



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Medina Moya, José Luis; Sandín Esteban, María Paz

La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los
reducciónismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 2, abril-junho, 2006, pp. 312-319
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415216>

- ▶ 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 COMPLEJIDAD DEL CUIDADO Y EL CUIDADO DE LA COMPLEJIDAD: UN TRÁNSITO PEDAGÓGICO DE LOS REDUCCIONISMOS FRAGMENTANTES A LAS LÓGICAS NO LÍNEALES DE LA COMPLEJIDAD

THE COMPLEXITY OF CARE AND THE CARE OF COMPLEXITY: A PEDAGOGIC TRANSIT FROM FRAGMENTATION TO THE NONLINEAR LOGICS OF COMPLEXITY

A COMPLEXIDADE DO CUIDADO E O CUIDADO DA COMPLEXIDADE: UM TRÂNSITO PEDAGÓGICO DOS REDUCCIONISMOS FRAGMENTARES ÀS LÓGICAS NÃO LINEARES DA COMPLEXIDADE

José Luis Medina Moya¹, María Paz Sandín Esteban²

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” de la Universidad de Alicante, España. Coordinador de los Programas de Doctorado Enfermería “Diversidad y Cambio en Educación” de la Universidad de Barcelona, España. Profesor Titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, España.

² Licenciada en Pedagogía. Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesora del Programa de Doctorado Enfermería “Práctica y Educación” de la Universidad de Alicante, España. Profesora Titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, España.

PALABRAS CLAVE: Educación en enfermería. Enfermería. Práctica profesional.

RESUMEN: Este trabajo aborda la formación inicial en enfermería y su práctica profesional utilizando para ello instrumentos conceptuales pertenecientes a lo “paradigma de la complejidad”: esquemas teóricos dinámicos, categorías conceptuales ambivalentes utilizados para dar cuenta de las incertidumbres, indeterminaciones y fenómenos aleatorios que conforman los procesos que tienen lugar en la formación inicial de Enfermería y en su ejercicio profesional. Categorías que tratan de ir más allá del reduccionismo positivista que había pretendido eliminar la imprecisión, la ambigüedad y la contradicción, y se sitúan en una perspectiva en la que la paradoja, la dualidad, la incertidumbre o la contradicción que, antes que errores o límites de nuestro pensamiento, son características constitutivas de la realidad del cuidado y de los procesos formativos que capacitan para su ejercicio profesional. La tesis central de estos planteamientos afirma que las formas de representación positivista han asignado a los fenómenos del cuidado profesional de la salud y a los de su enseñanza una certidumbre de la que realmente carecen.

KEYWORDS: Nursing education. Nursing. Professional practice.

ABSTRACT: This work looks at nursing education and its professional practice. It utilizes the conceptual instruments from “paradigm of complexity”: dynamic theoretical schematas and conceptual ambivalent categories are utilized to explain the uncertainties and aleatory phenomena that conform the processes that have their place in Nursing education and in its professional practice. These categories attempt to surpass the positivist reductionism that had intended to eliminate imprecision, ambiguity and contradiction. They are categories that place themselves in a perspective in which the paradox, duality, uncertainty or the contradiction before errors or limits of our thought are constitutive characteristics of the reality of the and its formative processes. The central thesis of these proposals affirms that the forms of positivist representation assign a much-needed certainty to the phenomena of health-care and its teaching.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em enfermagem. Enfermagem. Prática profissional.

RESUMEN: Este trabalho aborda a formação inicial em enfermagem e sua prática profissional utilizando para isso instrumentos conceptuais pertencentes ao “paradigma da complexidade”: esquemas teóricos dinâmicos, categorias conceptuais ambivalentes utilizados para dar conta das incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios que compõem os processos que tem lugar na formação inicial de enfermagem e em seu exercício profissional. Categorias que tratam de ir além do reducionismo positivista que havia pretendido eliminar a imprecisão, a ambigüidade e a contradição, e se situam em uma perspectiva na qual o paradoxo, a dualidade, a incerteza ou a contradição que, antes de serem erros ou limites de nosso pensamento, são características constitutivas da realidade do cuidado e dos processos formativos que capacitam para seu exercício profissional. A tese central destas formulações afirma que as formas de representação positivista atribuem aos fenômenos do cuidado profissional da saúde e aos de seu ensino uma certeza da que realmente carecem.

LA FRAGMENTACIÓN COSIFICANTE DE LA MIRADA POSITIVISTA

Son ya numerosos los trabajos que demuestran los reduccionismos, fraccionamientos y simplificaciones abusivas que se dan durante la formación inicial en enfermería.^{1,3} Unas prácticas pedagógicas que acogen en su seno toda una contradicción que es, en realidad, una fragmentación simplificadora: al alumnado se le ofrece una concepción del ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional, pero ese saber complejo se transmite mediante prácticas pedagógicas reductoras, rígidas y mecánicas, esto es, simples. Una formación en la que el profesorado suele manifestar unas intenciones educativas en la línea de un estudiante responsable, crítico, con capacidad de analizar objetivamente el mundo que le circunda y de transformarlo, pero al mismo tiempo las estrategias didácticas que utiliza y los patrones de relación profesor-alumno frecuentemente usados tienden a todo lo contrario.⁴ Una formación que se muestra reticente a llevar a cabo estrategias de naturaleza dialógica, participativa y democrática y que considera que el diálogo, la implicación y participación crítica del alumno o el debate le impiden la consecución de su verdadero objetivo: la transmisión de contenidos. Una formación reticente a que en el aula se presenten teorías contrapuestas, al debate libre y argumentado de las ideas, reparos que, si se piensa, transmiten una visión infantilizada del alumnado como sujetos incapaces de aceptar la existencia simultánea de dos puntos de vista contrapuestos y una noción del conocimiento como producto acabado.

Reparos que están relacionados con otra manifestación de la hegemonía del pensamiento y la lógica positivista, reduccionista en esencia, en las enseñanzas de Enfermería: la conceptualización del contenido como objetivo, neutral y no problemático y que es una posesión exclusiva del profesor universitario.⁵

En efecto, cuando la Enfermería accede a la universidad adopta acríticamente, para legitimarse, los patrones epistemológicos y los valores culturales imperantes de la institución universitaria.⁶ Y con ellos una concepción mecanicista y reductiva del docente universitario entendido como “experto infalible”. Ello significa que el docente no está preocupado por alcanzar una visión global de la situación en la que desarrolla su trabajo sino que la entiende a partir de las categorías que le proporciona su conocimiento disciplinar. Se trata de una concepción de la enseñanza

universitaria que está totalmente determinada por la visión previa del docente y centrada en la reproducción de su conocimiento profesional por parte del alumno. Una visión que con demasiada frecuencia ha enfatizado el contenido como fin en sí mismo, obviando cualquier relación con el contexto de producción o de aplicación del mismo. Una concepción que carece de la flexibilidad y de la sensibilidad necesarias para adaptar su conocimiento a las singulares y cambiantes características de la situación; poco permeable a las perspectivas que el alumnado pueda tener sobre la misma, y poco proclive al examen de sus propios prejuicios. Desde esta perspectiva, la autonomía con la que ejerce su docencia el experto infalible se basa en la seguridad de lo inquestionable, la decisión unilateral y la imposición desde la autoridad de su posición.

Pero esa actitud omnipotente del experto infalible tiene claros efectos perniciosos en el alumnado: lo que cuenta como conocimiento válido para el experto infalible sirve para preservar las relaciones de dominación en el aula. Presentar el contenido de las materias como hechos brutos y mostrar argumentos opinables como verdades indiscutibles en el contexto de una atmósfera de certidumbre, no es más que una aplicación ideológica de la dicotomía que el positivismo establece entre hechos y valores. La racionalidad empírico-analítica debido a su epistemología, separa al alumnado y al conocimiento disciplinar de los marcos culturales, sociales y políticos en los que se han producido y donde adquieren significado. Pero ello implica, al mismo tiempo, el ejercicio de una violencia simbólica a veces en forma de menoscabo, sobre el alumnado⁷. Por ejemplo, en alguno de nuestros trabajos de investigación hemos podido constatar que cuando los estudiantes expresan formalmente ideas derivadas de su propia interpretación de la práctica y critican la visión que los docentes universitarios tienen de la misma, los resultados suelen ser desalentadores, cuando no lamentables.⁴ En realidad, los alumnos son animados a ser autocríticos al mismo tiempo que se les recuerda implícitamente que no deben ser socialmente críticos con las experiencias de conocimiento que desarrollan en las aulas universitarias.

En efecto, se puede estar glosando la necesidad de una práctica profesional del cuidado autónoma y que reflexione sobre sí misma, a través de métodos coercitivos que impiden las futuras enfermeras tomar decisiones sobre cuestiones que les afectan directamente como por ejemplo las formas de evaluación a emplear; se puede argumentar la naturaleza problemática del saber enfermero clausurando

cualquier posibilidad de que el alumno ponga en cuestión el saber del docente y disienta de sus opiniones. Estas situaciones pueden tener un efecto negativo en términos de aprendizajes para el ejercicio profesional de la Enfermería. En primer lugar, toda la argumentación teórica del docente deviene estéril al quedar sistemáticamente desmentida por su propia práctica: el docente habla de ser “cuidar” a través de formas discursivas en absoluto “cuidadosas”. De ahí que el alumno, de modo inopinado, asimile los principios y procedimientos de actuación profesional sin ninguna vinculación real con los marcos teóricos que los sustentan. Pero además, y lo que es más peligroso, todo esto puede conducir a que se aprenda a mantener separados el discurso teórico y el práctico sin vinculación alguna. De este modo la escisión e incomunicación entre los aprendizajes académicos y los informales queda reforzada como consecuencia de las contradicciones entre lo que predicamos y lo que realmente hacemos. Con todo ello corremos el peligro de contribuir a una formación de enfermeras cuya práctica futura estará saturada de una justificación ideológica consistente en los principios que asimiló durante su formación inicial. Habremos así contribuido a la creación de una profesional que se distancia de su responsabilidad moral como agente de salud; un(a) profesional con dificultades para acceder a los verdaderos principios que legitiman su acción profesional, lo que le imposibilita para analizar sinceramente su práctica y, por tanto, mejorarla.⁸

Cuando la enfermería adopta la epistemología positivista dominante en el contexto universitario se instala en el currículum de formación inicial una racionalidad que postula la neutralidad del conocimiento científico, pues éste debe ocuparse únicamente de lo fáctico, de los hechos, quedando los valores en la dimensión de la metafísica pero no de la ciencia. De este modo la razón técnica realiza una operación de disyunción (separar aquello que está unido) en la que deja fuera de sus supuestos, por carecer de sentido según su epistemología, las cuestiones referentes a la dimensión ética e ideológica que necesariamente comporta cualquier acto educativo y/o cuidativo. Sin embargo, definir la enseñanza o el currículum de enfermería como una tecnología es, sobre todo, una simplificación: consistente en transformar problemas prácticos en técnicos porque la justificación de medios y fines se funda en la supuesta autoridad que ofrece el conocimiento científico acerca de la educación. Es decir, los fines y los medios se seleccionan en función de hechos neutrales y válidos.

Sin embargo, esos fines y medios, una vez seleccionados, no poseen cualidades éticas. Su valor no es ético sino técnico. La razón es bien sencilla, la distinción entre hechos (medios) y valores (fines) que lleva a cabo la racionalidad tecnológica, por mor de la epistemología en la que se funda, le prohíbe ocuparse del ordenamiento ético (valores) de la enseñanza de la enfermería. El consenso técnico que introduce el lenguaje científico genera la imposibilidad de cualquier debate ético acerca de los problemas de la educación enfermera porque oculta la naturaleza política y ética de la cuestión de los fines. El efecto final de esta transformación reductora de lo práctico en técnico es imposibilitar el debate de los intereses que se abocan a las prácticas educativas y sanitarias.⁹ Creemos que es sumamente importante reconocer esta limitación en el contexto de la reflexión y la acción pedagógica en enfermería. El problema surge cuando la acción educativa, que bajo nuestro punto de vista es una praxis, en el sentido Aristotélico, queda regulada/reducida por la racionalidad técnica, reduciendo el valor regulativo de la ética a la ética de la eficacia.

La entronización en el currículum enfermero de la racionalidad medios-fines ha hipersimplificado una realidad compleja, esto es, ha reducido procesos sociocomunicativos como son los procesos educativos a procesos técnico-estratégicos de actuación. Como consecuencia, ha habido un cambio en la justificación y legitimación de la acción educativa convirtiéndose los criterios científico-técnicos en los únicos jueces para legitimarla.

LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA COMO PRÁXIS: UNA RELACIÓN DIALÉCTICA Y COMPLEJA ENTRE MEDIOS Y FINES

Esa reducción simplificante de la práctica en técnica que la racionalidad instrumental ha llevado a cabo en el currículum enfermero impide comprender cómo en la educación los objetivos, las políticas y los métodos o medios mantienen una relación compleja, es decir, están intrínsecamente unidos. Considerar que las cuestiones axiológicas sólo pueden referirse a los fines simplifica la compleja relación que existe, sobre todo en una práctica social como es la educación enfermera, entre medios y fines. En efecto, las cuestiones sobre la finalidad del acto educativo o las pretensiones del currículum no son estados o productos finales de los cuales las estrategias educativas constituyen los medios instrumentales para alcanzarlos. En la educación

enfermera, fines y medios, objetivos y estrategias, no son independientes, antes al contrario, cuando los docentes formulan sus objetivos, éstos son expresiones de los valores en virtud de los cuales esos docentes valorarán la adecuación de los medios que utilicen. Cuando el docente entiende que potenciar la capacidad de reflexión crítica del alumnado es una finalidad deseable, no está describiendo un valioso estado final que alcanzará con cualquier estrategia didáctica. Antes al contrario, se está refiriendo a un tipo de valores o “principios de procedimiento” a los que apelará para justificar el valor educativo de los medios que utilice.¹⁰ Es decir, actividades didácticas transmisivas que fomenten la retención y memorización de los contenidos y la pasividad de los alumnos, dado que se oponen claramente al desarrollo de una mentalidad crítica en ellos, serán rechazadas como educativas. Nótese que no se está haciendo ningún juicio respecto a la eficacia de esos medios, que pueden poseerla; lo que se hace es rechazar esos medios porque no llevan a la práctica los valores que incorpora el “principio de procedimiento”. Esto es, esos métodos no sirven a ninguna finalidad propiamente educativa.

Pero esa argumentación es válida también para el cuidado de la salud que, al igual que la educación, es una actividad de naturaleza más práctica que técnica.¹¹ En efecto, las finalidades de la Enfermería no son el producto final del cual los procesos de cuidado constituirán unos medios instrumentales. Por el contrario, son manifestaciones de los valores en virtud de los cuales podemos otorgar el carácter de “profesionales-cuidativos”, o negárselo, a medio que se esté utilizando. De modo que cuando hablamos de bienestar físico, de independencia, de capacidad para el autocuidado, autonomía en la toma de decisiones o de bienestar psíquico como estados a los que la enfermería toma como finalidades, no nos estamos refiriendo a unos productos finales valiosos que alcanzaríamos sirviéndonos de cualesquiera medios instrumentales, sino que estamos hablando de una serie de criterios que las enfermeras toman como reguladores para justificar el valor práctico de los medios que utiliza. Por ejemplo, si una enfermera profesional pretende que la persona a la que cuida desarrolle cuanto antes su autonomía y capacidad para autocuidarse, está formulando unos principios de procedimiento que le servirán para distinguir qué medios son admisibles de los que no lo son. Es decir, la enfermera comprenderá la importancia de incorporar los intereses, motivaciones y contextos experienciales de la persona en su proceso de cuidado. Será consciente de que una transmisión

unidireccional acerca de dietas o estilos de vida no sería un medio adecuado por más que estas informaciones fuesen acertadas. Esta técnica informativa no sería admisible como medio para conseguir la autonomía de la persona porque ignora el necesario protagonismo de aquélla con respecto a su salud, y porque olvida que pretender una obediencia absoluta respecto a los consejos e indicaciones de salud, impide a la persona adquirir ciertas nociones del por qué de su comportamiento y de cómo se produce un proceso de salud, sobre todo el suyo. Acompañando, en suma a esa persona a la dependencia y el alejamiento de la autonomía.

SOBRE LA NOCIÓN DE SUJETO: DE LA COSIFICACIÓN OBJETIVANTE AL RESPETO DE LAS SUBJETIVIDADES

Es fácilmente constatable que los currículos y programas de Enfermería contienen una noción de persona como ser biopsicosocial y que estudia al ser humano como un todo irreductible, en congruencia con valores y epistemologías propiamente enfermeras.¹²

Es cierto, existen diferencias ontológicas entre las actividades de curar (las que ha venido asumiendo la medicina moderna) y las de cuidar. Estas diferencias están basadas en la disimilitud de la perspectiva epistemológica y filosófica de las que ambas parten. La medicina se halla fundada en una perspectiva analítica, empírica y experimental muy adecuada para el estudio de los procesos biológicos y biopatológicos que, como fenómenos naturales que son, presentan una cierta estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, pero que ha reducido lo humano a lo biológico. En efecto, a partir del siglo XVIII, el cuerpo humano pasa de ser sujeto de sesiones y rituales curativos precientíficos a convertirse en la base de un nuevo saber que la disciplina médica ha producido como objeto específico de su aplicación.¹³ Ese cambio de concepción modifica el centro de interés de la mirada médica, del enfermo a la enfermedad. El modelo biomédico trasforma (reduce) la biopsicosociografía del cuerpo en historia de la patología, en la que la subjetividad del enfermo queda oculta en la objetividad de los signos que no remiten a un ambiente vital, a modos de vida, a asignación de sentido a la existencia, sino a un cuadro clínico producto de una disciplina que sólo tiene sentido ya por referencia a sí mismo. La medicina ha reducido la vida humana a desarreglo biofisiológico y cada uno de los

avatares de la vida en signos que acaban por no tener valor más que en el discurso y monólogo cerrado de la medicina consigo misma. Operada esa reducción (de reflexionar sobre la vida a analizar la disyunción entre normalidad y patología) el enfermo es confinado y retirado a las paredes del hospital, donde de sujeto social se le reduce a objeto de conocimiento. Es confinado en un espacio-tiempo en el que bajo la amenaza de la muerte el paciente se percibe a sí mismo respecto a su enfermedad, como un hecho exterior porque no sólo su vida queda interrumpida sino que él mismo es convertido en un fenómeno objeto de análisis para la mirada médica que disuelve el enfermar en la enfermedad, la cual, siendo en realidad producto metodológico de una ciencia, se eleva ahora a la dignidad ontológica de la existencia.¹⁴ Ahora la enfermedad carece de sentido porque se construye con una mirada que no es sensible a la vivencia subjetiva de aquella ya que sólo remite a la objetivación de las disfunciones del organismo.

Quizás, ninguna otra operación en la historia del saber ha conseguido con tanta eficacia convertir en objeto la experiencia vivida, descontextualizándola, osea, vaciándola de subjetividad y sentido. La reducción del enfermar a la enfermedad implica una inversión de la realidad porque en una visión objetiva del mundo ya no tiene cabida lo que cada uno vive o es. El progreso y desarrollo de la medicina ha conducido a una objetivación (reducción) médica del ser humano que sólo adquiere sentido dentro de la disciplina (lo patológico) no dentro del sujeto ya objetivado.

Sin embargo, desde una perspectiva libre del corsé conceptual de la patología médica, la mirada enfermero, debería ver al sujeto enfermo antes que su enfermedad objeto, permitiendo que el sufrimiento que pide ser aliviado no quede enterrado en la profundidad biológica del organismo. Pero, a este respecto existen algunas preguntas que todavía están por formular y responder: ¿Los saberes enfermeros que se formalizan en las taxonomías diagnósticas contribuyen realmente a tan loable fin? o ¿No estarán realizando la misma operación reductora, cosificante y alienante que el saber biomédico? ¿Basarse en una metodología que defiende la fragmentación reductora del sujeto en problemas tipo denominados “diagnósticos”, no 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? ¿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, es congruente con los valores tradicionales y

aceptados en Enfermería y con una lectura válida de la complejidad del cuidado?

Ciertamente, un saber que escucha y un sujeto (dependiente) que habla son muy diferentes de una mirada que observa, pasando de un caso a otro para disolverlos en la estructura disciplinar; (descontextualizada, abstracta y fragmentante) en la que desean convertirse las distintas taxonomías diagnósticas.

Omitir la vivencia subjetiva, como con frecuencia hace los diagnósticos enfermeros codificados en diversas taxonomías implica que cuando se mira e interroga al cuerpo en su espesor orgánico, éste ya no nos dice nada del sentido de su enfermedad sino que produce un lenguaje que sólo tiene sentido y valor en el interior de los procesos de validación diagnóstica. Procesos en los que se trata de legitimar un saber sobre el otro, en el que su presencia es, en realidad una ausencia. Es una mirada que nos iguala y homogeneiza ante el padecer y la finitud. Pero, si la muerte ignora la modulación individual el saber enfermero no puede hacerlo. Y no es porque cada persona reaccione diferente ante los problemas de salud sino, porque el lenguaje universal y abstracto de las taxonomías diagnósticas es incapaz de captar la individualidad concreta de la vivencia de la enfermedad. Esa individualidad ya ha sido destruida en el seno del lenguaje mismo en aras de una objetividad que pese a haber nacido para combatir la muerte, la anticipa en cada cuerpo al vaciarlo de sentido. ¿No acabará nuestra práctica siendo dominada por una “política del etiquetado” que nos lleve a expresiones como “el afrontamiento ineficaz de habitación número siete o el “sufri” (por sufrimiento espiritual) de la número cuatro? Lo característico de la vida humana es el sentido, este, no nos viene dado por la naturaleza biológica, no tiene explicación por la física o la química. Es a través del sentido que el hombre comparece en el mundo humano, y deberíamos empezar a cuestionarnos si ese sentido queda recogido en las “etiquetas” diagnósticas.¹⁵

LA ENSEÑANZA DE LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO Y DEL CUIDADO DE LA COMPLEJIDAD

¿Cómo podríamos, superar algunos de los reduccionismos antes enunciados que hipersimplifican al sujeto (docente, discente, persona cuidada) y asignan a la práctica del cuidado y de su enseñanza una linealidad y previsibilidad de la que en realidad carecen? Probablemente con alguno de los desarrollos

provinientes de campos tan dispares como la física cuántica, la biología molecular, la antropología cultural o las neurociencias y que vienen alimentando el denominado paradigma de la complejidad.^{16,17}

Desde esta mirada ontológica los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería y sus prácticas profesionales se nos muestran como una realidad multidimensional construida a partir de innumerables relaciones, entre sujetos, prácticas, instituciones y saberes, dinámicas, abiertas, no lineales, dialécticas, duales al tiempo que unitarias y antagónicas a la vez que complementarias, es decir, ordenadas y desordenadas, complejas.¹⁸

Esa multiplicidad de interacciones mediadas por contingencias aleatorias y manifestada en situaciones paradójicas, ambivalentes e inestables puede evidenciarse en el núcleo del currículum enfermero.

Desde la perspectiva de la complejidad puede afirmarse que cuando el profesorado de enfermería entiende técnicamente su trabajo, está asignando a los procesos de enseñanza-aprendizaje una rigidez y exactitud de la que en realidad carecen.¹⁹ En efecto, el proceso educativo es un proceso complejo de interacción entre participantes (profesoras y alumnas) y, está en gran medida, codeterminado por ellas. Las acciones por las que se lleva a cabo la enseñanza y el aprendizaje son acciones comunicativas y, por tanto, en ellas intervienen los deseos, los intereses, las motivaciones, las expectativas y las interpretaciones de los participantes. Como consecuencia, se entiende que el aula es un espacio social de comunicación e intercambio dinámico, un sistema vivo donde sus elementos se definen en función del intercambio y el sistema se configura como consecuencia de la participación activa, y en parte autónoma, de los elementos que participan en la comunicación. La adecuación de las decisiones y cursos de acción seleccionados vendrán determinadas por los significados que les otorguen los participantes.

La práctica educativa de la Enfermería tiene lugar, por tanto, es espacios comunicativos en los que las interpretaciones son múltiples y a menudo conflictivas, donde existen diferentes orientaciones y expectativas de valor, saturados en suma, de indeterminación y ambigüedad. Esa variabilidad constante no se puede eliminar con la aplicación de reglas o prescripciones derivadas tecnológicamente so pena de distorsionar, hipersimplificando una realidad compleja y multidimensional, una realidad que consiste en los significados que los participantes en el acto

educativo otorgan a sus conductas, o cayendo invariablemente en la trivialidad y la redundancia.

Cuando la práctica de la enseñanza de la enfermería parece, aparentemente, en la superficie, seguir la lógica de la racionalidad técnica, es probablemente porque los docentes ignoran consciente o inconscientemente las peculiaridades conflictivas de la vida del aula y actúan con la representación mental unívoca que falsamente se construyen de la realidad. En este caso, los docentes no resuelven los problemas reales que el intercambio de conocimientos y mensajes entre ellos y los alumnos está provocando, se limitan a gobernar superficialmente el flujo de los acontecimientos.

Un segundo factor que contribuye a la indeterminación y ambigüedad de las acciones educativas en enfermería es la influencia de las características particulares del contexto de interacción. La influencia de las contingencias contextuales, la variabilidad de las interpretaciones y la ambigüedad de las interacciones, exige que cada curso de acción o toma de decisión se conciba como un problema único con unas características que lo particularizan, siendo difícil si no imposible realizar una abstracción generalizadora. La mutua influencia del conocimiento práctico y la dinámica contingente y circunstancial del proceso educativo invalida la posibilidad de su subsunción en reglas técnicas de acción.

En síntesis, la formación de enfermeras como práctica social que es posee elevados grados de incertidumbre, ambigüedad y apertura. Se halla regulada por una normatividad ética y se desarrolla a través de procesos deliberativos de comprensión de los participantes, es decir, juicios basados en la interpretación del significado de la acción educativa desarrollados por profesor y alumno.

Esa complejidad se ve aumentada, además, cuando se comprende que la educación enfermera es una actividad ética, política y no sólo técnica. Ello significa en primer lugar, que las acciones que emprenda el profesorado no podrán valorarse al margen de las repercusiones personales y sociales que tengan. De cara a la enseñanza de la enfermería este hecho tiene dos repercusiones. En primer lugar, que hay que incluir, en su desarrollo, esta problemática para no reducirla inopinadamente a una cuestión meramente técnica. En segundo lugar, que esas convicciones deben materializarse en el proceso de enseñanza que el profesorado coprotagoniza. Esto es, no perder de vista que su modo de concebir y de desarrollar la

enseñanza tiene claras repercusiones personales en el alumnado que se apoyan en las opciones de valor que haga sobre la enfermería, la salud y la enfermedad en la sociedad actual.

Esas convicciones pueden llevarse a la práctica o exemplificarse de distintas maneras: fomentando el análisis de los fundamentos valorativos que subyacen a los distintos modelos teóricos presentados al alumnado; facilitando la indagación de las prácticas realizadas por las enfermeras profesionales y del papel que el sistema sanitario desempeña, respetando la conciencia moral y las opciones valorativas de los estudiantes con respecto a la salud y a su futuro papel como enfermeras. Además, como más arriba ya se ha dicho, el cuidado de la salud se compone de situaciones y procesos de gran complejidad; situaciones cargadas de ambigüedad, plenas de incertidumbre en las que aparecen conflictos de valores que conducen a dilemas y contradicciones. Por tanto, los procesos formativos y el conocimiento que se desarrolle en la formación deben representar y profundizar en el análisis de esas complejidades e incertidumbres. Parte de esos procesos formativos pasan por el reconocimiento de que los valores respecto a la formación de enfermeras y la práctica del cuidado deben ser sometidos a revisión crítica, pero ese examen debe ser libremente realizado por cada estudiante. Es cierto que la enseñanza de la enfermería no debería proponer una “única” visión profesional correcta, pero, no es menos verdad que, simultáneamente, debería reclamar del alumnado un compromiso para definirse y aceptar sus propios límites, dilemas e incertidumbres.

Conviene recordar también que defender una concepción de enfermera profesional como sujeto autónomo con capacidad de juicio y toma de decisiones tiene repercusiones en cuanto a la formulación de los objetivos de la formación. Es decir, si se defiende, una visión del alumno universitario como un sujeto con capacidad de juicio autónomo y si se pretende colaborar en la formación de enfermeras que sean capaces de tomar sus decisiones profesionales de manera fundamentada y autónoma, estas opciones serían contradictorias con una concepción simplista de la enseñanza universitaria en la que los resultados que se pretenden obtener al final del proceso de enseñanza-aprendizaje se definen unilateralmente por anticipado. Si se defiende la autonomía, ha de aceptarse la diversidad y la discrepancia tanto en los puntos de partida desde los que el alumnado inicia su aprendizaje como en las pretensiones y finalidades que manifiesten. Pero cuidado, con todo esto no se está diciendo que

no importen los resultados que se alcancen. La identificación y el análisis e interpretación de estos logros es un aspecto fundamental de la evaluación de la enseñanza de la enfermería. Lo aquí se pone en cuestión, es que se tenga que precisar unilateralmente y por anticipado solamente los resultados a obtener en la formación, si es que se defiende, un planteamiento de defensa de la autonomía intelectual y moral de la futura enfermera.

CONCLUSIÓN

En síntesis, el paradigma de la simplicidad, ignora la naturaleza inestable, cambiante y ambigua de los fenómenos que se producen en el aula o en los centros asistenciales y al hacerlo reduce el foco de interés de profesoras y profesores a una serie de conductas o acciones determinadas con anterioridad y les impide que utilicen la riqueza cognitiva e interpretativa de sus juicios prácticos disminuyendo la potencial relevancia de sus reflexiones. Ese es el precio a pagar cuando se defiende que la lógica de la simplicidad es la única forma posible de ser racional en la formación de enfermeras: el debilitamiento y/o negación del pensamiento complejo y la pérdida de la identidad profesional en la práctica porque se sustituye, cuando no se elimina, todo el conocimiento y saber práctico de la enfermera por una serie de habilidades y reglas técnicas justificadas por la retórica académica científica y no por su relevancia para la práctica.

REFERENCIAS

- 1 Whitehead D. Nurse education in the future: will one size fit all? *Nurse Educ. Today.* 2005 Mayo; 25 (4): 251-4.
- 2 Baykal U, Sokmen S, Korkmaz S. Determining student satisfaction in a nursing college. *Nurse Educ. Today.* 2005 Mayo; 25 (4): 255-62.
- 3 Senab RR, Coelhoc S. Educación en enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. *Investigación Educ. Enferm.* 2004 Feb; 21 (2): 16-27.
- 4 Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. la enseñanza de la enfermería. Barcelona: SPU; 2005.
- 5 Medina JL. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
- 6 Tanner C. Education as social responsibility. *J. Nursing Educ.* 1992 Ene; 31 (1): 3-4.
- 7 Bourdieu P. ¿Qué significa hablar?: economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: AKAL Universitaria; 1985.

- 8 Sahd R. Reflective practice: a critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. *J. Nursing Educ.* 2003 Nov; 42 (11): 488.
- 9 Habermas J. *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus; 1984.
- 10 Peters R. *Ethics and education*. London: George Allen and Unwin; 1966.
- 11 Pellegrino E. The caring ethic. In: Bishop A, Scudder J, editors. *Caring, curing, coping: nurse, physicians, patient relationships*. Alabama: University Alabama Press; 1985. p.8-30.
- 12 Medina JL. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado. *Enferm. Clín.* 1994 Sep-Oct; 4 (5): 221-32.
- 13 Foucault M. *Nacimiento de la clínica*. Mexico: Siglo XXI; 1966.
- 14 Foucault M. *Vigilar y castigar*. 5a ed. Madrid: Siglo XXI; 1986.
- 15 Arendt H. *La condición humana*. Madrid: Paidós; 1993.
- 16 Morin E. *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos; 1984.
- 17 Capra F. *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama; 1998.
- 18 Vilar S. *La nueva racionalidad: comprender la complejidad con nuevos métodos transdisciplinares*. Barcelona: Kairós; 1997.
- 19 Balandier G. *El desorden: las teorías del caos y las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa; 1993.