, estos trabajos indican que la contingencia y singularidad de las acciones con

[†] De ahí que si obligamos a enfermeras expertas a realizar su práctica bajo las indicaciones de procesos de estandarización de cuidados su trabajo se resiente.

las que se enfrenta la enfermera profesional reducen drásticamente la utilidad y el poder de las reglas técnicas de actuación.

A partir de estas conclusiones creemos que la cuestión de la relación entre el virtuosismo profesional y el conocimiento académico debería ser entendida al revés. No deberíamos empezar por preguntar cómo mejorar la “aplicación” a la práctica de lo aprendido en el aula, sino qué podemos hacer a partir de un detenido examen de la competencia por la que en realidad las enfermeras expertas son capaces de manejar las zonas indeterminadas de su práctica. Ese giro, es el que proponemos para la formación de enfermeras.

En lo que sigue, se presentan algunos lineamientos generales de las concepciones alternativas a la visión dominante de la relación entre conocimiento y acción profesional; el cual trata de dar respuesta a las limitaciones que los planteamientos técnicos poseen.

LA ENSEÑANZA DEL CUIDADO COMO PRÁCTICA REFLEXIVA

El aumento del interés hacia las nociones de reflexión y práctica reflexiva que se ha desarrollado en la formación del profesorado y de los profesionales de Enfermería a lo largo de estos últimos años, ha sido la manifestación de la creciente motivación por explorar los modos en que las enfermeras profesionales desarrollan su trabajo y en particular examinar el potencial de la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado. Del mismo modo, ha habido un progresivo interés por acercar el mundo de la teoría y el de la práctica en enfermería en el ámbito de la práctica asistencial, en el ámbito de la formación de las profesionales⁶ y en el de la formación del profesorado de enfermería.⁷ En todos esos intentos subyace la necesidad constatada de superar la relación jerárquica y lineal entre conocimiento técnico y práctica educativa o cuidativa. Una de las estrategias que puede contribuir a ese intento, es el desarrollo de la idea de *practicum* en la formación inicial de enfermeras, alrededor del cual se estructura el currículum.

Práctica profesional y prácticas de formación

La práctica profesional del cuidado es aquella actividad de una comunidad de enfermeras/os que comparten las tradiciones de una profesión, los esquemas apreciativos, las convenciones para la solución de problemas, un lenguaje específico y compartido, e instrumentos particulares. El conocimiento que permite

al profesional de enfermería una actuación competente está incrustado en una serie de prácticas y actividades que son compartidas por la comunidad profesional. Ese saber se manifiesta y funciona en los contextos institucionalizados de salud, donde la Enfermería posee legitimidad para la acción y se organiza a través de la repetición de cierto tipo de situaciones que son resueltas en función de las características del conocimiento profesional que se posea.

Los estudiantes de enfermería aprenden ese conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento sistemático y de conocimiento en la acción) sobre todo durante las “prácticas” de formación, en dónde las estudiantes “aprenden en la acción”. Esta situación acerca el mundo teórico de la universidad y el de la práctica profesional. “Es un mundo colectivo por derecho propio, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones. Incluye formas particulares de ver, pensar y hacer que en el tiempo y en la medida que le preocupen al estudiante, tienden a imponerse con creciente autoridad”.^{2,46}

Es importante remarcar que la visión que poseen las profesoras de Enfermería acerca de las actividades que deben realizar las alumnas durante el *practicum* y sus objetivos, depende de su concepción sobre los tipos de conocimiento imprescindibles para una práctica profesional competente. De tal manera, que si la profesora cree que la competencia profesional es la aplicación del conocimiento enfermero -aprendido en el aula y derivado de la investigación- a la solución de problemas, defenderá un *practicum* como preparación técnica donde los alumnos se ejercitarán en la identificación y solución de problemas a través de la aplicación de las reglas para su detección y solución aprendidas en el aula.² Sin embargo, el conocimiento profesional relevante para las estudiantes es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activa en la acción sin que la enfermera tenga clara conciencia de ello, a no ser después de procesos de reflexión y autodiálogo. Es un saber difícilmente formalizable en reglas o accesible al lenguaje, porque es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión.⁸ La enfermera profesional, por tanto, no es sólo una consumidora sino también, una productora de conocimiento a través del afrontamiento de situaciones problemáticas. De manera que en el *practicum*, además de aplicar las reglas de los protocolos, las alumnas deberían aprender las formas de indagación que las

enfermeras usan cuando se encuentran con situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible mediante la reflexión en la acción.

EPILOGO: EL PRÁCTICUM REFLEXIVO COMO ESTRATEGIA PARA EL APRENDIZAJE DEL ARTE DE CUIDAR

En conclusión, un practicum que facilite al estudiante la adquisición de esquemas y sistemas apreciativos que le permitan convertirse a medio plazo en un profesional reflexivo, debería poseer las siguientes características:

a) considerar el practicum como hilo conductor en torno al cual se estructura el currículum de enfermería: no se realiza “después” de la “teoría”, sino que a través del prácticum se asimilan los contenidos de las materias que conforman el currículum básico de formación. En este contexto, los contenidos de las diversas materias deben construirse no a partir de una descripción del estado del enfermo y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino, del análisis y cuestionamiento de los marcos de referencia, repertorios de cursos de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

b) No limitar el practicum a la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan: el conocimiento en la acción del profesional de enfermería (saber hacer semiautomático y rutinario), sólo resultaría útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados, si se halla articulado con la reflexión en la acción y sobre la acción. Así, la consideración de la práctica como eje del currículum adquiere sentido, si se tiene a la misma como punto de partida para analizar los problemas, cuestionar las estrategias usadas para resolverlos, revelar los procesos de reflexión durante la acción y analizar los esquemas y teorías implícitas que usa la enfermera en su práctica con el fin de mejorarl.

c) El practicum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción: el conocimiento que se transmite en el aula difiere del saber que la enfermera pone en juego para solucionar los problemas porque este último es personal, contextual y producido por ella a través de su experiencia, con su reflexión en y sobre la acción. En el momento de la acción, el conocimiento tácito es reestructurado cuando la enfermera prueba la corrección del esquema que se había construido acerca del problema. Es decir, se produce una conversación reflexiva entre las acciones

y las interpretaciones donde cada acción origina nuevas reinterpretaciones y significados que modifican los cursos de acción siguientes. En la reflexión en la acción, el hecho de repensar alguna parte de nuestro conocimiento nos conduce a la modificación de los cursos de acción y esto, a la transformación de lo que sabemos. Ciertamente, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, en la medida que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único) de su saber práctico.

d) El practicum es un proceso de investigación, más que de aplicación: durante las prácticas las alumnas se sumergen en un universo nuevo para ellas y para comprenderlo tratan de acceder a los significados que le otorgan las enfermeras profesionales. Pero, lo importante es darse cuenta que las acciones que repercuten en la persona cuidada, también sirven para que la alumna verifique su comprensión provisional de lo que está haciendo. Esta conversación reflexiva entre la alumna y la situación a la que se enfrenta es de naturaleza dialéctica, ya que cuando la alumna lleva a cabo una acción, moldea la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, transforma los esquemas de comprensión y apreciación de la alumna. La alumna sólo puede aprender algo de la situación cuando trata de modificarla.

e) El practicum debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos: si aceptamos que el conocimiento práctico es holístico y personal, y que permite a la enfermera intervenir de modo competente en situaciones complejas e inestables, las modalidades de enseñanza clínica que se adoptarán y las experiencias que se pondrán a disposición de las alumnas, deberán ayudarla a comprender que las modalidades de intervención profesional como la racionalidad técnica o el PAE refuerzan la fragmentación analítica, la objetivación (cosificación) de la persona y lo que es más grave, ignoran que la realidad es holística y que los problemas de cualquier intervención de enfermería sólo pueden considerarse en el contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado.

f) El papel de la profesora de prácticas es sumamente relevante: ciertamente, el conocimiento práctico es difícil de enseñar, debido sobre todo a su naturaleza personal y tácita. Sin embargo, es posible aprenderlo siguiendo la máxima de Dewey “haciendo”, reflexionando en y sobre la acción, conjuntamente con la profesora de prácticas. Su función consiste en una

suerce de práctica de segundo orden donde más que controlar la aparición de errores en la aplicación que la alumna realiza del conocimiento aprendido en el aula, lleva a cabo una conversación reflexiva con aquélla acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la alumna les otorga.

REFERENCIAS

- 1 Elbaz F. The teachers practical knowledge: report of a case study. *Curriculum Inquiry*. 1981 Jan;11 (1): 43-71.
- 2 Schön D. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós MEC; 1992.
- 3 Medina JLM. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
- 4 Schön D. The reflective practitioners: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
- 5 Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: Springer; 1996.
- 6 Scanlan JM. Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching. *J. Advan. Nursing*. 2002 April; 38 (2): 136-43.
- 7 Sahd R. Reflective practice: A critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. *J. Nursing Education*. 2003 Nov; 42 (11): 488.
- 8 Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *J. Advan. Nursing*. 2001 Mar; 10 (2): 204-14.
- 9 Burnard P. Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *J. Advan. Nursing*. 1995 June; 21 (6): 1167-74.
- 10 Medina JL. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado. *Enferm. Clín.* 1994 Sep-Oct; 4 (5): 221-32.
- 11 Fawcett J. Conceptual model and nursing practice: the reciprocal relationship. *J. Advan. Nursing*. 1992 Feb; 17 (2): 224-8.
- 12 Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicoll L, editor. *Perspectives on nursing theory*. Philadelphia: Lippincot; 1978. p. 216-24.
- 13 Leininger M. Qualitative research methods in nursing. 2a ed. Orlando: Grune y Stratton. Inc.; 1985.
- 14 Berto GC, Maftum M, Maraschin MS, Durman S. A teoría de Leininger. *Texto Contexto Enferm*. 2000 Maio-Ago; 9 (2 pt2): 864.
- 15 Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In: Rihel-Sisca J, editores. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: DOYMA; 1992. p.179-92.
- 16 Benner P. From novice to expert: power and excellence in nursing practice. Palo Alto (CA): Addison-Wesley; 1984.
- 17 Hipatia, editores. *Dos para saber, dos para curar*. Madrid: Horas y horas; 2004.
- 18 Polanyi M. Personal knowledge: toward a post critical philosophy. London: Routledge and Kegan Paul; 1958.
- 19 Corcoran S, Tanner C. Implications of clinical judgment research for teaching. In: National League for Nursing, editor. *Curriculum revolution: mandate for change*. New York: National League for Nursing; 1988.
- 20 Medina J. La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma. *Enferm. Clínica*. 1994 Jul-Ago; 4 (4): 147-9.