



**LA PEDAGOGÍA
DEL CUIDADO:
SABERES Y PRÁCTICAS
EN LA FORMACIÓN
UNIVERSITARIA EN
ENFERMERÍA**

JOSÉ LUIS MEDINA



LAERTES | PSICOPEDAGOGÍA

*La Pedagogía del Cuidado:
Saberes y Prácticas en la Formación
Universitaria en Enfermería.*

José Luis Medina
Universidad de Barcelona
jlmedina@ub.edu



*A M^a Paz
Alejandro y Lucia por que me han revelado
el sentido último del acto de Cuidar*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE: UNA LECTURA DEL MUNDO DE LA ENFERMERÍA: EL CONTEXTO DISCIPLINAR, PROFESIONAL Y CURRICULAR DE LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS

CONTEXTO DISCIPLINAR

CAPÍTULO 1. El Cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como Disciplina.

- 1.1. El cuidado: discurso, poder y legitimación en la disciplina de Enfermería.....
- 1.2. La noción de cuidado

CAPÍTULO 2. Fundamentación epistemológica de la Enfermería: una Práctica inconmensurable por la razón técnica

- 2.1. La práctica educativa y la práctica de los cuidados enfermeros: dos actividades humanas de naturaleza común
- 2.1.1. El sentido moral de las prácticas asistenciales
- 2.1.2. La falacia del isomorfismo entre procesos naturales y prácticas sociales
- 2.1.3. La enfermería: ciencia aplicada o ciencia humana
- 2.1.4. Ciencia humana teórica y ciencia humana práctica.....
- 2.1.5. A modo de síntesis: la reducción de lo práctico a lo técnico.....

CAPÍTULO 3. La relación entre Teoría, Práctica e Investigación: hacia una nueva reconceptualización

- 3.1 La relación Teoría-Práctica en el Curriculum de Enfermería.....
- 3.2. La concepción tradicional de la relación Teoría-Práctica o la disolución histórica de lo práctico en lo técnico.....
- 3.3 La visión tecnológica de la relación Teoría-Práctica.....
- 3.4 . Una visión alternativa de la relación Teoría-Práctica-Investigación en la Enfermería
- 3.5. A modo de síntesis

CONTEXTO PROFESIONAL

CAPÍTULO 4. La profesión de Enfermería: el paradigma de la crítica feminista de la dominación

- 4.1. Enfermería y feminismo: un maridaje inevitable
- 4.2. Tres enfoques feministas
- 4.3. Un apunte histórico de la subordinación de la mujer enfermera en el sistema de salud.....
- 4.4. Las falsas dicotomías masculino/femenino, curar/cuidar y el letal efecto del paternalismo
- 4.5. Una lectura sociológica de género de las relaciones de poder en las prácticas sanitarias
- 4.6. A modo de síntesis

CONTEXTO CURRICULAR

CAPÍTULO 5. Un mandato para transformar el curriculum de Enfermería

- 5.1. Hacia una curriculum transformador de las enseñanzas de Enfermería
- 5.2. La noción de revolución como transformación del curriculum: características

 - 5.2.1. Pluralismo teórico
 - 5.2.2. Centralidad del cuidado.....
 - 5.2.3. Reconceptualización de la noción de contexto y ambiente
 - 5.2.4. Primacía de las relaciones profesora-estudiante.....
 - 5.2.5. El curriculum como praxis
 - 5.2.6. Incorporación de una concepción del conocimiento enfermero consistente con los actuales desarrollos de la epistemología contemporánea

- 5.3. La noción de Curriculum en el campo de la formación de Enfermeras

 - 5.3.1. Hacia una definición de Curriculum para la formación de enfermeras

SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS DE LA RACIONALIDAD DE LA ACCIÓN EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS

CAPÍTULO 6. La crítica de la racionalidad técnica: del dogma a la emancipación

- 6.1. El necesario cuestionamiento de la razón técnica en la enseñanza de la enfermería.....
- 6.2. El curriculum de enfermería: institucionalización del dogma Tyleriano

 - 6.2.1. Institucionalización en la educación enfermera

 - 6.2.1.1. La emergencia y eclosión del conductismo
 - 6.2.1.2. La búsqueda de titulaciones de tercer ciclo por parte del profesorado
 - 6.2.1.3. El movimiento hacia la universidad
 - 6.2.1.4. El proceso de acreditación.....

CAPÍTULO 7. La formación de enfermeras como práctica reflexiva

7.1.	La formación de enfermeras como acción práctica
7.2.	Rasgos distintivos de la formación de enfermeras como acción práctica.....
7.2.1.	La incertidumbre esencial de las acciones a llevar a cabo
7.2.2.	Construcción del significado a través de la comprensión hermenéutica
7.2.3.	Práctica social de naturaleza ética
7.3.	El redescubrimiento del saber práctico de la enfermera
7.3.1.	La racionalidad de la acción.....
7.3.2.	Hacia una reconceptualización de la naturaleza del saber enfermero
7.3.1.2.	La formalización del conocimiento en el curriculum
7.3.1.3.	La formalización del juicio clínico: reducción del conocimiento práctico a razón técnica
7.3.3.	Un cambio de dirección en la producción y flujo del saber enfermero
7.4.	La formación de enfermeras como Práctica Reflexiva.....
7.4.1.	Práctica profesional y prácticas de formación
7.4.2.	El significado de la Reflexión en la formación de enfermeras
7.4.3.	Implicaciones para la enseñanza
7.4.3.1.	Supervisión Clínica y Aprendizaje Experiencial
7.4.3.2.	El diario y el estudio de casos como estrategias didácticas en la formación de enfermeras reflexivas

CAPÍTULO 8. El pensamiento crítico en la educación enfermera

8.1.	El pensamiento crítico en la educación enfermera: la convergencia de la Teoría Crítica y el Feminismo
8. 2.	El objeto de la crítica.....
8.3.	El contexto de aparición de la crítica
8.4.	El trabajo de la crítica
8.5.	La teoría de la crítica.....
8.6.	Intereses y saberes en la formación de enfermeras.....

BIBLIOGRAFIA.....

PRESENTACIÓN

La escasez, por no decir inexistencia, de trabajos de investigación sobre la formación universitaria que las enfermeras¹ reciben en nuestro país ha sido uno de los principales motivos que me llevaron a la realización de este trabajo. Uno de los objetivos de esta obra se centra, por tanto, en el intento de construcción del campo curricular de la Enfermería puesto que hasta la fecha la teorización y articulación conceptual de la Pedagogía del Cuidado (léase formación de enfermeras), en el campo más amplio de la Didáctica Universitaria es materialmente inexistente en nuestro país.

Por otra parte, los escasos estudios disponibles ofrecen una visión de la práctica demasiado prescriptiva y abstracta en los que la ausencia del contexto histórico, social y político en el que se inscribe la formación de enfermeras, y del que obtiene sentido, es su principal limitación. Esos análisis dan la impresión de que la Enfermería -como profesión, como disciplina científica, como conjunto de ideas o como curriculum- tiene un funcionamiento propio separado del resto de la sociedad e inmune a sus contradicciones. Con esta obra también pretendo, por tanto, aproximarme a la enseñanza y aprendizaje de la Enfermería desde la perspectiva de significado de sus protagonistas con el fin de elucidar los supuestos epistemológicos y teóricos en los que esas prácticas se fundan y revelar el sentido que queda oculto por la cotidianeidad de las mismas.

En un libro de fondo epistemológico como éste, podría suponerse que no debiera existir presupuesto alguno. Sin embargo, dado que estoy convencido de que nunca actuamos sin algunos presupuestos y sin un marco de referencia que dé sentido a lo que decimos, conviene hacerlos patentes para poder apreciar mejor su influencia en nuestro pensamiento. Además, la comprensión del sentido y pretensiones de todo trabajo de reflexión intelectual pasa necesariamente por su contextualización en los marcos teóricos

¹ A lo largo de este trabajo utilizaremos el término enfermera para referirnos a aquellas personas que ejercen la profesión de Enfermería independientemente de su sexo biológico. Del mismo modo, usaremos indistintamente los términos alumna y alumno para referirnos a aquellas personas que cursan los estudios de enfermería y, profesora y profesor, para referirnos al profesorado de las Escuelas de Enfermería.

de los ámbitos disciplinares a los que pertenece y en la biografía intelectual y experiencial de la persona que lo lleva a cabo.

Después de 15 años de dedicarme a la formación de profesionales de la Enfermería hay una realidad que considero nítida y autoevidente: toda práctica educativa pertenece a un tiempo y un espacio determinado y es el resultado de una historia personal, familiar, social y cultural única e irrepetible. Es por ello que cada docente hace inteligible su práctica desde un punto de vista que no coincide totalmente con el de ningún otro docente. En mi caso, mi historia personal y trayectoria profesional me han llevado a entender la práctica educativa en forma menos positivista y empirista y más cargada de valor y abierta a la cuestión del sentido, en forma menos normativa y más centrada en su relación con el contexto y el proceso.

Durante mis primeros años como docente empecé a tomar conciencia de las reticencias existentes entre el profesorado para debatir y reflexionar sobre ciertos aspectos de la formación inicial y permanente de Enfermería que se daban por supuestos y se aceptaban de manera acrítica pero que a mí, como docente, no dejaban de preocuparme.

Por aquel entonces tenía la sensación de que nuestra última función como formadores de enfermeras era la de proporcionar a las estudiantes listas de conductas y procedimientos a seguir con disciplina y perfección técnica. Teníamos una verdadera compulsión por la asepsia y la higiene. A las estudiantes se les remarcaba que debían adoptar una “actitud profesional” y con ello queríamos significar una realización técnicamente competente de los procedimientos y rutinas derivados de los tratamientos que el médico prescribía. Todo parecía nítido y claro, sólo teníamos que seguir los protocolos y normas técnicas.

Pero en ese clima de certidumbres yo me sentía más bien inseguro, algo fallaba. Intentábamos innovar y repensar nuestra actividad como educadores usando nuevos métodos, estrategias y modelos pero después de algunos intentos, que eran verdaderos saltos al vacío, volvíamos a refugiarnos en las didácticas tradicionales. Entonces no lo sabía, pero teníamos problemas con el poder. No nos sentíamos del todo seguros acerca de la posibilidad de entablar con las estudiantes relaciones horizontales bidireccionales y autonomizantes; éramos incapaces de decir “no lo sé” en el aula y mucho menos de aceptar ninguna “sugerencia” de las alumnas respecto a nuestras estrategias didácticas y

de evaluación. Habíamos ofrecido libertad pero no sabíamos cómo afrontar sus consecuencias. Estábamos acostumbrados a ser “la autoridad” y tener el control de las situaciones; dirigíamos el aprendizaje con el fin de que las estudiantes alcanzaran unos objetivos definidos por nosotros. Los profesores determinábamos cuáles eran sus necesidades de aprendizaje al igual que en el hospital determinábamos cuáles eran las necesidades de salud que los enfermos no tenían satisfechas.

Yo tenía un millar de dudas: ¿si tanto insistíamos al alumnado para que pensasen y fuesen profesionales autónomos, cómo era posible que se mostraran tan poco participativos y apáticos durante su formación?; ¿si la Enfermería era realmente una profesión con una base científica de conocimientos por qué existía una imagen social tan denigrada de la misma?; ¿cuál era nuestra tarea como educadores para conseguir que las estudiantes se convirtiesen en verdaderas profesionales autónomas?

Éstas y muchas otras cuestiones hicieron tornar mi mirada hacia las Ciencias de la Educación y concretamente hacia la Didáctica. De modo que el año 1986 inicio los estudios de Pedagogía en la Universidad de Barcelona que simultaneo con mi trabajo docente en Enfermería. Este fue el hecho que desencadenó la secuencia de acontecimientos de los que este trabajo es el resultado final.

Lectura y práctica, experiencia y reflexión, ese proceso circular de poner en acción las ideas con las que tomo contacto en la Facultad supone un enriquecimiento personal y un cuestionamiento mucho más profundo de mi propia actividad como educador. Gradualmente, en un proceso interactivo que va de la lectura a la reflexión y de aquí a la acción para pasar de nuevo a la reflexión, me re-conozco en una nueva subjetividad y sensibilidad pedagógica, me educó, expropio mi identidad pedagógica para restituirla en un nivel distinto. Ese proceso de transformación de mi pensamiento educativo me conduce a percibir la realidad que me rodea como educador de manera diferente, se me muestran como evidentes aspectos de mi práctica que hasta entonces habían permanecido ocultos. Empiezo a considerar que muchos de los problemas existentes en la enseñanza y la práctica de la Enfermería se relacionan con factores como el poder, el género o la legitimación de discursos en una asociación hasta entonces desconocida por mí. Empecé a preguntarme qué tipo de valores y creencias estábamos realmente transmitiendo, ¿por qué los contenidos que se transmitían en el aula y que considerábamos imprescindibles

para un trabajo profesional competente eran tan rápidamente olvidados y, a menudo, menospreciados por las estudiantes?; ¿tenía algo que ver el género y la formación inicial con el hecho de que las enfermeras se mostrasen conformes con su estatus de subordinación y aceptasen la sumisión como un valor profesional? En síntesis, me preguntaba por la lógica de funcionamiento del discurso pedagógico de la Enfermería y, más específicamente, por la racionalidad y los supuestos epistemológicos que legitimaban y daban sentido a la práctica de la enseñanza de enfermeras.

En esa tesitura, el año 1991, inicio los estudios de doctorado y obtengo una Beca Predoctoral de Formación de Personal Investigador (FPI) concedida por el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya con el fin de desarrollar el proyecto de investigación "*El Currículum y la Formación del Profesorado en Ciencias de la Salud*". En esa investigación traté de elucidar algunas cuestiones e interrogantes que mi trabajo como docente en Enfermería me suscitaba, y más aún después de entrar en contacto, a lo largo de los años de estudios de la Licenciatura en Pedagogía con las tradiciones del pensamiento educativo, ideas que me habían obligado a cuestionarme algunas de las prácticas educativas (muy académicas, altamente abstractas y epistemológicamente obsoletas) que se desarrollaban en la enseñanza de la Enfermería.

Inicié entonces un trabajo de búsqueda, indagación y análisis documental que después de tres años culminó en un informe de investigación que se constituyó en el marco teórico de mi tesis doctoral de la cual este trabajo es consecuencia.

Después de un primer acercamiento a la bibliografía de la formación y del currículum de Enfermería comprobé que el profesorado de Enfermería, como colectivo profesional, ha tenido y tiene, de forma constante y paradójicamente, la preocupación (indefinición) respecto del papel profesional y del status y funciones de la enfermera profesional (Melosh, 19882; Mundinger, 1980; Watson, 1990).

En la literatura sobre la formación de enfermeras son muy frecuentes trabajos que, desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas, se acercan a esta problemática tratando de presentar la contribución propia y específica de la Enfermería a la salud de las personas, contribución que la distinguirían como profesión y como disciplina independiente. Preocupación que bajo mi punto de vista es la constatación de la

ambigüedad (o quizás alienación) con que las enfermeras perciben su papel y una manifestación de su falta de identidad disciplinar y profesional.

Esta afirmación parte de antiguo. En los años cincuenta se publicaron estudios sociológicos que describen y profundizan en aspectos de la profesión como la división del trabajo, relación con otros profesionales, el poder, el liderazgo. Esos estudios ponían ya de manifiesto una serie de cuestiones que hoy siguen siendo del interés de un buen número de investigaciones.

En un trabajo de investigación, considerado un clásico sobre la formación de enfermeras, Cohen (1988) demuestra que la cultura profesional de la Enfermería está impregnada, sino saturada, de valores de sumisión respecto la autoridad médica y que en la conformación de esos valores juega un papel relevante el sistema de formación inicial.

Sin embargo, esa afirmación no ha dejado de suscitar polémicas hasta hoy. En la línea de Cohen, autoras como Colliere (1989) defienden que la Enfermería no es una profesión autónoma puesto que se halla sometida a los designios de la medicina, la cual le adjudica un papel meramente auxiliar. En contradicción, autoras como Moccia (1988b), Tanner (1990b) o Watson (1985) defienden que la Enfermería es una profesión con una identidad definida y un cuerpo propio de conocimientos, cuyas funciones y actividades no estarían en ningún caso determinadas por la profesión médica. Por contra, Hassenplug (1977) defiende que la Enfermería es una pseudoprofesión que se halla en proceso de construcción y delimitación de su propio campo discursivo o espacio disciplinar.

En nuestro país ese status de sumisión es negado sistemáticamente por el profesorado. Se aduce que la Enfermería posee un cuerpo propio de conocimientos que construye y delimita su identidad profesional (Piulachs, 1988; Gusiñe *et al*, 1988). Este corpus teórico se produce a partir del estudio de las necesidades del ser humano (en estado de salud y de enfermedad) y en cómo satisfacerlas. Es decir, el objeto material de la Enfermería, como ciencia humana que es, es el hombre, y el punto de vista particular (objeto formal) desde el que la Enfermería intenta comprenderlo, es el Cuidado.

Otro aspecto polémico, directamente relacionado con el anterior, hace referencia a la presencia o ausencia de un espacio propio de intervención profesional y al control real

que tiene la Enfermería sobre su propia práctica. Algunos trabajos ponen de manifiesto que aunque académicamente existe la titulación universitaria de Diplomado y/o Licenciado en Enfermería, el ejercicio profesional está muy lejos de obedecer a unas funciones predefinidas y sobre todo que nazcan del colectivo profesional (Adamson y Kenny, 1993; Brykcznska, 1993). Sin embargo, desde sectores académicos se niega la ausencia de rol propio (James, 1992; Smith, 1992). Se defiende que el rol propio de la enfermera es cuidar al sujeto sano o enfermo de un modo global, a diferencia del médico, que trata a un órgano. Se asevera que la Enfermería realiza una aportación única, esencial y específica: cuidar. Que las enfermeras poseen un cuerpo propio de conocimientos y son, por tanto, profesionales autónomos.

Sin embargo, la experiencia cotidiana de un gran número de enfermeras profesionales y de estudiantes de Enfermería en los servicios asistenciales donde realizan sus prácticas arroja evidencias que nos impedirían estar de acuerdo en que aquellas afirmaciones sean válidas para el estado actual de la profesión; esas afirmaciones responden sobre todo a intereses de legitimación disciplinar pero están muy lejos de constituirse en hechos (Cohen, 1988).

Estas polémicas indican que la realidad del campo, que se presenta desde los ambientes académicos de la Enfermería, en ocasiones no se corresponde con las experiencias de las enfermeras asistenciales ni, a menudo, con las de las estudiantes de Enfermería. Es decir, la cultura enfermera internaliza flagrantes contradicciones, génesis de toda una ambivalencia: por un lado servilismo y obediencia, por el otro profesionalidad e independencia (Cohen, 1988).

Este hecho provoca en las estudiantes una percepción ambivalente y ambigua de su futura ocupación. La estudiante progresa en su experiencia de formación entre dos sistemas de creencias que la obligan a asumir interpretaciones a menudo contradictorias sobre los valores a internalizar. Comprueba la existencia de un papel subordinado cuando realiza sus prácticas clínicas. Ese papel se transforma en independiente, autónomo y reivindicativo cuando “vive” la realidad académica. Como resultado aparece un conflicto cuando interpreta que una ocupación caracterizada por la subordinación no satisfará nunca las exigencias de aquello que desde ambientes académicos se define como una profesión: autonomía, cuerpo propio de conocimientos y control sobre la propia práctica.

A la luz de estos datos contradictorios empecé a hacerme una serie de preguntas que me llevaron a focalizar la atención en las cuestiones y problemas que se convertirían en el núcleo de este trabajo: ¿cómo era posible en miembros de un mismo colectivo profesional (unos docentes, otros, asistenciales) diferencias y distancias semejantes en sus subjetividades y marcos de interpretación? ¿Esas contradicciones que había encontrado en la literatura y que se referían al ámbito anglosajón, se daban también en nuestro contexto? Y, caso de ser así, ¿cuáles eran los factores que determinaban ese alejamiento?

Estas cuestiones exigían que orientase mi análisis hacia el proceso de producción, selección y transmisión de competencias mediante el cual se legitima una determinada manera de entender la práctica del Cuidado (léase, la actividad profesional de la enfermera titulada) y, por extensión, en las vivencias y experiencias que permiten a las estudiantes adquirir los sistemas de creencias y atributos motivacionales característicos de la profesión de Enfermería..

Con el objeto de hallar alguna respuesta a esas cuestiones me centré en el estudio de la socialización profesional de las estudiantes, o en otros términos, el proceso mediante el cual asimilan los conocimientos valores y creencias de la cultura enfermera y, sobre todo, de las estructuras de racionalidad que aportan la lógica y el sentido a ese proceso.

A partir de una nueva serie de lecturas y análisis de investigaciones sobre ese tópico empecé a vislumbrar que el proceso de producción, selección y enseñanza-aprendizaje de las competencias profesionales en el campo de la Enfermería era una construcción social cuyos significados estaban estrechamente relacionados con el poder y el control social (Allen 1990, Clare 1993). Del mismo modo, empecé a intuir la naturaleza política del proceso de socialización profesional de las estudiantes. Por ejemplo, en esos estudios se explica el status de sumisión de la Enfermería respecto la medicina analizando la función social del conocimiento (Coz Durex, 1991). Estos trabajos presentan la relación entre el saber científico, en este caso el saber médico, y su contexto social de funcionamiento (las relaciones entre profesionales y entre éstos y los usuarios, en los centros sanitarios).

Después de este trabajo de reflexión e indagación teórica desarrollado a lo largo de tres años tuve la oportunidad de realizar una estancia de trabajo e investigación como

“Visiting Scholar” en el Departamento de Nursing Education² del Teachers College de la Universidad de Columbia (New York) donde pude satisfacer mi necesidad sentida de conocer *in situ* y en la práctica los desarrollos curriculares en la formación de enfermeras inspirados en el pensamiento crítico que había encontrado durante la investigación documental.

De ese modo, durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1994 realicé una serie de trabajos de estudio e investigación que determinaron un reforzamiento de mis intuiciones pedagógicas; sobre todo como consecuencia de conocer la experiencia de “Curriculum Revolution”: una transformación radical del curriculum de formación inicial de las enfermeras americanas, inspirada en las concepciones críticas de la educación y auspiciada por la National League for Nursing, agencia oficial responsable del diseño y la evaluación de la formación de enfermeras. Sería esta visión la que impulsaría definitivamente mi trabajo y la que se constituiría en el marco interpretativo para la indagación empírica que constituyó la parte práctica de mi tesis doctoral y que queda reflejado a lo largo de toda esta obra.

La distancia física, cultural y simbólica y el conocer la realidad práctica, institucional y personal de las experiencias que había encontrado en la literatura me ayudó a tomar conciencia de los cambios y transformaciones que se habían producido en mis categorías de interpretación y en mi manera de entender la práctica de educar futuras enfermeras. Conocer *in situ* las alternativas críticas a los modelos y prácticas curriculares tradicionales supuso para mi la emergencia y construcción de una nueva conciencia que me permitió reinterpretar la realidad de la formación en Enfermería rechazando algunos de los desarrollos teóricos en los que me había apoyado hasta entonces, asignar un nuevo sentido a mi práctica docente y, en ocasiones, “ver” realidades que hasta entonces habían permanecido invisibles para mi. Por ejemplo, empecé a vislumbrar las relaciones de poder y dominación que permanecen ocultas en las prácticas de la enseñanza de la Enfermería y que constituyen el primer eslabón de la cadena que conduce hacia la opresión y la sumisión que satura los valores de la cultura profesional de la Enfermería.

² Se le denomina “la casa madre” ya que fue la Universidad pionera en los estudios de Enfermería. En ella obtuvieron títulos de Master y Doctorado Virginia Henderson y otras importantes precursoras de la actual Teoría del Cuidado. En la actualidad cuenta con un prestigioso programa de formación del profesorado de Enfermería.

Durante mi periplo americano constaté la enorme influencia que en la actualidad están ejerciendo los Estudios Feministas y las Pedagogías Críticas en el pensamiento pedagógico-didáctico en la formación de enfermeras. Tal y como pude comprobar, el tránsito que se está realizando en la formación de enfermeras americanas de un curriculum basado en una racionalidad técnica, de corte positivista y de estructura disciplinar biomédica, a otro fundado en bases fenomenológicas y sociocríticas, más que responder a la lógica y las modas de la producción discursiva en la universidad y en la formación de enfermeras, era la única respuesta posible ante un sistema sanitario que denota una verdadera quiebra moral donde más de cuarenta millones de personas no tienen posibilidad real de recibir asistencia sanitaria. Patricia Moccia, una de las principales defensoras de los planteamientos críticos en la educación de enfermeras, además de una mujer valiente y comprometida, me planteó una cuestión que fue una de las claves para que modificase mi conceptualización de la formación de enfermeras, cuestión que todavía hoy resuena en mis oídos. Esta veterana luchadora, presente y activa ya en la reivindicación de los derechos civiles y de la mujer en la década de los 60 me explicó de manera convincente que la principal preocupación del discurso teórico acerca de la formación de enfermeras era (en 1994 y en Estados Unidos) la reconceptualización de lo social y su relación con la formación de profesionales de la salud. Desde su privilegiada perspectiva de observación (vicepresidenta de la National League for Nursing: agencia responsable del diseño y evaluación del curriculum y la acreditación de las facultades que lo imparten) me explicó que el primer desafío de la formación de enfermeras era acercarla y resituarla en la práctica asistencial (de la que, como en nuestro país, se halla muy alejada) pero repensando la naturaleza de esa práctica, entendiéndola antes como praxis que como técnica. Comprobé, gratamente sorprendido, cómo era el mismo discurso oficial e institucional de la Enfermería el que afirmaba que los retos con los que se enfrentaban las profesoras y profesores de Enfermería iban más allá de cómo preparar a alguien para trabajar con otros en la promoción y el restablecimiento de la salud. A esa preocupación técnica o utilitaria deberían añadirse cuestiones morales y políticas: ¿cómo educar para una vida donde la salud es un concepto y una práctica social?, ¿cómo producir el bien común a través de cambios individuales en las personas que se forman en las escuelas de Enfermería? o ¿cómo conseguir que la transformación del curriculum que se propugna vaya más allá de una simple retórica para convertirse en un instrumento de transformación social?

Al final de mi estancia, y como consecuencia de todo ese proceso, me di cuenta que la práctica de la formación de enfermeras constituye una red difusa de relaciones de poder y dominación entre instituciones, discursos y hombres y mujeres. Entendí entonces que para hacer inteligible la actividad de educar enfermeras debía acometer la tarea de estudiar el funcionamiento social del conocimiento científico, el papel de las instituciones sociosanitarias en la determinación de las creencias y valores de las enfermeras, y el papel de las estructuras de racionalidad científica y pedagógica y los supuestos epistemológicos que sustentan, legitiman y otorgan sentido a la práctica de la enseñanza de la Enfermería. A esa tarea me apliqué a mi regreso, fruto de la cual es el presente trabajo

La obra se organiza en torno a dos grandes partes o bloques temáticos. En la primera parte titulada “*Una lectura del mundo de la Enfermería: el contexto disciplinar, profesional y curricular de la formación de Enfermeras*”, y que consta de cinco capítulos, se lleva a cabo un análisis teórico de las dimensiones que constituyen la región de la experiencia humana que conocemos con el nombre de Enfermería: la disciplinar, la profesional y la curricular. Se trata de describir los rasgos más sobresalientes, a modo de contextualización, del universo de significados que dan sentido a la prácticas de teorización, formación y de asistencia que llevan a cabo las enfermeras. Esa contextualización es del todo imprescindible para facilitar la interpretación y comprensión del lector de una obra que como ésta se centra en un objeto de indagación (la formación universitaria de enfermeras) que ha sido muy poco estudiado en nuestro país.

En el primer capítulo se explica cómo en la actualidad el discurso disciplinar y teórico de la Enfermería, aunque goza de buena salud en la literatura del campo y posee una gran riqueza y pluralidad teórica, se halla subsumido y disuelto dentro del saber biomédico en el contexto de la asistencia a la salud. En segundo lugar, se presenta una sistematización teórica y una clarificación conceptual del objeto de conocimiento de la Enfermería entendida como Disciplina: la noción de Cuidado analizando sus aspectos filosóficos, teóricos y profesionales.

En el segundo capítulo, y después de haber sistematizado el objeto de conocimiento de la Disciplina enfermera, es decir, los supuestos contenidos del curriculum que configuran

los estudios de Enfermería, se realizará una caracterización y clarificación de su estatuto epistemológico. Para ello, se sitúa la práctica de la Enfermería en el contexto más amplio de las actividades que se llevan a cabo en el sistema sanitario, relacionándola con la Medicina. Se explicará cómo, primariamente, todas las actividades de los profesionales sanitarios (incluida la Medicina) están orientadas por un principio rector que es el cuidado de las personas sanas o enfermas y que, por lo tanto, son empresas humanas de naturaleza ética. No es menos cierto, sin embargo, que esta empresa incorpora, en la actualidad, la ciencia médica y la tecnología orientada al diagnóstico y la curación. El espectacular avance en las tecnologías de la curación y la entronización de la intervención tecnomédica tiene mucho que ver en la confusión actual acerca de la naturaleza ontológica y epistemológica de las prácticas del cuidado de la salud cuando se las califica como Ciencias Aplicadas. En realidad, la eclosión tecnológica simplemente aumenta la profundidad de la mirada diagnóstica y la eficacia de las terapéuticas pero no influye para nada en la esencia de esas prácticas. Al igual que en la educación, el sentido primario de los cuidados de salud, antes que científico o tecnológico, es moral. De manera que si el cuidado de la salud es una empresa humana cuyo valor regulativo es una disposición moral a obrar correctamente, entonces las prácticas de los cuidados de salud deberían ser estudiadas por las Ciencias Humanas Prácticas, además de las Naturales.

En el tercer capítulo se aborda uno de los temas que más interés y polémica han suscitado en los últimos años en el dominio disciplinar de la Enfermería: las relaciones entre Teoría, Práctica e Investigación. Se intentará demostrar que la polémica suscitada acerca de la supuesta dicotomía o divorcio Teoría-Práctica se debe a una comprensión equivocada de su naturaleza y relaciones. Con ese fin se describirá, en primer lugar, el proceso histórico que ha dado lugar a la visión comúnmente aceptada de esa relación: jerárquica y técnica, inspirada por el Positivismo Lógico. En segundo lugar, se analizará críticamente esa conceptualización para, por último, presentar una visión alternativa en la que la relación entre Teoría y Práctica es siempre dialéctica y ambas son mutuamente constitutivas.

En el capítulo cuarto, nos acercaremos al ejercicio de la Enfermería, tal cual es hoy practicada, desde uno de los enfoques más productivos en la literatura actual sobre el tema: los estudios y la epistemología feminista. En ese capítulo se explica que la devaluación histórica de que ha sido objeto el Cuidado como función principal de la Enfermería y el papel marginal que se reserva a las enfermeras en los sistemas sanitarios

son un reflejo del lugar secundario que las mujeres ocupan en la sociedad y que ha servido para ocultar la verdadera importancia de los componentes cualitativos, sociales y expresivos en el cuidado de la salud. Con esta argumentación se sientan las bases que permiten comprender que el sexismo en el sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad y que el status de subordinación de la Enfermería respecto la Medicina, se debe a la naturalización de formas socialmente construidas de opresión, discurso por el que se transforman estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en diferencias biológicamente mediadas. Se trata de hacer visible los intentos de grupos que detentan el poder en el sistema de salud de asociar las funciones de la Enfermería a virtudes biológicamente femeninas para con ello justificar el bajo estatus de aquélla en el sistema de salud, el cual, no es, sin embargo, fruto de cualidades intrínsecamente femeninas o de una lógica natural: es un lamentable prejuicio social o estereotipo.

Una vez elucidados el objeto de conocimiento de la Enfermería y el ejercicio profesional, esto es, el contexto donde las futuras enfermeras deberán resituarse aquellos saberes, se iniciará el desarrollo del capítulo nuclear de esta primera parte y que adquiere sentido a la luz de los cuatro anteriores. De manera que en el capítulo quinto se inicia el análisis del curriculum de Enfermería. Se presentarán las características más relevantes que la producción teórica actual sobre ese campo propone como idóneas para la formación de enfermeras. Todas ellas surgen de una corriente reconceptualizadora en la enseñanza de la Enfermería denominada "*Curriculum Revolution*" que puede considerarse como la fuente de influencia más importante en el pensamiento curricular de la formación de enfermeras en la actualidad. Influencias que surgen del pensamiento Crítico acerca del curriculum, la Pedagogía Feminista, la Fenomenología y la Hermenéutica. Este capítulo finaliza con un recorrido sistemático por las diferentes concepciones sobre el Curriculum de Enfermería con el fin de presentar la naturaleza multidimensional y elusiva del término.

En la segunda parte de la obra titulada "*Análisis de la racionalidad de la acción educativa en la formación de enfermeras*", se analizará con más detalle el discurso didáctico-curricular en el contexto de la formación de enfermeras. A lo largo de los tres capítulos que la componen se realiza un análisis epistemológico de la racionalidad que informa el diseño y la práctica educativa. Para ello se efectúa un recorrido por las diversas concepciones existentes sobre la formación de enfermeras (técnica, práctica y crítica) con

el objeto de elucidar las formas en que ha sido racionalmente comprendida, formulada y ejecutada.

En el capítulo sexto, se explican las condiciones de posibilidad, la emergencia y constitución histórica de la concepción del currículum dominante en nuestro país: el modelo Tyleriano-conductista.

En el séptimo, se argumenta sobre la naturaleza práctica y reflexiva de la acción de educar, en general, y de formar enfermeras, en particular. Se trata de demostrar, en la línea de lo argumentado en el capítulo segundo, las similitudes ontológicas entre el cuidado de la salud y las prácticas educativas. Para ello, se intenta mostrar cómo las acciones que la enfermera lleva a cabo en su desempeño profesional denotan un saber de naturaleza tácita, personal y ética, que es estructuralmente similar al que activa una profesora de Enfermería durante su práctica educativa. Quizás en pocos currícula como en el de Enfermería aparecen isomorfismos semejantes entre la naturaleza del contenido que se transmite y las prácticas que pretenden vehicularlo. Se trata, en resumen, de demostrar que Cuidar y Educar son acciones que poseen un elevado grado de ambigüedad, incertidumbre y apertura, que su valor regulativo es una disposición ética a obrar correctamente y que se sustentan a través de procesos comunicativos y deliberativos de las personas que en ellas participan. El capítulo finaliza con la presentación de un modelo pedagógico innovador en nuestro país: la educación de enfermeras como práctica-reflexiva.

En el octavo capítulo, por último, se argumenta que la teorización curricular en el campo de la enseñanza de la Enfermería debe ir más allá de dar respuesta a las necesidades educativas que el sistema de salud y la actividad de sus profesionales genera para tratar de explicar cómo los mecanismos ideológicos socialmente configurados afectan a nuestra forma de entender la actividad de formar profesionales de la Enfermería. Se trata de llevar a cabo una crítica y deconstrucción radical de la racionalidad en la que se inspira la visión empírico-analítica dominante en el universo de la enseñanza de la Enfermería.

El lector de este libro no debe esperar propuestas concretas a modo de receta milagrosa. Eso sería asignar presuntuosamente a los oficios de Educar y Cuidar una certidumbre de la que realmente carecen porque son prácticas que pertenecen de suyo al ámbito del

sentido. No pretendo caer en la trampa académica de considerar mis postulados y argumentos como verdades sino que los entiendo como problemáticos, esto es, abiertos a la reconstrucción, plurales, abiertos e inciertos. El tratar las propuestas que este libro contiene como “verdades” puede acarrear consecuencias negativas. Si el lector considera algunas de las ideas que aquí se presentan suficientemente justificadas y las aplica acríticamente a su práctica, reproduciendo así lo ocurrido con Modelos, Diagnósticos, PAE y otros “productos” del saber enfermero, corre el peligro de perder interés por la observación cuidadosa del contexto de aplicación y de sus resultados. Este libro debe leerse como una invitación a la reflexión crítica antes que como una serie de verdades incuestionables. El verdadero valor del conocimiento reside en la posibilidad que nos brinda de indagar la realidad pero no para dominarla sino para comprenderla.

Este trabajo debe mucho al clima intelectual generado a partir de discusiones, debates, trabajos conjuntos y reflexiones compartidas con un grupo de compañeras y compañeros del Departamento de Didáctica y Organización Educativa de la Universidad de Barcelona. Mi agradecimiento a Cristina Alonso, Remei Arnaus, Pepe Contreras Virginia Ferrer, Caterina Lloret, Núria Pérez de Lara y María Pla que me han permitido compartir sus preocupaciones e intereses y conocer sus opiniones acerca de la formación de enfermeras, muchas de las cuales han inspirado estas páginas. Pero este libro también es deudor de mi trabajo conjunto con un grupo de colegas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona con los que vengo discutiendo y reflexionando sobre la posibilidad y dificultades de un trabajo pedagógico comprometido con la transformación y mejora de nuestra práctica educativa y nuestras instituciones académicas y sanitarias. A Ramona Bernat, Montserrat Busquets, Javier Colina, Silvia Costa, Julia López, Montserrat Roca e Inmaculada Ubeda mi afecto y agradecimiento.

CAPÍTULO 1.

EL CUIDADO: OBJETO DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA.

1.1. El cuidado: discurso, poder y legitimación en la disciplina de Enfermería

Puede resultar paradójico afirmar que la Enfermería más que una simple ocupación subordinada a la Medicina, es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de saberes edificados a partir de aquél y, al mismo tiempo, ser incapaz de presentar la estructura y contenido de esos saberes; estructura que, como más adelante precisaremos, se funda en la distinción entre cuidados genéricos, cuidados profesionales y cuidados profesionales enfermeros (Leininger, 1978). Sin embargo, esos conocimientos, aunque existentes, han venido permaneciendo marginales e invisibles debido a las relaciones de poder que acompañan a la producción de discursos³ legítimos (Bordieu, 1985) y que han permitido la hegemonía de las visiones empírico-analíticas de la salud y la enfermedad encarnadas por el modelo biomédico. Las relaciones entre el saber médico y el enfermero y la red de prácticas sociales que los acogen son un claro ejemplo de cómo los discursos se constituyen en formas de poder al convertir en homogéneo un espacio de producción simbólica e imponer la arquitectura conceptual y las reglas de comunicación autorizada (Díaz, 1995).

Para poder comprender los mecanismos mediante los cuales el discurso (y su saber subyacente) enfermero ha sido subsumido y sustituido por el saber biomédico nos detendremos en la noción de “marco de representación” en el sentido que la usa Bordieu

³ La noción de **discurso** que aquí utilizaré es subsidiaria del pensamiento de Foucault. Entiendo por discurso no sólo la dimensión semántica y lingüística de la comunicación, son también ciertas prácticas sociales que guardan una relación dialéctica con aquella, No sólo los significados transmitidos por el lenguaje sino aquellas prácticas y procesos sociales que tienen lugar en el seno de las instituciones sanitarias y académicas que contribuyen a producir los significados y las subjetividades de las personas que en ellos participan. El discurso se refiere a lo que puede ser dicho y pensado, pero también a quién puede hablar cuando y con qué autoridad Los discursos producen y transmiten significados a la vez que implican un cierto tipo de relaciones sociales. Son prácticas institucionales (clases, exámenes, relaciones sociales) que configuran los objetos de los que hablan. Constituyen sistemas de posibilidad de conocimiento. Para Foucault los discursos “no se refieren a objetos, no identifican objetos; los construyen y al hacerlo ocultan su propia invención” (1970). Es decir la fuerza social de ciertos saberes no depende solamente de su valor de verdad sino que se halla influida por la posición social e institucional de quien los formula.

y en dos de sus características más relevantes: la arbitrariedad de su contenido y sus efectos políticos.

Vislumbrar la noción de marco (léase perspectiva de significado) o "representación" en términos de Bordieu es imprescindible para comprender porqué la racionalidad tecnológica, ejemplificada en el modelo biomédico, es hegemónica en las prácticas de asistencia sanitaria y aliena la identidad profesional de un buen número de enfermeras (Melosh, 1982).

Los marcos de representación e interpretación poseen efectos sociales y prácticos (políticos) puesto que esas "representaciones" contribuyen a "*producir la realidad objetiva*", que aparentemente describen o designan. Aquí la realidad debe entenderse como un estado resultante de la "lucha" por las clasificaciones. Un estado de las relaciones de fuerzas materiales o, más concretamente, simbólicas, entre quienes pugnan por imponer una u otra clasificación o marco de representación, invocando a la supuesta autoridad y neutralidad de la ciencia para legitimar como única y real una visión "arbitraria" de la realidad. Como afirma Bordieu (1985), desde el momento en que los investigadores y estudiosos proponen "modos" y "marcos" para explicar la realidad, aparece una lucha por la imposición de sus presupuestos, imposición que trata de legitimarse por referencia a la supuesta objetividad de los mismos. Lo que nos interesa destacar en este momento es que esa lucha que tiene un claro efecto político ya que cada uno de nosotros actuamos en el mundo a través de la representación que de él nos hacemos. La acción política se manifiesta en el intento de producción e imposición de los marcos perceptuales o categoriales a través de los que cada uno de nosotros nos relacionamos con el mundo. Los marcos categoriales o categorías perceptivas no son una ficción sin efectos, antes al contrario, hemos dicho que los discursos tienden a producir aquello que designan. La realidad la construimos mediante la "representación" que de ella nos hacemos.

¿Cómo opera y se manifiesta ese "habitus"⁴ en el contexto de las relaciones entre el discurso médico y el enfermero?. Permítasenos explicarnos con una sencilla pregunta.

⁴ El "habitus" para Bordieu es un sistema de disposiciones durables dispuestas a funcionar como estructuras estructurantes estructuradas por las condiciones sociales y materiales de la existencia humana. Son esquemas en la mente humana que permiten construir e interpretar la experiencia. Son principios de producción de significados tácitamente adquiridos que determinan cómo se interpreta la realidad. Para Habermas constituyen "el mundo de la vida" u horizonte de significados no tematizados, es decir, presupuestos no sometidos a crítica ni elaborados

Imagine el lector algún momento de su existencia en el que se haya visto obligado a acudir, como usuario, a un centro sanitario. O mejor, pregúntese el lector ¿porqué ingresan las personas enfermas en los hospitales?.

Las respuestas a esa cuestión, convenientemente formalizadas, sistematizadas y organizadas, nos ofrecerían una serie de conceptos que entrelazados entre sí conformarían una matriz, o corpus de supuestos filosóficos y teóricos que en el caso de que fuésemos enfermeras/os, nos ofrecerían guías para el desempeño de la actividad profesional. En síntesis, reflexionando sobre los cuidados que requiere el enfermar humano habríamos construido nuestro marco teórico y de interpretación a la luz del cual adjudicaríamos sentido y significado a nuestra actividad profesional en caso de ser enfermeras.

En ese sentido, en el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas se han venido realizando esfuerzos por definir un cuerpo propio de conocimientos de base científica que la orienten y den sentido (Cushing, 1994). Esos esfuerzos han cristalizado en la producción de diversos Modelos Conceptuales (Fawcett, 1991) o Teorías del Cuidado (Medina, 1994a) que explican el qué, cómo y para qué de la Enfermería. El conjunto de esos modelos o teorías constituyen el Marco Teórico de la Enfermería. En definitiva, esos marcos o cuadros conceptuales nos ayudan a analizar, comprender e interpretar la acción de la enfermera ya en la asistencia, en la docencia, en la gestión o en la investigación.

Decíamos más arriba que los marcos teóricos o conceptuales generaban efectos políticos. Uno de ellos es su utilidad para diferenciar la Enfermería, entendida como disciplina académica o teórica, del resto de disciplinas relacionadas con la salud, identificando la contribución única, específica y particular de la Enfermería a la atención del enfermo, es decir, delimitando su espacio de intervención y responsabilidad profesional. En el campo sanitario cada disciplina realiza una contribución propia y específica a la promoción y mantenimiento de la salud. Aunque algunas actividades se superpongan en la práctica asistencial cada disciplina está presente a causa de su contribución concreta y específica a la salud. Esa contribución es identificada por el Marco de representación teórico o disciplinar.

conscientemente y que, no obstante, dirigen nuestra práctica y le dan sentido. Bordieu insiste en que estos principios se hallan estructurados en términos de diferencias sociales relevantes culturalmente (clase, género, etnia).

Sería ahora el momento de retomar la cuestión planteada inicialmente acerca de la razón que justifica el hecho de que las personas ingresen en los centros hospitalarios. La respuesta a esta cuestión variará, y este es uno de los aspectos que deseábamos remarcar en este apartado, según el marco de representación, habitus o perspectiva de significado desde la que respondamos.

Analicemos las posibles respuestas para ver desde qué marcos categoriales se está respondiendo, es decir, para conocer qué marco, qué clasificación, arbitraria en esencia, se ha logrado legitimar como real.

La respuesta que en primer lugar nos acude a la mente es "porque están enfermos"; quien conteste de ese modo lo está haciendo desde el marco perceptual y teórico impuesto por el modelo médico. Marco que, siguiendo con las tesis de Bordieu, ha logrado imponerse y ser hegemónico entre otros posibles. Sin embargo, debemos entender que la fuerza social de las categorías hegemónicas (en este caso las biomédicas) no están en relación directa con su valor de verdad, sino que dependen en cierta medida de la posición social que detentan los productores del discurso médico, y del tipo de saber que aquél incorpora. Si hacemos caso a Bordieu, los promotores de ese marco que se considera como legítimo y verdadero, poseen un gran poder sobre nosotros; nuestra "representación" de la salud determina el modo en como nos vamos a relacionar con el mundo sanitario; si esa representación pertenece al saber médico será él, a través de la posesión y poder sobre ella, quien determinará cuáles son las opciones legítimas y verdaderas acerca de lo que se considera salud y enfermedad.

Analicemos ahora la respuesta que se daría desde el marco de la Enfermería que, aunque existente y con buena salud en la literatura del campo, ha sido el perdedor histórico, hasta ahora, en la lucha por la imposición y legitimación de los marcos categoriales.

El desarreglo que designamos con el término "enfermedad" trasciende del ámbito meramente biológico para insertarse en la dimensión psicosocial (una prueba más de la verdadera realidad humana que no es otra que la holística). La enfermedad impide a las personas realizar las actividades de la vida cotidiana, satisfacer sus necesidades, autocuidarse, adaptarse, esto es, alimentarse, descansar, procurarse seguridad o aprender. Las personas enfermas acuden al hospital, además de porque sus funciones biológicas

están alteradas, porque no pueden cuidar de sí mismas. Cuando la enfermedad no disminuye la autonomía de las personas, éstas no suelen ser hospitalizadas. Cuando lo hacen es porque necesitan profesionales que se hagan cargo de su incapacidad para ser autónomos. Profesionales que colaborarán con otros en revertir en lo posible el desarreglo biofisiológico denominado enfermedad, pero que se ocuparan sobre todo de ayudar al enfermo a realizar aquello que por él mismo realizaría si tuviera la fuerza o los conocimientos necesarios y le enseñarán a vivir con y en ese periodo de crisis existencial que reductivamente ha venido a denominarse enfermedad:

“El constante error mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados”, lo que hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica. La antigua expresión “cuidarse de...” muestra que no se trata de luchar contra la enfermedad, sino de vincularse a aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones para su desarrollo. (...) Ahora bien, ningún tratamiento puede sustituir a los cuidados. Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados. Incluso cuando se está enfermo, ningún tratamiento sabría reemplazar a los cuidados” (Colliere, 1990, 58).

Así pues, los enfermos ingresan en los hospitales por dos motivos, por la enfermedad (centro de interés de la medicina) y por la incapacidad que esta supone. Es esa dependencia el foco principal de atención de las profesionales del cuidado.

Sin embargo, y como venimos insistiendo, la génesis del discurso que hasta recientemente se ha considerado autorizado, legítimo y legitimante en el campo enfermero y las prácticas a las que ha dado lugar, están atravesadas por relaciones de poder. La lógica de la producción discursiva en el contexto de las disciplinas de la salud expresa una lucha por la legitimidad simbólica y constituye un complejo entramado de relaciones de poder entre instituciones, sujetos y discursos (Bernstein, 1990) en el que el modelo biomédico se ha impuesto controlando la distribución y circulación del discurso y determinando el tipo de relaciones sociales entre los profesionales sanitarios. Pero hemos de recordar que esa dominación no se debe exclusivamente al valor de verdad de los enunciados

discursivos sino, además, a la posición social de los detentadores del discurso (Díaz, 1995).

Deberíamos detenernos brevemente en un aspecto que está íntimamente unido a lo antedicho: la relación entre la ciencia, entendida como cuerpo de saberes organizados y objetivos o marcos de conocimiento, y el contexto social más amplio donde ésta se desarrolla. Se trata de vincular la producción discursiva en la salud a la red de instituciones y prácticas sociales en cuyo seno se generan nuevas teorías y modelos que sirven de guía y orientación para las prácticas asistenciales en la salud.

En la línea del pensamiento de Bordieu, y si es cierto, que los marcos a luz de los cuales las enfermeras otorgan sentido y significado a su práctica, si las reglas que usan para atribuir significado y relevancia a sus acciones y para distinguir un problema de aquello que no lo es se producen, mayoritariamente, en otros contextos teóricos que no son los de la Enfermería, cabría preguntarnos, ¿ante quién se siente responsable la enfermera?. La respuesta, entraña, sin duda, polémica.

A nuestro juicio, todavía existe hoy en día y de un modo generalizado un status de sumisión de la enfermera respecto a otros profesionales de la salud (Buckenham y McGrath, 1982; Melosh, 1982), más implícito que explícito y manifestado en los rituales de poder que se observan a diario en los servicios sanitarios y unidades de los hospitales (Perry, 1993).

La respuesta a la anterior cuestión no se acaba en las relaciones sexistas médico-enfermera, marido-mujer, varón-hembra, eso explica parte pero no todo el fenómeno de la sumisión. Fenómeno que nunca podrá comprenderse en toda su amplitud sin abordar cuestiones como la función política del conocimiento (Muff, 1982); el papel de las creencias y valores en la interpretación de la propia experiencia (Brykcznska, 1993) y cómo algunos saberes se constituyen en dominios de poder (Foucault, 1986). El hecho de que parte de las categorías interpretativas de las enfermeras procedan y pertenezcan a otros marcos teóricos que no son propiamente enfermeros es un factor de capital importancia a la hora de explicar el status de sumisión:

“Un oficio que se deja absorber por otro, o que precisa llegar a ser otro para sentirse valorizado -quedándose siempre a la sombra de aquél que tenga el derecho del ejercicio- no puede pretender ser reconocido” (Colliere, 1990, 63).

El que una buena parte de los conocimientos científicos que la enfermera usa en su quehacer profesional pertenezcan en realidad a otros campos, determina en cierta manera el tipo de relaciones sociales entre profesionales que se producen en el hospital. Esas relaciones adquieren la forma de relaciones de poder y de dominación donde la enfermera se halla sometida (es decir, su trabajo) por una estructura de saber (el saber médico) que es al mismo tiempo una forma de poder. Saber que no sólo sirve para curar sino también para ocultar una realidad que se asume acríticamente y sin problematizar: el hecho de que unas personas estén sujetas, y dominadas, por el poder de otras. Por ejemplo, Domínguez-Alcón (1986) asegura que en los manuales utilizados en la formación de enfermeras todavía hoy perdura la idea que defiende que el profesional de la Enfermería debe poseer los mismos conocimientos que un médico pero más superficiales y generales. No es de extrañar que en el año 1975 todavía se publiquen manuales para enfermeras en los que se afirme en relación con el respeto que la enfermera debe al médico que:

“Es la reverencia que un inferior debe tener a un superior. Ahora bien, el médico es superior del ATS por dignidad y por ciencia y por ambos motivos debe respetarle (...) siendo indulgente en sus defectos: humanos y profesionales -defendiéndole siempre ante los demás: enfermo o no enfermo- llegado el caso de proporciones menos rectas, negarse rotundamente con muchísimo respeto. Todo esto no supone que deban quedar ahogadas las felices iniciativas que pudiera tener el ATS, puede darse un error manifiesto del médico y él debe llamar la atención del error, aunque con la corrección debida” (Castañeda, 1975, 83)⁵.

La emergencia de la hegemonía del saber médico y el psiquiátrico tal como hoy los entendemos, surge, según Foucault (1966), en el siglo XVIII a partir de ciertas prácticas sociales. En aquellos momentos, la salud se transforma en un problema social, es decir,

⁵ Citado por Domínguez-Alcón (1986)

algo que es privado se transforma en objeto de gestión y control. ¿Por qué ese cambio?. Foucault sostiene que hasta esa época la enfermedad era una característica más del pobre además de su pobreza. Esa misma enfermedad excluía al pobre de los circuitos de producción, era una mano de obra infrautilizada. Así la enfermedad llama la atención, más que por ella misma, en relación con su falta de productividad. Es aquí cuando la salud es ya un problema social y político del que se hace cargo el médico convirtiéndose así en un agente de control social. Situación de privilegio, que en el siglo XIX se transforma en económica y social. En resumen, la producción del conocimiento no es sólo debida a factores intelectuales sino, y además, a factores prácticos, institucionales y políticos. Por ejemplo, la medicina y más concretamente la noción de salud pública de la que somos deudores, aparecen en el siglo XVIII como consecuencia de políticas de control social.

Para Foucault el poder adquiere una forma peculiar; no es un poder coercitivo, ya no prohíbe conductas, las encauza y las captura; el poder ya no frena nuestras conductas, sino que las solicita; pero para ello es necesario que el poder las conozca. Ese es un origen del Saber. El hecho de que el saber médico se haya convertido a lo largo del tiempo en un régimen de verdad, y que sea prestado a la enfermera para que desarrolle su función, determina que las relaciones entre ambos estén atravesadas por un poder asimétrico, como asimétrico es el saber que reivindican. Y aquí, bajo nuestro punto de vista, reside una de las causas, además de las relaciones sexistas, del status de sumisión que tradicionalmente ha venido presentando la Enfermería con respecto a la Medicina.

1.2. La noción de cuidado

Aunque invisible y clausurada en la práctica asistencial (el trabajo en hospitales y centros de salud), la noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamentante en el discurso de la Enfermería (Gaut, 1983; Leininger, 1978). Desde el punto de vista disciplinar, el Cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Una primera aproximación a la literatura indica que el término “Cuidado”⁶ ha venido usándose de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días. Del mismo modo aparecen vaguedades y ambigüedades conceptuales acerca del uso de los términos que conformarían el campo semántico del Cuidado. Enfermeras y otros profesionales de la salud utilizan los términos cuidado, “caring”⁷, cuidado de salud y cuidados de Enfermería (aquéllos que la enfermera proporciona) indistintamente para designar referentes que presentan diferencias conceptuales y empíricas. Las principales ambigüedades que hemos podido encontrar hacen referencia al significado y función del término cuidado (Bauer, 1990). Por ejemplo, en el año 1965 la Asociación de Enfermeras Americanas determinó que los componentes y finalidades esenciales de la Enfermería eran cuidar y curar. Sin embargo, el sentido del primero de estos términos ha permanecido mucho más elusivo que la noción de curación, entre otros motivos, por los que hemos desarrollado en el punto anterior.

Al revisar la literatura se constata que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado se han extraído del campo de la Filosofía y Psicología existencial, humanista y personalista. Los trabajos de autores como Martin Buber, Rollo May, Carl Rogers, Gabriel Marcel, Teillard de Chardin, Merleau-Ponty o Abraham Maslow han sido fuente de inspiración para muchas estudiosas del cuidado. Basándose en esta perspectiva teórica es frecuente encontrar en la literatura conceptualizaciones del cuidado en términos del contenido emocional de las interrelaciones enfermera-cliente. Uno de los trabajos más importantes que siguen esta

6 En la literatura anglosajona, la más abundante a este respecto, se distingue entre los términos “care” y “caring”. El primero hace referencia a la acción de cuidar y el segundo incorpora además un sentido y una intencionalidad humanitaria en ella.

7 El adjetivo “caring” significa humanitario/a. Pero en el contexto de Enfermería se usa para designar los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes.

línea es del de Benner y Wrubel (1989) en el que el cuidado es definido en los términos siguientes:

“cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales” (pág. 70).

En un sentido transaccional y de desarrollo, donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo, Planner (1981) afirma que:

“Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos” (pág. 70).

Por su parte, Mayeroff (1971), desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado:

“Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación” (pág. 1).

Desde una perspectiva similar, Rollo May (1969) ofrece algunas ideas acerca del cuidado en sus trabajos sobre el hombre y su relación con el mundo en que vive:

“Cuidado es la fuente necesaria del Eros, la fuente de la ternura (...) En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor u compromiso” (pág. 286).

En su ya clásico trabajo *Enfermería Humanística*, Paterson y Zderad (1979) identifican las conductas de la enfermera en términos de una visión existencial del hombre, como un proceso de crecimiento y autoactualización. Su modelo es representativo de lo que Buber (1974) denomina una relación dialógica “yo-tu”. La acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma; su significado reside en el acto humano que denota. Para estas autoras, los elementos del cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización). Los encuentros entre la persona enfermera y la persona enferma son experiencias que actúan como catalizadores para la reelaboración y reconstrucción de la personalidad humana. Nótese que para Paterson y Zderad la noción de enfermedad va más allá del mero desequilibrio biofisiológico. Estas autoras subrayan la relación de ese desequilibrio orgánico con el crecimiento personal y social del individuo; entienden la enfermedad como un proceso existencial, como una experiencia dinámica y vital de aprendizaje a partir de la cual puede obtenerse un aumento en el desarrollo personal.

Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Esta visión antropológica, comprensiva y profunda, percibe el cuidado y la enfermedad como un “kairós existencial”, como una oportunidad única para profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana. La riqueza humana de la vivencia de la enfermedad se manifiesta cuando el dolor y la crisis del cuerpo nos hacen tocar las esencias de ese ser atravesado de grandezas y miserias que cada uno de nosotros somos:

“El enfermar nos ensimisma, nos ayuda a redescubrir una intimidad inquieta, que se abre a la búsqueda de certezas firmes y de esperanzas ciertas” (Llano, 1986, 505).

Pero ese aprendizaje, esa profundización, esa búsqueda sólo puede realizarse en compañía de otros que solidariamente comparten con el enfermo la condición humana.

Esta visión humanista y existencial del Cuidado puede entenderse, también, como una toma de posición en el interior del debate modernidad-postmodernidad respecto los cuidados de la salud:

“La nueva época que ya se anuncia, es esa que -a falta de encontrar su nombre propio- podemos llamar por el momento postmodernidad. Lo que me interesa destacar de esta etapa es lo que en alguna ocasión he llamado nueva sensibilidad. La nueva sensibilidad se caracteriza, sobre todo, por su mayor compromiso por la dignidad de las personas reales y concretas. La razón moderna era una razón unilateral: una razón calculadora que sólo entendía de eficacias cuantitativas, pero que marginaban los aspectos cualitativos, los más cálidos y entrañables de la existencia humana. Frente a ella la razón postmoderna pretende atenerse a la realidad viva del hombre entero. Antes de cambiar las cosas quiere comprenderlas. Su valor preferido ya no es la eficacia sino el cuidado” (Llano, 1986, 502).

Desde esta visión humanista, la interacción intersubjetiva que el Cuidado es, supone diálogo y construcción de significados compartidos pero sobre todo respeto (Browe, 1993). Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente sino dejarla ser. Dejar ser al ser como Heidegger diría. Ciertamente, cuidar a otro no es sustituirle (aunque a veces sea necesario) sino más bien ayudarlo. No consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal (Greene, 1990).

De aquí se deriva otro atributo que la mayoría de autoras identifican en el Cuidado: la comprensión (Benner, 1989; Halldorsdottir, 1990; Koldjeski, 1990). Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro. Comprender supone la imposibilidad de considerar al otro como un objeto de atención ya que significa hacerse cargo, esto es, compartir la carga que el otro lleva y considerarlo como sujeto.

La noción de comprensión surge en el contexto de la polémica suscitada en las Ciencias Humanas acerca de las condiciones a satisfacer por una explicación científicamente respetable. Dos han sido las tradiciones que han tratado de dar respuesta a esa cuestión. La primera de ellas es la denominada "galileana", positivista, racionalista o empírico-analítica. La segunda, es la "aristotélica" o interpretativa (Wright, 1980, 18).

Estas dos tradiciones que constituyen parte de nuestro legado filosófico adoptan posturas divergentes cuando responden a la pregunta que plantea Morey (1987):

"¿Puede (debe) pensarse eso que es el hombre con exclusión de toda pregunta por el sentido y el valor; ¿puede (debe) pensarse eso que es el hombre únicamente por recurso a la(s) verdad(es) positiva(s)?" (pág. 20).

La tradición "explicativa" responderá afirmativamente, bien al contrario de lo defendido desde posiciones interpretativas.

Frente al postulado positivista de que la realidad social del Cuidado es únicamente objetivable por referencia a los hechos empíricamente establecidos, el enfoque interpretativo defiende que toda acción, todo acto cuidativo, está determinado en última instancia por los significados del actor; las acciones humanas sólo pueden ser interpretadas (comprendidas) por referencia a los motivos del actor. El enunciado básico de este planteamiento sostiene que:

"El criterio básico de validez son los significados inmediatos y locales de las acciones, según se definen desde el punto de vista de los actores" (Erickson, 1989,196).

Esta es la diferencia que establece Wright (1980) entre “Explicación” y “Comprensión”. La primera, es el modo característico con que las ciencias positivas dan cuenta de la realidad; un acontecimiento para ser explicado científicamente debe ser definido como un estado sucesivo de cosas relacionándose ambas mediante una conexión causal.

Por su parte, las ciencias sociales deben usar un modelo de explicación, teleológico, denominado comprensión. El uso ordinario no suele distinguir entre explicación y comprensión. Cualquier explicación, ya causal, ya teleológica, aporta una cierta comprensión de las cosas. Pero comprensión posee además una resonancia psicológica de la que carece explicación. Este carácter psicológico fue subrayado por Simmel en el siglo XIX. El metodólogo antipositivista consideraba que la comprensión, como método característico de las Ciencias Humanas, era una forma de empatía o recreación en la mente del estudioso del ambiente interno, sentimientos, deseos y emociones de la persona estudiada.

No obstante, según Wright (1980), este factor psicológico no es la única diferencia entre explicación y comprensión. La comprensión se halla además relacionada con la intencionalidad de un modo que la explicación no lo está. Se comprenden los objetivos e intenciones de un enfermo o de una enfermera el significado de un símbolo o un signo o de los rituales educativos. El hombre no puede ser explicado causalmente, sólo puede ser comprendido teleológicamente.

Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger (1978; 1980), enfermera y antropóloga, quien a finales de los años 70 inició un estudio sistemático del término. Para esta autora existen varias razones para considerar al cuidado como el dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de la Enfermería y que justifican la necesidad de realizar investigaciones para su elucidación. En primer lugar, Leininger (1978) afirma que:

“El constructo “cuidado” se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos” (pág. 7).

Ciertamente el cuidado ha sido el componente más ignorado de la ayuda, científica y humanista, que históricamente se han prestado los seres humanos cuando se encontraban enfermos. Desde un punto de vista antropológico, el cuidado debe haber sido un tipo de acción y relación humana presente (y fundamental para su desarrollo) desde los albores de la humanidad. Parece lógico pensar que el desarrollo filogenético de la especie humana se debe, entre otros muchos factores y no siendo el menos importante, a la actividad de protección, crianza o cuidado que los seres humanos han desarrollado. Más contundente es Leininger cuando asegura que el cuidado fue el factor esencial que asistió al *homo sapiens* en su evolución cultural. El cuidado humano, según esta autora, ha permitido a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales económicas y políticas.

Una segunda razón, reside en la creciente tecnologización que el triunfo de la razón instrumental ha impuesto en las sociedades postindustriales y que está conduciendo a una clara despersonalización (Müller y Dzurec, 1993), alienación y objetivación del sujeto en los sistemas de prestación de cuidados de salud (Foucault, 1966). Si como parece evidente, la tecnologización y mecanización de los sistemas sociales de mantenimiento y restauración de la salud va en aumento, los profesionales de la salud necesitarán reflexionar acerca del amplio rango de consecuencias, a corto y medio plazo, del uso y abuso de las tecnologías en el cuidado y mantenimiento de la salud humana (Lupton, 1995). La despersonalización a la que conduce la cultura tecnológica corre el riesgo de disolver la práctica ancestral del cuidado en la aplicación tecnológica de tratamientos biomédicos.

En tercer lugar, es necesario sistematizar y conceptualizar la noción de cuidado porque desde los inicios de la moderna Enfermería no se ha estudiado ese concepto de manera rigurosa en relación con los cuidados de enfermería. Aunque Florence Nightingale⁸ usó el término cuidado, en ninguno de sus trabajos explicó, definió o discutió su función (Leininger, 1978). Con frecuencia utilizó el término cuidado en relación con la ayuda que

⁸ Parece ser que la figura de la precursora de la Enfermería moderna. (como otras muchas en la historia) se ha mitificado. Historiadores/as actuales de la Enfermería consideran que el origen del status de sumisión de la Enfermería respecto a la Medicina se halla en las formas autoritarias con las que "la dama de la lámpara" trataba a las enfermeras voluntarias, fomentando un sistema que subordinaba las enfermeras a los médicos. Por ejemplo, se negaba a permitir que las enfermeras a su mando prestaran cuidados a los soldados heridos en tanto que los cirujanos no "ordenaran" hacerlo. El lector interesado puede consultar los trabajos de Bullough (1984), Domínguez-Alcón (1986) Fitzpatrick (1983), Godden (1993), Kalisch (1986) o Jolley (1987).

se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales. Para Nightingale el “cuidado” se relacionaba con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Meleis, 1985). Los buenos cuidados de salud eran considerados por “la dama de la lámpara” como sinónimo de estilos de vida y medio ambiente saludables. La finalidad de la Enfermería consistía en colocar al enfermo en la mejor situación posible para que la naturaleza (léase el medio ambiente) actuase sobre él. Si bien es verdad que sus ideas, sobre todo las referidas a los cuidados físicos y ambientales, fueron consideradas como el primer escalón en el desarrollo teórico de la Enfermería, no es menos cierto que la noción de cuidado per se no fue definida.

Desde los días de Nightingale el término cuidado ha sido usado en Enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona (Koldjeski, 1990) o para manifestar interés, compasión o preocupación por otra persona (Komorita, Doehring y Hirschert, 1991). Aunque en la literatura pueden encontrarse abundantes definiciones de cuidado enfermero, hemos podido comprobar que existen pocos trabajos dedicados exclusivamente al concepto genérico de cuidado.

Como hemos dicho más arriba, uno de los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado ha sido realizado por Leininger (1978) presentando las diferencias entre Cuidado Genérico, Cuidado Profesional y Cuidado Profesional Enfermero. El objetivo de su trabajo es identificar los actos de cuidado presentes, implícita o explícitamente, en las creencias, valores y prácticas de los distintos grupos culturales, para distinguir qué actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuáles son universales. Para esta autora el cuidado, genérico:

“Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana” (pág. 9).

Los cuidados profesionales son definidos como:

“Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un

individuo, familia o comunidad mantener o desarrollar condiciones saludables de vida” (pág. 9).

Por último, los cuidados profesionales enfermeros son:

“Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte” (pág. 9).

Lo primero que se desprende de estas tres definiciones es que el cuidado, en el contexto de la Enfermería, es la profesionalización y cientifización de la tendencia instintiva y culturalmente mediada de los seres humanos como especie hacia la protección de sus miembros. Esta constatación tiene importantes derivaciones pedagógico-didácticas. Diferenciar las nociones de cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero puede contribuir a facilitar la comprensión de que los cuidados enfermeros son actividades claramente diferenciadas (más complejas, diversas, más intencionales, sistemáticas y reflexionadas) de los cuidados familiares o del cuidado de los profesores para con sus alumnos:

“Esta diferencia es crucial para que las estudiantes reconozcan la existencia de un cuerpo de saberes propio en los cuidados enfermeros profesionales. La compasión y los sentimientos son necesarios pero no suficientes para la enfermera profesional” (Metcalfe, 1990, 146).

La acción de cuidar es de naturaleza universal; en todas las acciones de cuidado el agente manifiesta interés y preocupación por paliar una situación o producir el bienestar en otra persona, llevando a cabo ciertas acciones. El cuidado y las atenciones que los padres dispensan a los hijos durante la crianza o la preocupación que puede experimentar una persona por un amigo son ejemplos de cuidados genéricos tal y como son definidos por Leininger. Esas acciones suponen un interés y una implicación emocional para con el bienestar del otro al que se le reconoce su unicidad, sin embargo, son acciones

básicamente intuitivas. El cuidado genérico es la base del cuidado profesional pero éste difiere de aquél en sus elementos estructurales y en su función (Metcalf, 1990).

El cuidado profesional añade a aquellas acciones un componente científico, esto es, aquellos saberes y acciones de reconocida eficacia utilizados en la asistencia a individuos o comunidades (Leininger, 1978). Cuando proporciona cuidado profesional el cuidador ejecuta acciones intencionales basadas en un conjunto de saberes usados para asistir a la persona que recibe la asistencia. Por ejemplo, los trabajadores sociales y los educadores en general desarrollan acciones de cuidado profesional porque muestran un interés por el desarrollo de los individuos y la mejora de su existencia.

Cuando Leininger se refiere al cuidado profesional enfermero está hablando de un cuidado profesional con una finalidad que lo diferencia del resto de cuidados profesionales: *mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas*. Como acciones intencionadas que son y fundadas en un cuerpo de saberes se supone que pueden ser enseñadas y aprendidas. El cuidado profesional se diferencia del genérico en que este último es representado como un aspecto fundamental de la humanidad y puede incluir asistencia y soporte a otros para el desarrollo de sus vidas; el cuidado profesional añade cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos.

De las definiciones de Leininger también se desprende que cualquier acto de cuidado, independientemente de su grado de complejidad o profesionalización, implica siempre un énfasis en aquellas acciones humanas que son útiles para las personas y que se basan en modos, culturalmente determinados, de ayudar a los individuos. Para determinar cómo los sistemas de creencias afectan a la noción y prácticas del cuidado, esta autora ha llevado a cabo, durante las décadas de los 70 y 80, investigaciones en más de 30 culturas diferentes. De los hallazgos de sus trabajos se desprende que existen algunas ideas que se asocian con la noción de cuidado: empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección, contacto (físico). Sin embargo, esos constructos no son universales. Existen pueblos en la micronesia en los que no está permitido tocar al enfermo. De sus estudios transculturales, Leininger (1980) ha derivado once premisas o asunciones que precisan la naturaleza de las prácticas de cuidar:

- El cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrolla varían culturalmente.
- Cada situación de cuidado enfermero presenta acciones de cuidado transculturales, necesidades e implicaciones.
- Los procesos y actos de cuidado son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo humanos.
- El cuidado puede considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la Enfermería profesional.
- El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas, así como prácticas para prestar cuidados holísticos a las personas.
- Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidado transculturales. Cuando ese cuerpo de saberes esté suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales prácticas de Enfermería.
- Para poder proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.
- Las actividades y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas.
- La distinción de las prácticas de cuidado universales de las que no lo son, y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la Enfermería.
- Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales.
- No puede existir curación sin cuidados pero pueden existir cuidados sin curación.

Los dos últimos puntos hacen referencia a las argumentaciones que desarrollábamos al principio de este capítulo. Como hemos venido diciendo, existen diferencias ontológicas entre las actividades de curar (las que ha venido asumiendo la medicina moderna) y las de cuidar; diferencias 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 elevada estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, pero que ha reducido lo humano a lo biológico. En efecto, como es bien sabido, 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 (Galimberti, 1996). Ese cambio de concepción modifica el centro de interés de la mirada médica, del enfermo a la enfermedad. El modelo biomédico transforma (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 solo tiene sentido ya por referencia a si 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 si 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 (Galimberti, 1996). Ahora la enfermedad carece de sentido porque se construye con una mirada que no es sensible a la vivencia subjetiva de aquélla 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 un 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.

En cambio, desde una perspectiva libre del corsé conceptual de la patología médica, la mirada enfermera ve 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. Una mirada que escucha y un organismo que habla son muy diferentes de una mirada que observa pasando de un caso a otro para disolverlos en la estructura disciplinar de la patología médica cuyo referente es el cadáver la disección del cual marcó el nacimiento de la medicina moderna. (Foucault, 1966). Omitir la vivencia subjetiva de enfermedad como hace la patología moderna 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 la investigación médica. Es una mirada que nos iguala y homogeneiza ante la enfermedad y la muerte. Pero si la muerte ignora la modulación individual la enfermedad no puede hacerlo. Y no es porque cada persona reaccione diferente ante la enfermedad sino porque el lenguaje universal y abstracto de la medicina 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.

La cada vez mayor escisión entre la concepción científica de la enfermedad y su vivencia subjetiva puede y debe ser reducida por el saber ancestral acerca del Cuidado. Ese saber permite reducir, a través de los cuidados, las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, entre el horizonte de significados de la persona enferma y la razón clínica. Y ello es así porque la Enfermería se basa en una perspectiva holística, biopsicosocial ya que no se centra en la enfermedad sino en las respuestas humanas a los procesos mórbidos y de salud. Si la medicina puede (y quizás deba) basarse en el enfoque empírico-analítico de las ciencias naturales, la Enfermería toma como referente epistémico las Ciencias Humanas, aquéllas que permiten el conocimiento de los procesos particulares y únicos que se desarrollan cuando un ser concreto se enfrenta al desarreglo biopsicológico que denominamos enfermedad. Como ya hemos precisado, cuando la enfermedad alcanza a una persona, no sólo perturba un órgano o función sino que alcanza en primer término a la persona impidiéndole que pueda satisfacer sus necesidades básicas (cuidarse) por ella misma. Esta consideración obliga a la persona que cuida a contextualizar el fenómeno biológico (la enfermedad), porque sólo así adquiere ésta sentido en un ser concreto con una biografía determinada, en un momento y lugar

específico y con unas condiciones sociales concretas. Sólo así podrá personalizar e individualizar el tratamiento de la repercusión que la disfunción biológica tiene en la capacidad que la persona cuidada posee para alimentarse, vestirse, eliminar, respirar, aprender, sentirse segura; sólo así podrá compensar las alteraciones funcionales en la vida de las personas que la enfermedad desencadena, esto es, sólo desde una perspectiva holística es posible el cuidado, lo otro son tratamientos. Sin embargo:

“El vacío enfermero se sitúa habitualmente ahí: no hay ninguna precisión de las alteraciones con relación a la enfermedad en consideración de la edad y de la persona que la vive en tanto que hombre o mujer. No hay más que un listado de tareas sin elucidación de lo que esas tareas se proponen. Por ejemplo saber qué es lo que justifica un aseo: ¿para compensar qué disminución motriz específica? o ¿para estimular la readquisición de qué capacidad?. Dado que no hay ninguna precisión de las alteraciones relacionadas a la enfermedad en función de la edad y de la marca cultural de ser hombre o mujer (niño o niña) no hay de hecho ninguna explicación de la actividad enfermera que no sea la de los tratamientos, ninguna justificación de nuestra función propia, de ahí que no se tenga en cuenta el trabajo enfermero que no dependa del auxiliar al médico. Todo lo que no contribuya a los exámenes, a la administración de tratamientos y a su vigilancia no es más que la aproximación, gajes del oficio, trabajo invisible, desconocido, no reconocido” (Colliere, 1990, 61).

Colliere tiene razón cuando afirma que el saber del oficio, el saber práctico (Elbaz, 1981), tácito (Shön, 1983) y ancestral de la enfermera ha estado ocultado por la hegemonía que la racionalidad técnica, encarnada en el saber médico, ha mantenido en los sistemas de salud. Más concretamente, Colliere defiende que durante la actividad de cuidar la enfermera desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferente: las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera, las que dependen de la decisión médica en cuanto a la prescripción y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica, y las que dependen de iniciativas compartidas entre diferentes trabajadores sanitarios y sociales. Serán las primeras las que han quedado difuminadas y ocultas por los tratamientos médicos. En efecto, esas decisiones que comprenden actividades de cuidado

como el acompañamiento, la ayuda y colaboración para satisfacer las necesidades básicas, el estímulo para el desarrollo y la autonomía respecto de la enfermedad, cuidados todos ellos vitales, han sido, a partir del siglo XIX, abandonados a la “entrega”, a “la conciencia profesional”, a “la obligación de toda buena enfermera” convirtiéndose en acciones de segunda categoría, en tareas que no requieren pericia distintiva o en el mejor de los casos en “cuidados de enfermería”:

“ O bien cuando una enfermera los prodiga (como ayudar a un enfermo a expresar o a recuperar el deseo de vestirse...) no los considera como parte de su trabajo o como actividades propias que exigen un gran discernimiento fruto de una reflexión y de una utilización de conocimientos diversificados. Los efectos terapéuticos no son tomados en consideración” (Colliere, 1990, 59).

Es esa noción de cuidado como práctica y no como técnica, ocultada por el advenimiento histórico de la racionalidad biomédica en los sistemas de salud y de las que las mujeres cuidadoras fueron desposeídas la que está tratando de recuperar el discurso enfermero en la actualidad (Bishop, 1990). En ese sentido, Leininger (1980) considera necesario una transformación de los sistemas de salud para que las enfermeras proporcionen verdaderos cuidados en lugar de aplicar tecnológicamente los tratamientos médicos aproximándose al enfermo desde una perspectiva fragmentaria incompatible con la naturaleza holística (la única posible cuando se trata de cuidar a personas) del cuidado. Se trata de transformar las rutinas técnicas, despersonalizadas y despersonalizantes que las enfermeras ejecutan a diario en los hospitales, en cuidados personalizados desde la perspectiva de los enfermos que a ellos acuden, es decir, el tránsito emancipador desde el reduccionismo biológico que los tratamientos han impuesto, hacia los cuidados holísticos de los cuales aquéllos no son más que una parte.

Otras de las aportaciones de Leininger (1980) a la sistematización del concepto de cuidado ha sido el estudio que realizó sobre de los usos lingüísticos que médicos y enfermeras realizan del término cuidado. Para ello llevó a cabo un análisis de contenido de las principales revistas americanas de Enfermería y Medicina⁹ en un periodo

9 American Journal of Nursing, Nursing Outlook, American Journal of Medicine, Journal of Public Health.

comprendido entre 1865 y 1930. Los resultados de su estudio quedan resumidos en el siguiente esquema:

USOS RECURRENTES DEL TÉRMINO CUIDADO EN EE.UU POR LA PROFESIÓN ENFERMERA Y MÉDICA DESDE 1860			
PERIODO	ENFERMERAS	MÉDICOS	USUARIOS
1865 1930	Cuidados Ambientales Cuidados enfermeros Cuidados de salud pública	Uso limitado del término Énfasis en términos como Tratamiento, diagnóstico y curar	Medicina como servicio Instituciones
1930-50	Cuidado en la cabecera Cuidado del paciente Cuidado de vigilancia Cuidado individual Cuidados privados Cuidados médicos Cuidados enfermeros	Cuidado institucional Cuidado médico Cuidado hospitalario Cuidado individualizado Cuidado de vigilancia	Servicio institucional Médico (ayuda) Cuidado hospitalario Cuidado médico
1950-60	Cuidado comprensivo Cuidado global Cuidado total Cuidado físico Cuidado hospitalario	Cuidado en la cabecera Cuidado médico Servicio Médico C. preventivo de salud	Cuidado privado Ayuda médica Cuidado domiciliario Cuidado hospitalario
1960-70	Cuidado interdisciplinar Cuidados a la comunidad Cuidados de salud mental Cuidados primarios Cuidados episódicos	Cuidados comunitarios Equipo hospitalario de cuid. Cuidado interdisciplinar Cuidados técnicos Cuidado Medicare Cuidado Medicaid Medex	Cuidado enfermero a domicilio Cuidado médico científico Tratamiento médico Medicare Seguro de cuidados
1970-80	Cuidado científico Cuidado técnico Autocuidado Cuidado humanístico C. de mantenimiento de salud C. enfermeros preventivos Cuidados transculturales Cuidados éticos Cuidados holísticos.	C. médicos preventivos Cuidados primarios Calidad de cuidados Cuidados holísticos	Cuidado humano Cuidado ético Cuidado para los desaventajados

Adaptado de Leininger (1979, pág. 141).

Las conclusiones de esos trabajos han sido las siguientes:

- El término cuidado ha sido utilizado regularmente en la literatura enfermera desde hace más de un siglo.
- Existen pocas definiciones del término que usualmente es utilizado como prefijo de “Enfermería”.
- En la Enfermería existen gran número de referentes modificantes del término: cuidados privados, equipo de cuidados, cuidados interdisciplinarios, etc.
- Los médicos han usado el término cuidado con más frecuencia que las enfermeras entre las décadas de los 60 a los 80; después se invierte la relación.
- El término cuidado médico es usado como sinónimo de tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad; una muestra, como veremos más adelante, de la reducción de lo práctico a lo técnico.
- Sin embargo, los términos “tratamiento” y “diagnóstico” son mucho más usados que cuidado.
- Desde los años 70 aumentan los referentes lingüísticos del término, momento en el que se inicia su estudio sistemático por parte de las enfermeras.
- Los usuarios de los sistemas de salud utilizan el término cuidado como sinónimo de la responsabilidad del caso o de hacerse cargo del tratamiento, pero siempre desde la perspectiva médica. Los cuidados enfermeros permanecen invisibles.

Además del trabajo de Leininger, se consideran las aportaciones de Watson (1985, 1990, 1992) como la segunda gran perspectiva sobre la noción de cuidado en el contexto de Enfermería. Si Leininger parte de una perspectiva antropológica para identificar la esencia transcultural en un intento de determinar sus características universales, los trabajos de Watson tratan de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética para determinar los factores cuidativos que permiten calificar de cuidado a ciertas acciones humanas.

La influencia de la fenomenología queda patente en los trabajos de Watson cuando afirma que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan:

“Proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración” (1992, pág. 180).

Esas acciones transpersonales que conforman el cuidado suponen una transacción entre un ser humano y otro, entre un sujeto y otro. Lejos de constituirse en una aplicación de reglas técnicas con el fin de restablecer el funcionamiento orgánico, la esencia de la acción profesional de la enfermera radica en una forma particular de relaciones entre personas: una relación subjetiva entre un ser humano y otro donde la subjetividad de la enfermera influye y se ve influida por la subjetividad de la persona a la que cuida (Clayton, 1992). Ambos sujetos construyen y comparten lo que Watson denomina un campo fenoménico o aquel ámbito donde dos personas se hacen presentes con su singularidad y su biografía y crean una experiencia compartida que llegará a formar parte de la historia de vida de ambas personas y que influirá en sus futuros.

Para Watson el cuidado es, también, una responsabilidad moral que trasciende los límites de la Enfermería como profesión para insertarse en el campo de los valores sociales y las acciones moralmente justificables. En el contexto de la Enfermería el cuidado supone una alta consideración para la otra persona y su modo de estar en el mundo, es decir, un compromiso moral, casi imperativo, con el valor y dignidad de la persona cuidada y con el respeto hacia los significados y el sentido que asigna a su vivencia de la enfermedad. Desde esta perspectiva fenoménica y ética el cuidado está más centrado en la persona y en su subjetivación de la enfermedad que en el proceso biopatológico mismo (en el que se centra la medicina):

“Hay un elevado valor en la vida-mundo subjetivo de la persona que experimenta estados de salud-enfermedad-curación. El énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autoconocimientos, más autocontrol y disponibilidad para la autocuración, independientemente de la condición externa de salud. La enfermera se considera copartícipe en el proceso de cuidados humanos, por lo que se confiere un gran valor al proceso de relación entre la enfermera y la persona” (Watson, 1992, 182).

Esta reivindicación de la visión holística de la persona trasciende la cosificación, objetivación y estandarización en la relación enfermera-persona a los que el reduccionismo biologicista impuesto por la racionalidad técnica del modelo biomédico había conducido. El cuidado es un diálogo vivo, donde enfermera y persona comparten sentimientos y emociones provocadas por algunos de los momentos más intensos y dramáticos de la vida. Esa intersubjetividad es la que permite mantener viva la humanidad de ambos y evita reducir el ser humano a un objeto.

El cuidado no es la reducción cosificante de la persona a un conjunto de signos y síntomas o una serie de respuestas humanas a la enfermedad, antes al contrario, el cuidado transpersonal reclama un lugar preponderante para la intersubjetividad entre la enfermera y la persona basándose en la creencia de que nosotros aprendemos uno de otro identificándose con los demás o reconociendo sus dilemas en nuestro interior y obteniendo como resultado un mayor autoconocimiento:

“Aprendemos a reconocernos a nosotros mismos en los demás, la comparación nos muestra lo que somos, lo que es la humanidad, en general y en particular” (Watson, 1992, 190).

Esa reivindicación de la subjetividad, además de trascender y superar el reduccionismo biológico, supone que durante la interacción enfermera-enfermo, el valor del punto de vista de la enfermera es tan relevante como el de la persona a la que cuida, ya que negar la posibilidad de que la subjetividad de la enfermera se una a la del otro es negar la posibilidad de expresión, e incluso de existencia, de la subjetividad del otro. Negar la naturaleza intersubjetiva del cuidado no sólo implica reducir a objeto a la persona cuidada, supone además cosificar y reducir a la enfermera a ese nivel:

“La Enfermería en este contexto, puede definirse como una ciencia humana de experiencias salud-enfermedad-curación que son mediatizadas por una transacción de cuidados profesionales personales, científicos, estéticos, humanos y éticos. Tal visión no sólo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también una

agente humanitaria y moral implicada como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos” (Watson, 1992, 180).

Para Watson el proceso de cuidados está formado por diez elementos o factores cuidadosos que se hayan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada sean coparticipantes. Estos elementos se constituyen en pautas y orientaciones para la acción de cuidar. Sin ningún orden jerárquico, los factores cuidadosos son los siguientes:

- . Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
- . Fomentar la fe y esperanza.
- . Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- . Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.
- . Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- . Usar procesos creativos para resolver problemas.
- . Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
- . Crear un entorno de apoyo o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- . Ayudar en la satisfacción de las necesidades humanas.
- . Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Las perspectivas de Leininger y de Watson, sin duda complementarias, permiten conectar, articular y estructurar aspectos particulares de los cuidados enfermeros adjudicándole a la noción de cuidado una de sus principales señas de identidad: la consideración holística de la naturaleza humana (Koldjeski, 1990). En efecto, entre ambas perspectivas construyen una visión de la acción de cuidar que es biopsicosocial y espiritual. Para Leininger, el cuidado es un fenómeno transcultural y central en la acción de la enfermera. Para Watson, el cuidado es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso con la experiencia humana de la enfermedad; experiencia, que más allá de un conjunto de desarreglos biológicos, se inserta en la dimensión psíquica, social, moral y cultural de la persona y colocando, por tanto, a la Enfermería en una dimensión de la realidad que trasciende el plano tecnológico.

Desde esta perspectiva unificadora sería posible construir un esquema modélico que sistematice la noción de cuidado profesional y sus bases humanísticas, científicas y

experienciales. En este sentido Koldjeski (1990) presenta un modelo con el que trata, en primer lugar, de sintetizar la noción de cuidado resumiendo las características esenciales de un gran número de definiciones evitando solapamientos. En segundo lugar, reorganizar los conceptos y actividades relacionadas con el término, sin tener en cuenta sus bases filosóficas y teóricas, en dos grandes categorías para distinguir con mayor nitidez aquéllas que se centran en las cualidades humanísticas del cuidado de aquéllas centradas en las acciones que las enfermeras llevan a cabo basándose en una racionalidad científica. Y, por último, distinguir entre las cualidades que han sido denominadas “esencias” (el componente humanístico) y las acciones de la enfermera que han sido denominadas “entidades” (el componente científico) fusionándolas después para presentar cómo se expresan a través de tres indicadores holísticos: ser, relación y hacer.

Para el desarrollo de este modelo Koldjeski (1990) se ha fundado en las siguientes asunciones:

- . Los cuidados profesionales son un aspecto central de la Enfermería y deben ser articulados sistemáticamente en los paradigmas y teorías de Enfermería.
- . Los cuidados profesionales pueden unificar dos cosmovisiones: el paradigma de la totalidad y el de la simultaneidad. Esta integración se lleva a cabo articulando los fenómenos de la salud y la enfermedad, las tecnologías de la salud y los tratamientos terapéuticos tal y como son definidos por la racionalidad técnica hoy día dominante en una estructura más amplia que los subsume y que está determinada por una visión humanística, holística y compleja del ser humano.
- . Los cuidados profesionales están sustentados en una visión de la enfermera como persona que sana a través del uso terapéutico del yo.

En el primer paso para la elaboración de su modelo, Koldjeski clasifica los diversos significados del concepto de cuidado en dos grandes categorías, tal y como se aprecia en la tabla siguiente. En la primera categoría, se identificaron 12 conceptos que denotan la dimensión humanística del cuidado y su significado e importancia en la experiencia humana. La otra, en la que aparecen 13 conceptos, se centra en los elementos científicos y empíricos de los cuidados.

CONCEPTOS HUMANISTAS	CONCEPTOS CIENTÍFICOS
<i>Expresión de sentimientos y preocupaciones a través de:</i>	<i>Expresión de las acciones de la enfermera a través de:</i>
Amor	Ayuda
Confianza	Compartir
Crecimiento	Socorrer
Comprensión	Protección
Presencia	Soporte
Sensibilidad	Estimulación
Compasión	Toma de decisiones
Implicación	Promoción de la salud
Promover la esperanza	Mantenimiento de la salud
Autoactualización	Reestructuración ambiental
Valor interpersonal	Mantenimiento de la integridad humana
	Juicio clínico y control tecnológico.

Distinción entre la dimensión humanística y científica de la noción de cuidado.

Adaptado de Koldjeski (1990, 49).

En segundo lugar, identifica las esencias y entidades presentes en la noción de cuidado. Para ello reduce los 12 conceptos de la dimensión humanística, a partir de sus cualidades inmanentes, a cinco esencias básicas de los cuidados profesionales. Del mismo modo, reduce los 13 conceptos de la dimensión científica a cinco entidades que implican acciones independientes de la enfermera, tal y como representamos en el siguiente esquema:

CONCEPTO DE CUIDADO	
DIMENSIÓN HUMANÍSTICA <i>ESENCIAS</i>	DIMENSIÓN CIENTÍFICA <i>ENTIDADES</i>
Valoración interpersonal e implicación: se trata de valorar la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado compasivo y sensible. Mostrándose dispuesto a implicarse con autenticidad en aquellas experiencias que trascienden los meros síntomas y el cuidado tecnológico.	Relaciones humanas profesionales: son aquel tipo de relaciones que están fundadas, orientadas y guiadas por las esencias y que incluyen el uso terapéutico del yo, la ayuda, el soporte, la estimulación, la protección y, eventualmente, la sustitución del otro.
Experimentar con o estar allí: acciones basadas en la noción Sartreana de “persona como ser” que asumen que la personalidad de la enfermera y de la persona cuidada se hallan en un proceso abierto al cambio y al crecimiento a través de la coparticipación en la expresión y comprensión de los sentimientos y las emociones que las situaciones de salud y enfermedad producen.	Promoción y mantenimiento de la salud: a través de la educación para la salud y la participación en actividades que colaboren a la toma de conciencia por parte de la persona cuidada de los factores sociales, económicos, políticos, culturales y personales que afectan el estado de salud de los individuos y comunidades.
Transferencia de confianza: se trata de transmitir esperanza ante la aparición de cualquier contingencia relacionada con la salud. Implica el reconocimiento de la armonía necesaria entre la mente, el espíritu y la realidad.	Terapéutica enfermera: se trata de aplicar el saber enfermero a los procesos y experiencias humanas de enfermar con la finalidad de obtener los niveles más elevados de bienestar y autonomía, dentro de las limitaciones que la enfermedad impone.
Interés y preocupación por el otro: se trata de satisfacer la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar.	Control del contexto: realizar acciones de reestructuración sobre el contexto físico inmediato y social con objeto de conseguir un medio más seguro y favorable para la enfermera y la persona.
Actualización: en la relación enfermera- persona cuidada se desarrolla un proceso de mezcla de identidades en el que enfermera y persona cuidada construyen mutuamente ideas, emociones e intuiciones, lo que les permite desarrollar un sentido de solidaridad humana que se constituye en elemento terapéutico	Mantenimiento de la integridad humana: se trata de aplicar las esencias del cuidado a TODAS las acciones que la enfermera realiza. Por ejemplo desarrollar los juicios clínicos relacionados con el control mediante la tecnología supeditados al principio de bienestar y la calidad de vida.

Para Koldjeski, la dimensión de las esencias o esfera implicativa consiste en unas relaciones enfermera-persona cuidada especiales que están atravesadas por sentimientos de respeto y compromiso con el otro; donde la enfermera está disponible para escuchar y comprender los sentimientos de la persona cuidada y para coexperimentar las vivencias de salud, enfermedad o muerte. En esta dimensión o esfera implicativa los eventos y las cosas son totalidades indivisibles.

La dimensión de las entidades o esfera explicativa está formada por eventos y realidades que frecuentemente se hallan desconectadas y fragmentadas. Incluye, en general, las tecnologías de la salud que cuando se utilizan como instrumentos para el soporte de la vida, se convierten frecuentemente en fines en sí mismas; la influencia de los contextos sociales sobre las experiencias humanas de enfermedad y las situaciones y crisis que

conforman de modo regular; aquellas relaciones enfermera-persona cuidada que están desconectadas y no se constituyen en una interacción humanamente significativa para ambos o la aplicación de diversas técnicas médicas y enfermeras que están orientadas a influir en algún aspecto parcial de la experiencia de salud o de enfermedad.

La interconexión de ambas esferas en un paradigma holográfico que permite la construcción de una estructura conceptual que subsume y da sentido a la práctica profesional de los cuidados. A partir de la esfera implicativa de las esencias se desarrolla el campo explicativo o de las entidades:

“La esfera implicativa es sinónimo de flujo, mientras que la explicativa lo es de forma y estructura. Para que las formas se puedan desplegar espontáneamente a partir del flujo, la esfera implicativa genera un poder y una energía creativa a partir de la actividad humana. Este flujo y actividad potencia la generación y desarrollo de la esfera explicativa, de su forma y su substancia” (Koldjeski, 1990, 51).

Las interconexiones entre la esfera (implicativa) donde las esencias del cuidado son generadas y desarrolladas y la esfera (explicativa) en la que las entidades son estructuradas y operativizadas se manifiestan (se revelan) en la perspectiva holística de la profesión de Enfermería: las interacciones persona-contexto en relación con el bienestar y la enfermedad y la ética del cuidado. A partir de la interacción que esencias y entidades llevan a cabo a través de esos tres elementos dinámicos se produce una fusión que determina la creación de un nuevo orden total que es expresado en el paradigma holográfico a partir de tres indicadores holísticos que sintetizan todos los significados posibles de la noción de cuidado, tal y como queda reflejado en el gráfico siguiente:

PARADIGMA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

ESFERA IMPLICATIVA DE LAS ESENCIAS <i>(Cualidades únicas de Enfermería)</i>	ESFERA EXPLICATIVA DE LAS ENTIDADES <i>(Acciones profesionales enfermeras)</i>
Actualización	Terapéutica enfermera
Transmisión de confianza y esperanza	Reestructuración del ambiente
Implicación y preocupación por otros	Promoción y mantenimiento de la salud
Experimentar con o estar allí	Relaciones interpersonales humanitarias
Implicación y valoración interpersonal	Mantenimiento de la integridad humana

**Esencias y entidades se particularizan en los cuidados profesionales
a través de las interconexiones presentes en:**

- *La perspectiva holística de la Enfermería.*
- *Las interacciones de la persona con su contexto relacionadas con la salud y la enfermedad.*
- *La ética del cuidado.*

Las entidades, esencias e interconexiones se fusionan convirtiéndose en una totalidad expresada a través de tres indicadores holísticos:

Ser: presencia, vivencia, actualización, interés y compromiso con otro.

Relación: personalidad interpersonalidad y transpersonalidad.

Hacer: acciones profesionales de la enfermera.

Paradigma holográfico de los cuidados enfermeros. Koldjeski (1990, 53).

Desde esta visión holística en la que se intenta sintetizar las visiones del cuidado fundadas en una racionalidad técnica y aquéllas que se centran en los aspectos subjetivos de la experiencia de la enfermedad, Koldjeski define los cuidados profesionales como:

“El uso terapéutico del yo de la enfermera con el paciente a través de la participación mutua en un tipo especial de relaciones, interacciones y acciones para conseguir cambios en la enfermedad y las experiencias relativas a la salud que abarcan el yo, el cuerpo y el contexto” (1990a, pág. 54).

Como se ha podido ver hasta aquí, el concepto de cuidado denota fenómenos complejos y multidimensionales que posee elementos científico-técnicos (orientados a la dimensión biológica del enfermar) y humanísticos (orientados a la esfera psicosocial y espiritual de la enfermedad). Por otra parte, la mayoría de las conceptualizaciones de la noción de cuidado se sustentan en marcos conceptuales provenientes de la Fenomenología existencial y la Psicología Humanista. Esta característica tiene, como mostraremos en capítulos posteriores, importantes repercusiones en la enseñanza y aprendizaje de los cuidados, sobre todo en lo que se refiere a la naturaleza de la relación profesora-alumna (Clayton y Murray, 1989; Courtney y Haag, 1992), a las estrategias de enseñanza aprendizaje (Sheston, 1990; Tanner, 1990a), a las modalidades de evaluación (Sutcliffe, 1992) y a la consideración acerca de la naturaleza del conocimiento profesional relevante para la práctica de la Enfermería (Munhall y Oiler, 1986; O'Brien y Pearson, 1993; Reeder, 1993; Schultz, 1987).

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA DE LA ENFERMERÍA: UNA PRÁCTICA INCONMENSURABLE POR LA RAZÓN TÉCNICA

2.1 La práctica educativa y la práctica de los cuidados enfermeros: dos actividades humanas de naturaleza común

Las prácticas del Cuidado son ontológicamente similares a las de la Educación porque, aunque persiguen fines diferentes, ambas son actividades Prácticas donde existen elevados grados de incertidumbre, ambigüedad y apertura, se hallan reguladas por una normatividad ética y se desarrollan a través de procesos deliberativos de comprensión de los participantes, es decir, juicios basados en la interpretación del significado de la acción de cuidado desarrollados por enfermera y persona cuidada. La práctica de Cuidar estará, por tanto, tan orientada a la comprensión como al éxito terapéutico; implica una interacción sujeto-sujeto, se centra en las propiedades subjetivas de aquélla y está regulada moralmente.

En lo que sigue se intentará demostrar cómo el sentido de las prácticas de la salud es moral, antes que científico o técnico. Para ello se establecerán las diferencias existentes entre considerar a la Enfermería como una Tecnología o como una Práctica de los Cuidados. Se justificará, a través de un análisis crítico de la racionalidad que informa la intervención tecnológica en el campo de la salud, porqué la Enfermería, al igual que la Educación, debería ser considerada como una actividad Práctica y cómo esta interpretación permite la incorporación de lo tecnológico en la Práctica de los Cuidados sin reducir éstos a una Ciencia Aplicada.

2.1.1. El sentido moral de las prácticas asistenciales

La práctica del cuidado de la salud debe ser entendida primariamente como un asunto humano basado en las relaciones humanísticas que se establecen entre enfermeras, (personal médico) y las personas que requieren atención; y que la comprensión de estas relaciones requiere la articulación y estructuración conceptual del significado humano

que se otorga a las prácticas del cuidado de la salud y de la enfermedad. La alternativa a la aproximación Humanista y Práctica a la atención de la salud que el Cuidado supone, es el enfoque de la “curación” que considera la atención a la salud como una Tecnología, enfoque que extrae su sentido de la Ciencia Aplicada denominada Medicina (Bishop y Scudder, 1995).

La cuestión no es, sin embargo, si el propósito de la atención de salud es Cuidar o Curar, sino, más bien, el modo en cómo la práctica, en sí misma, es interpretada y llevada a cabo. Tradicionalmente, la práctica de la atención a las personas sanas y enfermas se desarrolló ajena a la Enfermería y la Medicina hasta la edad moderna, en la que aquella se empieza a llevar a cabo a través de la aplicación de los descubrimientos científicos por la práctica médica en el contexto de la institución hospitalaria. Este giro supuso la medicalización y psiquiatrización de gran cantidad de problemas de salud que eran resueltos de manera tradicional a través de los autocuidados (Comelles, 1993). La posibilidad de curar entendida como la erradicación de la causa de la enfermedad o la interrupción radical de su historia natural sólo ha sido posible en la asistencia sanitaria (con pocas excepciones) a partir de la primera guerra mundial (Pellegrino, 1985). El espectacular avance de las tecnologías de la salud y la investigación biomédica ocurridos entre la segunda gran guerra y nuestros días ha obligado a muchas enfermeras y médicos a pensar, erróneamente, su práctica en términos de intervención tecnológica con la finalidad de curar un desorden biológico, en lugar de entenderla como la práctica tradicional del Cuidado de las personas enfermas (Fitzpatrick, 1983).

Antes de la segunda guerra mundial, la asistencia sanitaria estaba más orientada a la sanación que a la curación (Bishop y Scudder, 1995). Por sanación debemos entender simplemente el intento de potenciar los poderes sanadores del cuerpo. Para Florence Nightingale la Enfermería, al igual que la Medicina, se ocupaba de fomentar la sanación de las personas. Con esta concepción de la atención a la salud, Nightingale se oponía a la teoría emergente de los gérmenes y del contagio, teoría que eventualmente permitió a la medicina curar algunos procesos mórbidos (Bullough y Bullough, 1984). Aunque en aquellos momentos la curación era posible en algunos casos, todavía dominaba en el pensamiento médico la noción de sanación. Sin embargo, con el crecimiento exponencial de la Patología y la Terapéutica gracias al desarrollo de los sistemas tecnológicos de diagnóstico (por ejemplo, el creciente uso de los rayos X) y de tratamiento (por ejemplo,

la universalización del uso de la penicilina a partir de los años cuarenta) la noción de curación en su sentido más radical se convierte de manera creciente en una función de la práctica sanitaria. Función que ya en nuestros días adquiere la categoría de fundamento teleológico:

“La nueva era de la terapia específica sólo ha hecho que comenzar y su futuro todavía debe ser comprendido. Actualmente nos encontramos en la era de la síntesis de agentes naturales y artificiales diseñados para atacar los orígenes moleculares y celulares de la enfermedad. Ahora somos capaces de invadir las cavidades corporales para escindir, reconstruir o transplantar tejidos y órganos enfermos. La cura y restauración radicales - no la mejora o contención de la enfermedad- son ya objetivos reales y legítimos de la medicina” (Pellegrino, 1985, 9).

Este avance radical de la biotecnología supone que, por primera vez, la Medicina se cuestione si su finalidad es la sanación o la curación. Si la Medicina se orienta hacia la curación entonces sus fundamentos residen en las Ciencias (médicas y biológicas) que posibilitan la cura. De ese modo la Medicina deviene una Tecnología que aplica los principios de Ciencias Básicas Médicas. Las relaciones entre la Ciencia Médica y la Práctica asistencial son ya similares a las que se establecen entre la Física y la Tecnología Mecánica o entre la Química y la Ingeniería Química o entre la Psicología y la Enseñanza, por poner un ejemplo más cercano. La Medicina entonces puede ser considerada como una Ciencia aplicada derivada de la bioquímica y la práctica médica es, por tanto, una tecnología biológica puesto que se la emplea para controlar y transformar procesos naturales (Bunge, 1980).

Si la práctica médica esta orientada a la curación y ésta se funda en las ciencias biomédicas y los médicos se convierten en tecnólogos, ¿cuál es la función o papel de la enfermera, especialmente desde que su profesión ha sido identificada con el Cuidado?. Podríamos pensar que si la atención a la salud y la enfermedad que se dispensa en los sistemas de salud (de los países autodenominados como desarrollados, por ejemplo) se orienta a la curación, entonces las enfermeras se convierten de manera automática en asistentes del médico para alcanzar ese objetivo puesto que es aquél el que posee los

saberes que lo facultan para ello (tal cual sucede en nuestro sistema de salud). Obviamente las enfermeras podrían continuar cuidando y prestando ayuda a las personas que asisten como han hecho tradicionalmente. Pero si, como desde la Enfermería se asegura, el Cuidado es la esencia de su actividad, entonces las enfermeras podrían ser sustituidas fácilmente (como puede llegar a suceder en nuestro país con los técnicos en cuidados de enfermería) por técnicos de salud a menos que la Enfermería forme parte de aquellos profesionales de la asistencia sanitaria que poseen el conocimiento técnico y especializado necesario para dar soporte a los procesos de curación (Rizzo Parse, 1980; Watson, 1992). Pero, entonces, serían enfermeras sólo de nombre.

Por otra parte, si la curación basada en las Ciencias médicas es la base del sistema de salud, entonces la ética en la asistencia sanitaria se convierte en bioética. De esa manera, la ética de la práctica asistencial en la salud y la enfermedad se reduce a bioética, limitando y reduciendo, y esto es importante, las prácticas asistenciales que deben someterse a reflexión moral a aquéllas derivadas del uso de la tecnología. Aunque muchos profesionales utilizan el término bioética de una manera ambigua y con cierta vaguedad para designar la ética que debe presidir *todas* las prácticas de la asistencia sanitaria, el fundamento bioético deviene dominante en el modo en cómo los aspectos morales de las prácticas asistenciales son comprendidos (Bishop y Scudder, 1995; Watson, 1990). La sorprendente capacidad de la tecnología sanitaria para prolongar la vida en las unidades irónicamente etiquetadas de “Cuidados” intensivos (UCI) suscita cuestiones referentes a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico (problemas dolorosos y dramáticos que bien conocemos los que hemos trabajado en esos servicios ultraespecializados); los avances en la obstetricia y la ginecología nos enfrentan con el espinoso asunto del aborto y el derecho a la vida; el espectacular desarrollo de la ingeniería genética nos coloca delante de situaciones cuando menos desconcertantes, sobrecogedoras y asombrosas. Pero lo que aquí nos interesa remarcar es que a todos esos problemas subyace una misma asunción: la que defiende que son los avances en la ciencia médica los que generan problemas en la ética de la asistencia sanitaria, problemas que, obviamente, antes no existían.

En contraste con la asunción bioética que supone que los problemas morales (o la mayoría de ellos) surgen como consecuencia del avance de las ciencias médicas, el enfoque enfermero, el del Cuidado, afirma que la Práctica del Cuidado de la salud y la enfermedad es, en sí misma y de igual modo que la Educación, una empresa ética (Moccia, 1990;

Watson, 1990; Wilkes y Wallis, 1993). El objetivo del sistema de salud antes que detener o resolver la enfermedad es producir el bienestar físico y psicosocial de las personas, su “eidos”, al igual que el de la Educación, es la idea de bien (Grundy, 1991). Los problemas éticos no derivan inicialmente del avance de la tecnología sanitaria sino que son inherentes a las relaciones entre personas, entre enfermeras, (personal médico) y personas cuidadas. El cuidado de la salud, al igual que la Educación, pertenece al ámbito de lo Práctico porque ambas son construcciones humanas abiertas a la cuestión del sentido y fundadas en la interacción entre personas. Los problemas morales de la asistencia sanitaria no son “causados” por el avance de la tecnología de la salud sino que son inherentes a la actividad asistencial misma que implica una relación especial entre personas, relación en la que, como después veremos, sólo puede haber participantes; esto es, sujetos y no objetos.

Esa relación se inicia en la vivencia-experiencia humana de la enfermedad que obliga a las personas a buscar la ayuda de enfermeras/os y médicos/as. Nótese que esa relación se inicia cuando una persona experimenta una sensación subjetiva de malestar, desasosiego o indisposición y no en la objetivación fisiopatológica en términos médicos que denominamos enfermedad. Como ya se ha dicho, el enfermar es más una ruptura o disrupción en la vida subjetiva de las personas que no una nosografía de la enfermedad. Sin embargo, la dimensión subjetiva del enfermar ha sido ocultada y substituida por la objetivación médica del conjunto de manifestaciones que aparecen cuando existe una disfunción orgánica. A diferencia del Castellano, el Inglés posee dos términos que permiten establecer esa distinción: “Illnes” y “Disease”. “Illnes” hace referencia a la experiencia o vivencia única e irrepetible que una persona tiene como consecuencia de un trastorno orgánico. “Disease” se refiere al trastorno en sí mismo. Es fácil comprobar cómo solemos confundir o incluso reducir la dimensión subjetiva del enfermar a su nivel orgánico o somático. No hace mucho, en el transcurso del trabajo de campo de una investigación, preguntamos a una mujer por la enfermedad de su esposo. La contestación fue que ella no sabía lo que le pasaba que no conocía su enfermedad. Curiosamente ella había padecido el mismo cuadro en otras ocasiones y conocía la experiencia por la que su marido estaba atravesando. Ciertamente, lo que aquella señora no conocía era la etiqueta diagnóstica o la categoría patológica en la que su cuadro podía ser incluido. Sin embargo, sí que sabía que esa enfermedad era de corta duración, que alteraba más bien poco la

autonomía y que no requería atención especializada porque cuando ella la experimentó, curó por sí sola en un corto espacio de tiempo.

Cuando la enfermedad es lo suficientemente severa como para disminuir la autonomía de la persona en la realización de las actividades de la vida cotidiana, ésta busca la asistencia sanitaria convirtiéndose en paciente (Buchanan, 1994). Enfermar y ser paciente son experiencias de las que existe un buen número de descripciones fenomenológicas en el campo enfermero. Para Rawilson (1982) la enfermedad altera la relación entre la persona y el mundo de cuatro maneras. Primero, a diferencia de lo habitual, aparece un aumento de la consciencia corporal; el cuerpo se nos presenta en primer plano, inundando nuestra conciencia, como el centro de nuestras preocupaciones. En segundo lugar, la enfermedad confunde nuestra capacidad de esperanza. Nuestra personificación se nos muestra poco fiable e impredecible (Rawilson, 1982). Esa baja fiabilidad se muestra como una disrupción en las actividades de la vida cotidiana donde intentamos adaptarnos a la pérdida permanente de alguna capacidad y terminar todas las posibilidades de nuestro futuro inmediato. En tercer lugar, la enfermedad nos hace plenamente conscientes de que nuestros intereses y preocupaciones no están únicamente determinados por nuestras propias decisiones o elecciones. La persona enferma no decide sentirse absorbida por la enfermedad y el dolor. Esa imposición nos hace conscientes de nuestra propia finitud y de la posible pérdida del yo. Por último, la enfermedad distorsiona nuestra relación ordinaria con los otros; es una relación más débil y aislada.

Las personas se convierten en “pacientes” cuando deciden buscar ayuda de los profesionales sanitarios. Esa búsqueda necesaria, es el primer elemento de la relación enfermera-personal médico-persona cuidada. El acto profesional de la asistencia es el segundo elemento en esa relación. El acto de “aceptar hacerse cargo de la persona” que los profesionales realizan se funda en dos promesas implícitas: que los profesionales poseen los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades de la persona y que ese saber será usado en interés de ella (Pellegrino, 1985). Esa relación, por tanto, se basa en la confianza que la persona deposita en los profesionales. Es diferente a la relación comercial basada en el interés mutuo o a la legal basada en un contrato u obligación. Toda persona deviene extremadamente vulnerable cuando confía su vida y bienestar al cuidado de profesionales. El vacío entre la vulnerabilidad de la persona y el saber profesional se cierra durante el acto de la asistencia. En este momento los profesionales y la persona

asistida deberían coparticipar en un proceso de toma de decisiones acerca de qué hacer sobre la enfermedad, una decisión que debe ser técnicamente adecuada pero moralmente justificable. En efecto, la Ciencia biomédica es capaz de identificar la disfunción biológica o el mal funcionamiento orgánico y, por tanto, qué cursos de acción deben realizarse y con qué finalidades. Sin embargo, ello no implica que pueda determinar lo que debería hacerse para el provecho o el bienestar de una determinada persona. Si nos situamos en la perspectiva de la curación del modelo biomédico, entonces aquello que es médicamente adecuado, aquello que es técnicamente posible, aquello que es científicamente correcto, se convierte en lo que es bueno para el paciente. Pero, si lo analizamos detenidamente, ambas cosas no son lo mismo. La buena decisión (además de técnicamente correcta) debe encajar con la visión que la persona particular tiene acerca de lo correcto y con la manera en que ella decide vivir su vida.

Desde el momento en que las decisiones de los profesionales de la salud intentan, en última instancia, hacer el bien a una determinada persona, su práctica no puede ser determinada o estar fundada primariamente en las Ciencias Naturales, aunque ellas jueguen un papel importante en la práctica asistencial. Nótese que las descripciones fenomenológicas del enfermar que acabamos de presentar, no se extraen de una ciencia biomédica sino que se articulan a partir de describir la esencia de la práctica asistencial. Esa esencia implica una relación de cuidado que se inicia cuando la persona enferma solicita ayuda de los profesionales de la salud. Cuando éstos aceptan hacerse cargo de esa solicitud, aceptan usar su saber para promover el bienestar de la persona de acuerdo siempre con sus creencias (de la persona cuidada) y valores acerca de la vida y de la muerte. Por tanto, esa relación está basada en un compromiso moral que reside en la práctica asistencial misma.

Desde el punto de vista de Pellegrino (1985) el término “Cuidado” tiene cuatro significados en las prácticas y profesiones de la salud: compasión por una persona que se siente enferma, hacer por el otro lo que aquél no puede hacer por sí mismo debido a la incapacidad que la enfermedad supone, tomar la responsabilidad de hacerse cargo del tratamiento del problema médico mediante el uso del saber profesional y, por último, cuidar a otra persona usando la tecnología de la medicina. Según Bishop (1995b), los profesionales que practican desde la perspectiva del modelo biomédico entienden que su papel abarca sólo el tercer y cuarto sentidos del cuidado. Los otros dos sentidos son

relegados (a veces con cierto grado de menosprecio) a otros profesionales: léase enfermeras. Esta dicotomía o bifurcación en el cuidado de la salud se hace dolorosamente visible en el campo enfermero, donde una parte del colectivo de profesionales ha venido tradicionalmente ejerciendo su práctica en los dos primeros sentidos y la otra ha reivindicado (quizás deslumbrados por la omnipotencia del saber médico) como propio un papel de asistentes del médico para cuidar a las personas en el tercer y cuarto sentido. Sin embargo, en la actualidad es cada vez mayor el número de enfermeras que reclaman para la profesión, superando aquella dicotomía, una práctica del Cuidado que incluya los cuatro sentidos que Pellegrino le otorga (Komorita, et al., 1991; Tanner, 1990c; Watson, 1990).

Esta es una postura razonable, puesto que el hecho de que el Cuidado sea la esencia de la Enfermería y una parte fundamental en la práctica del resto de profesionales de la salud no implica que no se considere a la curación de la enfermedad como el objetivo primario de la Medicina. De hecho, si confrontamos a una persona con la elección entre la curación y un buen cuidado personalizado, es muy probable que se decantase por la curación. Es decir, para ella, sería preferible una enfermera autoritaria y detestable como persona pero competente técnicamente y capaz de colaborar eficazmente en su curación, en lugar de una enfermera humanitaria y asertiva pero técnicamente incapaz. Sin embargo, la cuestión planteada de este modo obvia e ignora la esencia del cuidado de la salud. Como Pellegrino nos recuerda, el compromiso moral de la enfermera no es únicamente trabajar para el bienestar de la persona sino también ser competente en la resolución técnica de la enfermedad. Esta es la razón por la que la noción de cuidado en el contexto de la práctica sanitaria supera la dicotomía curar-cuidar. En lugar de eso, el cuidado en la asistencia sanitaria incluye la curación, cuando ésta es posible, como una parte integrante de las relaciones entre los profesionales y las personas cuidadas. Relaciones que se basan en la subordinación de las decisiones técnicas basadas en la ciencias biomédicas a las necesidades e intereses de las personas asistidas tal y como ellas los interpretan.

Si como venimos intentando demostrar, el cuidado de la salud se funda en un compromiso moral, ¿por qué todavía es dominante la idea de que aquél se basa en las Ciencias Naturales?. Para responder a esta cuestión permítasenos presentar un caso en el que la ciencia biomédica (que sigue el patrón epistemológico de las Ciencias Naturales) podría considerarse como el fundamento para la práctica de los cuidados de salud. Una persona

aparentemente sana, se dirige a un centro sanitario para realizarse un chequeo rutinario de salud. Durante los exámenes radiológicos se descubre una imagen anormal en su pulmón. Un T.A.C. revela una masa anormal en el pulmón. La sintomatología de la persona y su historia clínica de infecciones repetidas en ese mismo pulmón sugieren un diagnóstico de infección pulmonar, pero el médico prescribe una broncoscopia con biopsia para descartar la posibilidad remota de un proceso canceroso. Cuando los resultados de la biopsia descartan esa contingencia, el médico diagnostica una probable infección pulmonar y prescribe un tratamiento con antibióticos que terminan por curar el proceso infeccioso. En este caso la detección de los signos y síntomas, las pruebas para establecer un diagnóstico diferencial, la identificación de la enfermedad y el tratamiento que conduce a la curación, son todas derivaciones de las ciencias biomédicas. Sin embargo, lo que el caso que acabamos de presentar omite es que esa persona aunque no se sentía enferma acudió al servicio sanitario independientemente del compromiso de los profesionales por su bienestar físico. Y, en segundo lugar, que esa persona confiaba en la competencia técnica y en el compromiso moral de los profesionales con respecto a su bienestar. Si esa persona hubiese tenido la certeza de que los profesionales se movían por afán de lucro o por la necesidad de captar clientes para la institución sanitaria con el fin de amortizar la inversión tan elevada que un TAC supone, dudamos que hubiese aceptado realizarse la broncoscopia diagnóstica y que hubiese seguido las indicaciones del tratamiento. Pero, por otra parte, esa persona también podría haber rechazado el diagnóstico por otros motivos. Esas pruebas y tratamientos podrían ser muy caras para ella. Después de todo la posibilidad de un cáncer era remota y los procesos infecciosos suelen curar por sí solos con el tiempo. Su decisión podría estar determinada por su creencia acerca de si la amenaza de la enfermedad justificaba el sacrificio de dinero y tiempo. O por una negación defensiva del proceso mórbido para procurarse seguridad psicológica. Parece bastante claro que esa decisión está influida por un buen número de factores y elementos contextuales. Pero es una decisión que debe tomar la persona y no los profesionales. Éstos pueden ayudarle a conocer y comprender los riesgos, el pronóstico y los costos en tiempo y dinero. Con este ejemplo tratamos de demostrar que mientras las ciencias biomédicas pueden constituirse en el fundamento para la curación de la enfermedad, en ningún caso pueden ser la base para el cuidado de la salud. La práctica de la atención y el cuidado de la salud descansan en el deseo de la persona de sentirse bien, en el compromiso moral y la competencia técnica de los profesionales usada

en beneficio de la persona y el derecho inalienable que en ella reside de tomar las decisiones finales con el consejo de los profesionales (Bishop, 1995).

Aunque las ciencias biomédicas tienen un papel importante en las prácticas del cuidado de la salud, éstas no pueden ser interpretadas como lo son aquéllas, es decir, como Ciencias Naturales. Después de todo, a partir de los sorprendentemente originales trabajos de Kuhn (1971) se acepta de modo general el que la práctica científica es una actividad humana saturada de valores e interpretaciones creada por seres humanos desde una determinada posición. Esa actividad humana intenta conocer y comprender lo que en sí mismo no es una creación humana y habitualmente designamos con el nombre de naturaleza. Parece sorprendente que todavía hoy debamos recordar una evidencia: el hecho de que los objetos naturales y las prácticas humanas no pueden ser interpretados bajo los mismos horizontes de significado (Cull-Wilby y Pepin, 1987; Mitchell y Cody, 1992; Moccia, 1988a). En lo que sigue nos dedicaremos a argumentar esta afirmación.

2.1.2. La falacia del isomorfismo entre procesos naturales y prácticas sociales

En las dos últimas décadas se ha podido constatar la conspicua ausencia de éxito que las Ciencias Humanas y Sociales han tenido en el desarrollo de teorías con un poder explicativo, una virtualidad analítica y una parsimonia remotamente comparables a las que podemos encontrar en las Ciencias Naturales (Buchanan, 1994). Esta afirmación que parece bastante evidente, todavía hoy es contestada por algunas investigadoras en el campo de Enfermería que, o bien niegan su validez, o bien sugieren que las Ciencias Humanas todavía no han tenido tiempo suficiente para desarrollarse (Fawcett, 1991; Smith, 1992) pero que sin duda podrán producirse teorías que sean comparables a las de las Ciencias Naturales (Mora y Urrela, 1989).

Ahora bien, si aceptamos la idea de que las Ciencias Humanas y Sociales no han sido capaces de desarrollar teorías de los procesos sociales (la formación de enfermeras o los cuidados de salud) con la misma precisión, parsimonia y potencia que las Ciencias Naturales la cuestión radicarán en el porqué de esa situación. La explicación se halla en las diferencias estructurales existentes entre procesos naturales y prácticas humanas, como los cuidados de salud, que hacen que el modelo positivista sea inadecuado e inapropiado para dar cuenta de éstas últimas (Dilthey, 1988).

Como ya defendían Simmel, Rickert, Weber y Dilthey partícipes de la Teoría Social alemana del XIX, la base epistemológica de las Ciencias Sociales debe buscarse en la noción de "interpretación hermenéutica" y no en la de "explicación causal". En otras palabras, la tradición interpretativa alemana sostenía que existen notables diferencias entre las Ciencias Naturales y las Ciencias Sociales: diferencias metodológicas y epistemológicas derivadas de la gran disimilitud de sus objetos de conocimiento. Es una falacia pretender acceder a la realidad humana -de la salud- con los métodos positivistas, ideales, no obstante, para objetos estables, regulares e independientes del sujeto¹⁰. Los seres humanos difieren de los animales y de los objetos inanimados por su capacidad de encontrar y compartir significados. Toda acción social, está determinada en última instancia por los significados del actor, las acciones humanas solo pueden ser interpretadas (comprendidas) por referencia a los motivos de quien las ejecuta.

Como se ha visto en páginas anteriores, esta es la diferencia existente entre "Explicación" y "Comprensión". La primera, es el modo característico con que las ciencias positivas tratan de hacer inteligible la realidad; un acontecimiento para ser explicado científicamente debe ser definido como un estado sucesivo de cosas relacionándose ambas mediante una conexión causal. Las ciencias sociales, por su parte, utilizan un modelo de explicación teleológico denominado "Comprensión".

Una de las diferencias ontológicas más importantes entre procesos naturales y prácticas humanas se encuentran explicitadas en los trabajos que representan el giro lingüístico de la filosofía moderna (Taylor, 1985) magistralmente representados en el segundo Wittgenstein (1988). Esos trabajos han revelado que una de las distinciones esenciales entre procesos naturales y prácticas humanas descansa en el hecho de que los primeros son relativamente independientes¹¹ del lenguaje usados para describirlos, a diferencia de

¹⁰Teniendo en cuenta los desarrollos de la epistemología contemporánea es fácil advertir que la idolatría del método proviene de los grandes resultados que su uso ha proporcionado en el campo de las Ciencias Naturales; pero estos beneficios no pueden atribuirse al método en sí, sino a su alto nivel de adecuación al objeto de estudio de las Ciencias naturales, que es más bien estático y pasivo. Esta adecuación sería ínfima en relación con el objeto que estudian las Ciencias Humanas, entre ellas, las que se ocupan del estudio del continuo salud-enfermedad (entre ellas la Enfermería).

¹¹ Sin embargo, incluso en el ámbito de los fenómenos naturales, hoy día se acepta que es un error defender que los enunciados observacionales son en su origen totalmente independientes de las interpretaciones teóricas que se les pueda aplicar. La observación, como cualquier otra forma de acción

las prácticas humanas que no lo son. En otras palabras los seres humanos difieren de los objetos inanimados en su capacidad de construir y compartir significados a través del lenguaje. Es decir, aunque los seres humanos intenten descripciones de procesos como el comportamiento de los gases o el movimiento orbital de los planetas, esas descripciones no tienen ningún efecto en aquellos fenómenos. El hecho de que al movimiento de los planetas se le asigne una causación gravitacional o se afirme que es debida al flogisto no tiene ninguna influencia en el movimiento de aquéllos que se mantiene imperturbable. Sin embargo, no ocurre así con las prácticas humanas. Es más, éstas se hallan parcialmente constituidas por el lenguaje usado para describirlas. Por ejemplo, la acción de levantar una mano no tiene un significado intrínseco o “causa” fuera de las convenciones lingüísticas que se usan para otorgarle una interpretación y significado. Es decir “la causa” por la que las personas elevan sus manos depende del significado que las personas asignen a esa acción. En una situación en que dos individuos están realizando el mismo acto físico (levantar su mano por ejemplo) siempre es posible que cada uno de ellos otorgue un significado diferente (pretendan finalidades diferentes con su gesto) a aquello que por su forma física (o para un observador externo) parecen ser conductas iguales:

social sólo puede entenderse relacionándola con el contexto donde aquélla tiene lugar. La cultura (en sentido antropológico) nos aporta, de modo implícito, las conexiones ignoradas u ocultas entre nuestras percepciones y los conceptos disponibles y compartidos socialmente a través de los cuales aquéllas cobran sentido. Hoy día, es ampliamente aceptado que no conocemos “hechos puros” sino que esos hechos al entrar a formar parte de nuestro conocimiento ya son vistos de cierto modo. Lo que un observador ve depende, en parte, del objeto de observación pero también de lo que su experiencia perceptual anterior le obliga a ver. Cuando intenta captar un sistema implícito en los hechos de la naturaleza, todo observador está influido por los instrumentos que utiliza, las teorías que conoce o sus prejuicios epistemológicos entre otros factores, los cuales, le obligan a ver las cosas de una determinada manera siéndole imposible desembarazarse de esos esquemas de percepción. Podríamos ejemplificar lo que estamos diciendo cuando observamos las diferencias que existen en la interpretación de casos clínicos entre enfermeras noveles y enfermeras expertas. En ese caso podríamos preguntarnos, ¿ven ambas lo mismo?, sí y no. Sí, porque ambas están ante la misma situación. No, porque la observación es algo más que un simple “ver algo” puesto que incluye la estructura teórica a la luz de la cual asignamos un significado a lo que vemos. Dos de los principios en los que se funda la supuesta objetividad de las teorías de las ciencias naturales: el principio del determinismo físico y el de causalidad, son rechazados, hoy día por la Física misma, disciplina que ha sido modelo para el resto de Ciencias que aspiraban a su rigor y objetividad. Ese rechazo se hizo evidente cuando en 1927, Heisenberg demostró que toda descripción de la naturaleza contiene una incertidumbre esencial e inamovible. El principio de incertidumbre, extraído de la física de partículas, explicaba que el comportamiento de una partícula, lejos de ser estable y regular, se mostraba anárquico y aleatorio. Desde Heisenberg, la física contemporánea introduce en su terminología vocablos como ambigüedad e indeterminación, aceptando no sólo su cientificidad sino formando parte de las Teorías más avanzadas de la Física contemporánea.

“Una distinción analítica crucial (...) es la distinción entre conducta, o sea, el acto físico y acción, que es la conducta física más las interpretaciones del actor y de aquellos con quien interactúa y que son la “causa” de esa acción” (Erickson, 1989, 214).

Para subrayar esa dependencia, es necesario reparar en los contextos o perspectivas de significado de las personas que llevan a cabo esos gestos. Por ejemplo, las estudiantes en las aulas elevan sus manos para llamar la atención de las profesoras, los gimnastas levantan sus manos para solicitar permiso a los jueces para iniciar sus ejercicios, otras personas levantan sus manos simplemente para saludarse. Cabría cuestionarse cuál es la causa de esa conducta. Es cierto que puede explicarse por referencia a la transmisión de impulsos nerviosos desde el cerebro a los músculos de contracción voluntaria, sin embargo, esa explicación de eventos no dice nada acerca del sentido que tienen para los músculos su propio movimiento. La “causa” de esos movimientos reside en las intenciones de las personas que los realizaban y esas intenciones sólo pueden ser conocidas a través del lenguaje usado para describir esos actos y adjudicarles un significado.

Así pues, la característica definitoria de la "acción humana" es su significado subjetivo y no tanto su consecuencia comportamental o conductual. Para Carr y Kemmis (1988) la noción de significado subjetivo está íntimamente vinculada a la distinción entre "acción humana" y "conducta humana". Lo propio del ser humano es la acción y no la conducta. Esta distinción se hace patente al comprender que el "comportamiento" de los objetos inanimados sólo se hace inteligible cuando se le adjudica una interpretación. Afirmar que la luna realiza órbitas elípticas alrededor de la tierra, refleja el modo en que la física, por medio de relaciones causales, atribuye un significado al comportamiento de la luna, sin que esa explicación afirme nada acerca de el sentido que tiene para la luna su propio comportamiento.

El comportamiento humano, sin embargo, está principalmente constituido por acciones, siendo característica definitoria de las mismas poseer un sentido para quienes las realizan y en convertirse en inteligibles sólo en la medida en que se conoce el sentido que le atribuye el actor individual. Es por ese motivo que las acciones sociales no pueden observarse del mismo modo que los procesos naturales. Aquéllas sólo pueden hacerse

inteligibles por referencia a las intenciones de las personas que las ejecutan y al contexto en el que tienen lugar (Erickson, 1989).

Los significados son creados, cuestionados y modificados durante el desarrollo de las prácticas sociales que las personas realizan. A diferencia de los fenómenos naturales (la órbita lunar) las personas se hallan influidas por el significado que le otorgan al concepto de salud o de enfermedad. Los consejos de salud que una enfermera da a las personas a las que cuida depende del significado que para ella tengan esos conceptos.

Si aceptamos como válidas las argumentaciones anteriores estaremos en condiciones de afirmar que las prácticas del cuidado de la salud, como prácticas humanas que son, no pueden ser abarcadas por explicaciones causales como las utilizadas para dar cuenta de los fenómenos naturales, sino que sólo pueden entenderse a la luz de los fines y razones que las impulsan, que en este caso no son otras que el bienestar de las personas. Las prácticas humanas son entendidas por referencia a los significados que les otorgan las personas que las realizan y no por explicaciones causales, adecuadas no obstante, para dar cuenta de fenómenos estables, regulares y permanentes como los biológicos. La ciencia es la forma humana de entender las causas y relaciones en los fenómenos naturales. Pero la actividad científica en sí misma es entendida sólo cuando se comprende su significado. La ciencia biomédica es el intento humano de conocer y explicar los procesos y causas naturales de la enfermedad y los modos en que ésta puede curarse. Sin embargo, la ciencia biomédica no es sinónimo de la práctica de los cuidados de salud. Ésta es primariamente una relación entre personas en las que, como no podría ser de otra manera, el significado, más que la causa, es crucial. El enfermar es captado a través de su significado y sentido para la vida humana. Las relaciones entre la enfermera y la persona cuidada son también captadas en términos de su significado para ambas. Y este significado no puede ser reducido a la competencia técnica del profesional. De hecho, la competencia técnica que el profesional posee se convierte en cuidado de la salud, sólo cuando su valor regulativo es el bienestar de la persona cuidada tal y como ella lo entienda. Es decir, la comprensión de la práctica del cuidado de la salud requiere el entendimiento de los significados e intenciones presentes en las relaciones entre personas.

De aquí se deriva que la práctica del cuidado de la salud sea estudiada por las Ciencias Humanas. Ciertamente, para una correcta práctica del cuidado de la salud es necesario el

uso de las contribuciones de las ciencias biológicas, químicas y de las tecnologías médicas. Sin embargo, esa dependencia parcial de las ciencias naturales¹² confunde a un buen número de profesoras y estudiantes de Enfermería cuando concluyen que su actividad está basada en las Ciencias Biomédicas (Appleton, 1990). En realidad es una posición cómoda ya que aquella parte de la práctica del cuidado que se funda en la ciencia biomédica es fácilmente objetivable y demostrable. Cuando una enfermera aplica con éxito un protocolo de cambios posturales, protección de prominencias óseas, masajes y suplemento proteico en la dieta para prevenir la aparición de úlceras por presión, está fundando sus decisiones en Ciencias como la Física, la Química y la Bioquímica. Desafortunadamente las Ciencias Humanas no pueden ofrecer pruebas tan concluyentes porque su interés se centra en aquello que es específicamente humano y por tanto no sujeto a relaciones causales: el sentido y el significado. Cuando posan su mirada sobre la acción profesional del cuidado de la salud tratarán, por tanto, de revelar el significado que tiene para las personas que en ella participan. Pero, sin embargo, existen definiciones acerca de las Ciencias Humanas que como la que Husserl (1965) ofrece, permiten la coexistencia de las explicaciones causales con las teleológicas. En primer lugar Husserl define las Ciencias Humanas sin tener en cuenta las Ciencias Naturales:

“En esas ciencias el interés teórico está dirigido exclusivamente al ser humano como persona, su vida personal y su actividad y también, correlativamente, al resultado de esa actividad. Vivir como persona es vivir en un mundo social en el que el yo y el nosotros viven en comunidad y tienen la comunidad como horizonte. Aquí la palabra “vida” no es tomada en su sentido fisiológico sino más bien como un propósito de vida manifestado en la creación cultural dentro de una continuidad histórica. Estos son los centros de interés de las diversas Ciencias Humanas” (1965, 150).

Si seguimos la definición de Husserl, el cuidado de la salud podría ser estudiado como una actividad humana tal cual es vivida por las personas que la desarrollan. Sin embargo, esto no implica que los científicos sociales deban ignorar lo que las Ciencias Naturales aportan a la comprensión del hombre:

¹² El lector puede cuestionarse porqué la Enfermería y la Medicina se hayan adscritas a las Ciencias de la Salud. Y si ello indica que son ciencias naturales o más bien ciencias sociales o quizás humanas.

“Los practicantes de las Ciencias Humanas deben considerar el espíritu no sólo como espíritu sino que deben también ocuparse de sus fundamentos corporales” (Husserl, 1965, 152).

Parece ya evidente que en el cuidado de la salud, la fundamentación biológica, bioquímica y orgánica es fundamental. Es imposible comprender el significado de esas prácticas sin considerar aquellos fundamentos que son necesarios, sobre todo, para comprender la función de curación. Pero el cuidado de la salud en sí mismo no puede ser entendido simplemente como un intento de curar a las personas con la aplicación de las ciencias biomédicas porque esa actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado de las personas. La enfermera debe poseer competencia técnica en los saberes biomédicos y en el arte de los cuidados, pero esos elementos no son suficientes para dar sentido a su práctica si se excluye el imperativo moral que obliga a usar esos saberes para conseguir el bienestar de la persona que cuida.

En síntesis, los fundamentos biomédicos de la curación explicados por las ciencias naturales deben ser incorporados dentro de una interpretación de los cuidados de salud entendidos como un compromiso moral entre enfermera, médico y persona cuidada. El sentido que ellos otorguen a sus actividades será revelado por las ciencias humanas.

2.1.3. La Enfermería: ciencia aplicada o ciencia humana práctica

A estas alturas de la argumentación parece ya evidente que el cuidado de la salud, como actividad eminentemente humana que es, debería ser pensado y estudiado desde las Ciencias Humanas. Sin embargo, cabría cuestionarse por el tipo de ciencia humana que mejor puede estudiar el cuidado y las prácticas de salud. En este apartado trataremos de explicar que el cuidado de la salud, al igual que la educación, es una práctica humana y que debe ser estudiada por una Ciencia Humana Práctica. Del mismo modo, se mostrará lo erróneo del intento de considerar al cuidado de la salud -o a la educación- como una Ciencia Aplicada (Tecnología) y que, por tanto, deban ser las Ciencias de la Naturaleza las que ofrezcan sus bases y fundamentos. Sin embargo, afirmaremos también, que el estudio de los cuidados de la salud, a diferencia de otras Ciencias Humanas Prácticas, debe ser capaz de mostrar cómo las Ciencias Naturales se aplican en el cuidado de la salud pero sin transformarlo reductivamente de una Práctica a un Técnica.

Según Bishop (1990) cuando la Enfermería es considerada como una Ciencia Aplicada, lo es en uno de los dos sentidos siguientes. En el primer sentido, la Enfermería es considerada una Tecnología de la Ciencia Médica, es decir, se aplica el saber biomédico a la solución de los problemas que la enfermera trata. En el segundo sentido, la Enfermería se define como la aplicación de aquellas Ciencias Sociales (Psicología o Sociología) que tratan de imitar a las Ciencias Naturales. Como ya hemos visto en otras partes de este trabajo, las Ciencias Humanas, en contraste con las Naturales, estudian las prácticas humanas desde una perspectiva que tiene en cuenta los significados de las personas que las realizan, perspectiva particularmente adecuada para comprender la esencia de los fenómenos humanos (Gadamer, 1975).

La Enfermería puede y debe considerarse como una *Ciencia Humana Práctica* que usa las teorías de las Ciencias Naturales y de la Conducta para comprender y desarrollar las prácticas de Cuidar, uso que no implica que esas prácticas devengan en Tecnologías o Ciencias Aplicadas.

El aspecto central a considerar es si la Enfermería en sí misma es una práctica humana o una ciencia derivada de las ciencias naturales. Nótese que no nos estamos cuestionando si las ciencias humanas y las naturales son necesarias para la comprensión de la práctica

de la Enfermería. Parece evidente que ambas son imprescindibles. Las Ciencias Humanas pueden fundar la práctica de la Enfermería porque ésta, al igual que aquéllas, trata de acceder al significado de una región de la experiencia humana: la vivencia de salud y de enfermedad y de sus cuidados (Watson, 1985). Las Ciencias Naturales, por su parte, se ocupan de realizar generalizaciones a partir de explicaciones teóricas de fenómenos naturales (Bunge, 1980). Por ejemplo, una persona intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general regresa a la habitación; la enfermera observa su estado y como todavía está bastante dormida le retira la almohada. Un familiar sorprendido le comenta que esa persona padece una ligera artrosis cervical y que mantenerla en esa postura le provocará dolor cuando despierte. La enfermera le explica que esa posición es necesaria para evitar la caída de la lengua (debido a la disminución de reflejos provocada por la anestesia) y la subsecuente obstrucción de la vía respiratoria. La enfermera ha usado una explicación general teórica basada en sus conocimientos de anatomía y anestesiología para ayudar a la persona a comprender el sentido de sus acciones. Por contra, a una mujer que había sido intervenida de una biopsia de mama, su enfermera le aconseja que cuando sienta necesidad de ir al baño, no se levante sin ayuda, y la avise para que la acompañe. La enferma responde enfadada que ella puede perfectamente valerse por sí misma. La enfermera le explica que después de la anestesia general y un periodo de encamamiento las personas suelen experimentar mareos y vértigos la primera vez que se incorporan. Esta interpretación de la enfermera está basada en su experiencia previa y no en explicaciones científicas. Ciertamente existen explicaciones científicas para los vértigos y mareos en la primera deambulación postoperatoria, pero la enfermera posee conocimientos de ellos a partir de su experiencia práctica y es esa experiencia la que informa su práctica antes que las explicaciones científicas como en el caso de la persona anestesiada. Por tanto, la práctica del Cuidado puede adquirir su significado a partir de explicaciones teóricas o a través de interpretaciones de la práctica. Ambas son necesarias para dar sentido a la práctica de la Enfermería. Sin embargo, como hemos intentando demostrar en páginas anteriores, las descripciones del enfermar y de las relaciones entre profesionales de la salud y personas cuidadas, son interpretaciones de experiencias prácticas (Benner y Wrubel, 1989). Las explicaciones científicas son necesarias cuando el enfermar es considerado como proceso biopatológico (Bishop y Scudder, 1995). El sentido de la Enfermería surge de experiencias prácticas que se basan en explicaciones científicas, cuando es necesario, pero sin reducir lo práctico a lo tecnológico.

Cuando la Práctica es reducida a Tecnología o Ciencia Aplicada, los seres humanos son, teóricamente, designados como objetos, negando su humanidad mediante su reducción a cosas totalmente determinadas por procesos naturales. Las Ciencias Naturales pueden llegar a cosificar la persona puesto que se centran en aquella dimensión humana que es natural: lo orgánico. Antes del advenimiento y dominio de las Ciencias Naturales, los aspectos humanos de las personas y de los cuidados de la salud eran estudiados por las Ciencias Humanas (Cushing, 1994). Sin embargo, cuando las ciencias de la conducta adoptaron la epistemología y metodologías de las ciencias naturales la coexistencia pacífica de ciencias humanas y naturales finalizó. Los seres humanos fueron constituidos como objetos de estudios teóricos diseñados para explicar los comportamientos humanos en términos de causa y efecto.

Como hemos dicho anteriormente las prácticas de Cuidado que las enfermeras realizan deben ser estudiadas con métodos que tengan en cuenta su naturaleza y que serán, en cualquier caso, distintos a aquéllos fundados en las asunciones de las Ciencias Naturales. Autores como Morey (1987), Wright (1980) o Mitchell (1992) afirman que las Teorías de las Ciencias Naturales y de las Humanas son ontológica y epistemológicamente diferentes. Las primeras se dirigen al saber en tanto que conocimiento y las segundas a la *articulación y desarrollo de la práctica*:

“Si las ciencias naturales utilizan la teoría para conocer y explicar los objetos naturales, las ciencias humanas usan la teoría para articular las prácticas del mundo de la vida, el cual, posee finalidades extracientíficas” (Bishop y Scudder, 1990, 48).

Sin embargo, en el campo de los cuidados de salud, esta distinción es frecuentemente ignorada. Por ejemplo, la investigación farmacológica descubre un nuevo fármaco contra la pandemia del SIDA. La evaluación de ese fármaco se desarrolla a través de la experimentación con animales de laboratorio y, después, a través de la práctica sanitaria. Si bien es verdad que la experimentación tratará de evaluar la eficacia del fármaco en términos de indicadores de curación biológicos y bioquímicos, no es menos cierto que su uso en la práctica sanitaria evaluará la curación en términos del bien o bienestar a los que la práctica sanitaria aspira, esto es, potenciando o restaurando la salud a personas enfermas. El segundo caso es lo que Strasser (1985) designa como Ciencia Práctica o una

ciencia que se “concibe para” hacer realidad y desarrollar un cierto tipo de *práctica extracientífica*. Está dirigida más a la realización de los valores inherentes a la propia naturaleza del proceso de cuidar a otra persona, e incluye, siempre instrumentalmente, la obtención de resultados en el cuerpo humano mediante la aplicación de tratamientos científicos. Por contra las Ciencias Aplicadas, son ciencias que “accidentalmente” se usan o aplican en contextos prácticos. Por ejemplo, una enfermera que trabaja en una unidad de hospitalización donde existe una elevada tasa de úlceras por presión puede decidir experimentar en su práctica (en su contexto particular y único, con unos recursos determinados) para desarrollar procedimientos dirigidos a la prevención de la aparición de esos cuadros. Por otra parte, otra enfermera podría inferir (aplicar) procedimientos para la prevención de las úlceras de la investigación biológica acerca de la relación causal existente entre isquemia tisular y necrosis hística. En el primero de los casos nos hallamos ante una Ciencia Práctica. En el segundo, ante una Ciencia Aplicada. Estos ejemplos “puros”, son útiles para esclarecer la distinción entre ciencia práctica y aplicada. Sin embargo, en la práctica actual, las enfermeras suelen ser más propensas a acercarse al conocimiento teórico-científico, sólo después de que se han encontrado delante de un problema para el que no encontraban una solución en el acervo de su experiencia práctica, como en el caso de las úlceras por presión. Pero las soluciones que mejoran la práctica sólo pueden ser obtenidas a través y durante la acción práctica. Este movimiento de vaivén de la práctica (el problema) a la teoría y de nuevo a la práctica es lo que Bishop y Scudder (1995), inspirándose en Gadamer, denominan “espiral hermenéutica”.

Un aspecto central en las actuales prácticas de los cuidados es si la Enfermería es una Práctica o una Ciencia Aplicada (Reeder, 1993; Retsas, 1995). En contraste con los trabajos de Jarvis (1992c), James (1994) y Benner (1984) que defienden la naturaleza práctica de la Enfermería, conceptualizar la Enfermería como una ciencia aplicada niega la legitimidad de la visión que de su actividad poseen las enfermeras porque se usan los saberes de las ciencias naturales y de la conducta para determinar lo que la Enfermería debe de ser. Por ejemplo, en los trabajos de Torres (1982, 1986) o Reilly (1990) se observa que la determinación de competencias y habilidades cognitivas y procedimentales que las autoras proponen como finalidades del curriculum profesional adoptan la forma de los objetivos conductuales procedentes de las teorías de la psicología conductual. Sin embargo, como Benner ha demostrado, el conocimiento práctico posee una naturaleza diferente y va más allá del saber teórico producto de la razón técnica. Distinguir, como

hace Benner, entre conocimiento práctico y técnico supone negar la posibilidad de la existencia de la Enfermería como ciencia aplicada puesto que se invalida la relación jerárquica y prescriptiva entre saber teórico y conocimiento práctico.

¿Puede, entonces, la Enfermería ser descrita adecuadamente como una ciencia aplicada?. Si consideramos la Enfermería como una ciencia aplicada deberemos aceptar que es una tecnología. La tecnología usa aplicativamente la ciencia como un medio para conseguir un determinado fin en términos de transformación o modificación de la realidad; no persigue el conocimiento o el bien, su valor regulativo es la eficacia. Strasser (1985) define la tecnología como la ciencia de los medios como tales. Sin embargo, desde el momento en que la evaluación de la eficiencia de los medios depende del fin que se pretenda alcanzar, es imposible especificar, de modo universalmente válido, aquellos criterios que servirán para evaluar los medios técnicos. Por ejemplo, la ciencia médica puede desarrollar medios y técnicas eficientes para el mantenimiento de las funciones vitales de soporte en un cuerpo comatoso, pero de ahí no se infiere que el saber biomédico tenga capacidad para decidir si ese cuerpo debe seguir manteniéndose en vida.

En una tecnología, los resultados pueden ser medidos y cuantificados. Por ejemplo, nosotros podemos determinar, a través de procedimientos de medición, si una persona está viva o no. Hoy día la medición de la actividad eléctrica del cerebro se considera un indicador válido para determinar la muerte clínica. Antes del advenimiento de estos procedimientos, indicadores como la medición de la presión sanguínea o la frecuencia respiratoria eran usados para determinar la vida o la muerte. Sin embargo, es imposible determinar, a través de procesos de medición, el nivel de calidad de vida humana que autoriza a mantener a una persona con vida y mucho menos aquello que constituye la salud física y mental. Dado que la tecnología, obviamente, no puede ocuparse de otro valor que no sea la búsqueda de la eficiencia, no podrá en ningún caso determinar la deseabilidad de los fines.

Sin embargo, definir la Enfermería como una Tecnología es transformar problemas prácticos en técnicos porque la justificación de medios y fines se funda en la supuesta autoridad que ofrece el conocimiento científico biomédico acerca de la vida humana. 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 práctica sanitaria; en el mejor de los casos, como hemos visto más arriba, reduce la ética del cuidado a bioética. El consenso técnico que introduce el lenguaje biomédico genera la imposibilidad de cualquier debate ético acerca de los problemas de la salud porque oculta la naturaleza política y ética de la cuestión de los fines. El efecto final de esta transformación de lo práctico en técnico es imposibilitar el debate de los intereses que se abocan a las prácticas sanitarias. Pensamos que es sumamente importante reconocer esta limitación en el contexto de las ciencias humanas prácticas:

“Es esencial que el uso de la ciencia médica y la tecnología en el cuidado de la salud se articulen en prácticas en las que el sentido moral sea dominante” (Bishop y Scudder, 1990, 50).

La visión de la práctica del Cuidado como intervención tecnológica, se manifiesta claramente en el lenguaje que las enfermeras utilizan (Rizzo Parse, 1980; Watson, 1985). Por ejemplo, si consideramos el significado del término “intervención”, observamos que es una noción originada en la Medicina dentro de la estructura de significados o campo semántico pertenecientes a la idea de curación de la enfermedad (Chung y Nolan, 1994), donde poseía el sentido de operación o *control* sobre el proceso natural de la enfermedad (Engel, 1979).

Las enfermeras importaron este término de la medicina para tratar de designar (con la ambigüedad consiguiente) las actividades que realizaban *para* y *con* la persona cuidada. Sin embargo, es sorprendente que todas las acciones de cuidado que las enfermeras realizan se definan como *intervenciones*, definición determinada por la sustitución de la estructura de significados de cuidar por la de curar. Al contrario que en la curación, la estructura de significado “cuidar para el bienestar” implica que es la enfermedad la que “interviene” en el bienestar de las personas. Como hemos dicho más arriba, existen grandes diferencias entre una teoría que impone estructuras de significados ajenos a la práctica del Cuidado, como usar la idea de intervención para designar los cuidados, y otra que surge de la práctica de Enfermería tal cual es practicada.

La hegemonía que la visión tecnológica de la “intervención” médica ejerce en la práctica de la Enfermería contemporánea es fácilmente demostrable cuando se constata el extensivo y acrítico uso del lenguaje intervencionista por parte de las enfermeras (Benner y Wrubel, 1989; Colliere, 1990). Por ejemplo, cuando una de las autoras que más predicamento tiene en nuestro país afirma:

“Las enfermeras deben implicar a la familia y otras personas significativas en el plan de cuidados como *“intervención”* en la desesperanza del cliente” (Carpenito, 1989, 440) (La cursiva es nuestra).

Cabría cuestionarse ¿cómo esa loable sugerencia extraída lógicamente de la práctica de las enfermeras puede ser etiquetada como intervención?. Este uso inapropiado del lenguaje intervencionista en el cuidado enfermero indica el grado con el que la “intervención tecnomédica” se ha infiltrado en el interior de la Enfermería. Lo que inicialmente significaba una intervención sobre la historia natural de la enfermedad, a través de la aplicación de conocimiento científico, es hoy sinónimo de todas aquellas acciones que la enfermera lleva a cabo. Incluso una autora como Watson (1985) que se halla en las antípodas de la visión mecanicista y reductora que la intervención tecnológica implica, se ve impelida a usar la noción de intervención para describir la práctica de la Enfermería, eso sí, puntualizando su desacuerdo con ella. Si la intervención y su finalidad que es la curación se imponen en el sistema de salud, entonces el Cuidar es reducido al Curar; si la lógica de la intervención tecnológica triunfa, el Cuidado desaparecerá como referente en los sistemas sanitarios. Como consecuencia de ello, las enfermeras, de nuevo y si es que alguna vez han dejado de serlo, se convertirán en las bondadosas y sumisas asistentes del médico, que es el protagonista de la acción tecnológica.

Esta transformación en los sistemas de salud, de cuidar a las personas a curar las enfermedades tiene importantes repercusiones para la Enfermería. Reducir la Enfermería a la asistencia al médico para que éste lleve a cabo la intervención curativa es ocultar su principal objetivo que no es otro que Cuidar a las personas para su bienestar y desarrollo de su salud. Antes del advenimiento de la intervención tecnológica, era la enfermedad, la debilidad que ésta generaba, la que intervenía en la vida de las personas. El objetivo de la acción sanitaria era restaurar la salud a la persona a través del Cuidado. Pero el triunfo de

la visión tecnomédica transformó la promoción de la salud en la erradicación de la enfermedad como el ideal de los cuidados de salud. Afortunadamente, si la actual filosofía de los sistemas de salud centrados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad siguen imponiéndose, puede iniciarse un movimiento de alejamiento de las posiciones curativas, y la consecuente restauración del sentido original de los cuidados de salud: la potenciación de la salud a través del cuidado de las personas.

Sin embargo, recuperar el sentido original de los cuidados de salud no implica minusvalorar la importancia de la intervención tecnológica y la curación en los mismos. Cualquiera que haya padecido un proceso que curse con dolor estará de acuerdo con el papel de la analgesia farmacológica. Lo que tratamos de determinar aquí no es el grado de importancia o eficacia de la intervención tecnológica sino dilucidar si el cuidado de la salud debe ser interpretado como intervención sobre la enfermedad o como fomento y cuidado del bienestar y potenciación de la salud. De hecho, la intervención tecnológica, en muchos casos, potencia la salud, pero no es menos cierto que al hacerlo, en ciertas ocasiones, lesionan el cuerpo ocasionando la necesidad de cuidados de enfermería, sin ir más lejos en ciertos tipos de cirugía mayor.

Las modalidades tecnológicas de intervención en la historia natural de la enfermedad, tales como la cirugía de transplantes, la gran cirugía o la quimioterapia, son buenos ejemplos de los grandes cambios que se han producido en la práctica sanitaria y que ha contribuido enormemente a su desarrollo. Pero no es menos cierto que la intervención tecnológica no puede ocupar el lugar del Cuidado como finalidad última de la práctica sanitaria. No se trata de regresar a estadios pretecnológicos de la asistencia sanitaria sino más bien de articular lo técnico en una práctica humana como es el cuidar a los otros.

La razón por la que la Enfermería es mejor entendida como una Práctica que como una Tecnología se nos hace más evidente a la luz de la distinción que Gadamer (1981) realiza entre práctica y tecnología. El sentido que Gadamer otorga a la tecnología es el de ciencia aplicada, o en términos de uno de sus más renombrados defensores:

“Aquel cuerpo de conocimientos compatible con la ciencia coetánea y controlable por el método científico, empleado para controlar,

transformar o crear cosas o procesos, naturales o sociales” (Bunge, 1980, 206).

Por supuesto, la tecnología intenta someter al mundo natural y al de la vida a control e interviene en ellos para desarrollar algún objeto o artefacto que pueda considerarse beneficioso para las personas. Sin embargo, son ya numerosas las evidencias de que la tecnología puede generar efectos adversos en la vida y la salud de las personas.

En contraste, una Práctica trata también de obtener el bien pero, a diferencia de la Tecnología, los medios usados están *estructuralmente* unidos al bien buscado. Es decir, las finalidades de la Enfermería no son el producto final del cual los procesos de cuidado constituirán unos medios instrumentales. Antes al contrario, son manifestaciones de los valores en virtud de los cuales podremos otorgar el carácter de “cuidativos”, o negárselo, a cualesquiera medios que se estén 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. Es decir, nos estamos refiriendo a una clase de valores de los que Peters (1966) llama principios de procedimiento. 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, 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.

La distinción de Gadamer entre Ciencia Aplicada y Práctica es útil para revelar el significado de la Enfermería como Práctica pero cabría preguntarse por su contribución a la comprensión de la Enfermería como disciplina. Hoy existe consenso en afirmar que la Disciplina de Enfermería es diferente de la práctica del cuidado (Cushing, 1994; Gortner, 1992a). Sin embargo, en la literatura y lenguaje enfermeros se usa la misma palabra (Enfermería) para designar la acción de cuidar y el conjunto de saberes o de investigaciones sistemáticas acerca de los significados y procesos de esa práctica. Es por ello que, en ocasiones, cuando se utiliza el término Enfermería es difícil discernir si se está hablando de las Teorías que intentan articular y revelar el significado de la práctica o de la actividad de cuidar misma. Esta confusión también afecta a la cuestión, tradicionalmente polémica, de la relación teoría-práctica. Como veremos en capítulos posteriores, para aquellas enfermeras que defienden una visión de ciencia aplicada, esta relación es clara: la teoría prescribe la práctica (Fawcett, 1991; Lutjens y Horan, 1992). Sin embargo, las enfermeras profesionales afirman que esas teorías si es que tienen alguna relación con su actividad no es otra que la de distorsionarla y dificultarla (Kim, 1989; Maeve, 1994; Moccia, 1988b).

Gadamer clarifica la relación entre teoría y práctica cuando defiende su indivisibilidad al afirmar, siguiendo la tradición griega que :

“La teoría es el ojo disciplinado capaz de discernir el orden visiblemente estructurado del mundo y de la sociedad humana”
(Gadamer, 1981, 69).

Desde esta perspectiva toda Teoría de Enfermería aspiraría a revelar la estructura de significados que subyace en las prácticas del cuidado *tal y como son realizadas*. Del desarrollo de esa Teoría se ocuparía la disciplina Enfermera que estaría orientada a la comprensión, transformación y desarrollo de las prácticas de los cuidados. Si la Ciencia trata de alcanzar el saber en tanto que conocimiento y desarrollar teorías que den sentido a ciertos aspectos del mundo, la Práctica trata de desarrollar la idea de bien. Por ejemplo, la práctica política intenta potenciar la libertad, la justicia y equidad social. El Cuidado de la salud, por su parte, trata de desarrollar el bienestar de las personas. Por lo tanto, la disciplina que estudie una práctica tratará de conocer los modos y mecanismos por los

que esa actividad puede alcanzar el bien. Autores como Strasser (1985) o Wald (1992) denominan a estas disciplinas Ciencias Humanas Prácticas. Para Bishop y Scudder (1990), algunas de ellas con nombres específicos son la Ciencia Política o la Jurisprudencia. Otras, como la Enfermería poseen el mismo nombre que la actividad práctica que estudian. Sin embargo, independientemente de que esas disciplinas compartan el mismo nombre que la práctica que estudian, su objetivo no es sólo articular conceptualmente la práctica sino también desarrollarla y mejorarla para que pueda alcanzar aquel bien que está obligada a potenciar.

La Ciencia Humana ilumina a los prácticos revelando la naturaleza de su práctica tal cual es realizada, pero yendo más allá de la reproducción acrítica de rutinas y procesos e incluyendo siempre las posibilidades para desarrollarla y mejorarla que en ella residen. Por contra, la Ciencia Aplicada o Tecnología, trata de desarrollar la práctica desde un saber teórico desarrollado en contextos simbólicos y con intereses ajenos a los de los prácticos, saber que trata siempre de prescribir la acción práctica. Si la Enfermería fuese una Ciencia Aplicada, entonces el saber obtenido por las ciencias naturales y sociales puede determinar cómo la Enfermería debe ser practicada. De manera que lo que está en juego cuando se determina la naturaleza de la disciplina no es solamente cómo la Enfermería debe ser estudiada sino también cómo la práctica de la Enfermería en sí misma está constituida. El aspecto fundamental es, por tanto, la cuestión de la constitución de la Enfermería en sí misma, no la relevancia de la ciencia aplicada en los cuidados enfermeros. Cualquier trabajo que aspire a arrojar luz sobre la dimensión ontológica del Cuidado acepta hoy día la relevancia del componente de ciencia aplicada en el mismo. Pero existen notables diferencias entre una Práctica que usa instrumentalmente el saber técnico y aquellas actividades, mal denominadas, “*Prácticas*” que son en realidad “*Ciencias Aplicadas*”.

En el cuidado de la salud existen dos tipos de teorías que ofrecen explicaciones acerca de la naturaleza de la práctica: las teorías de las ciencias naturales y las teorías de las ciencias humanas. La clave para evitar que la Práctica se transforme en Técnica reside en el uso y la relación que esos dos tipos de teorías (ambas imprescindibles en el cuidado de la salud) presenten. Esa relación, como Gadow (1985) defiende debe subordinar la intervención basada en las Teorías de las Ciencias Naturales a la Práctica basada en las Ciencias Humanas. Es decir, debe evitarse uno de los más claros efectos perniciosos que el dominio

de la visión tecnológica en el cuidado de la salud ha tenido: incorporar una visión mecánica y reductiva del cuerpo humano. El cuidado que incluye la intervención tecnológica, debe tomar como uno de sus objetos de atención el cuerpo pero sin reducir a esa condición a la persona cuidada. Por ejemplo, uno de los aspectos más importantes de los cuidados que se proveen a las personas afectadas por un accidente vascular cerebral que cursa con hemiplejía es la protección y el mantenimiento de la integridad de la piel. A tal efecto los protocolos de cuidados incluyen la necesidad de realizar cambios posturales frecuentes a la persona afectada. Es usual observar cómo algunos enfermos se muestran reacios a esos movimientos y preguntan porqué es necesario tantos movimientos. La enfermera puede ayudar a esa persona a comprender la necesidad de cambios frecuentes si le explica que cuando una parte del cuerpo queda inmóvil durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo los talones) la presión que se ejerce sobre la piel de esa zona impide el aporte sanguíneo a la misma produciendo una ausencia de oxigenación y la consecuente lesión cutánea, que será más severa si no se elimina la noxa actuante: la presión que el mismo cuerpo ejerce. Posteriores explicaciones acerca de las estrategias de protección de prominencias óseas y cambios posturales pueden ayudar a la persona a conocer la justificación y necesidad de un procedimiento que puede resultarle molesto: cambiar la postura de su cuerpo cada una o dos horas. Este caso podría constituir un ejemplo de “espiral hermenéutica” Gadamer (1975). Es hermenéutica porque la persona cuidada ha podido interpretar y comprender un procedimiento técnico que las enfermeras usualmente llevan a cabo. Ese proceso se inicia con una actividad práctica específica (los cambios posturales) que es explicada en términos de una teoría científica acerca de las relaciones entre inmovilidad, oxigenación e integridad de la piel. En este proceso de espiral hermenéutica, posteriores conversaciones entre enfermera y persona cuidada, coincidiendo con su mejora física, permitirán a ésta última, una vez aceptada su responsabilidad en el cuidado de su propia piel, cooperar y alcanzar mayores cotas de autonomía.

Esta espiral hermenéutica, al igual que en la relación pedagógica, es especialmente significativa para las prácticas sanitarias porque éstas requieren la interacción constante entre las teorías, las prácticas y las prácticas de la vida cotidiana de las personas. Por ejemplo, una madre primeriza que consulta a la enfermera ciertos problemas respecto a las dietas y pautas de sueño del recién nacido. La enfermera utiliza su conocimiento teórico experto acerca de la nutrición y la fisiología del sueño en el neonato para

reinterpretar los relatos de la madre en términos de situaciones problemáticas en las que ella haya intervenido en el pasado con éxito. Y su experiencia práctica para acceder a la estructura de significados que la madre utiliza para definir como problemáticas ciertas situaciones. La enfermera recomienda a la madre unas modificaciones en la dieta y le ayuda a reinterpretar ciertas reacciones del recién nacido no como algo anormal sino cotidiano. Las acciones recomendadas son compartidas a través del lenguaje cotidiano que la madre utiliza, discutiéndose las consecuencias de las mismas. A medida que aumenta su comprensión del comportamiento del recién nacido la madre es capaz de participar más activamente en el diálogo con la enfermera.

En ausencia de ese proceso donde se ponen en contacto los marcos de referencia de la enfermera y de la nueva madre, la teoría es usada de manera prescriptiva, reduciendo y distorsionando la experiencia humana. Esto es, el uso y el papel de la teoría en un contexto interpretativo es muy diferente al que se lleva a cabo si la visión de ciencia aplicada es dominante. Por ejemplo, Fawcett ofrece una visión tecnológica de la relación entre conocimiento y acción cuando afirma que:

"Es importante subrayar el hecho de que los modelos conceptuales guían la práctica de la Enfermería. Es decir, el conocimiento enfermero, formalizado en un modelo particular, es el punto de inicio de las relaciones recíprocas con la práctica de la Enfermería" (Fawcett, 1992, 226).

Desde esta perspectiva, que está en consonancia con la racionalidad técnica, se defiende que el conocimiento profesional de la enfermera se basa en la teoría, la cual se aplica a los problemas de la práctica. La teoría es privilegiada como conocimiento real y verdadero mientras que la práctica se considera el lugar donde se aplican esos conocimientos para la resolución de problemas. Esta autora basa la superioridad epistemológica de los Modelos y Teorías de Enfermería en la creencia de que son científicos. Esta creencia se infiere cuando se toman prestados de la práctica de las Ciencias Naturales términos como Modelo, Teoría y Paradigma. Sin embargo, la superficialidad con la que Fawcett trata de subsumir lo práctico en lo técnico importando la lógica de las Ciencias Naturales a las Humanas, genera una objetivación reductora de la experiencia humana. Estamos convencidos que en las Ciencias Humanas, la teoría debe

iniciarse a partir de una experiencia humana, ser apropiada para las experiencias humanas y ser legitimada por referencia a su papel en la comprensión de la realidad humana.

2.1.4. Ciencia Humana Teórica y Ciencia Humana Práctica

Si como estamos argumentando, parece que la Teoría en las Ciencias Humanas debe ser sensible a la radical individualidad de la experiencia humana, no puede aspirar a la universalidad, constancia y determinismo propios de las Teorías de las Ciencias Naturales. Propiedades éstas, por otra parte, muy adecuadas a los objetos naturales que estudian que suelen ser estables y regulares. Para autores como Mitchell (1992), Gortner (1992b) o Strasser (1985) la Teoría en Ciencias Humanas utiliza proposiciones de orden general, antes que universal, para indagar sistemática y críticamente una parte de la realidad humana vista desde un punto de vista definido. El hecho de que estas teorías usen proposiciones generales no excluye la unicidad y particularidad del ser humano estudiado. Por ejemplo, una enfermera puede usar la teoría del desarrollo de Erikson para comprender el comportamiento de los niños. Pero esa teoría no le dice nada acerca de cómo un niño responderá cuando se halle en un determinado estadio de desarrollo, o cómo una enfermera determinada puede relacionarse con ese niño. Si esta teoría tuviese alcance universal y estuviera plagada de enunciados legaliformes, como sucede en las Ciencias Naturales, la enfermera sería capaz de predecir exactamente el comportamiento de cualquier niño a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo y, por tanto, de controlar la conducta del niño. Sin embargo, cualquier teoría que desee ser relevante para las Ciencias Humanas deberá tener en cuenta la persona como sujeto y no como objeto (Strasser, 1985) y la unicidad esencial de las relaciones entre personas (Watson, 1985). De ese modo la teoría, al ser incorporada a la espiral hermenéutica empieza y termina con la experiencia de personas concretas, excluyendo el uso prescriptivo que reduce las personas a objetos (Bishop y Scudder, 1990).

En las Ciencias Naturales, el estudio del hombre se funda en la premisa de que éste es un producto de la naturaleza (Bishop y Scudder, 1990), un organismo determinado biológicamente que puede y debe ser estudiado como cualquier otro objeto natural. Pero el hombre objetivado es radicalmente diferente del sujeto, el científico lo reifica y objetiva al estudiarlo como un objeto. En contraste, las Ciencias Humanas estudian el hombre

como un sujeto humano. Cuando el científico estudia el desarrollo del mundo de la vida, estudia a las personas como sujetos, como él mismo. Por supuesto que esos estudios parten de unas perspectivas teóricas previas, pero todas ellas reconocen que su centro de interés es un sujeto y no un objeto. Esta importante distinción es resumida por Strasser (1985) cuando afirma que:

“Las ciencias naturales proceden a la objetivación a través de la reificación, las ciencias humanas, por contra, proceden a la objetivación a través de la comunicación” (pág. 68).

Ciertamente, cuando las teorías son utilizadas para revelar el significado y comprender el comportamiento de las personas en un sentido genérico es fácil olvidar que cualquiera de esas explicaciones se inicia y depende de la comprensión que del mundo cotidiano poseen las personas. Como Bishop y Scudder (1995) hacen notar, las ciencias se practican olvidando sus orígenes humanos. Después de todo, los cuidados son un fenómeno humano muy anterior al surgimiento de la Enfermería profesional (Domínguez-Alcón, 1986). La Enfermería como Disciplina se ha venido desarrollando a partir de los cuidados que de manera tradicional se han prestado las personas entre sí y no en base a la teoría o la práctica de la Medicina (Bullough y Bullough, 1984). Sin embargo, pensamos con Godden (1993) que la historia de la Enfermería como actividad está atravesada por su dependencia y subordinación a la epistemología, la teoría y la práctica de la Medicina. La Enfermería se ha mirado en el espejo de la Medicina para tratar de encontrar teorías que legitimen y fundamenten su práctica. Sin embargo, la cuestión de cómo esas teorías se relacionan con aquella ha permanecido elusiva. En esa búsqueda, la Enfermería se ha apropiado de teorías originadas en las Ciencias Naturales y sociales y las ha “aplicado” a su práctica. La “Práctica” se convierte, de esa forma, en un nombre inapropiado para la “Tecnología”. Cualquier ciencia se origina, en sí misma, en las prácticas del mundo de la vida y en la experiencia cotidiana. En la experiencia cotidiana, el cuidado de la salud no se inicia en el deseo de aplicar la teoría a la práctica, aunque algunas profesoras de las escuelas de Enfermería parezcan olvidarlo. La práctica de la Enfermería se inicia con el deseo y la intención de cuidar a otra persona para confortarla (Bishop, 1990), disminuir su sufrimiento (Gardner y Wheeler, 1980) y restaurar su salud si es posible:

“Aunque los estudios teóricos acerca del cuidado de la salud pueden perder de vista la intención original de éste, no deberían hacerlo, porque el cuidado de la salud es una empresa práctica y no teórica” (Bishop y Scudder, 1990, 58).

La Enfermería podría ser caracterizada, siguiendo la tipología de Strasser (1985), como una Ciencia Humana Práctica. Desde el punto de vista de este autor, las Ciencias Humanas pueden clasificarse en tres categorías: Prácticas, Teóricas y Teóricas con aspectos prácticos. Todas ellas poseen tres rasgos comunes. En primer lugar, los científicos pueden comunicarse y compartir significados con los sujetos que estudian. El papel de la teoría no es explicar sino comprender, no reduce el sujeto a objeto. Y, por último, se consideran a sí mismas como parte integrante del mundo que pretenden estudiar y comprender.

Por otra parte, podemos distinguirlas entre ellas en función de su estilo de comunicación y de su finalidad. Para Strasser, las Ciencias Humanas Teóricas son aquéllas basadas en la comprensión e interpretación de sistemas simbólicos como lenguajes y documentos escritos. Ciencias que como la Filología, la Historia o la Antropología Cultural, persiguen una *descripción y comprensión* científicas del mundo social, histórico o cultural. No aspiran a modificar ningún aspecto de la realidad sino que tratan de conocerla.

En cambio, las Ciencias Humanas Prácticas serían aquellas basadas en la acción comunicativa y presuponen la participación directa en algún tipo de praxis. Esas ciencias como la Enfermería, la Pedagogía o la Política persiguen, al igual que las Ciencias Humanas Teóricas, una descripción y comprensión científica de una parte de la realidad, pero con el fin de su transformación y mejora. Comparten con los prácticos la responsabilidad del desarrollo futuro de las prácticas de salud.

El tercer tipo de Ciencia Humana, es aquélla que combina el interés u orientación teórica con la práctica en ciencias que, como la sociología o la psicología, tratan de describir el mundo social a la vez que desarrollarlo.

Parece claro que, según la tipología de Strasser, el Cuidado podría ser considerado como una Ciencia Humana Práctica. Una ciencia:

“Que supone un intento de continuación, desarrollo de las formas típicas de praxis interpersonal basadas en determinados valores humanos” (Strasser, 1985, 76).

Tanto el Cuidado como la Educación pueden considerarse dos formas típicas de praxis interpersonal; ambas encuentran su finalidad en la autonomía, la libertad y el bienestar. Pero cuando incluso este sentido moral es dominante, las practicantes y las estudiosas de la Enfermería pueden tener objetivos inmediatos diferentes. Mientras que la enfermera esta interesada en la independencia y autonomía de la persona respecto a su salud, el interés inmediato de la científica investigadora radica en el estudio y comprensión de esa práctica. Aunque ambas compartan el mismo imperativo moral ello no asegura una colaboración armoniosa. Así como la enfermera excesivamente preocupada por el elemento técnico de su actividad puede reducir ésta al dominio de aquél, la investigadora absorta en los problemas de su investigación puede olvidar que el objeto de su trabajo no es otro que la mejora de la práctica:

“Cuando los prácticos y los investigadores no son explícitamente conscientes del sentido moral que funda su práctica, tienden a perderse en las técnicas y actividades inmediatas de su actividad” (Bishop y Scudder, 1990, 59).

Las tensiones entre prácticas e investigadoras también pueden aparecer como consecuencia de las diferentes intenciones que enfermera e investigadora manifiestan. Por ejemplo, la intención de una enfermera puede ser la de potenciar la autonomía de una persona respecto su capacidad para vestirse. Una investigadora podría estar interesada en estudiar el proceso mediante el cual las enfermeras potencian la autonomía de las personas que cuidan. Es un lugar común entre las investigadoras del Cuidado el que ellas mejoran la práctica ayudando a las enfermeras a que comprendan y mejoren el proceso de proveer autonomía. De modo que la investigadora podría compartir el mismo imperativo moral que la enfermera: desarrollar la autonomía de la persona cuidada. Sin embargo, a diferencia de la enfermera, la investigadora podría, también, sentirse comprometida con un propósito de obtención de la verdad, que aunque no sea compartido con la enfermera es, después de todo, un compromiso moral.

Deberíamos cuestionarnos ahora si esa preocupación por la obtención de conocimiento verdadero puede regir el estudio de una actividad como la Enfermería eminentemente práctica. Por ejemplo, existen buen número de estudios sociológicos y psicológicos acerca del papel de la enfermera en el hospital, de su socialización formativa y profesional que no perseguían inicialmente la mejora de las actividades que la enfermera lleva a cabo. Como Benner (1987) afirma la práctica enfermera ha sido estudiada principalmente desde la perspectiva e intereses sociológicos. Estudios que han arrojado conocimiento, sin duda interesante, acerca del proceso de socialización o de las relaciones grupales en los hospitales. Pero ese conocimiento no ha supuesto, necesariamente, una mejora de la práctica del cuidado. Idealmente la investigación enfermera debería realizarse *desde, en y para* la práctica.

2.1.5. A modo de conclusión: la reducción de lo Práctico a lo Técnico

Como se ha podido constatar en el capítulo anterior, la noción de Cuidado es polisémica, denota un fenómeno multidimensional, dinámico y complejo, con componentes científico-tecnológicos orientados hacia la dimensión biológica de la persona cuidada y componentes humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual de aquélla. Bajo nuestro punto de vista una de las características esenciales de la noción de Cuidado es su naturaleza holística que entiende a la experiencia de la salud y de la enfermedad como un fenómeno en la conciencia de un ser humano en tanto que ser biológicamente constituido. Quizás la noción de Cuidado y la Enfermería, como disciplina que pretende articularla, representan como pocas la denuncia de la falsa dicotomía entre fenómenos biológicos o naturales y fenómenos sociales o culturales que la ciencia positivista ha impuesto. Desde la perspectiva holística de la Enfermería se defiende la necesidad del tránsito de la simplicidad falaz del determinismo biológico a la complejidad del orden biopsicosocial. Se trata de resituar el desarreglo biológico que la medicina como tecnología ha sistematizado, en su verdadero lugar, donde adquiere pleno sentido y significado, que no es otro que su dimensión personal y social. La teorización acerca de la naturaleza del Cuidado defiende con todo ímpetu la naturaleza compleja e irreductible al análisis fragmentador del ser humano que Edgar Morin mantiene cuando afirma que:

“Todas las ciencias, incluidas las físicas y las biológicas, son sociales. Pero no debemos olvidar que todo lo antropológico tiene un origen, un enraizamiento y un componente biofísico” (Morin, 1984, 36).

Por otra parte, las Tecnologías o Ciencias Aplicadas tienen un papel y son necesarias para la prestación de cuidados, pero es importante no perder de vista que ese papel sólo es, en el contexto de los cuidados de salud, *instrumental*. Esta afirmación se revela como evidente cuando pensamos en la distinción entre Ciencia y Tecnología. Si la Ciencia persigue el conocimiento como un fin en sí mismo, la Medicina como Tecnología trata de un propósito “extracientífico”, es decir, la curación. Las Ciencias Aplicadas (como la medicina) son aquellas que aplican “accidentalmente” el saber científico a contextos prácticos. Accidentalmente, porque el saber que usan fue generado con un fin no aplicativo, por ejemplo, el descubrimiento de la penicilina constituye un caso de Ciencia Aplicada. Lo que hace de la Medicina una ciencia aplicada es que usa la ciencia biomédica para conseguir la curación. La ciencia aplicada es siempre instrumental.

De modo que si afirmamos que la Enfermería se basa fundamentalmente en las Ciencias Biomédicas y Psicosociales la estamos convirtiendo, inopinadamente a menudo, en una Ciencia Aplicada. Pero cuando la Ciencia Aplicada sustituye (reduciéndola) a la Práctica, ésta degenera en Técnica (Carr y Kemmis, 1988; Grundy, 1991; Tanner, C., Benner, P., Chesla, C. y Gordon, 1993). Sin embargo, existe un modo de usar el conocimiento biomédico en la mejora de la Práctica del cuidado sin transformar ésta en una Tecnología. Se trata de la espiral hermenéutica tal y como es entendida por Bishop y Scudder (1990)

Aunque resulte una obviedad repetirlo, la naturaleza de la Enfermería es práctica, una actividad que tradicionalmente se ha venido ocupando del cuidado de las personas sanas y enfermas y que se centra en las vivencias humanas de la salud y la enfermedad. Como todas las prácticas (como la educación) se ha transmitido de generación en generación; primero de manera informal y más tarde intencional, académica y profesionalmente (Bullough y Bullough, 1984). Pero a partir de los años sesenta, el uso de la racionalidad técnica en la que el saber teórico determina la técnica ha venido infiltrándose en el campo enfermero hasta alcanzar un status de privilegio en los ambientes académicos donde “la” Enfermería, se supone que se aprende (Maeve, 1994; Moccia, 1990). Es importante

subrayar que este enfoque tiene su origen en la adopción que las Ciencias Humanas llevaron a cabo de los objetivos, la epistemología y los métodos de las Ciencias Naturales y no en la Práctica de la Enfermería como tal (Meleis, 1985). Si bien este enfoque ha permitido a la Enfermería como disciplina académica obtener ciertos niveles de legitimidad (Chopoorian, 1990), al mismo tiempo a negligido el hecho de que la Enfermería es una *Práctica* y debe ser estudiada como tal.

Los trabajos de Gadamer (1975; 1981) y Habermas (1984a, 1984b) nos permiten comprender que esa degeneración de práctica en técnica es un fenómeno generalizado en las sociedades capitalistas postindustriales. A estos autores les une la convicción de que el principal producto del positivismo, la Razón Instrumental, crea una noción ideológicamente deformada de la realidad, transformando problemas prácticos en problemas técnicos, siendo la última responsable, como veremos más adelante, de la sociedad del consentimiento.

Esa transformación, esa sustitución reductiva de la Razón por la Técnica y la norma cientifista es particularmente evidente en los cuidados de la salud. Los cuidados de la salud han venido, tradicionalmente, intentando potenciar los modos naturales de sanación (Bullough y Bullough, 1984). Pero con el advenimiento de la moderna biomedicina, la cura radical se hace realidad, eliminando la enfermedad del cuerpo a través de fármacos o cirugía, relegándose, de ese modo, la vía de la sanación natural (Engel, 1979) y, en algunos casos, rechazándola; por ejemplo, la implantación de prótesis de materiales sintéticos. Los espectaculares resultados de esta biotecnología han inclinado a las enfermeras a pensar que ese es el único modo posible de proceder (Mundinger, 1980). Y si esto es así, entonces la Enfermería se reduce a técnica y la enfermera en una especialista en *aplicar* los saberes producidos por la investigación Biomédica (tratamientos) y Enfermera (cuidados técnicos). En realidad, esta reducción es una manifestación de las tendencias generales de una sociedad, que como la nuestra está saturada de pensamiento tecnológico donde son los “expertos” los que toman decisiones por nosotros (Barnes, 1987). La fragmentación a la que la tecnología conduce es evidente cuando observamos el rápido auge de enfermeras técnicas: en estomaterapia, en úlceras por presión en ¡relaciones interpersonales!.

Reemplazar una Práctica por una Técnica no sólo fragmenta el campo de acción profesional y despersonaliza la Práctica sino que, además, convierte a la enfermera en una aplicadora de técnicas desarrolladas por otros bajo la asunción de que son técnicas seleccionadas por expertos para beneficiar a la persona cuidada. De hecho, lamentablemente, muchas enfermeras son en realidad técnicas en cuidados de salud. La diferencia entre un Técnico y un Práctico reside en que mientras el técnico usa técnicas que son evaluadas por su eficiencia, el práctico toma decisiones que son evaluadas por su contribución al bienestar de la persona.

En realidad, la Enfermería es una Práctica Humana porque está fundada en el imperativo moral de potenciar el bienestar de las personas, especialmente cuando la enfermedad les incapacita, cuidándolas de manera personalizada. Es una Práctica que está constituida por un sentido moral inherente a la propia acción de cuidar. Por ello, los problemas y dilemas morales ocurren en el interior de la práctica en sí misma, en lugar de ser impuestos por factores ajenos a la práctica como son los desarrollos de las tecnologías biomédicas. Esos avances simplemente magnifican los problemas inherentes a la práctica.

La Enfermería es una Práctica porque, al igual que la educación, implica relaciones entre personas. Relaciones que requieren un tipo particular de acción. Esa acción no constituye una acción objetiva, esto es, sobre un objeto o sobre una persona que haya sido objetivada, es una acción subjetiva, es decir, la acción de un sujeto que actúa con otro sujeto. Está más orientada a la comprensión que se produce en el proceso de compartir significados que a la explicación que se produce cuando el interés es teórico.

CAPÍTULO 3.

LA RELACIÓN ENTRE TEORÍA, PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN: HACIA UNA NUEVA RECONCEPTUALIZACIÓN

3.1. La relación Teoría-Práctica en el Curriculum de Enfermería

La relación entre Teoría, Práctica e Investigación, sobre todo entre Teoría y Práctica, es una de las principales preocupaciones de la literatura que se produce en la actualidad en los ambientes académicos de la Enfermería. Trabajos como el de Mckenna (1993) sobre la posible naturaleza descriptiva o prescriptiva de la Teoría; los de Ashworth, (1993) y Conant (1992) acerca de la existencia de una dicotomía y/o vacío Teoría-Práctica y su necesaria superación; los de James (1992), Lutjens, (1992), Fawcett (1991), Cody (1994) y Smith (1992) que proponen una visión jerárquica y unidireccional donde la Práctica está siempre prescrita y determinada por la Teoría; los de Moccia, (1986a), Clarke (1986) y Buchanan (1994) que, al contrario que los anteriores, defienden una visión dialéctica donde Teoría y Práctica son mutuamente constitutivas o los de Jarvis (1992c) y Kim (1994b) en los que se presentan distintos tipos de relación Teoría-Práctica, constituyen un claro ejemplo de esa preocupación.

El gran interés que en ambientes académicos se siente por el problema de la naturaleza de la relación Teoría-Práctica podría explicarse por el hecho de que gran parte del profesorado de Enfermería, antes de convertirse en docentes, han ejercido como enfermeras/os profesionales, experiencia que les ha proporcionado una visión de primera mano de la realidad Práctica y de su contexto sociosanitario. El conocimiento del campo profesional derivado de sus experiencias como enfermera/o les hace más evidentes las contradicciones entre lo que enseñan en el aula y la realidad que experimentan alumnas y enfermeras profesionales en hospitales y centros asistenciales.

La cuestión de la relación Teoría-Práctica, sobre todo después de los trabajos de Habermas, Shön y Benner; ha sido un tema central en los debates que se han venido desarrollando de forma paralela en la formación de profesores y de enfermeras. La

publicación de los trabajos de Shön y Benner marcaron una inflexión en la comprensión de la relación Teoría-Práctica tanto en la formación de profesores como en la de enfermeras demostrando que los enfoques tecnológicos tradicionales estaban equivocados. Esos trabajos han colaborado a reestimar los debates acerca de la naturaleza de las nociones de Teoría y Práctica, y de su relación, y son los que hemos utilizado, junto con los de Choppoorian (1990), Clarke (1986), Conant (1992) Carr (1980), Carr y Kemmis (1988) y Grundy (1991) para reconceptualizarlas en el contexto de la formación de enfermeras.

Aunque somos conscientes de la enorme extensión conceptual del tema, en lo que sigue trataremos de fundamentar la idea (que para nosotros actúa a modo de hipótesis) que los abismos o distancias entre Teoría y Práctica a los que profesores y profesoras aluden con cierta preocupación se deben a la comprensión errónea de la naturaleza de la Teoría y la Práctica y su relación y del tipo de teoría que es más apropiada para la comprensión de la realidad social de la enseñanza y de la Práctica de la Enfermería. Para ello describiremos, en primer lugar, la emergencia histórica de la visión comúnmente aceptada de Teoría y de Práctica en la formación de enfermeras, visión que, siguiendo la lógica de la racionalidad técnica que domina su curriculum, ha sido importada de las Ciencias Naturales y fundada en el Positivismo Lógico. Después, analizaremos críticamente esa conceptualización en el contexto de la enseñanza de la Enfermería y presentaremos una visión alternativa tratando de demostrar que la relación entre Teoría y Práctica es siempre dialéctica y ambas son mutuamente constitutivas.

3.2. La concepción tradicional de la relación Teoría-Práctica o la disolución histórica de lo práctico en lo técnico

Toda acción profesional se basa en unas nociones teóricas previas que la determinan. Al igual que otros profesionales (maestros, médicos, trabajadores sociales) las enfermeras construyen e interpretan su mundo social y actúan en base a una serie de preconcepciones más o menos abstractas, más o menos formalizadas acerca de lo que de ellas se espera y de la naturaleza de los problemas y de las acciones que deben realizar. Lo que aquí pretendemos resaltar es cómo el profesorado de justifica y defiende esas “Teorías”, el

lugar donde se ubica su origen y las diversas maneras de entender cuál es su papel en la Práctica de la formación de enfermeras y en el ejercicio profesional.

En el campo de la Enfermería las cuestiones acerca de la naturaleza y la relación entre Teoría y Práctica han adoptado múltiples formas y nomenclaturas: ¿la Enfermería es una ciencia o un arte? (Chinn y Jacobs, 1983), ¿una ciencia básica o aplicada? (Walker, 1992), ¿la Teoría de Enfermería guía la Práctica o se desarrolla a partir de ésta? (Ashworth y Longmate, 1993), ¿cuál es la verdadera enfermera la docente o la asistencial? (Moccia, 1986a). El profesorado de Enfermería suele responder a esas cuestiones desde planteamientos de la epistemología positivista ofreciendo una visión tecnológica de la relación Teoría-Práctica.

El problema de la relación Teoría-Práctica en el campo enfermero se ha presentado como un asunto que pertenece de manera exclusiva al ámbito en el que la Enfermería es estudiada y en el que el campo de prácticas de la Enfermería no tiene nada que decir. Por ejemplo, algunos trabajos defienden que la “Teoría de Enfermería” (Teoría del cuidado) es un dominio que está separado de la Práctica y que ésta es donde aquélla es aplicada (Smith, 1992). Se refieren a la Enfermería como campo de estudio e investigación, afirmando que la base de la Práctica es la investigación y la Teoría : Fawcett (1992). En esta visión se define la Teoría como un campo de estudio separándolo de su lugar de aplicación que es la Práctica entendida como campo de acción. Sin embargo, esta visión olvida que, como parece obvio, la naturaleza de la Enfermería es esencialmente Práctica y que, por tanto, su finalidad última, antes que explicar, predecir y controlar los eventos de la realidad, es la de intervenir en el mundo con objeto de transformarlo.

Esta transformación de la Enfermería (confusión) de un campo de Prácticas en un ámbito disciplinar o de estudio o, como luego mostraremos, la disolución de lo Práctico en lo Técnico se nos hace más inteligible cuando la analizamos desde una perspectiva histórica.

Históricamente hablando, en el campo de la Enfermería han existido, en primer lugar, una serie de fenómenos humanos que adoptaron la forma de actividades orientadas al cuidado y la protección de los otros. Procedimientos, métodos más o menos complejos y dependientes del contexto social, cultural e histórico en el que se inscribían, que trataban de desarrollar la tendencia instintiva de la especie humana hacia la protección,

subsistencia y ayuda entre sus miembros. Esas actividades serían hoy denominadas Enfermería. En el momento histórico en el que aparece la conciencia de esos procesos, se inicia el desarrollo de una reflexión de carácter teórico acerca de los mismos. En esos momentos se están generando, con más o menos rigor, con mayor o menor nivel de formalización, enunciados, inicialmente normativos, reglas, normas y procedimientos, orientados a la prescripción de los actos de cuidar y enseñar a cuidarse; normas que suponían “el conocimiento del que hace”. Esa teorización estaba orientada básicamente por un interés práctico, esto es, la modificación, en algún sentido, de los otros sujetos en lo que se refiere a su estado de salud. Además de esas normas para la acción también se incluían enunciados en torno al significado de los factores contextuales en la aplicación de las reglas para la acción. A esos saberes hoy día podríamos denominarlos Teoría del Cuidado.

Sin embargo, una vez establecidas esas actividades como campo de Prácticas y fundamentadas en un saber generado en y por esas actividades, se inicia un proceso de transformación de ese saber y un cambio de los intereses a los que sirve, que perdura hasta nuestros días.

El saber enfermero ha sido tradicionalmente considerado como un saber producido y orientado prácticamente (Dichoff y James, 1992). Durante las primeras fases de su desarrollo ha estado inextricablemente unido al conocimiento médico (Wald y Leonard, 1992). La medicina empieza a elaborar su base científica en la primera mitad del siglo XIX con el reconocimiento de las relaciones entre los cambios en los tejidos (macro y microscópicos) y el proceso de enfermedad. Patólogos, bacteriólogos, bioquímicos (aunque entonces recibían otros nombres) estudiaban de modo analítico y sistemático las relaciones entre los cambios tisulares, la sintomatología o clínica y los efectos de los tratamientos ensayados. Sus descubrimientos y conclusiones fueron usados por las enfermeras para fundamentar y determinar ciertos procedimientos relacionados con la asepsia y la desinfección: técnicas para el tratamiento de las úlceras por presión o para la desinfección de las heridas quirúrgicas. Así, el campo de Prácticas también se constituye como un dominio de saber que emerge de la solución de los problemas que enfermeras y médicos encuentran en su actividad.

Eventualmente esos saberes, sobre todo el biomédico, constituyeron el fundamento y contenido de los currícula en las escuelas de Enfermería. Situación que ha perdurado hasta nuestros días. Sin embargo, esos saberes pertenecían y habían sido desarrollados para servir a los intereses prácticos de la medicina, saberes que son prestados a las enfermeras para que proporcionen un fundamento empírico a su trabajo, pero saberes que al mismo tiempo produjeron una disolución (alienación) de la función propia de la Enfermera en el trabajo de la medicina y, consecuentemente, una relación de subordinación de la enfermera al médico en el ámbito práctico y teórico. Subordinación que aún hoy padecemos.

A finales del siglo XIX la Enfermería era considerada como adjunta de la medicina y las enfermeras se autopercebían como servidoras de la profesión médica (Jolley, 1987). Los currícula de aquellos tiempos reflejaban a las claras la dominancia médica situación que todavía hoy se mantiene de manera más o menos explícita. Eran los médicos quienes determinaban la estructura y el contenido de los currícula que se constituían de ese modo en cursos de medicina simplificada para enfermeras. El papel de la enfermera se igualaba con el de madre sumisa y obediente y el del médico con el del cabeza de familia. De ese modo, como si fuese una esposa y una madre, la función de la enfermera fue relegada a la subordinación al saber médico y definida con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad, obediencia y pensamiento subteórico. Pensar y reflexionar era la responsabilidad del cabeza de familia. Esta es la imagen que ha contribuido a perpetuar la dualidad entre Ciencia y Práctica. La compasión o el altruismo (características de la enfermera práctica) no pueden ser equiparadas con el rigor y la objetividad del pensamiento científico, sólo pueden ser un complemento subsidiario. Esta distorsión ideológica del papel de la enfermera satura todavía hoy la conciencia de buen número de enfermeras.

Sin embargo, a partir de la primera década de nuestro siglo, aquellas enfermeras, teóricas y académicas sobre todo, que loablemente trataron de emanciparse de ese dominio opresivo, lo hicieron, equivocadamente a nuestro juicio, abrazando los mecanismos de legitimación discursiva que sus opresores usaban, léase la Razón Instrumental; siendo ésta la responsable de las nociones a todas luces erróneas de Teoría y Práctica que todavía hoy subsisten en amplios sectores de la Enfermería.

De ese modo se inicia un camino hacia la búsqueda de saberes específicos del campo y de la identidad perdida. Sin embargo, ese camino produjo conocimientos que han ido transformándose en un *saber teóricamente orientado* como consecuencia de la creciente racionalización de los campos de Prácticas generada por el impacto de la filosofía y epistemología del positivismo en nuestro siglo. En efecto, en esos momentos se empiezan a desarrollar cuestiones y argumentos acerca de si la Enfermería era simplemente un apéndice de la medicina o si formaba parte de las Ciencias Físicas o Biológicas, cuestiones análogas a la noción cartesiana que defendía que la biología no era más que un capítulo de la física. Esa idea cartesiana fue rechazada y la Enfermería continuó resistiéndose a ser considerada una parte secundaria de la medicina, resistencia que todavía hoy perdura con gran intensidad. La búsqueda y reivindicación de la identidad y autonomía profesional a través del desarrollo de un cuerpo propio de saberes y los primeros intentos de teorización que todavía hoy preocupan se llevaron a cabo influenciados, obviamente, por paradigmas de otras disciplinas y por la formación que las primeras teóricas habían recibido. Las asunciones que con más frecuencia se manifestaban en esos trabajos eran las del positivismo lógico. Sin embargo, esos trabajos carecían de base empírica; eran más bien especulaciones conceptuales acerca de la Enfermería a partir de las bases filosóficas y teóricas de quienes las realizaban (Bullough, 1984). El lenguaje que se empezó a utilizar entonces debía seguir los cánones de precisión a los que obligaba la sintaxis positivista. El interés por encontrar una Teoría General de la Enfermería que subsumiera todo el campo, motivó el uso de un lenguaje altamente abstracto y en ocasiones simplista y reduccionista. Debido a lo esotérico del lenguaje que contenía y a que no aportaba soluciones Prácticas a los problemas del cuidado de los enfermos, las enfermeras profesionales evitaron y rechazaron su uso, ignorándolas de manera genérica. Rechazo que, con respecto a ciertos desarrollos teóricos actuales, perdura en la actualidad. Como consecuencia (o quizás como factor causal) el uso de las Teorías ha quedado relegado al ámbito académico. Las Teorías y Modelos que emergían se han venido usando, como veremos a continuación, como contenido de los currícula más que como marcos de significado que las enfermeras podían usar para resolver sus problemas prácticos.

En un segundo momento (en los años treinta), de ese proceso de transformación del saber y de alejamiento de las preocupaciones y los problemas producidos en el campo de Prácticas, la Enfermería, como vimos en el capítulo quinto, vuelve su mirada hacia la

Pedagogía para buscar su fundamento científico¹³ y su legitimación como disciplina. Como consecuencia de esa influencia las investigadoras en Enfermería adoptaron los métodos y los objetivos de la investigación educativa. Sin embargo, esos métodos no consiguieron producir un saber prácticamente relevante. En primer lugar, porque la preocupación dominante en aquellos momentos en el discurso pedagógico por la construcción de una Teoría de la educación que fuese lógica y formalmente adecuada a las prescripciones del positivismo es traspasada a las profesoras e investigadoras en Enfermería. De ese modo las preocupaciones no son ya la resolución de los problemas que las enfermeras encuentran en su práctica sino más bien la formalización y validación de ese saber según los parámetros de la norma cientifista. En segundo lugar, la necesidad de construir un curriculum más profesionalizado impulsó al profesorado a pensar sistemáticamente en el campo de Prácticas, así el estudio del campo de Prácticas respondía más a los propósitos de la enseñanza que a las preocupaciones e intereses de los prácticos de las enfermeras profesionales (Jolley, 1987)

Entre el profesorado empezó a cobrar popularidad la creencia que las Teorías y Modelos de Enfermería (entonces denominados marco conceptual) eran el elemento, fundamentante y legitimante, clave para el diseño y el desarrollo del curriculum de Enfermería y de su Práctica profesional. Esa preocupación ha trascendido hasta nuestros días. De hecho la National League for Nursing sostuvo, durante los años sesenta y setenta, como requisito de acreditación para las escuelas que sus curriculum deberían poseer un marco conceptual bien articulado y explícitamente contemplado. La razón es que si a las estudiantes se las preparaba con una sólida base teórica (un conocimiento profundo de los modelos y Teorías de Enfermería) podrían desarrollar una Práctica autónoma desde la perspectiva de la profesión:

De ese modo, las escuelas de Enfermería desarrollaron proyectos curriculares en los que la estructura y el contenido estaban determinados por los armazones conceptuales que se estaba produciendo en esos momentos. Se produjo, de ese modo, un cambio en el objeto

¹³ Puede resultar extraño vincular la Enfermería con la Pedagogía pero recuérdese que gran parte de los profesores y profesoras de Enfermería que poseen el grado de doctor lo recibieron inicialmente de Facultades de Educación, ya que no existían programas de doctorado en Enfermería. Por otra parte, una de las estrategias que se usaron para legitimarse como disciplina científica fue el acceso a la educación superior y a una mejor preparación del profesorado de Enfermería accediéndose también a las facultades de educación.

de la Teoría; lo que inicialmente fue un interés en resolver cuestiones relevantes para la Práctica ahora se preocupa por dar forma y contenido al curriculum enfermero (Jolley, 1987).

Es fácilmente comprobable cómo las estudiantes son, con frecuencia, literalmente apabulladas con conceptos esotéricos imposibles de aplicar en situaciones Prácticas. El cisma entre el lenguaje de la academia y el de la Práctica (los dos mundos a los que antes aludíamos) se ha hecho cada vez o más evidente y las alumnas ya se convencen, antes de finalizar su graduación, de la poca utilidad de esos conceptos y Teorías para su posterior Práctica profesional.

Un tercer momento en ese proceso ha sido el interés que el campo de Prácticas relacionadas con la salud ha suscitado a investigadores y teóricos de campos de estudio y disciplinares ajenos a aquél. En efecto, sociólogos, psicólogos y antropólogos han venido estudiando diversos aspectos de las prácticas de salud en sus variadas manifestaciones dando lugar a la aparición de subdisciplinas en esos campos como pueden ser la Sociología de la Medicina o la Antropología de la Salud. Sin embargo, es importante destacar que estos estudios tienen una orientación y un interés netamente diferenciados de los que vimos en primer lugar. Aquéllos estaban orientados por las exigencias del campo de Prácticas de la Enfermería, sin embargo, los antropólogos o sociólogos estudian esas Prácticas como objetos de conocimiento antes que como campos de acción. Sus estudios se pliegan a los intereses de sus respectivos campos disciplinares y se desarrollan siguiendo la lógica interna de los mismos. Ciertamente esos dos tipos de actividades responden a intereses diferenciados del mismo modo que ambas están gobernadas por principios de naturaleza diferente. De ese modo, sería posible hablar de una Sociología de la Enfermería pero sería ridículo pensar en una Enfermería de la Sociología. Como parece lógico afirmar, la Enfermería es un campo de Prácticas y no una disciplina académica en el sentido de la Sociología o la Antropología. Esto no quiere decir que neguemos la posibilidad de la existencia de una Filosofía o Sociología de la Enfermería aunque éstas, realmente, no sean más que la articulación de un conocimiento práctico en los marcos teóricos de las disciplinas académicas que tratan de objetivarlo y resituarlo en los patrones teóricos de aquéllas. Claro que esta constitución de la Enfermería como campo de estudio ha proporcionado un marco teórico más sistemático pero no es menos cierto que, al mismo tiempo, se ha artificializado el saber práctico y tácito de la

Enfermería transformándolo en un saber teórico alejado de los intereses y las preocupaciones de la Práctica.

Sin embargo, pese a que cada vez más se está aceptando como válida la argumentación que acabamos de desarrollar (Dichoff y James, 1992; Kim, 1994a), esa transformación (reducción) de la Enfermería de un campo de prácticas a un campo de estudio perdura hoy día dando lugar a una visión tecnológica, esto es, prescriptiva y jerárquica, de la relación Teoría-Práctica.

3.3. La visión tecnológica de la relación Teoría-Práctica

Como vemos, las respuestas acerca de la relación Teoría-Práctica en Enfermería se han venido buscando desde planteamientos positivistas, sobre todo a partir de la segunda década de este siglo en la que debido a la eclosión y dominio de la razón instrumental se modifican las nociones de Teoría, Práctica y la de la naturaleza de su relación.

De ese modo, lo que antes se contemplaba (la praxis) como algo que posibilitaba la propia ilustración hoy se halla cautivo de los rigores metodológicos del positivismo. En la Enfermería, la noción de Teoría cambia en los años setenta y pasa a significar un conjunto de enunciados legaliformes que explican, predicen y controlan un estado de cosas, concepto ampliamente extendido en el universo de la Enfermería. Una de las definiciones de Teoría que gozan de mayor predicamento es la que ofrecen Chinn y Jacobs (1983):

“Grupos de conceptos, proposiciones y definiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre los conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos” (pág. 70).

De modo que lo Práctico ha quedado englobado en lo Técnico, suprimiéndose la diferencia entre Técnica y Praxis¹⁴ y sustituyendo una noción de Teoría orientada hacia

¹⁴ El lector interesado en las diferencias entre Técnica y Praxis puede consultar los siguientes trabajos: Medina, J.L y Sandín, M.P. (1995). Epistemología y enfermería II: paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería Clínica*, 5 (1), pp. 32-44. Grundy, S. (1991). *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Morata. Carr, W. (1980). The gap between theory and practice. *Journal of Further and Higher*

lo práctico por otra donde la intervención en la práctica se entiende como una actividad de naturaleza técnica. En efecto, sería demasiado pretencioso pensar que el campo teórico de la Enfermería podía sustraerse a la hegemonía que ha demostrado en nuestro siglo el escrutinio científico-técnico de la acción en el campo social o más concretamente en el de la salud.

Como hemos podido comprobar durante nuestro análisis de la literatura algunos planteamientos epistemológicos de la Enfermería contemporánea defienden que la Teoría de Enfermería se compone de una serie de enunciados descriptivo-explicativos por un lado y de una serie de enunciados normativos por otro (Chinn y Jacobs, 1983; Fawcett, 1992). Se trata de una estructura formal¹⁵ en la que coexisten el modelo de explicación causal, que es el modelo que sustenta las construcciones teóricas que produce el método científico¹⁶ con una serie de enunciados normativos que se deducen lógicamente de aquél. Esta dualidad de componentes en la Teoría de Enfermería es una muestra del triunfo de la epistemología positivista en el discurso enfermero.

Desde esta perspectiva epistemológica se defiende que el saber científico en Enfermería únicamente puede ocuparse de establecer relaciones causales entre los fenómenos en los que la enfermera interviene; será el componente normativo de esa Teoría el que permita la aplicación de ese conocimiento científico para manipular y controlar los procedimientos que la enfermera realiza. Los enunciados descriptivo explicativos que son parte de la Teoría de la Enfermería adoptan, como hemos dicho, la forma de Teorías

Education, 4(1), 60-69. Moccia, P. (1986). Theory development and nursing practice: a synopsis of a study of the theory-practice dialectic. In P. Moccia (Ed.), *News Approaches to Theory Development*. New York: National League for Nursing. Bent, K. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 296-303. Holmes, C. (1992). The drama of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 941-950.

¹⁵ La necesidad de construir Teorías de Enfermería que demuestren la posesión de un cuerpo propio de conocimientos y ayuden a la construcción de una identidad profesional, ha sido una de las preocupaciones que históricamente han dominado la Enfermería como disciplina. Esa preocupación se ha manifestado en una verdadera obsesión por la estructura formal de las construcciones teóricas más que por su substancia. Esta pasión por la forma queda reflejada en los trabajos de una de las autoras más influyentes en el pensamiento enfermero contemporáneo como es Fawcett (1983, 1984, 1991, 1992). Esta autora define la Teoría de Enfermería como un conjunto de enunciados legaliformes que tratan de explicar, predecir y controlar la realidad del cuidado de los enfermos. El conocimiento teórico posee una estructura jerárquica de tres niveles de abstracción lógicamente conectados: modelos conceptuales, Teorías de rango medio e indicadores empíricos.

¹⁶ La explicación causal entiende a todo fenómeno como "un estado sucesivo de cosas" cubierto (explicado) por una ley científica, esto es, todo suceso debe ser deducido lógicamente a partir de una conexión invariante entre sucesos empíricos (ley).

científicas cuyo objetivo es la explicación y predicción de fenómenos a través de la aplicación del método científico, son enunciados cuyo valor regulativo es la consecución de la verdad. Los enunciados normativos están, por contra, orientados hacia la práctica; ya no describen hechos sino que prescriben acciones; su valor regulativo es la eficacia y su método es la adecuación medios fines.

Estos dos tipos de enunciados conforman lo que Moore (1980) denomina Teorías Prácticas; estructuras que autoras como Dickoff (1992), Fawcett (1991), Smith (1992) y Walker (1992) han defendido como las idóneas para la Enfermería.

Extrapolando a la Enfermería la argumentación que Moore realiza sobre la Teoría de la Educación, podría distinguirse entre “Teorías Científicas” y “Teorías Prácticas” de modo paralelo a la distinción entre Teorías “acerca” de la Enfermería y Teorías “de” Enfermería. Las primeras toman al campo de prácticas de la enfermera como un dato u objeto de escrutinio, se diversifican desde un punto de vista disciplinar constituyendo la Sociología de la Enfermería o la Antropología de la salud. Estas Teorías se hallan en el interior de las “Teorías Prácticas” de la Enfermería y proporcionan la evidencia empírica sobre las que se fundan las prescripciones o reglas para la práctica que realiza la Teoría Práctica de la Enfermería. La finalidad de las “Teorías Prácticas” (como la Enfermería) es prescriptiva o recomendatoria respecto la Práctica. Si las “Teorías Científicas” nos informan de “cómo” es la realidad las “Teorías Prácticas” nos prescriben cómo modificarla. Por ejemplo, cuando una enfermera está desarrollando un procedimiento para la prevención de úlceras por presión, el protocolo u procedimiento forma parte de la Teoría Práctica que es la Enfermería. Pero esos procedimientos (cambios posturales, cierto tipo de dieta, movilizaciones, etc) se basan deductivamente en una serie de principios anatómicos, fisiológicos y patológicos que proceden de la Ciencia Biomédica y que se constituyen en la Teorías Científicas que utiliza instrumentalmente la Teoría Práctica enfermera para fundamentar científicamente acciones orientadas a los fines que persigue, en este caso una acción preventiva. De modo que una Teoría Práctica (como la Enfermería) recoge en su seno una serie de Teorías científicas en una estructura que Moore presenta en el siguiente esquema y que a continuación analizaremos:

1. *P es deseable como finalidad.*
2. *En las circunstancias dadas, Q es la forma más efectiva de conseguir P.*

3. Por consiguiente hágase todo cuanto Q implica.

En la estructura tripartita de una Teoría Práctica como la propuesta por Moore el primer elemento es valorativo, deberá hacerse uso de la filosofía y las humanidades para determinarlo.

El segundo elemento de esa estructura es el ingrediente científico y es independiente de las conductas valorativas que el primero necesita. Estas Teorías “acerca” de la Enfermería (Teorías científicas) siguen dos principios básicos de la epistemología positivista: el primero se refiere a la naturaleza del método a emplear, y el segundo a las condiciones a satisfacer por una explicación científicamente respetable.

En cuanto al primer principio, se defiende que no existen diferencias entre las Teorías generadas en las Ciencias Naturales y en las Ciencias Sociales. Todas ellas deben ser producidas siguiendo las reglas del método hipotético deductivo donde, después de formular una hipótesis que debe adoptar la forma de un enunciado legaliforme, su validez es comprobada a partir de contrastar sus consecuencias deductivas con la realidad material. Una característica importante de este tipo de Teoría es que debe permitir al investigador deducir hipótesis y hacer predicciones. Los investigadores contrastarán sus hipótesis prediciendo los cambios que sucederán en la variable dependiente (explanandum) como resultado de cambios en la variable independiente (explanans).

El segundo principio que recogen las “Teorías acerca de la Enfermería” hace referencia a las condiciones a satisfacer por una explicación científicamente respetable. Así, el modelo de explicación usado en el componente científico de la Teoría de Enfermería es la explicación causal, también denominada de cobertura legal o explicación por subsunción (Wright, 1980).

La explicación causal entiende a todo fenómeno como un estado sucesivo de cosas cubierto (explicado) por una ley científica, esto es, todo hecho debe ser deducido lógicamente a partir de una conexión invariante entre sucesos empíricos (ley). La explicación científica o nomológico deductiva posee, a su vez, dos componentes. En primer lugar, un hecho que debe ser explicado y, en segundo, una ley general de la que puede deducirse lógicamente (explicarse) el hecho en cuestión. El positivismo exige que

la ley general se refiera a hechos empíricamente contrastables y que las premisas que la constituyen sean verdaderas. También, como antes decíamos, se supone que esa ley es necesaria general e invariante De manera que cuanto más general, necesaria y constante sea una ley más fácil es explicar y predecir los fenómenos implicados.

Cuando una relación entre fenómenos adquiriera una forma diacrónica y se constata que uno de ellos sólo está presente cuando aparece otro que se denomina antecedente puede afirmarse que dicha relación permite explicar el fenómeno consecuente en base a la relación que ambos mantienen. De ese modo puede verse con claridad que la estructura de una explicación nomológico deductiva sirve también para predecir el hecho que explica. De lo que antecede, se destaca una idea relevante para la Enfermería, la de que toda explicación causal (la causa precede al efecto) es simétrica a la predicción de un fenómeno, es decir, la predicción tiene la misma forma lógica (invertida) que la explicación científica. Nótese que esta unidad estructural entre explicación y predicción tiene importantes repercusiones con respecto a la relación Teoría-Práctica. Una explicación científica de alguno de los aspectos sobre los que la enfermera interviene ¹⁷ permite, además de su predicción, el control del mismo. Así, en Enfermería será el valor predictivo de las Teorías científicas el que les confiera su interés práctico, es decir, la Teoría de Enfermería guía la Práctica al predecir lo que ocurrirá modificando aspectos de la realidad de la asistencia o, en otras palabras, la Teoría proporciona los fundamentos que permiten tomar decisiones racionales acerca del cuidado de las personas. Desde esta perspectiva se defiende que los problemas con que se encuentran las enfermeras asistenciales son susceptibles de soluciones objetivas y que éstas pueden establecerse con el uso del método de la Ciencia.

El tercer componente de las Teorías Prácticas, según la estructura tripartita que hemos presentado más arriba, sería el elemento normativo derivado de las Teorías científicas. Es importante destacar que la validez de las prescripciones contenidas en el tercer elemento dependen de las verdades científicamente establecidas en el segundo, esas prescripciones no pueden contradecirlas. Es decir, las conclusiones prácticas deben ser teóricamente posibles.

¹⁷ Los diagnósticos de Enfermería presentan esa misma estructura lógica.

Esta visión positivista de la Teoría también implica una particular visión de la relación Teoría-Práctica. Cuando la Teoría de Enfermería se entiende de ese modo, se espera que las enfermeras usen esa Teoría del mismo modo que los investigadores: de una manera prescriptiva. Para ilustrar estas relaciones unidireccionales y normativas seguiremos el ejemplo extraído de las Ciencias Naturales y que suele formar parte de los contenidos del curriculum básico de Enfermería. La Química posee una Teoría (ahora una ley, esto es, una relación necesaria, constante y general entre dos fenómenos) que describe las relaciones entre la presión, el volumen y la temperatura de los gases en recipientes cerrados. Un gas consta de una serie de moléculas que se desplazan constante y aleatoriamente a grandes velocidades. Dado que las moléculas en su movimiento bombardean las paredes del recipiente que las contiene ejercen cierta presión sobre aquéllas. La magnitud de esa presión crece con cualquier factor que aumente el bombardeo. Dos son esos elementos: la concentración del gas y su temperatura. La presión es directamente proporcional a ambos factores. En el primer caso, porque la temperatura aumenta la velocidad de desplazamiento de las moléculas y golpean las paredes del recipiente mayor número de veces por unidad de tiempo. En el segundo, porque si aumenta el número de partículas por unidad de volumen tenemos el mismo resultado. De ese modo podemos realizar una hipótesis deductiva afirmando que modificaciones en la concentración o la temperatura del gas, o ambas a la vez, nos permitirán predecir cambios en la presión del gas. Después de establecer esta conexión constante y necesaria la relación Teoría-Práctica se revela claramente: si alguien desea aumentar la presión de un gas en un compartimento cerrado, por ejemplo el neumático de un automóvil, sabe que puede aumentar la concentración del mismo y conseguirá ese efecto.

Fundándose en la naturaleza prescriptiva de la relación Teoría-Práctica que proponen las Teorías de las Ciencias Naturales, se espera que las enfermeras profesionales lleven a cabo manipulaciones en las “variables independientes” que puedan ocasionar los cambios deseados en la “variable dependiente”. Para ilustrar lo que acabamos de decir podemos usar una de las funciones más reivindicadas para la enfermera: la de educadora para la salud (Caraher, 1994; Hills y Lindsey, 1994). En el curriculum de Enfermería se enseñan modelos de comportamiento relacionados con las conductas de salud de las personas como por ejemplo el Health Belive Model (Decker, 1974) que trata de explicar los factores que intervienen en que las personas acepten la puesta en práctica de medidas

preventivas propuestas por los sanitarios. Esos modelos además de ofrecer una visión reductiva y mecanicista del comportamiento humano, suponen (erróneamente) que del mismo modo que el químico puede aumentar la presión del gas incrementando la concentración del mismo, se pueden diseñar programas educativos para modificar las variables independientes (los factores que influyen en el seguimiento de las prácticas de prevención) con el fin de conseguir cambios en las variables dependientes (el comportamiento de las personas). Ese mismo papel prescriptivo es el que protagonizan los Modelos y Teorías de Enfermería.

En resumen, las Teorías “acerca“ de la Enfermería están dentro de las Teorías “de” Enfermería proporcionándoles la base empírica para sus prescripciones. Así la buena Enfermería será aquélla que derive sus normas de enunciados científicos porque el ingrediente científico de la Teoría Práctica de Enfermería (las Teorías científicas) es el único legítimo para ofrecer instrumentos útiles en la toma de decisiones objetivas sobre las acciones más eficaces en la Práctica del cuidado. Se trata, en suma, de definir la Enfermería como una ciencia aplicada.

Sin embargo, y paradójicamente, quienes defienden esta posición al mismo tiempo aseguran la independencia de la Enfermería con respecto a las ciencias básicas de las que extrae el conocimiento científico puesto que esa aplicación no es un proceso lineal sino que se realiza desde la perspectiva de la disciplina enfermera produciendo un saber genuino y particular (Mckenna, 1993). En resumen, tal y como hemos podido comprobar en nuestro estudio, existen dos creencias profundamente arraigadas en el discurso teórico-pedagógico de la Enfermería.

En primer lugar, se entiende que existe una preeminencia de la Teoría con respecto a la Práctica. Es decir, la Práctica profesional de la Enfermería consiste en la aplicación sistemática del conocimiento teórico y científico aprendido en las escuelas y facultades. Lo que equivale a pensar que la Teoría dirige la Práctica o lo que es lo mismo que el pensamiento es preeminente a la acción. Que los Modelos conceptuales de Enfermería guían y orientan la Práctica y que, por tanto, una buena Práctica es aquélla que está dirigida por un Modelo o una Teoría de Enfermería.

En segundo lugar, el abismo existente entre la Teoría y la Práctica es explicado con varios argumentos: la supuesta falta de conocimiento y comprensión que las enfermeras tienen de las Teorías y los métodos que deben regir su Práctica, la supuesta dificultad de las enfermeras para comprender la relevancia que las Teorías de Enfermería poseen para la resolución de los problemas con los que ellas se enfrentan, o la falta de deseos de las enfermeras por asumir las responsabilidades que conlleva una Práctica autónoma derivada de la aplicación del método científico de resolución de problemas (PAE). En suma, cualquier mejora de la Práctica profesional pasa por su adecuación a los esquemas teóricos y conceptuales propuestos por teóricas e investigadoras.

Desde estas posturas se defiende la idea de que si las enfermeras tienen problemas de identidad profesional, si su percepción del rol de Enfermería es ambigua, si no pueden presentar claramente a la sociedad su contribución al cuidado de la salud, se debe a que no conocen lo suficiente los modelos y Teorías de Enfermería, es decir, la mejora en la calidad de la Práctica y la consecución de un elevado nivel de autonomía profesional pasan por la correcta "aplicación" de las Teorías "de" Enfermería. Y este es, a nuestro juicio, un punto clave para entender la defensa a ultranza que desde ambientes académicos se realiza de la visión tecnológica de la relación Teoría-Práctica. En efecto, esa noción de "aplicación" no se debe tanto a un ejercicio consciente de racionalidad técnica sino a la creencia, ampliamente extendida entre el profesorado que la emancipación de la hegemonía médica pasa por demostrar fehacientemente la contribución propia y específica que la Enfermería realiza al cuidado de la salud. Según el profesorado, la esencia de esa contribución queda recogida (definida y explicada) en los Modelos de Enfermería (con el agravante que algunos de ellos son, en realidad, estructuras conceptuales descriptivas derivadas inductivamente de la práctica que ya existe: subordinada a la medicina), de aquí que, en buena lógica, los profesores piensen que si esos Modelos Teóricos no se aplican será imposible demostrar que existe una función profesional independiente y autónoma de la medicina.

Sin embargo, es fácilmente constatable que, en realidad, las enfermeras profesionales perciben con el mayor de los escepticismos la posibilidad de aplicar un Modelo de Enfermería o el método de resolución de problemas tal cual es formulado desde las escuelas. Y creemos que para ellas eso no supone el más mínimo problema. Sin embargo, nos consta que, en los ambientes académicos, ese hecho, se percibe como algo

problemático. La solución que se propone es intensificar la acción educativa sobre los estudiantes, para que cuando accedan al mundo asistencial apliquen aquellas Teorías a la Práctica:

En lo que sigue trataremos de demostrar que con esos argumentos, además de culpabilizar a la víctima se incurre en importantes errores teóricos respecto a la naturaleza de la relación Teoría-Práctica que defienden.

3.4. Una visión alternativa de la relación Teoría-Práctica-Investigación en la Enfermería

Bajo nuestro punto de vista y en consonancia con autores como Holter (1988), Kim (1994b), Maeve (1994), Ashworth (1993) y Vaughan (1992) uno de los principales frenos endógenos al desarrollo teórico y profesional de la Enfermería son las nociones positivistas de Teoría y Práctica que como antes hemos podido constatar ocupan un lugar central en el discurso pedagógico de la Enfermería. Es decir, el motivo por el que las Teorías y/o Modelos de Enfermería no han tenido un impacto relevante en la Práctica no tiene nada que ver con actitudes de rechazo de las enfermeras, ni con su incapacidad para aplicar tales modelos. Los abismos entre Teoría y Práctica se deben en realidad a la errónea suposición de que pueden producirse conocimientos y saberes (Teorías de Enfermería) dentro de unos contextos teóricos y prácticos diferentes a donde aquéllos deban aplicarse.

Desarrollaremos a partir de ahora una línea argumental basada en Carr y Kemmis a la que subyace una epistemología sociocrítica, que cada vez con más fuerza se está imponiendo en la literatura acerca de la formación de enfermera (Allen, 1990a).

Nos parece obligado señalar que aunque Carr y Kemmis no se refieran concretamente en sus planteamientos a la formación de enfermeras, sus argumentos pueden trasladarse al ámbito de la Teoría y la Práctica de cualquier actividad que se autocalifique de educativa, planteamientos que, sin duda, se muestran sumamente sugerentes de cara al desarrollo de las Prácticas de la Enseñanza de la Enfermería en los próximos años; planteamientos, en suma, que ofrecen una visión alternativa acerca de uno de los problemas que más

preocupación suscitan en la Enfermería: a saber, la relación Teoría-Práctica-Investigación.

En otros lugares (Medina, 1994b, 1995) nos hemos interesado por revelar los diversos modos en como han sido caracterizadas las nociones de Investigación en el campo de la Enfermería. Decíamos entonces que la manera más usual de llevar a cabo esa caracterización había sido describiendo los métodos y técnicas que las enfermeras utilizan cuando llevan a cabo actividades de investigación encaminadas al desarrollo del conocimiento enfermero.

Sin embargo, y extrapolarlo la argumentación de Carr y Kemmis (1988), esa caracterización también puede llevarse a cabo a través de la identificación de los criterios que nos permitan distinguir cuando una investigación es enfermera y cuando no lo es, identificando de ese modo su naturaleza específica. Está claro que si no existiesen diferencias entre, por ejemplo, la investigación médica y la investigación enfermera no nos sería necesario utilizar este término para identificar una forma de investigación particular distinguiéndola de las demás. Pensamos que existen diferencias entre la investigación realizada por enfermeras y aquellas que los médicos llevan a cabo, sin embargo, esas diferencias no podrán determinarse exclusivamente por referencia a los métodos que médicos y enfermeras usan para llevar a cabo sus actividades de investigación (frecuentemente los mismos). Es decir, las cuestiones acerca de la naturaleza de la investigación en Enfermería no se dirimen haciéndose eco de las diferentes maneras en que las enfermeras investigan, sino que, más bien, hacen referencia a los criterios que nos permiten valorar la naturaleza de esas actividades.

De ese modo, deberíamos preguntarnos por las características específicas y distintivas de la investigación en Enfermería. Está claro que no son los diversos métodos de investigación los que permiten distinguir a una investigación enfermera de aquella que no lo es; por ejemplo, los métodos cualitativos o cuantitativos son usados por sociólogos de la salud, antropólogos y epidemiólogos, al mismo tiempo que por enfermeras (Bowers, 1989; Chenitz y Sawnsen, 1986; Holland, 1993). El objeto o tema de la investigación tampoco ofrece mucha ayuda para discriminar la investigación enfermera de otras formas de indagación. En su estudio acerca de las áreas prioritarias de la investigación en Enfermería en Catalunya durante el año 1994, Pulpón e Icart (1995) concluían que los

problemas que requieren un mayor énfasis por parte de la investigación enfermera eran la racionalización de recursos, la coordinación entre niveles, los problemas de salud por envejecimiento relacionados con la pérdida de autonomía y calidad de vida, y su educación sanitaria. Sin embargo, todos esos problemas también han sido objeto de atención por otros investigadores del campo de la salud.

Según Carr y Kemmis (1988), el criterio básico de discriminación se basa en que las actividades de investigación son acciones humanas y como tales sólo pueden comprenderse haciendo referencia a los intereses y propósitos generales de las personas que las llevan a cabo. Para precisar más esta aseveración proponen el esquema de Langford (1978) el cual pretende distinguir entre actividades teóricas y prácticas.

Cosas que las personas hacen (a diferencia de las cosas que les ocurren)	Actuar o realizar. <i>Intención implícita:</i> producir un cambio. <i>Ejemplo:</i> afilar lápices, como resultado de lo cual los lápices quedan con la punta afilada.	Actividades. Los actos y las observaciones, juntos, se agrupan en actividades más complejas que por referencia a su finalidad general son:	Actividades teóricas. <i>Finalidad general:</i> descubrir la verdad. <i>Ejemplos:</i> la física, la psicología.
	Observar o hacer observaciones. <i>Intención implícita:</i> descubrir lo que pasa. <i>Ejemplo:</i> vigilar a Juan, con lo que se descubre que se dedica a clavar el lápiz en la espalda de su compañero		Actividades Prácticas. <i>Finalidad general:</i> producir un cambio. <i>Ejemplos:</i> la jardinería, la agricultura, la enseñanza.

Adaptado de Carr, W. y Kemmis, S. (1988, 120).

Para este autor, gran parte de las acciones que las personas llevan a cabo se basan en un esquema o plan de acción más o menos complejo. Las acciones específicas que se llevan a cabo para conseguir unas finalidades determinadas forman parte de una actividad mas amplia y general en el tiempo, la cual obedece, a su vez, a una finalidad más general a la luz de la cual se evalúan los actos y las observaciones que se realizan.

De manera que unas determinadas *acciones* de investigación forman parte de una *actividad* investigadora ya que contribuyen a la finalidad de una actividad de investigación de cierta naturaleza. Si nos referimos a *Investigación Teórica* estamos hablando de aquel conjunto de acciones de investigación que persiguen el objetivo común de resolver problemas teóricos a través de diversas modalidades y estrategias. Sin embargo, Carr y Kemmis admiten que distinguir *diversas* formas de investigación teórica como la Sociológica, la Antropológica o la Psicológica supone admitir la existencia de diferencias en las finalidades de esas actividades de investigación. De ese modo, cuando nos referimos a la Investigación Enfermera no nos estamos refiriendo a ningún objeto de investigación específico¹⁸ ni a la utilización de métodos de recogida y análisis de datos particulares sino que hablamos de la finalidad última para la que se lleva a cabo ese tipo de investigación. Finalidad que la distingue de otras prácticas de investigación con las que comparte problemas y métodos y a la que intencionalmente desea contribuir.

Sin embargo, cuando pretendemos explicitar la finalidad distintiva de la investigación enfermera hemos de tener en cuenta un punto de capital importancia: que, como venimos diciendo, la Enfermería no es una actividad teórica¹⁹ (su finalidad no es la de resolver problemas teóricos). Bajo nuestro punto de vista, la Enfermería es una actividad práctica que busca como meta final la salud y el bienestar de las personas o en términos más enfermeros la independencia en cuanto a la satisfacción de sus necesidades (Henderson, 1966) o la plena capacidad para desarrollar los autocuidados (Orem, 1987). Una consecuencia muy importante de la naturaleza práctica de la Enfermería es que la finalidad de la investigación que en ella se desarrolla no puede definirse en función de los objetivos de aquellas otras actividades de investigación que persiguen fines teóricos, antes al contrario, deberá situarse en el marco de intereses prácticos que persigue la

¹⁸ Hemos dicho antes que lo distintivo de la investigación enfermera no es su objeto de estudio. Por ejemplo, las necesidades humanas han sido estudiadas, incluso antes que en Enfermería, por la Psicología en los ya clásicos trabajos de investigación de Abraham Maslow. El tema objeto de gran parte de la investigación enfermera actual, las respuestas humanas a los estados de enfermedad, tal cual es presentado por la NANDA, ha sido objeto de investigación por múltiples disciplinas. Por ejemplo, la medicina, estudia las respuestas biopatológicas, la psicología clínica las psicológicas, la antropología las culturales.

¹⁹ Aunque esta afirmación parezca de perogrullo nos parece necesario remarcarla dada la facilidad con las que un buen número de investigaciones en Enfermería han obviado este punto. Por ejemplo, gran parte, de la investigación acerca de la naturaleza y estructura de las Teorías y Modelos de Enfermería carecen claramente de una orientación Práctica. Véanse si no los trabajos de Fawcett, (1983, 1991, 1993) sobre la estructura de la Teoría de Enfermería y la evaluación de los Modelos de Enfermería; o los de Chinn (1983) donde se sistematiza la naturaleza y estructura del conocimiento enfermero. El interés que mueve a estos, por otra parte magníficos trabajos, es fundamentalmente teórico: de sistematización del campo, de clarificación conceptual o de reflexión metateórica.

actividad de la Enfermería (Chenitz y Sawnsen, 1986; Morse, 1986). Aunque la investigación en Enfermería al igual que otras actividades de investigación tiene como finalidad investigar y resolver problemas, difiere de aquéllas en que la naturaleza de los problemas por los que se interesa es práctica y no teórica (Loomis, 1987; Moccia, 1986a; Purkis, 1994). Los problemas que pretende resolver son problemas enfermeros, es decir, los propios de una actividad práctica:

“Aquellos que a diferencia de los teóricos no quedan resueltos con el descubrimiento de un nuevo saber sino únicamente con la adopción de una línea de acción” (Carr y Kemmis, 1988, 121).

Dicho esto, cabrá insistir de nuevo en que los problemas con los que se enfrenta una investigación enfermera pueden ser o teóricos o prácticos pero nunca las dos cosas al mismo tiempo, por lo tanto los problemas de la Enfermería en ningún caso podrían ser considerados como teóricos. Es decir, aquellos problemas de Enfermería que son más generales como, por ejemplo, ¿cuál es el papel de la enfermera ante el enfermo en fase terminal?, no son de naturaleza más teórica que otro más concreto como ¿cuál es la mejor manera para valorar el grado de dolor que sufre este enfermo aquejado de metástasis óseas?. Estos dos problemas tienen en común que su solución pasa por la ejecución de una acción determinada, antes que por el descubrimiento de un nuevo saber. De la misma manera, cabe afirmar que existen problemas (fundamentalmente teóricos) que a simple vista pudieran parecerse a enfermeros pero que en realidad no lo son. Esos problemas teóricos, ya generales ya concretos, por ejemplo de qué manera la salud está influenciada por factores sociales²⁰ como el nivel socioeconómico o la clase social; o bien, qué tipo de sustancias adictivas consumen los adolescentes de una determinada clase social o área geográfica, tienen, sin duda, un efecto en el modo en como las enfermeras que trabajan en asistencia primaria toman decisiones prácticas para resolver sus problemas. Pero no son problemas enfermeros en *sí mismos* porque se comprenden mejor como constitutivos de los intereses de aquellas actividades de investigación que tratan de alcanzar los fines

²⁰ Hoy día es un lugar común en el discurso enfermero el que la disciplina se centra en el estudio conjunto y la síntesis posterior de cuatro elementos: la persona holísticamente considerada, la salud entendida como un proceso más que como un estado o como algo más que la ausencia de enfermedad, la sociedad /ambiente considerada como el conjunto de estructuras e ideologías sociales, económicas, políticas que son causa y a la vez consecuencia de los comportamientos relacionados con la salud y la Enfermería entendida como un servicio de ayuda a la sociedad.

de las actividades teóricas a las que pertenecen tales como la Sociología o la Psicología de la salud.

De ese modo parece cobrar sentido la idea de que el elemento distintivo de la investigación enfermera antes que su sofisticación instrumental, su complejidad conceptual y teórica o su acatamiento a las reglas metodológicas que el método científico positivista impone (Rodgers, 1991), vendrá determinado por su colaboración a la mejora de la Práctica del cuidado, es decir, por su capacidad para resolver problemas enfermeros: los que encuentran las enfermeras que llevan a cabo la función de cuidar y no aquéllos que formulan las enfermeras que se dedican a la reflexión teórica acerca de la Enfermería

Para reforzar la argumentación anterior cabría cuestionarse la naturaleza u origen de los problemas que disciplinas cercanas a la Enfermería, pero a diferencia de ésta con una finalidad marcadamente teórica, investigan y tratan de resolver. Este sería el caso de la Psicología de la salud. Por ejemplo, los problemas de esa disciplina que están relacionados con el proceso de duelo no vienen detectados, formulados, determinados o influidos por las enfermeras o por las personas con esa problemática sino por el marco teórico de referencia a la luz del cual la Psicología estudia el proceso de duelo. Por contra, los problemas “*de*” Enfermería, debido a que derivan de la Práctica del Cuidado, no aparecerán definidos por las normas que dirigen la actividad de cualquier investigadora enfermera, antes al contrario, se manifestarán en el momento en que las actividades prácticas que las enfermeras realizan, se les muestren inconsistentes con el objetivo que “*ellas*” persiguen.

Pero, por otra parte, el que esos problemas adopten la forma de una discordancia entre una práctica y los objetivos en función de los cuales ésta se ejecuta implica la posesión de ciertas nociones o creencias previas y de algunos presupuestos en función de los cuales se explicaban y justificaban aquellos objetivos. En este sentido las enfermeras que llevan a la práctica las acciones de cuidar, poseen un conjunto de creencias y expectativas acerca de su actividad, es decir *ya* tienen un marco teórico de referencia a la luz del cual obtienen sentido y finalidad para sus prácticas. Lo que ocurre es que, como todo conocimiento práctico, suele ser implícito y, por tanto, difícilmente formalizable y *diferente* al de las enfermeras que se dedican a la enseñanza. De manera que todo problema enfermero

implica el fiasco de alguna acción práctica y de la teoría –léase creencias, conocimientos y expectativas de la enfermera- en la que se fundaba la supuesta eficacia de aquella acción.

Es por ello que cuando algunas investigadoras han intentado una aproximación teórica a la actividad enfermera, han constatado que es una realidad saturada por las comprensiones, interpretaciones, creencias, valores y expectativas de las personas que realizan en la práctica la acción de cuidar (Benner, 1989). Queremos decir con esto que las realidades prácticas como la Enfermería no se pueden analizar omitiendo los saberes, valores, intereses y expectativas de las personas que se hallan inmersas en ellas y que, en cierta manera, construyen esas realidades. Sino que deben incluir ese contexto como elemento constitutivo de la realidad a estudiar.

Pensamos que estas argumentaciones suponen un serio cuestionamiento a una creencia ampliamente aceptada en el universo práctico de la Enfermería. Para la mayoría de las enfermeras el teorizar sobre la Enfermería es algo que tiene lugar fuera de la práctica. Sucede en lugares y momentos (las aulas de las escuelas, los laboratorios de investigación clínica) diferentes de los momentos y lugares (hospitales, áreas básicas de salud, centros geriátricos y psiquiátricos) en los que ellas desarrollan sus actividades. Imaginan el lugar donde se lleva a cabo esa actividad (la teorización) lleno de libros y papeles, un lugar tranquilo, todo lo contrario al maremagno de la práctica:

“Ciertos hábitos mentales nos dificultan el tratar como problemático lo teórico y lo práctico (y aún más concebirllos como conjuntamente problemáticos). Es fácil pensar en la Teoría como si fuese un cuerpo organizado de saberes (demasiado a menudo las contemplamos como si fuese algo más próximo a “La Verdad”), tan verdadero como completo. Y es fácil mirar lo práctico dándolo por sentado, obvio o inevitable” (Carr y Kemmis, 1988, 59).

Ahora ya estamos en condiciones de afirmar que la creencia de que todo lo teórico es no práctico y viceversa es errónea y falaz. Como falsa es la noción de que la Teoría implica reflexión y la Práctica acción. En realidad, existen Actividades Teóricas y Actividades Prácticas. En lo concerniente a las primeras, la noción de Teoría puede tener dos significados. Primero, puede ser el producto del trabajo de las personas que realizan

actividades teóricas; por ejemplo, la Teoría de "Enfermería como Ciencia Humana" de Jean Watson. Segundo, puede significar el marco de significados y pensamientos que estructura y dirige cualquier actividad teórica; por ejemplo, el marco teórico y las tradiciones de pensamiento que más influyeron en Watson cuando formuló su Teoría, fueron la obra de Nightingale, Henderson y Leininger, la Fenomenología de Husserl y el Existencialismo Sartreano. Así, cuando decimos Teoría de Enfermería cabría preguntarse a qué nos estamos refiriendo, pues podemos querer significar tanto el producto de investigaciones en Enfermería, por ejemplo, la "Teoría del Autocuidado de Orem", como el marco teórico general de referencia de los que se dedican a producir Teorías de Enfermería.

En realidad, las Teorías que son producto de actividades como la teorización en Enfermería, no son más que el resultado formal de ciertas Prácticas (las de teorizar) que, a su vez, están dirigidas por ciertas teorías más generales que determinan el modo en como los que teorizan interpretarán los problemas teóricos y qué métodos utilizarán para resolverlos. De este modo, todas las Teorías son producto de alguna actividad práctica y toda Práctica (la de teorizar) recibe influencias de alguna Teoría (Carr, 1990).

Por ejemplo, la actividad de enseñar a cuidar o la del cuidado mismo, aunque no tengan como objetivo concreto la producción de ninguna Teoría, son muy parecidas al trabajo que puede llevar a cabo una investigadora en Enfermería. Son prácticas sociales, intencionalmente ejecutadas y que sólo pueden ser entendidas por referencia al marco más general a la luz del cual las enfermeras docentes, asistencias e investigadoras asignan un sentido a su trabajo. Ninguna enfermera podría iniciar su práctica sin una noción previa de lo que hay que hacer y sin algún saber acerca de la situación en la que van a practicar. Por tanto, *todas* las enfermeras poseen una Teoría de Enfermería que dirige su Práctica, sustenta sus decisiones y es el marco de referencia que les permite encontrar un significado a lo que hacen:

“Una Práctica, por consiguiente, no es un tipo cualquiera de comportamiento no meditado que exista separadamente de la Teoría y al cual pueda aplicarse una Teoría. En realidad todas las Prácticas como todas las observaciones incorporan algo de Teoría y eso es tan cierto

para la Práctica de las empresas teóricas como para las Prácticas propiamente dichas” (Carr y Kemmis, 1988, 126).

Cualquier actividad Práctica implica la posesión de alguna Teoría, y esto es válido tanto para las profesoras de Enfermería que enseñan a cuidar, como para las actividades Prácticas de las enfermeras que cuidan. Por tanto, como ya hemos dicho, la creencia simétrica de que todo lo teórico no es práctico y viceversa, es falsa. La producción de Modelos y Teorías de Enfermería no se realiza en un un vacío práctico ni tampoco el cuidado de los enfermos es un trabajo mecánico impermeable a cualquier planteamiento teórico. Ambas situaciones son actividades Prácticas cuyas Teorías guía, y esto es lo que pretendíamos demostrar, residen en los esquemas y perspectivas de significado de las personas que las ejecutan.

También es cierto que las Teorías en las que se fundan las actividades teóricas como la Biología o la Psicología y las que rigen las actividades prácticas de cuidar o de formar enfermeras poseen rasgos comunes. Todas ellas son la manifestación de ciertas tradiciones que determinan los esquemas de pensamiento bajo los que adquieren sentido y significado. Cuando nos referimos a enfermeras teóricas y enfermeras prácticas (o enfermeras docentes y enfermeras asistenciales) estamos hablando de grupos sociales que llevan a cabo ciertas prácticas a la luz de un marco de significados compartidos. Por otra parte, cada uno de esos marcos contiene una serie interrelacionada de conceptos, esquemas, supuestos, creencias y valores que permiten interpretar y asignar un significado a las situaciones en función de las finalidades de las respectivas actividades. Por ejemplo, dentro del marco teórico propuesto por Marta Rogers (1980) se encuentran conceptos como campo de energía, patrón, integridad o resonancia. Del mismo modo las enfermeras utilizan para hacer inteligible su actividad una serie de creencias y saberes acerca de los mejores modos para ayudar a las personas a restablecerse y ser autónomas. Es cierto que una teórica también puede intentar identificar y describir conceptos acerca de esas realidades, pero serán muy diferentes a los que utiliza la enfermera

Si entendemos de esta manera la Teoría y la Práctica, podemos afirmar que el divorcio Teoría-Práctica no es el que ocurre entre una Práctica y la Teoría que la orienta, entre la Teoría y la Práctica del Cuidado. Sino que aparece porque la Teorías y Modelos que se enseñan en las escuelas de Enfermería son, en realidad, Teorías diferentes a las que las

enfermeras asistenciales ya utilizan para guiar su Práctica profesional. En realidad, la incomunicación Teoría-Práctica se debe al uso de lenguajes diferentes, como diferentes son los criterios usados por docentes y asistenciales, teóricos y prácticos, si se quiere, para valorar las diferentes Teorías y Modelos que aspiran a regular la Práctica del Cuidado (Medina, 1995).

Es equivocado pensar que las distancias entre Teoría y Práctica son problemas de comunicación o implementación típicos de las actividades prácticas porque oculta el hecho de que esos vacíos son problemas prácticos que también aparecen en actividades teóricas. Por ejemplo si una investigadora se interesa por comparar la fiabilidad de dos escalas de medición de la calidad de vida basadas en variables únicamente biológicas y que, por tanto, introducen un sesgo ya que no tienen en cuenta la necesaria dimensión subjetiva de la calidad de vida

También es falaz defender que el divorcio Teoría-Práctica se supera operativizando la Teoría, es decir, formulando reglas para la acción a modo de recetas, porque se olvida el hecho de que esos hiatos entre Teoría y Práctica (asistencial o investigadora) sólo aparecen cuando la enfermera detecta una incongruencia entre su actividad y el marco conceptual que la informa. Esos hiatos son solucionados por las enfermeras proponiendo acciones que surgen a la luz del marco de referencia que ellas *ya* poseen y que determina la interpretación que hacen de la situación. En realidad, son las enfermeras asistenciales, las que participan directamente en el acto de cuidar. Y es la Teoría que ilumina *su* Práctica, y no la Teoría de una actividad ajena (en cuanto a sus métodos y sus finalidades) a la suya, como es la práctica de teorizar, la que determina si existen y cuándo existen problemas y cómo éstos deben ser resueltos. La única teorización legítima de Enfermería es aquella que surge de las experiencias, sentimientos y significados de los protagonistas del Cuidado, y que a partir de ahí trate de solucionar los problemas "de, en y para la Práctica". Una Teoría que reconozca que la principal fuente de problemas son los marcos conceptuales de las enfermeras que cuidan y que asuma, por tanto, su participación en la actividad teórica como una necesidad indispensable y que será validada por su adecuación a la solución de aquellas situaciones que las enfermeras asistenciales perciban como problemáticas.

3.5. A modo de síntesis

Las distancias que en Enfermería existen entre la Teoría y la Práctica del Cuidado son debidos a la errónea creencia (determinada por la mentalidad técnica) de que pueden generarse Teorías de Enfermería en contextos ajenos a donde aquéllas deben de ser aplicadas (Benner, 1984). Consecuentemente, esos vacíos tratan de ser solucionados intentando convencer a las enfermeras, a veces de manera autoritaria y rígida, para que apliquen sistemas conceptuales diferentes a los que ya poseen.

De modo que si admitimos que la Teoría de Enfermería sólo puede ser aquella estructura conceptual que guía y orienta las Prácticas *de* las enfermeras que cuidan, no podremos por menos aceptar que cualquier actividad teórica o su producto (cualquier Modelo de Enfermería) que pretenda influir o modificar la práctica sólo podrá conseguirlo influyendo en los marcos mentales o perspectivas de significado a la luz del cual esas Prácticas se hacen inteligibles para sus protagonistas (Carr, 1980).

Cuando la Teoría de Enfermería es reconceptualizada de ese modo, disminuir la distancia entre Teoría y Práctica no es ya la acción de mejorar la eficacia práctica de los artefactos producidos por las actividades teóricas, es decir, tratar de operativizar tecnológicamente la aplicación de un Modelo de Enfermería a la práctica, como propone por ejemplo Fawcett (1992, 226) cuando sostiene que los modelos conceptuales “guían” la Práctica de la Enfermería. Esto significa que el conocimiento enfermero, formalizado en un modelo particular, *no* es el punto de inicio de las relaciones recíprocas con la Práctica de la Enfermería sino que se orienta a la optimización de la utilidad práctica de las Teorías que las enfermeras usan para hacer inteligibles su propia Práctica.:

“Esto no significa que la relación entre lo teórico y lo práctico sea tal que la Teoría implique la Práctica, ni que se derive de la Práctica, ni siquiera que refleje la Práctica. Se trata de que al someter a una reconsideración racional las creencias de las justificaciones existentes y en uso, la Teoría informe y transforme la Práctica al informar y transformar las maneras en que la Práctica se experimenta y entiende” (Carr y Kemmis, 1988, 128).

De modo que cualquier esquema conceptual que desee autoproclamarse como Teoría de Enfermería deberá influir en el marco de referencia que usan las enfermeras para asignar un sentido a su actividad y por tanto deberá conocerlo con cierto grado de profundidad.

Sin embargo, no es menos cierto que el trabajo teórico de la investigación en Enfermería no se puede dar por concluido accediendo al marco de significados en que las enfermeras fundan su práctica, puesto que, aunque sostenemos con Benner que los problemas que deben ser investigados en Enfermería se extraen de las creencias y esquemas conceptuales de las enfermeras que llevan a cabo una actividad asistencial, ello no significa aceptar como verdaderos esos esquemas conceptuales. Los marcos teóricos que las enfermeras poseen y que usan para dotar de sentido e inteligibilidad a su actividad contienen enunciados que pueden perfectamente devenir falsos o equivocados. Y es en ese momento cuando precisamente se constituye el problema para la investigación enfermera, es decir, en el momento en que aparecen discrepancias entre lo que sucede cuando una enfermera realiza sus actividades y su entendimiento de lo que está aconteciendo, o cuando las expectativas de la enfermera no coinciden con la realidad que experimenta. Por la tanto, aquella estructura conceptual que aspire a convertirse en Teoría de Enfermería deberá contribuir a que la enfermera detecte esas incongruencias y a su resolución a partir de sus propios esquemas de comprensión. Si negamos la necesidad de establecer esa conexión entre las estructuras teóricas generadas por la investigación y los esquemas de interpretación de las propias enfermeras estamos *alejando* la investigación del marco teórico a la luz del cual se desarrollan las acciones de cuidado. Será entonces investigación pero no enfermera.

En síntesis, nos parece ya evidente que la Teoría debe ser informada por las experiencias del mundo real. Las Teorías y Modelos de Enfermería han sido muy poco investigadas y se han desarrollado sobre todo para dar forma y contenido a los currícula de formación inicial en lugar de responder a intereses *de y para* la Práctica. Una Teoría de Enfermería debe describir, interpretar y tratar de ofrecer elementos para la comprensión no de una Enfermería imaginaria, especulativa o ideal sino de la práctica virtuosa y experta de la Enfermería tal cual es realizada hoy día. Este tipo de Teoría debería ser usada como contenido del curriculum de modo que la Práctica informase la formación de enfermeras del mismo modo que la formación ha tratado de influir en la Práctica.

Por otro, lado esta visión es consistente y se ve reforzada por los datos que presentamos en páginas anteriores cuando tratábamos de sistematizar el concepto de Cuidado y de demostrar la naturaleza práctica de la acción de cuidar. Veíamos cómo el Cuidado se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y el bienestar de la persona cuidada. Como tal relación humana no puede entenderse omitiendo los saberes, valores, creencias, intereses y expectativas de los participantes en ella: la enfermera y la persona cuidada. Veíamos también cómo el cuidado sólo se puede hacer inteligible por referencia a un contexto. Por ejemplo, en el estudio de Benner sobre las percepciones de los enfermos acerca del cuidado quedaba patente que cuando la situación exigía eficiencia técnica (acciones rápidas, habilidad psicomotriz) entonces la pericia técnica era vista como sinónimo de Cuidado. Cuando la situación del enfermo no requería de acciones técnicas, capacidades relacionales como el soporte emocional o la empatía, eran consideradas como Cuidado.

Sin embargo, las Teorías de Enfermería, sujetas a las prohibiciones metodológicas del positivismo, se han convertido en estructuras formales que muy difícilmente han sabido captar los aspectos tácitos, relacionales, contextuales y configuracionales que son centrales en la práctica competente y virtuosa de la Enfermería. Como hemos visto, la mayoría de Teorías de Enfermería pertenecen a la tradición positivista dominante hasta la primera mitad de nuestro siglo. Son estructuras formales que ofrecen una visión mecanicista y, aún peor, atomizada de las personas. Es decir, no incorporan, a pesar de que pueda parecer lo contrario, la visión holística de la realidad que entiende los procesos como irregulares, aleatorios, conflictivos, inciertos, singulares y dependientes de contexto, sino que mantienen que el ser humano, como el universo, puede ser conceptualizado mecánicamente ordenado, predecible, observable y controlable.

Sería faltar a la verdad negar que existen algunos Modelos Conceptuales que tratan de informar la práctica de las enfermeras que son una excepción a la visión dominante como, por ejemplo, los modelos humanistas de Rizzo-Parse, Watson o Leininger. Pero no es menos cierto que todavía ocupan un lugar secundario en la lucha por la legitimidad simbólica en el campo del discurso disciplinar de la Enfermería.

Por otra parte, esas Teorías formales o modelos mecanicistas, se constituyen como esquemas o estructuras que deben ser aplicadas a la Práctica. Ese saber que originalmente

responde a un interés teórico se transforma ahora en un producto (del curriculum) para ser utilizado subestimándose el papel de la enfermera profesional como sujeto epistémico.

Hasta aquí hemos presentado, con el afán de incorporarlas a la formación de enfermeras, unas visiones de la relación Teoría-Práctica que quedaban excluidas en las concepciones técnicas de la Práctica debido a la imposibilidad de subsumirlas en el esquema medios-fines. Hemos intentado llevar a cabo una reconceptualización radical de la naturaleza de la Práctica de Enfermería con el objetivo principal de legitimar una visión reflexiva acerca de la formación de enfermeras. Esta visión surge como una propuesta didáctica para la formación de enfermeras que se basa en una epistemología que consideramos tan racional como la técnica pero ontológicamente diferente. Propuesta que es una consecuencia de nuestra constatación que el conocimiento práctico que ya poseen las enfermeras es un saber tan respetable y mucho mas relevante para su Práctica que el producido por la racionalidad técnica. Racionalidad en la que se basan, gran parte de las prácticas actuales de formación de profesionales de Enfermería.

CAPÍTULO 4

LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA: EL PARADIGMA DE LA CRÍTICA FEMINISTA DE LA DOMINACIÓN

4.1. Enfermería y feminismo: un maridaje inevitable

Dado que la Enfermería es una actividad eminentemente práctica y ejercida por mujeres que se localiza en contextos sociales, asistenciales y educativos dominados por hombres, los análisis feministas han prestado una especial atención a los lenguajes contradictorios y legitimadores de la sumisión que las enfermeras y los enfermeros han venido produciendo en las últimas décadas. Ciertamente no es una coincidencia que cada vez sean más numerosos en la literatura los estudios sobre Enfermería (sobre su enseñanza y su práctica) realizados desde ópticas feministas²¹ (Boughn y Wang, 1994; Hezekiah, 1993; Remen, Blau y Hively, 1979; Wuest, 1993).

Todos estos trabajos han permitido reconceptualizar la tradicional imagen de la Enfermería en términos de roles familiares y maternos, todos ellos indicadores y manifestaciones de la influencia hegemónica de los valores patriarcales en la constitución de la Enfermería moderna como una actividad subordinada, acientífica y desarrollada en los márgenes de los sistemas de salud:

“A menos que los valores dominantes sean descubiertos, examinados y cuestionados el desarrollo de los sistemas de salud es improbable. El Cuidado como valor central de la Enfermería no podrá ser alcanzado y practicado hasta que descubramos y cuestionemos la cosmovisión

²¹ El lector interesado en la irrupción de los estudios feministas en el curriculum de Enfermería puede consultar los trabajos de Boughn (1994), Chinn (1989) Heinrich (1993), Schuster (1993) y Smythe (1993). Por otra parte, los siguientes trabajos constituyen unos lúcidos análisis, bajo la perspectiva feminista, de las relaciones entre la Enfermería y la Medicina en los que se denuncia las relaciones sexistas de dominación y la ideología masculina que satura las prácticas sanitarias: Doering (1992), Cohen (1992), Dickson (1993), Carter (1994), Wuest (1993), Watson (1990), Adamson (1993), Buckenham (1982), Muff (1982), Remen et. al (1979) y Perry (1993).

masculina, y sus efectos políticos, que actúa en nuestras vidas y en las vidas de las personas a las que cuidamos” (Watson, 1990, 62).

Cada vez son más frecuentes en el universo enfermero las voces que postulan la Teoría Feminista como aquella cosmovisión que dota a la Enfermería con un marco conceptual para dar cuenta de la noción de salud y las prácticas del cuidado de la misma desde una perspectiva femenina (Ruffing-Rahal, 1992; Watson, 1990; Wheeler y Chinn, 1989).

En efecto, mientras que el discurso de aquellas investigadoras y teóricas de la Enfermería que defienden la importancia de una conceptualización de la Enfermería como ciencia y promueven el desarrollo de un saber enfermero de base científico-técnica para legitimar a la Enfermería como disciplina científica se halla en franco declive, cada vez reciben más aceptación aquellos trabajos que cuestionan esa visión como epistemológicamente inadecuada (Moccia, 1990a) y conceptualmente equivocada (Holter, 1988; Vaughan, 1992).

Concretamente, Muff (1982) utiliza una perspectiva sociológica y feminista para demostrar, convincentemente, que la Enfermería no puede (ni debería) basarse en las ciencias de corte positivista o empírico-analíticas ni en sus derivados metodológicos como por ejemplo el PAE, sino que debe fundarse en las ciencias humanas de base fenomenológica y hermenéutica:

“En las experiencias de las enfermeras como mujeres y en las experiencias e interacciones de cuidado que se establecen entre ellas y las personas que cuidan” (pág. 205).

4.2. Tres enfoques feministas

Por lo que hemos podido comprobar durante nuestro análisis de la literatura, la Teoría Feminista dista mucho de ser un corpus doctrinal homogéneo. Existe una amplia variedad de interpretaciones, explicaciones y análisis basados, a su vez, en toda una constelación de marcos teóricos, que reclaman para sí el calificativo de “teoría feminista”. Nosotros, por nuestra parte, consideramos esa multiplicidad de enfoques y esa

multidimensionalidad de los fenómenos estudiados, sobre todo como un signo de riqueza conceptual y diversidad teórica que nos salvaguardan de todo monolitismo ideológico. Hemos encontrado trabajos que proponen aproximaciones desde un feminismo marxista (Bridges y Lynam, 1993); feminismo radical (Muff, 1982; Watson, 1990); feminismo liberal (Bevis, 1988); feminismo posmoderno (Doering, 1992), e incluso feminismo psicoanalítico (Smythe, 1993).

En un trabajo de síntesis, Doering (1992) categoriza y resume todos esos enfoques en tres perspectivas más generales: liberal, cultural, y radical. El feminismo liberal estaría caracterizado por la tradicional confianza moderna en la razón, la creencia en las similitudes ontológicas entre hombres y mujeres, la capacidad de la educación para transformar la realidad y por una visión del sujeto como individuo aislado y racionalmente independiente. Es una visión eminentemente conservadora para con el orden social imperante:

“El feminismo liberal cree que la igualdad de las mujeres puede ser alcanzada dentro de los sistemas que conforman las estructuras sociales actuales” (Doering, 1992, 26).

El feminismo cultural difiere del liberal en su reivindicación de las diferencias sexogenéricas. Desde esta perspectiva se defiende que los valores, creencias y estructuras gnoseológicas de las mujeres son ontológicamente diferentes de las de los hombres y que esos modos diferentes de “estar en el mundo” deberían ser reconocidos y respetados. Valores como la no violencia, el soporte a la vida en todos sus aspectos o el cuidado son conceptualizados como femeninamente orientados, si no exclusivamente femeninos. El terrorismo, la violencia y la contaminación ambiental son vistas como metáforas y manifestaciones de la dominación masculina. El poder femenino, por contra, es comprendido como un medio para la transformación de las conductas antisociales y destructivas (Bunting y Campbell, 1990).

Desde el feminismo cultural se reivindica la especificidad epistemológica del saber femenino. Ciertamente, aunque la Enfermería como campo de estudio y de práctica está abierto a hombres y mujeres, la abrumadora predominancia femenina no debe ser ignorada cuando se considera la naturaleza epistemológica del saber enfermero. Porque

como Harding (1986) afirma los modos particulares con que las mujeres construyen la realidad proporcionan un fundamento epistemológico que difiere, y en algunos aspectos es preferible (sobre todo en disciplinas basadas en las ciencias humanas), al que pueden ofrecer los hombres:

“Ser científico supone ser desapasionado, objetivo, desinteresado imparcial y preocupado por los principios y reglas abstractas, pero la condición femenina implica ser apasionada (emocional), interesada y parcial hacia el bienestar de familia y amigos y preocupada por las prácticas concretas y las relaciones contextuales” (Harding, 1987, 83).

Por ejemplo, Gillian (1982) remarca que la epistemología ha sido colonizada por los valores masculinos. Ello queda patente cuando se comprueba cómo, de manera tradicional, el estudio de la naturaleza y el conocimiento humano se ha dividido en dos corrientes principales. Una hegemónica, o masculina y otra ignorada o femenina. De modo que como seres cognoscentes hemos aprendido a aproximarnos a la realidad a través del pensamiento abstracto, acontextual y lógico, menospreciándose el aprendizaje de un pensamiento particular, contextual, íntimo y concreto. En Enfermería, los ya clásicos estudios de Benner han demostrado cómo las enfermeras usan la intuición para la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, esos modos de aprehender la realidad han sido históricamente devaluados y menospreciados por su supuesta falta de base científica; aunque, afortunadamente, hoy se les está devolviendo su legitimidad racional y epistemológica.

Esa particularidad gnoseológica ha sido descrita por Belenky, Clinchy, Goldberger y Tarule (1986) quienes en su estudio del desarrollo interpersonal femenino presentan cinco formas de conocimiento o acceso a la realidad propiamente femeninas. Estas autoras utilizan la voz como una metáfora para capturar los modos propiamente femeninos de conocer, pensar e interactuar. Meleis (1985) aplica al contexto enfermero esas cinco categorías de conocimiento del siguiente modo:

- **Conocedora silenciosa:** aquellas enfermeras y estudiantes que aprenden a aceptar la voz de la autoridad y, por tanto, a ser silenciosas. Aunque conocen su práctica son incapaces de articularla mediante un pensamiento abstracto y pueden no poseer

el lenguaje y la terminología apropiados para expresar su análisis en interpretación de los fenómenos.

- **Conocedora receptora:** aquélla que piensa que son los otros quienes deben producir el saber para que ella lo aplique y reproduzca. Piensa que las investigadoras externas poseen la autoridad en la producción del conocimiento y ella se siente incapaz de realizar lo mismo.

Conocedora subjetiva: se basa fundamentalmente en su experiencia personal. Depende de su propia voz y sentimientos. Para ellas el conocimiento es privado, personal, subjetivo e intuitivo. La verdad es una reacción intuitiva, experienciada y sentida a veces y no elaborada, antes que activamente perseguida o construida. Aunque tengan dificultades para articular el proceso seguido hasta alcanzarlo, las enfermeras que lo poseen manifiestan una sabiduría holística que les permite resolver una gran cantidad de situaciones. Este saber es sinónimo de conocimiento personal (Elbaz, 1981) o práctico reflexivo (Shön, 1983).

- **Conocedora procedimental:** la enfermera actúa basándose en observaciones cuidadosas y procedimientos técnicos. Son aquellas profesoras y enfermeras que podríamos denominar racionalistas o lógicas.
- **Conocedora constructora:** para ellas todo conocimiento es contextual. Se perciben a sí mismas como creadoras de conocimientos y procedimientos; todo conocimiento es construido y la persona es una parte íntima del saber. Es la forma más inclusiva de saber, integra todas las voces anteriores. Aceptar esta visión supone concebir el conocimiento como algo tentativo antes que completado, aceptar que los marcos teóricos son construidos y reconstruidos constantemente y que cualquier situación, como cualquier saber, son contextuales y están sujetos a múltiples interpretaciones.

Desde esta singularidad epistemológica, las mujeres se relacionan a través del diálogo y la interacción y en un intercambio mutuo desarrollan un sentido gnoseológico propio básicamente subjetivante, en contraste con la tradicional metáfora empírica masculina que defiende que sólo aquello que puede ser observado es real. Nótese las grandes

semejanzas de estas propuestas epistemológicas con la hermenéutica y la fenomenología, semejanzas que se manifestarán en las opciones pedagógicas que defenderemos para la formación de enfermeras. Semejanzas que son, también, partes fundamentales de la conceptualización actual acerca de la noción de Cuidado, como hemos podido ver en capítulos anteriores.

El feminismo radical insiste, por su parte, que la opresión y coerción que las mujeres padecen son debidas al poder patriarcal masculinamente orientado y que éste es un fenómeno uniformemente distribuido en todos los tipos de estructuras sociales y económicas. La opresión de las mujeres es vista como la forma básica y esencial de opresión social y como la raíz de la discriminación racial y la estructuración clasista y jerárquica de la sociedad:

“El feminismo se dirige a las raíces sexistas de la opresión humana consecuentes al patriarcado (que significa poder masculino, las reglas y la hegemonía de valores que gobiernan todas las instituciones). El sexismo como raíz y la forma original de opresión humana, sancionó la idea de opresión y construyó nuevas formas de opresión como el racismo o la sociedad clasista, predecibles y virtualmente inevitables. El sexismo en el sistema de salud, en general, y en la Enfermería, en particular, es una patología especialmente virulenta” (Melosh, 1982, 255).

Para el feminismo radical sólo cambios fundamentales en nuestra visión de la realidad y en las estructuras sociales existentes pueden producir una supresión de la opresión que las mujeres sufren.

Podemos afirmar de acuerdo con Cox Dzurec (1989) y Doering (1992) que este feminismo, radical porque se dirige a la raíz de la opresión que la mujer sufre, posee elementos convergentes con la filosofía postestructuralista puesto que ambas corrientes de pensamiento se centran en los conceptos de poder y subjetividad y en sus implicaciones sociales (Foucault, 1986). Desde esta perspectiva, se entiende la opresión de las mujeres como resultantes de las relaciones de poder sexistas. Esas relaciones de poder moldean la subjetividad que sutilmente legitima la dominación masculina y refuerza la subordinación femenina (Doering, 1992). El feminismo postestructuralista afirma que si bien el conocimiento científico se ha desarrollado primariamente como una entidad masculina y como una forma de control social, y el conocimiento femenino se ha constituido como una forma de resistencia al saber masculino, no es menos cierto que, históricamente ha existido un desequilibrio en esas fuerzas.

A partir de estas asunciones y basándonos en autoras como Doering (1992), Muff (1982) y Watson (1990) podemos trazar una aproximación histórica al desarrollo del saber enfermero como elemento explicativo de las relaciones de poder entre la Enfermería y la Medicina. Como disciplina esencialmente femenina, la Enfermería se ha desarrollado en relación con la disciplina, esencialmente masculina, de la Medicina. Intentaremos en lo que sigue analizar las relaciones de poder entre la Enfermería y la Medicina en relación con el control del conocimiento científico relevante para ambas disciplinas y con los procesos de producción de discursos legítimos y su relación con la subjetividad.

4.3. Un apunte histórico de la subordinación de la mujer enfermera en el sistema de salud

Desde un punto de vista histórico el estatus de la educación de las enfermeras proporciona un primer ejemplo del papel del poder (masculino) de la Medicina en el desarrollo del conocimiento (femenino) que la enfermera considera como legítimo y relevante para su práctica profesional. Son múltiples los trabajos acerca de la Historia de la Enfermería que han documentado el papel de los médicos en la determinación de los contenidos y orientaciones básicas del curriculum de Enfermería (Daria, 1987; Domínguez-Alcón, 1986; Murdock, 1983); y el de las gerencias (masculinas) de los hospitales en la constitución y desarrollo de una concepción de la Enfermería como actividad técnica, complementaria y subordinada a la Medicina (Bullough, 1984; Jolley, 1987; Kalisch, 1986).

Esta situación aparece por primera vez y se consolida como consecuencia de la institucionalización de la formación de enfermeras en Estados Unidos de Norteamérica durante la primera mitad de nuestro siglo.

Aunque en esa época el modelo de formación respondía a una ideología de profesión autónoma las escuelas de nueva creación no poseían suficientes recursos financieros. Paralelamente a esta situación se produjo un crecimiento exponencial del número de hospitales (cuyo propósito final era proveer servicios con los mínimos costos) y de la necesidad de un personal asistencial no excesivamente cualificado para ayudar a los médicos en sus labores. De esa manera las escuelas intercambiaron la fuerza de trabajo

de los estudiantes por soporte financiero. Los administradores de los hospitales conciben a las escuelas de Enfermería, a partir de entonces, como una fuente muy barata para el reclutamiento. De ese modo, empieza a desarrollarse con rapidez un sistema en el que los estudiantes de Enfermería actuaban como fuerza de trabajo muy barata porque por su calidad de aprendices no cobraban. A partir de 1910 uno de cada cuatro hospitales poseía una escuela de entrenamiento de enfermeras y, en 1930, 2.155 hospitales dotaban sus servicios de personal con estudiantes de sus propias escuelas (Kalisch y Kalisch, 1986). Este sistema de explotación²² de las estudiantes se llevó a cabo sin el más mínimo control legal o profesional y fue desarrollándose hasta los años sesenta. En síntesis, estos factores jugaron un papel destacado en la génesis de una concepción de la formación de la Enfermería como entrenamiento de aprendices, modelo que la Medicina había abandonado hacía tiempo:

“Las líderes de la profesión enfermera observaron este rápido crecimiento en la demanda con sentimientos encontrados. Por un lado, suponía la gratificante confirmación de sus intentos por justificar la superioridad de las enfermeras entrenadas. Los médicos, así como los profanos en general, seguían oponiéndose a la idea de una formación específica para el ejercicio de la Enfermería satisfechos con las viejas concepciones de la Enfermería como un arte doméstico. Pese a ello la Enfermería se aceptó ampliamente como una provincia de expertos. Sin embargo, como causa de esa legitimación las enfermeras perdieron el control sobre la gestión y los objetivos de las escuelas” (Melosh, 1982, 31).

En contraste, las escuelas de Medicina no estaban conectadas ni eran dependientes de los hospitales; su filosofía responde ya a la lógica comercial y los estudiantes deben pagar importantes sumas por acudir a ellas.

²² El concepto de explotación es un término que posee una elevada carga moral ya que sugiere una condena ética de ciertas prácticas más que una descripción analítica. Sin menospreciar esa dimensión moral de la explotación, el concepto debe entenderse como una interdependencia antagónica entre intereses materiales de actores en relaciones económicas. Tener intereses materiales antagónicos supone que las estrategias para la mejora del bienestar económico de una persona determinan una amenaza a las posibilidades del bienestar económico de otra persona.

En el año 1910 se publicó en los Estados Unidos de Norteamérica el Informe Flexner que recogía las recomendaciones y conclusiones derivadas de una evaluación de los programas que impartían las facultades de medicina. Como consecuencia de ese informe muchas escuelas de medicina fueron clausuradas por no cumplir sus programas unos requisitos mínimos de calidad. Ese informe impulsó una reforma estructural de la formación de los médicos que fue completada en un período de diez años (Matejski, 1981).

Trece años después de la publicación del Informe Flexner se llevó a cabo un estudio similar en el ámbito de la formación de enfermeras que dio lugar al denominado Informe Goldmark. El intento inicial del estudio Goldmark fue analizar los problemas de la educación de enfermeras en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, rápidamente se hizo evidente la necesidad de extender el estudio a todo el campo de la formación de enfermeras. En la época en que se llevó a cabo el estudio había en los Estados Unidos 1.755 escuelas de Enfermería que acogían a un total de 55.000 estudiantes, y graduando anualmente a unas 15.000. De las conclusiones a las que se llegó con el Informe Goldmark cabe destacar las siguientes recomendaciones:

- Evitar la dependencia financiera que las escuelas tenían de los hospitales. Y negativa a que aquellos hospitales que eran muy pequeños o bien altamente especializados y no pudiesen ofrecer una extensa y variada oferta formativa a las estudiantes, pudiesen mantener la titularidad de una escuela de Enfermería.
- Reducción de la duración de los estudios de tres años a 28 meses.
- Educación secundaria completa (High School²³) como requerimiento de ingreso.
- Sustitución paulatina en las plantillas de los hospitales de los estudiantes por enfermeras graduadas, distinguiéndose, de ese modo, entre necesidades educativas de las alumnas y necesidades de salud de las personas cuidadas.

Sin embargo, paradójicamente, el Informe Goldmark no produjo, ni de largo, los espectaculares efectos que el Informe Flexner tuvo en la formación de médicos:

²³ Equivalente a la actual Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

“El informe Flexner publicado en 1910 produjo reformas en la educación médica que virtualmente había alcanzado a todas las escuelas de Medicina hacia 1920. Sin embargo todavía en 1964 muchas escuelas de Enfermería todavía no habían puesto en práctica la mayoría de recomendaciones del informe Goldmark” (Matejski, 1981, 23).

¿Cuál es la causa de este retraso?; ¿por qué ese bajo impacto?. Como Merton (1969) sugiere ciertas acciones institucionales no se llevan a cabo hasta que la opinión pública no es consciente de la violación de ciertas normas. El informe Flexner fue ampliamente difundido entre los medios de comunicación. Además contenía los nombres de todas las escuelas visitadas así como información acerca de las diferentes facilidades que ofrecían a los estudiantes. Esa información llegó a todos los futuros estudiantes de medicina. Por otra parte, la necesidad de un cambio y reforma en la educación médica era una vieja demanda de los líderes académicos y clínicos, una profesión que gozaba de unos elevados índices de autonomía. Esos factores combinados con el soporte social hacia la reforma posibilitaron una atmósfera que condujo a la aceptación del cambio.

En contraste, el informe Goldmark, aunque no menos crítico con la educación de enfermeras fue considerablemente menos influyente en la determinación del cambio. Ciertamente el informe no detallaba las escuelas estudiadas. Ni sus resultados fueron ampliamente distribuidos llegando a la opinión pública, con lo que el público no pudo conocer las razones para el cambio. Pero la razón fundamental que minimizó los efectos del Informe Goldmak fue que la Enfermería no era, en realidad, una profesión autónoma y estaba manejada por intereses encarnados en los hombres que gestionaban los hospitales y la sanidad. Los curriculum que se impartían en las escuelas seguían dependiendo de los hospitales que utilizaban a las estudiantes como fuerza laboral a bajo costo.

Por otra parte, el contexto social y político en el que se llevó al cabo el informe tuvo gran influencia en la baja aceptación de sus recomendaciones. Las contradicciones filosóficas entre las normas políticas y sociales se hicieron evidentes cuando, a pesar de que gran número de enfermeras demostraron sus habilidades y potencialidades en el campo de la salud durante los conflictos bélicos en los que los Estados Unidos participaron, esas incursiones se vieron como apropiadas sólo durante periodos excepcionales: la guerra. A las enfermeras que desarrollaban su actividad en los hospitales militares, se les confiaban

responsabilidades que en tiempos de paz, sólo las realizaban los hombres médicos (Kalisch y Kalisch, 1986). Los médicos eran todavía considerados los líderes naturales del equipo de salud. Gobernaban todos los aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y la formación de los miembros del equipo, incluida la enfermera²⁴.

Ya en las décadas de los 30 y los 40 la educación de los médicos transitó rápidamente hacia el interior de los muros de la universidad. Mientras, la Enfermería permanecía sólidamente sujeta a los designios y necesidades (no necesariamente compatibles con las de las mujeres enfermeras) de los hospitales. De hecho las mayores resistencias a los primeros escarceos amorosos entre la Enfermería y la Universidad procedían fundamentalmente de la paternalista (fatalmente paternalista) clase médica²⁵ (Jolley, 1993; Kalisch y Kalisch, 1986; Matejski, 1981). Ya influyente en aquellos años, Charles Mayo, constituido después en paradigma del “american way of live”, defendía la opinión que las enfermeras perdían demasiado tiempo educándose (sic), impidiéndoles dedicarse a aliviar el dolor y sufrimiento de la humanidad. Se suponía que para el ejercicio de la Enfermería eran suficientes las cualidades inherentes a toda mujer: bondad, cariño, instinto maternal, algo para lo que no hacía falta ningún entrenamiento o formación intencional. De nuevo el menosprecio por la fundación praxeológica del cuidado.

Aunque pronunciadas en 1906, estas palabras no se alejan mucho de los pensamientos que algunos médicos que ejercen la docencia nos han manifestado (privadamente eso sí) sobre la Enfermería:

“Estrictamente hablando, la Enfermería no es una profesión. Una profesión - *como la medicina*- implica... talento y un conocimiento especial que se distingue de las simples habilidades (...). Enfermería no está llamada a contribuir al conocimiento humano o al desarrollo de la ciencia. El principal y gran deber de la enfermera es proporcionar confort a la persona encamada, algo no siempre logrado por las

²⁴ El lector interesado en los elementos sociales, económicos, raciales y políticos que constituyeron el contexto donde se gestó la formación de enfermeras en los Estados Unidos de Norteamérica puede consultar los trabajos de Daria (1987), Fitzpatrick (1983, 1986), Godden (1993), Jolley (1987), Kalisch y Kalish (1986), Matejski (1981) y Melosh (1982).

²⁵ Esas mismas resistencias aparecen, sesenta años después, en nuestro país dificultando el acceso de la Enfermería a los estudios de segundo ciclo.

enfermeras más estudiosas. Cualquier mujer, no necesariamente educada puede, en un corto espacio de tiempo, adquirir las habilidades necesarias para hacerlo, con la obediencia implícita a las directrices del médico” (Muff, 1982, 46).

Lamentablemente, la visión predominante que defiende que la Enfermería no tiene un interés especial en el desarrollo y la producción de conocimiento, ha limitado el grado con el que las enfermeras han adoptado los saberes y desarrollos científicos de otras disciplinas como partes constitutivas de sus marcos teóricos. En contraste, la Medicina que, como hemos visto, posee el poder económico y ejerce el control social sobre la Enfermería, ha incorporado libremente los principios de la fisiología, bioquímica, microbiología, inmunología e incluso psicología dentro del dominio del saber médico (Henderson, 1994). Paralelamente, ha usado su influencia para excluir de manera expresa esa amplia colección de saberes científicos de lo que se ha considerado un conocimiento propio de Enfermería, las enfermeras son plenamente conscientes de que esos saberes no les pertenecen:

“Desde el principio de su historia, la Enfermería ha visto su conocimiento definido circunscrito por la jerarquía médica a aquello que hacia referencia exclusivamente al confort y la higiene del paciente” (Doering, 1992, 28).

De ese modo, la Enfermería moderna se ha desarrollado en un contexto social en el que la mujer no tenía ningún rol socialmente aceptado fuera de la crianza y los deberes maternos de la casa. Ciertamente la Enfermería ha sido vista como la mera extensión de los roles maternos autoexcluyendo la posibilidad de reclamar como legítimo la posesión de un cuerpo de conocimientos científicos distintivo, algo que fue un dominio exclusivo de los hombres y en particular, en el contexto de la asistencia sanitaria, de los médicos (Muff, 1982; Remen, et al., 1979). De hecho las relaciones de poder entre el médico (hombre) y la enfermera (mujer) quedaron plenamente reflejadas en las argumentaciones que hemos visto y que permitieron legitimar la necesidad de que las enfermeras debían ser solamente entrenadas mientras que los médicos requerían ser educados.

4.4. Las falsas dicotomías masculino/femenino, cuidar/curar y el letal efecto del paternalismo

Estudios realizados acerca de la socialización de las enfermeras han determinado que ciertas “virtudes femeninas” como la feminidad, la pureza, la entrega, el servicio y la abnegación son valores altamente estimados y reforzados en las escuelas de Enfermería y también en la sociedad (Cohen, 1988; Muff, 1982; Remen, et al., 1979).

Esos valores se han utilizado, entre otras cosas, para la selección del personal de enfermería por parte de los hospitales y de las enfermeras con responsabilidades de gestión (Muff, 1982). Sin embargo, es interesante observar cómo quedan excluidas de esas virtudes capacidades como el pensamiento superior, la reflexión, el análisis y la síntesis y otras habilidades intelectuales de orden superior. Las instituciones en las que las enfermeras han internalizado esas “virtudes” han sido las escuelas de Enfermería y, sobre todo, los hospitales.

Históricamente la estructura y relaciones del modelo familiar han sido transferidas al hospital y a las escuelas de Enfermería (Bullough y Bullough, 1984). Los roles de la enfermera y el médico han sido definidos en términos de los papeles que en la familia efectúan hombre y mujer. De modo que la “familia hospitalaria” consiste en la madre (enfermera), el padre (médico) y los hijos (enfermos):

“Así la familia, lugar natural de la enfermedad, se encuentra duplicada en otro espacio que debe reproducir como un microcosmos la configuración específica del mundo patológico” (Foucault, 1966, 69).

La Enfermería no es más que una continuación y extensión de la naturaleza femenina. Las mujeres son enfermeras por instinto. Desde que estas dos premisas, arbitrarias en esencia, son aceptadas como socialmente válidas, la profesión de la Enfermería es considerada como un asunto exclusivo de las mujeres. De ese modo la enfermera provee, de manera desinteresada, cuidados tanto a las personas enfermas como a los médicos, reproduciendo, así, la estructura familiar. Esa sumisión sexista se inicia en los mismos orígenes de la Enfermería como actividad profesional:

“Las primeras pioneras de la Enfermería enfatizaban que para trabajar en un hospital eran necesarias una serie de virtudes maritales como, por ejemplo, la obediencia absoluta, la devoción desinteresada de madre o la disciplina bondadosa de la gestora de la familia” (Godden, Curry y Delacour, 1993, 28).

Es interesante destacar que todos estos argumentos descansan en la noción de paternalismo.

El concepto de paternalismo implica, por lo general, el que una persona cuida y guía a otra en un sentido paternal. Será este un concepto fundador de los sistemas sociales de occidente: paternalismo procede de patriarcado (Allan, 1993). Por ejemplo, Platón, cuyo trabajo es, con justicia, considerado fundador del pensamiento occidental, distinguía dos principios fundamentales: el Logos o principio matemático, racional y formal encarnado en el hombre, y el Eros o principio femenino caracterizado por la intuición y la subordinación al anterior. *Pater* significa padre, poseedor o maestro. La familia es la unidad básica del patriarcado; *familia* proviene de *famer*, esclavo o sirviente. El padre de familia es la autoridad en el grupo. Este orden patriarcal es magnificado en la profesión de Enfermería. Ciertamente puede ser doloroso aceptar que la identidad profesional de la Enfermería ha sido construida a partir de intereses ajenos a la misma, pero no es menos cierto que esa toma de conciencia ayudará a transformar las prácticas del cuidado de la salud, despojándolas de los letales efectos del patriarcado.

Como Melosh (1982) afirma las relaciones entre médicos y enfermeras están basadas en el mito del sagrado matrimonio entre la Medicina y la Enfermería. Desde esa perspectiva se defiende que la Enfermería está atada a la medicina como una pareja subordinada, al igual que muchas esposas lo están a sus maridos. De igual manera que se espera que las esposas colaboren, de algún modo, con el trabajo de sus maridos, las enfermeras deben ayudar a los médicos (antes que a los pacientes) en el desarrollo de su sagrada misión:

“El rol de la mujer enfermera fue inicialmente concebido como la cuidadora de la familia hospitalaria. Su propósito era proveer una producción eficaz y económica en forma de cuidados al paciente; se esperaba que fuese leal a la institución y una devota defensora de su reputación. A través del servicio y del autosacrificio, trabajaba

continuamente para mantener feliz a la familia. Como las madres en el hogar, las enfermeras eran responsables de satisfacer las necesidades de todos los miembros de la familia del hospital, incluida la de los médicos” (Ashley, 1979, 142).

Si la Enfermería, como puede comprobarse, era aceptada como una actividad natural e intuitiva, entonces no era necesario que la enfermera tuviese habilidades intelectuales ni una formación específica. Bastaba con que actuase como sus instintos femeninos le dictaban.

Sin embargo, esta visión interesada, sexista y reductora, obvia el hecho de que ser hembra o macho, mujer u hombre es *sólo* el elemento biológico de la identidad y que, en ningún caso, puede convertirse en sinónimo de rasgo o característica masculina o femenina que son conductas e identidades cultural y socialmente mediadas. Las distinciones sexual o biológica son, sólo, pequeñas dimensiones de las cualidades femeninas y masculinas de la existencia humana. La cuestión de lo masculino y lo femenino y su relación en los cuidados de salud, debe ser analizada desde una perspectiva holística antes que analítica; como un modo de entender la propia subjetividad. Esa subjetividad puede ser pensada, conceptualizada o simbolizada; de hecho ha sido expresada, en dos modalidades principales: la femenina y la masculina, o subjetividades *independientes* de la constitución sexual biológica del sujeto.

Este es un punto que, sin duda, suscita polémica y requiere clarificación; pero que puede ser correctamente evocado, de momento, si pensamos en cualquier padre quien, en ciertos momentos, es “maternal” o “femenino” con su hijo o hija, o en aquella madre que se muestra severa, rígida y disciplinadora con ese mismo hijo o hija. Esta visión, que rebasa y supera la tradicional identificación entre biología y comportamiento sexogenérico, en la que el hombre es “femenino” y la mujer “masculina” no sólo es teóricamente válida sino socialmente necesaria. La subjetividades masculina y femenina en lugar de ser vistas como antitéticas y mutuamente excluyentes, sobre todo en los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, pueden ser contempladas como formas complementarias y necesarias para constituir la plenitud de la conciencia humana. Esas modalidades de subjetividad son independientes de la biología, y no son cualidades físicas sino, antes al contrario, se constituyen como cualidades potenciales de la mente, los sentimientos y el espíritu

humano que son cultural e históricamente constituidos (Foucault, 1966). Si esto es así, la falacia del determinismo biológico se habría presentado en la sociedad como un requerimiento de la necesidad de que tanto el hombre como la mujer supriman y amputen de su psicología y espíritu la manifestación del principio opuesto a lo expresado en su genotipo (Remen, et al., 1979).

Después de muchos años de experimentar la contradicción que supone practicar una actividad considerada “naturalmente femenina” y participar de una subjetividad “socialmente masculina”, es decir, percibirme en la situación paradójica de aquellos a los que “culturalmente” se les permite expresar una dimensión opuesta a la que usualmente dicta la sociedad para alguien de nuestro sexo, estoy plenamente convencidos de que la mujer que más necesita liberarse es la que hay en cada hombre y el hombre que más necesita expresarse es el que reside en cada mujer.

Una persona que es biológicamente hombre es aquella a la que socialmente le está permitido expresar su subjetividad masculina a través del cuerpo, pero, al mismo tiempo, la limitación que la presión cultural ejerce para que se exprese únicamente esa subjetividad en forma masculina ocultando la dimensión femenina, supone constreñir la verdadera naturaleza del ser humano. Esa presión supone reducir la identidad y la subjetividad a una única forma de la falsa dicotomía masculino/femenino. Mediante esa reducción un ser humano se convierte, reductivamente, en el equivalente de su cuerpo.

Por otra parte, ciñéndonos a términos estrictamente biológicos, si realizamos una somera mirada al sistema endocrino constatamos cómo en todos los seres humanos existen hormonas masculinas y femeninas. Tampoco desde la perspectiva genética existe el más mínimo atisbo para argumentar una dicotomía masculino femenino (Remen, et al., 1979). Todas las células humanas poseen 22 pares de cromosomas somáticos y 1 par de cromosomas sexuales. El mayor de los cromosomas sexuales se denomina X y el menor Y. Los machos genéticos poseen un cromosoma X y uno Y, mientras que las hembras poseen dos Y. De modo que la diferencia genética entre macho y hembra es, simplemente, la diferencia de un cromosoma. Cuando el óvulo y el espermatozoide se unen para conformar un nuevo ser, una mitad de cada par de cromosomas presentes en las células de nueva formación provienen del padre y la otra de la madre (individuos de sexo opuesto). De modo que un niño o una niña poseen cromosomas de un hombre y de una

mujer: sus padres biológicos. Sin embargo, como afirman Vander, Sherman y Luciano (1979):

“La conclusión actual afirma que el factor más poderoso en la determinación de la identidad y la conducta de género lo constituyen las influencias de la vida y la experiencia social, pero tales influencias juegan con una gama de potenciales que obedecen, en alguna forma, a la exposición prenatal a la testosterona (en el caso del varón) o a la ausencia de dicha exposición (en el de la mujer). Es evidente que las secreciones gonádicas masculinas desempeñan un papel crucial en la determinación de la diferenciación sexual normal in útero o inmediatamente después del nacimiento(...). El estrógeno es naturalmente el agente estimulador de los órganos sexuales femeninos durante la pubertad y la vida adulta. Por último, los cromosomas X e Y parecen indicar únicamente si han de desarrollarse testículos y ovarios” (pág. 361).

Parece más razonable pensar que una liberación y emancipación realmente humana requiere la presencia de esas dos subjetividades simultáneamente en la vida y el trabajo de las personas, sobre todo en aquellas ocupaciones que como la salud y la educación se ocupan de las personas; porque como Assagioli (1974) sugiere:

“Sólo por la aceptación de la presencia de los principios masculino y femenino en nuestras vidas, sólo con su armonización en nuestro interior seremos capaces de trascender el condicionante de los roles sociales y expresar el amplio rango de nuestras potencialidades latentes” (pág. 45).

Valdría la pena, detenernos brevemente a examinar las características de esas dos formas de subjetividad de la existencia humana y su repercusión en las prácticas de salud.

La subjetividad masculina se ha visto, primariamente, como relacionada con la acción y el cambio. Esa identidad se manifiesta en cualidades como la competitividad, la toma de decisiones, el mando, el poder, el conocimiento, la voluntad y el materialismo

(especialmente en sus formas científica y comercial). Lo femenino es visto como la energía del desarrollo, el soporte y el sustento. Esa subjetividad se manifiesta en cualidades como la compasión, la intuición, la sensibilidad y la emotividad. Un esquema de esa polaridad puede observarse en la tabla siguiente:

MASCULINO	FEMENINO
Voluntad, Fuerza	Compasión, Amor
Conocimiento. Poder	Sabiduría
Análisis	Intuición
Independiente	Dependiente
Pensamiento Racional	Sentimientos
Técnico	Práctico
Dominante	Sumiso
Agresivo	Pasivo
Activo	Receptivo
Preocupado por las cosas	Preocupado por las relaciones
El lenguaje como lógica	El lenguaje como retórica
Proceso	Forma
Lógico	Emocional
Enfoque objetivo de la realidad: frío, contención emocional	Enfoque subjetivo de la realidad: identificado con la sabiduría del corazón

En la cultura occidental esta polaridad no sólo ha sido identificada con el sexo biológico sino que el hecho de la polaridad, en su más amplio sentido, ha sido enfatizado. Tanto es así, que esta polaridad se ha venido transformando, en ocasiones, en una dicotomía.

Sin embargo, esta dicotomía no es el único modo de relacionar lo masculino y lo femenino. En la cultura oriental, en el más amplio sentido del término, estos principios no se consideran separados. Por ejemplo, en la cultura China, el Ying y el Yang, lo masculino y lo femenino son mutuamente interdependientes. La fuerza y conocimiento de lo masculino requiere la compasión y armonía de lo femenino y viceversa con el fin de alcanzar una concepción verdaderamente humana, esto es, holística.

Cada sociedad, cada cultura, ha enfatizado uno de los dos principios en sus estructuras de significado. En las culturas primitivas, predominantemente agrícolas, el principio dominante era el femenino. En la sociedad contemporánea, tecnológica en esencia, el principio dominante es el masculino. Esta dicotomía ha supuesto, en el contexto de las instituciones sanitarias, un menosprecio y represión de los principios femeninos o, en cualquier caso, su subordinación a los masculinos (Watson, 1990). Menosprecio que se ha manifestado en el mito de la dicotomía cuidar/curar.

El mito que defiende que el cuidado no es más que una extensión de la biología femenina, esto es, innato a todas las mujeres, mientras que el desarrollo de las competencias técnico científicas requeridas para curar deben ser aprendidas, se funda en la creencia de que las características masculinas son activas (curar) y las femeninas pasivas (cuidar). Cuidar y Curar son dos acciones íntimamente ligadas en las que los atributos de la primera subsumen, como se ha intentado demostrar en el segundo capítulo, a los de la segunda. Ambas son las dos acciones que engloban todas las actividades de cualquier sistema sanitario, pero, lamentablemente, nuestra sociedad no las valora igualmente porque distintas son las consideraciones que otorga a los detentadores de esas acciones: hombres y mujeres. El trabajo de las mujeres enfermeras, como acabamos de argumentar, es visto primariamente como un proceso intuitivo y como un atributo de la naturaleza femenina. Mucho hemos dicho ya acerca del valor del Cuidado, sin embargo, en una sociedad tecnocrática, mercantilista y orientada al producto, los valores tradicionalmente masculinos prevalecen. La dicotomía curar/cuidar, masculino/femenino no sólo es arbitraria sino conceptualmente errónea. El Cuidado puede potenciar la sanación y por tanto curar. Cuando una persona sufre un Accidente Vascular Cerebral, el médico interviene tecnológicamente en la hemiplejía, pero es la enfermera quien cuida a la persona que sufre la parálisis, la asiste y ayuda en la restauración de su salud y, por tanto, interviene en la cura.

La aparente separación en la historia de la asistencia a la salud entre curar y cuidar y la subordinación del cuidado a la curación es un mito propagado por la clase médica, el cual, a través de la disolución de lo Práctico en lo Técnico y de la desaparición de lo femenino en lo masculino, ha reducido el papel de la enfermera a un lugar subsidiario en el sistema de salud. O como Bullough y Bullough explican:

“Aquéllos que defendían este enfoque postulaban que el cuidado de las personas podían ser divididos en componentes de curación y de cuidado, donde las enfermeras prestarían soporte psicosocial y el médico tendría la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento. Esta división fue defendida en un esfuerzo para encontrar un espacio para las enfermeras pero también porque las enfermeras se consideraban, como mujeres, más maternas y expresivas que los médicos. La

filosofía había actuado como la fuerza de disuasión que detuvo el desarrollo del papel de la enfermera que incluía el cuidado y la curación” (1984, 27).

4.5. Una lectura de género y sociológica de las relaciones de poder en las prácticas sanitarias

Las relaciones de poder entre la Medicina y la Enfermería han naturalizado formas socialmente construidas de opresión²⁶ transformando estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en diferencias biológicamente determinadas lo que ha obligado a las enfermeras a internalizar un estatus de sumisión respecto a la Medicina. Estatus que es reproducido inopinadamente en los centros asistenciales donde las enfermeras ejercen su labor.

Producida, parcialmente, como consecuencia de las condiciones materiales y sociales del trabajo, *la cultura profesional* que se genera en los hospitales y refuerza en las escuelas, permite a las enfermeras, entre otras, la función de adaptación y/o resistencia a las fuerzas y restricciones impuestas por los gestores, empleadores o el trabajo en sí mismo. El contenido y los rituales de la cultura profesional de la Enfermería son partes inextricables del proceso de trabajo sanitario en sí mismo. Conocer los sistemas de significado que rigen el trabajo y las tradiciones laborales de la Enfermería se nos antoja como de máxima importancia si asumimos su función de mediación entre las reglas formales y explícitas de la institución y las ambiguas circunstancias de las condiciones del trabajo diario.

Uno de los factores capitales para comprender porqué las enfermeras cuidan tal y como lo hacen radica no tanto en las intenciones explícitas de las organizaciones en las que ejercen, sino en los efectos que la estructura y funcionamiento de la institución sanitaria tiene en los esquemas de significado que rigen el comportamiento de las enfermeras profesionales (Brykczynska, 1993). En las instituciones hospitalarias, de hecho en cualquier institución, a través de procesos, siempre implícitos, de socialización o inducción profesional se producen una serie de aprendizajes sociales, independientes de los objetivos formativos y ocupacionales que son explícitamente pretendidos por la institución (Chung y Nolan, 1994). Este aprendizaje social o adaptación al papel profesional, tiene efectos sobre la subjetividad de la enfermera, la preconstituyen y es una parte importante, y no obstante poco conocida, de la vida en todas las instituciones.

²⁶ Para Freire, la noción de opresión significa la prescripción que una persona o grupo efectúa del comportamiento de otras personas o grupos, esto es, la imposición de los posibles cursos de acción de una persona o grupo sobre otras. Podemos comprender la opresión como un sistema de vectores de fuerzas y barreras interrelacionadas que inmovilizan, reducen y moldean a personas (el contenido de su conciencia) pertenecientes a un grupo determinado generando su subordinación a otro grupo. La noción de opresión supone la existencia, y perpetuación, de ciclos de dominancia y sumisión. Los grupos son oprimidos cuando fuerzas externas los controlan y definen su existencia en términos absolutos. Los grupos subordinados se convierten en oprimidos cuando internalizan los valores, creencias y normas prescritas por el grupo dominante y sus miembros tratan de llevar a cabo conductas como las de los individuos pertenecientes al grupo dominante con la vana pretensión de alcanzar el poder y control de aquéllos. El lector interesado en cómo se ha aplicado la perspectiva Freireana de la Opresión en el análisis de la Enfermería puede consultar el trabajo seminal de Susan Roberts (1983).

Esos esquemas de significado adquiridos de modo informal que rigen verdaderamente la práctica porque, como decíamos más arriba, son los mediadores entre las reglas formalmente establecidas de la institución hospitalaria y las cambiantes circunstancias de la práctica diaria, se saturan de una idea básica, constante e informalmente reforzada: los roles de la enfermera y el médico se definen en términos de los papeles que en la familia efectúan hombre y mujer. De manera que, del mismo modo que se espera que las esposas colaboren, en alguna forma, con el trabajo de sus maridos, las enfermeras deben ayudar a los médicos (antes que a los pacientes) en el desarrollo de su importante misión.

Las enfermeras, al igual que el resto de trabajadores en la institución sanitaria, se familiarizan inopinadamente con las reglas informales que, de facto, gobiernan la práctica hospitalaria. Aunque el cumplimiento de las reglas institucionales y formales es constantemente reiterado, en realidad, esa serie de preceptos no gobiernan la práctica. Y mientras que las reglas implícitas guían y orientan realmente la práctica, no se hallan definidas explícitamente ni, por supuesto, recogidas en ningún documento.

Las prácticas laborales *subordinadas*, y aquí incluimos las que las enfermeras realizan, implican siempre la ejecución de una interpretación problemática: hacer realidad práctica las prescripciones que realizan otras ocupaciones más elevadas y de las cuales depende gran parte de su trabajo. En los centros asistenciales, es bastante frecuente que a la enfermera se le diga, implícitamente, que “su misión no es pensar sino ejecutar ordenes”. Entre otras cosas porque en la cultura médica hospitalaria prevalece todavía la idea que la Enfermería es una actividad natural e intuitiva por lo que no se considera como necesario que la enfermera posea *habilidades cognitivas*.

Es importante darse cuenta que la frustración que la enfermera puede sentir como consecuencia de los mensajes implícitos de infravaloración, a veces menosprecio, de su trabajo, suele ser subjetivada como problemas o incapacidades personales, antes que como consecuencias de una posición de desventaja. La mentalidad de servilismo o de sumisión, las tareas que las enfermeras llevan a cabo no son respuestas espontáneas y biológicamente femeninas a las necesidades humanas de las personas que cuidan o a la superioridad técnica masculina que los médicos detentan. Son, en realidad, el resultado de un sistema, de una institución, que apoya abiertamente la separación entre cuidar y curar, a la vez que, de manera encubierta, se apoya en las enfermeras para rellenar el vacío entre ambas:

En el desarrollo de la asistencia sanitaria, y de la medicina hospitalaria en concreto, los destinos de la Medicina y la Enfermería han estado íntimamente relacionados: una simbiosis como antes comentábamos. El primer grupo, sin embargo, posee un lugar de privilegio, sólidamente establecido en el sistema de salud, algo muy diferente del segundo grupo. Para hacer inteligible este hecho hay que entenderlo como una dominancia construida por la medicina para satisfacer una condición necesaria para su propio desarrollo: la existencia de grupos paramédicos y semiprofesionales que se subordinan a ella en un proceso de división del trabajo. Uno de los elementos clave que han contribuido a la estabilización de ese proceso es el éxito histórico de la oposición de la clase médica a que la Enfermería alcanzase una educación universitaria completa.

Las experiencias opuestas de los diferentes grupos profesionales que trabajan en las organizaciones de salud son consecuencia del lugar que ocupan en la jerarquía de poder y de las interrelaciones a que este posicionamiento da lugar. Mientras que los que ocupan los lugares más elevados en la jerarquía pueden usar el poder que les confiere su posición en la estructura formal para determinar las reglas que les permitan alcanzar sus objetivos, otros deben obedecer “las órdenes del día”. Las enfermeras reciben instrucciones que deben obedecer y que, con frecuencia, van más allá de los objetivos y actividades derivadas de los requerimientos de su puesto de trabajo. Las enfermeras sirven, inopinadamente, no a una entidad abstracta denominada sistema sanitario, sino a los intereses de personas reales con un estatus superior.

Estamos ya en condiciones de ofrecer una definición tentativa de la ocupación enfermera en las organizaciones sanitarias: aquello que es poco importante y esencial al mismo tiempo. Esta paradoja se comprende cuando observamos cómo las enfermeras son utilizadas como una fuerza de trabajo altamente flexible, una “apagafuegos, y cuando constatamos que poseen importantes, y sin embargo no reconocidas, responsabilidades que completan su trabajo de asistir al enfermo, responsabilidades que ningún otro profesional de la salud asume. A diferencia del resto de profesionales que trabajan en el campo de la salud, las enfermeras desarrollan funciones intercambiables y, a menudo, contradictorias. Por una parte, se espera que actúen como ayudantes leales, obedientes y deferentes para con los médicos y administradores y pacientes. Esperanza que la hegemonía biomédica se ha encargado de hacer realidad. Pero, por otra, se las responsabiliza del cuidado y control de las personas que asisten, en ausencia de aquellas “autoridades”.

Las enfermeras deben ser prácticas inteligentes pero en ningún caso deben esperar reconocimiento por su acción. Lo que, en cualquier caso recibirán, si las buenas maneras prevalecen, es la gratitud de los enfermos que se da a las “buenas personas”, a aquellas enfermeras que expresan buenos sentimientos hacia los pacientes. No en vano, en el imaginario social se halla instalada la creencia que la Enfermería es un trabajo para el que basta con ser mujer y que no requiere conocimiento superior alguno. La pericia distintiva de los “buenos profesionales” produce admiración antes que gratitud y esa queda reservada en exclusiva para los médicos que son poseedores de saberes considerados casi mágicos por el imaginario social.

Por otra parte, se defiende que las enfermeras tienen una “responsabilidad personal” con el enfermo; este compromiso informal contrasta con la especialización de los expertos: mientras para cuidar es suficiente una implicación personal, la cura queda restringida a una provincia de expertos. En el hospital, el cuidado de los enfermos es definido, por pasiva, como una rutina, como trabajo físico que no tiene significación

para la recuperación o cura del paciente y que no requiere formación previa alguna, sólo hemos de permitir que la biología femenina actúe. Por ejemplo, en servicios hospitalarios altamente especializados enfermeras con titulación universitaria y amplia experiencia profesional en el campo “intercambian” ciertas funciones con auxiliares de Enfermería que como mucho poseen experiencia en la rutina hospitalaria.

Las enfermeras ocupan lugares y realizan funciones paradójicas en la organización sanitaria. Son poco reconocidas en el sistema educativo, si no marginales y, sin embargo, se constituyen en el núcleo de las prácticas sanitarias. Pero en el nivel estratégico de la gestión sanitaria, las ciencias curativas biomédicas son definidas como “naturalmente” superiores y distintas de las ocupaciones y trabajos de los grupos directamente implicados en el cuidado de las personas. Trabajos que no requieren una especial cualificación técnica. Por ejemplo, puede suponerse que para que una enfermera pueda realizar su trabajo con unos mínimos estándares de calidad el número de personas a los que atiende estará en función de la cantidad y tipo de actos de Enfermería que requieran. Sin embargo, los gestores sanitarios, en una muestra de devaluación del trabajo de la enfermera, ignoran totalmente este aspecto.

Pero, en contra de lo que hasta aquí hemos visto, la Enfermería no es, como hemos venido insistiendo y contrariamente a las creencias más populares, una respuesta natural femenina a las necesidades de salud de las personas. Se trata, más bien de una ocupación socialmente organizada que, categorizada predominantemente como una actividad femenina y práctica, se mantiene invisible si no marginal en la jerarquía ocupacional de las profesiones de la salud. El compromiso vocacional con que muchas enfermeras acceden a la práctica, las dosis de bondad, solidaridad y ayuda que aplican al ejercicio del Cuidado suelen ser esenciales para la autoestima, bienestar y curación de las personas a las que cuidan. Sin embargo, dentro de un sistema de tratamiento tecnológico preocupado por obtener la mayor eficacia y que prima la pericia técnica, aquellas cualidades de la Enfermería no son vistas como relevantes para el progreso científico y secundarias en la asistencia a los enfermos. Consecuentemente, en la provisión de salud las visiones y aportaciones de la Enfermería acerca de los objetivos y estrategias del sistema de salud suelen ser ignoradas y/o desconocidas.

Pero las enfermeras, como ya hemos matizado, también experimentan conflictos de identidad profesional. Los administradores sanitarios solicitan sirvientas domésticas autodisciplinadas que lleven a cabo el trabajo doméstico del hospital. Los médicos “necesitan” enfermeras con una sólida formación técnica para aplicar y controlar con toda precisión los sofisticados tratamientos que prescriben. La ética altruista de la Enfermería como servicio público impele a las enfermeras a colocar las necesidades de las personas que cuidan antes que sus propias necesidades o las de su ocupación y, simultáneamente, deben seguir una estrategia de profesionalismo que asegure los intereses colectivos en el contexto del sistema de salud (Cohen, 1992). ¿Ser una honorable sirvienta o una mujer

profesional?, esa es la cuestión. Este, aunque es un grave problema que debe acometer la Enfermería moderna, no es una cuestión que se limite al universo de la Enfermería.

En realidad, la categorización y devaluación de la Enfermería en el sistema de salud como un tipo de personal de servicio, subordinado y disciplinado es, sobre todo, una consecuencia de la infravaloración del trabajo femenino, práctico y del cuidado en nuestra sociedad. Esta devaluación es resultado de prejuicios sociales profundamente enraizados con respecto al género y la clase social. Aunque nos pese reconocerlo y frente a la retórica, ingenua y bienintencionada, en uso en alguna literatura sobre Enfermería, la idea dominante en el contexto de la asistencia sanitaria es que el Cuidado no es complementario a la intervención tecnológica médica que persigue la curación, es subordinado. La distinción curar/cuidar no es consecuencia de dos fenómenos de naturaleza diferente, es una construcción social, por tanto arbitraria, convertida en mitología. Construcción en la que, sin embargo, las enfermeras han tenido un papel marginal, el estatus de sumisión y subordinación nunca ha sido intencionalmente perseguido por las enfermeras.

El persistente antiintelectualismo que puede observarse en la práctica de la Enfermería, no es la *causa* sino el *efecto* (que actúa, a su vez, como causa) del lugar marginal y subordinado que la mujer ocupa en las organizaciones de provisión de servicios sanitarios. Las enfermeras no se han hecho con el control de los aspectos más creativos y cualitativos de su trabajo, quedando estas importantes dimensiones subsumidas y ocultadas por el resplandor de la cura biomédica masculina. Las estructuras médicas y de gestión del sistema sanitario han sido quienes han determinado, regulado y evaluado el horizonte de significados y las condiciones objetivas del trabajo de las enfermeras:

Para comprender la Enfermería tal cual es practicada en la actualidad hay que ir más allá de los análisis de su ideología de servicio altruística y vocacional o de una descripción de las estructuras y prácticas en las que se educa a las futuras profesionales. Es necesario un marco de análisis más amplio: el institucional.

La estructura y funcionamiento del sistema sanitario, la cultura profesional que genera y los sistemas de reglas ocultas que realmente gobiernan la práctica impelen a las enfermeras no necesariamente hacia las necesidades de las personas que cuidan, sino hacia los intereses de los grupos que detentan el poder dentro de la industria sanitaria. La práctica de la Enfermería sólo puede hacerse inteligible si se la concibe como una consecuencia del lugar marginal que históricamente ha ocupado en las instituciones médicas. Como consecuencia, existe un estatus de sumisión muy alejado del modelo idealizado que la retórica académica propone.

Ciertamente el viejo problema de la impotencia de la Enfermería no se soluciona con prácticas más asertivas, estilos de gestión “más democráticos” o con una formación inicial de mayor calidad. La falta de autoridad de las enfermeras tampoco se debe a un estilo naturalmente gregario de comportamiento grupal, sino a un sistema de salud que devalúa el cuidado como un trabajo no apto para científicos. Pero, además,

esa subordinación impuesta, esa consideración del Cuidado como un trabajo secundario, implica que gran parte de las actividades que las enfermeras realmente realizan se adscriban al territorio de las prácticas informales y no documentadas. Gran parte del aprendizaje social, de las rutinas y procedimientos de cuidado y del conocimiento personal y práctico que las enfermeras aprenden informalmente durante su proceso de socialización profesional (fundamental para un cuidado competente) no son consideradas como una parte sustantiva de su trabajo. La consecuencia en términos del aprendizaje de un conocimiento prácticamente relevante para el ejercicio del Cuidado es, bajo nuestro punto de vista, toda una tragedia. Estamos convencidos que una considerable cantidad de conocimiento de primera mano, obtenido a través de una larga historia de “manos y mentes que cuidan”, o es traspasado de las enfermeras expertas a las debutantes a través de modalidades “ad hoc” o bien se pierde para siempre. El que aquel conocimiento imprescindible para una práctica de cuidados de calidad sea altamente tácito, práctico, intuitivo e idiosincrásico y el hecho de que sea difícilmente formalizable, no implica que sus efectos no sean beneficiosos para la persona cuidada, como supone, erróneamente, la racionalidad técnica biomédica que triunfa en la Enfermería: la mentalidad del cuidado que está sumergida en la ciencia empírica biomédica y dominada por la conceptualización médica del enfermar y no por la de los enfermos o las enfermeras.

Contemplamos en suma, cómo en la actualidad la Enfermería y el cuidado no poseen un estatus independiente del modelo institucional biomédico. Cuando una enfermera intenta de manera autónoma llevar a cabo innovaciones en su trabajo con objeto de ofrecer “su” propia contribución al cuidado de la salud suelen aparecer problemas. Por ejemplo, cuando la enfermera en el hospital trata de “personalizar” su trato con el paciente aparecen una serie de conflictos. Es fácilmente constatable que, en contradicción con los valores de la profesión, “hablar con los enfermos” no es considerado como un trabajo de Enfermería, por eso cuando las alumnas en prácticas “no tienen nada que hacer” se les invita a que vayan a hablar con tal o cual enfermo que se “encuentra muy solo”. La integridad de la persona, sus necesidades de comunicación son sacrificadas a los designios de la mentalidad tecnocrática de los administradores que impele a las enfermeras a desarrollar sus “tareas” lo más rápidamente posible.

Una de las primeras reacciones de la profesión enfermera ante la marginalidad de su posición en el sistema de salud fue adoptar como estrategia de legitimación la ideología médica; una ideología masculina que equiparaba lo profesional con lo científico. Situación que todavía hoy perdura. La ya tradicional defensa de este dispositivo de legitimación por parte de un buen número de estudiosas y teóricas del cuidado ha venido generando una serie de tensiones entre las mujeres que trabajan como enfermeras. Esas tensiones han aparecido, entre otros lugares, en el discurso y la retórica académica cuando se construyen debates que podríamos denominar esencialistas, donde las cuestiones a resolver son del tipo, ¿qué es la Enfermería?, ¿cuáles son las características del saber propio de la Enfermería?, ¿cuáles son los métodos más apropiados para una ciencia enfermera?.

Como se ha visto en páginas anteriores, el advenimiento de la ideología profesional científica en la Enfermería se inicia en el momento en el que las líderes enfermeras tratan de llevar a cabo una reforma similar a la que se produjo en la medicina como consecuencia del informe Flexner. El objetivo de aquella reforma educativa fue estandarizar la formación y egresión de médicos de acuerdo con las nuevas normas científicas. De ese modo la concepción “masculina” de lo profesional como un conjunto de saberes científicos que aseguraban la autonomía en el ejercicio profesional se convirtió en un objetivo de la profesión enfermera.

El paso siguiente, que culminó con el dominio de la mentalidad masculina tecnocrática en la Enfermería, fue cuando los hospitales se convierten en los lugares de producción del saber biomédico. En esos momentos los médicos cambian su lugar de trabajo y la naturaleza de su mirada alejándose de las instituciones de caridad y abrazando la ideología positivista e incorporando el concepto de familia donde, como ya hemos visto, el médico y el administrador del hospital actuaban como padres y las enfermeras como madres. El modelo de hospital que emergió (y que todavía perdura) fue una institución de servicio, burocrática, eficiente y capitalista.

En ese contexto axiológico, las enfermeras vieron la eficiencia y la objetividad del trabajo científico como los puentes que les permitirían llegar al estatus profesional que los médicos disfrutaban. Por ejemplo, en el Teachers College de la Universidad de Columbia (la Facultad pionera en la formación postbásica para enfermeras) se empezaron a realizar, en la década de los veinte, un buen número de “estudios científicos” para determinar los componentes de un cuidado científico, eficiente y de calidad. Ese *análisis de tareas* y descomposición de actividades, en la mejor tradición Tylorista, permitió asignar en función de su supuesta complejidad, diferentes tareas a diferentes trabajadores como enfermeras, auxiliares y enfermeras técnicas. Así que la Enfermería colaboró, de modo inopinado, al desarrollo de la división del trabajo médico en los hospitales y a la implantación de los principios de la racionalización (y descualificación) científica del trabajo.

El efecto de la adopción de la ideología cientista ha sido el de saturar la conciencia de las enfermeras profesionales con la lógica fabril de las técnicas de producción en cadena, véase si no los lamentables ejemplos de delimitar, controlar y reducir un trabajo

profesional (por tanto autónomo e independiente) a un listado de tareas a realizar en un tiempo preestablecido que constituyen los ya famosos en Enfermería “estudios de *cargas de trabajo*”. En este sentido no debe sorprendernos que muchas enfermeras definan su función no en términos profesionales sino como imperativos organizacionales. A pesar de la retórica del cuidado integral, biopsicosocial u holístico es evidente que en las instituciones sanitarias existen condiciones reales para que este enfoque no se ponga en práctica.

Las relaciones de poder y la segmentación y división del trabajo en las instituciones sanitarias consiguen que las enfermeras, al igual que todos los productores manuales, adquieran los valores y esquemas de significado y comportamientos que de ellas se espera. Pero en ese proceso de socialización para la subordinación, además de los requerimientos y habilidades derivadas de las exigencias del puesto de trabajo, las enfermeras aprenden a conocer “cuál es su lugar” en la institución. Lo que en el contexto de la Enfermería se percibe como una visión impuesta del cuidado centrado en las tareas es, desde una óptica sociológica, la imposición de reglas y significados para asegurar la obediencia.

En las instituciones sanitarias, el cuidado se ha entendido como la asistencia no científica que los enfermos requerían como consecuencia de los tratamientos médicos. La Enfermería se ha considerado como un instrumento al servicio de la medicina y de la administración sanitaria. La invisibilidad marginada de las enfermeras no es, como hemos visto, una consecuencia de que el cuidado requiera simplemente una habilidad femenina determinada biológicamente, antes al contrario, el lugar subordinado que las enfermeras ocupan en el sistema de salud es una manifestación más de los prejuicios sexistas de nuestra sociedad.

Por otra parte, la filosofía profesional de la Enfermería orientada a la satisfacción de las necesidades de las personas que cuida no explica el porqué del papel subordinado de la Enfermería en el sistema de salud. El papel de la enfermera continúa siendo descrito y analizado en términos de interacciones profesionales enfermera-enfermo. Pero las relaciones que realmente determinan su función profesional son entre los cuidados de enfermería y los administradores de la salud. Gran número de aspectos problemáticos de la práctica actual de la Enfermería son vistos como una consecuencia de los abismos existentes entre la Teoría y la Práctica del cuidado o las grandes distancias entre el mundo de la academia y el de la Práctica o las dicotomías entre cuidado profesional o trabajo vocacional o ético, resumiéndose estas problemáticas como un asunto de Enfermeras versus Enfermeras. Pero el análisis de todos esos aspectos problemáticos se queda en la superficialidad de su mera enumeración. Realmente se sabe poco acerca de las relaciones de las enfermeras entre sí, o de éstas con la organización en la que trabajan. Las obligaciones de las enfermeras atraviesan las relaciones entre un buen número de grupos con intereses en conflicto, por ejemplo:

Enfermera-Enfermera: nos consta que las visiones de un buen número de enfermeras no coinciden, o incluso son contrapuestas, con las de aquéllas que desempeñan cargos de responsabilidad en el sistema sanitario y educativo. Enfermeras y comadronas poseen diferentes orientaciones acerca de la profesión que desempeñan: profesión, vocación o trabajo. Pero, además, gran número de comadronas no se consideran enfermeras, sino más bien profesionales con un estatus semejante al del médico. También dentro de la Enfermería existen jerarquías; en el vértice de la pirámide se hallan aquellas enfermeras que realizan su labor en unidades que requieren el uso de alta tecnología; las que trabajan en centros “geriátricos” se hallan en la base.

Enfermera-Médico: Las acciones de las enfermeras se inician, en contra de lo que defiende alguna retórica académica, con una directiva médica emanada del impersonal y mecanicista modelo biomédico. Casi todos los enfoques del cuidado de los enfermos son mediados a través de categorías clínicas en las que el papel de la enfermera es instrumental y el del enfermo pasivo. Con su trabajo, las enfermeras lo que en realidad expresan es “su” comprensión del “trabajo médico” más que un entendimiento de “su” trabajo o de las necesidades “del” enfermo. Ésta es la evidencia de la instrumentalidad de su función.

Enfermera-Organizaciones: La ideología vocacional de la Enfermería justifica y legitima la conceptualización generalista e inespecífica de su función; ellas pueden acometer tanto trabajo como sea necesario (no importa lo displacentero que sea) independientemente de las recompensas, el estatus o el control. Las enfermeras son utilizadas como instrumento de trabajo de la gestión científica sanitaria.

Pero, además, la Enfermería en sí misma contiene como mínimo varias ocupaciones todas ellas definidas como apéndices instrumentales de la medicina; una diversidad que es reflejada en las distinciones que se establecen entre diversas especialidades como, por ejemplo, Enfermería Urológica, Enfermería Geriátrica, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Neurológica, etc. Enfermería en sí misma no es una categoría homogénea sino una jerarquía donde los niveles más bajos desarrollan la gran mayoría del trabajo físico (en nuestro caso las auxiliares de enfermería). Sociológicamente hablando nos hallamos ante una división de clases.

Lo que nos interesa destacar es que las tensiones que se producen como consecuencia de toda esa mezcla e interacción de roles y relaciones institucionales, tienden a ser relegados a la dimensión informal de las prácticas sanitarias adoptando la forma de dificultades o quejas personales antes que de problemas institucionales. Muchas de nuestras compañeras enfermeras nos han dicho en más de una ocasión que se nos conoce como una profesión de cuidados pero ¿quién cuida a los cuidadores?. El lugar y papel de la Enfermería en el sistema de salud no es valorado y juzgado con las categorías de enfermeras o enfermos. La lógica que informa y justifica el bajo estatus de la Enfermería no es el resultado de una necesidad (la ayuda a las personas en la satisfacción de sus necesidades de salud) sino la lógica de una forma industrializada y fabril de asistencia a la salud. En realidad las enfermeras no son empleadas por el sistema sanitario para emitir opiniones sino para manufacturar un sistema de cuidados. No trabajan al modo de aquellos profesionales independientes que gobiernan de una manera explícita su propia actividad profesional, antes al contrario, la mayoría de enfermeras de nuestro país desarrollan su actividades dentro de modelos que en realidad son definidos por sus empleadores. Como ocupación asistencial, el principal objetivo de la Enfermería es hacer realidad, llevándolas a la práctica, las prescripciones de los grupos que ocupan un estatus más elevado en el sistema de salud. Sin embargo, puesto que esta intención del sistema de salud no es abiertamente formulada, no nos sorprende que gran número de enfermeras manifiesten su confusión acerca de cuál es su verdadera función en el sistema de salud.

Sus enfoques hacia las personas que cuidan, es decir, la mentalidad de ayudar a las personas a cuidarse, a satisfacer sus necesidades, a fomentar su independencia, son mediadas por, y realizadas a través de instituciones tan poderosas como la Medicina hospitalaria y las estructuras de gestión del sistema sanitario. La consecuencia para las enfermeras es la ausencia total de autoridad para iniciar acciones de cuidados definidas desde esquemas de significado propiamente enfermeros.

Los roles y acciones profesionales en un sistema como el de salud en el que conviven y trabajan, supuestamente en equipo, diferentes profesiones, son “estatus en acción”. No son neutrales ni inocentes, todos los roles son relativos al estatus de aquéllos que están “por encima” y “por debajo” en la jerarquía. Aunque es infrecuente que gerentes y directores médicos (los hombres que mandan en los hospitales) aparezcan por las unidades y plantas del hospital, la presencia de esas “autoridades” está siempre presente en las mentes (sobre todo en algunas clínicas privadas que hemos conocido a lo largo de nuestra experiencia profesional) de las enfermeras en términos de aquellas expectativas de comportamiento y actitudes hacia los pacientes, que realmente gobiernan la práctica. Esas relaciones sociales, abstractas, virtuales y poderosas son tan reales como cualquier presencia física. Por ejemplo, para una enfermera “bien entrenada” (alienada) sus interacciones con los enfermos nunca adoptan la forma de una consulta entre un profesional y su cliente. En realidad la responsabilidad de la enfermera hacia el paciente es trasladada de manera formal hacia el interior de reglas institucionales y de procedimientos estandarizados y burocratizados, de modo que la “personalización en el trato” deviene un objetivo difícil de alcanzar. La Enfermería como actividad profesional no está influida por la retórica del profesionalismo tan al uso en la academia, sino por su estatus que es construido como una derivación de los actos médicos y de la cura tecnológica.

En el sistema de salud, las enfermeras son definidas exclusivamente en términos de funciones instrumentales. Esto significa que son conceptualizadas como un par de manos y de pies. El cuidado que las enfermeras desempeñan no es visto como una actividad que se relacione directamente con la recuperación y curación de los pacientes sino, simplemente, como una lista de tareas rutinarias y técnicas impuestas por los grupos que

detentan el poder en el sistema. Por ejemplo, cuando las enfermeras llevan a cabo (con elevada pericia normalmente) complejos procedimientos como administrar ciertos tipos de medicamentos, eso se convierte, en realidad, en una “ronda de medicación”. O cuando actúan competentemente en los momentos dramáticos que se dan en los servicios de urgencias, están, en realidad, trabajando de acuerdo con un “protocolo de comportamiento en las urgencias”, usualmente definido por los médicos.

En síntesis, las enfermeras son clasificadas abiertamente como profesionales de bajo nivel o “semiprofesionales”, lo que les confiere un estatus muy ambiguo en el contexto del sistema de salud. No son profesionales independientes con suficiente poder para determinar las reglas de su práctica ni son mano de obra descualificada que pueda ser fácilmente reemplazada (recuérdese que, pese a la oposición del sector médico, poseen formación universitaria). Pero además ocupan un papel central en el mantenimiento del correcto funcionamiento del sistema de salud. Lo que nos interesa destacar es que en el nivel donde se toman las decisiones del sistema de salud, el trabajo de cuidar que las enfermeras desarrollan es marginado con respecto a los requerimientos técnicos y profesionales que precisa para su desempeño. Y esto sucede porque el cuidado de los enfermos no es visto como una actividad lo suficientemente compleja para ser aprendida, es más bien el resultado de un destino biológico (el de las mujeres). Tomado como un trabajo “de mujeres”, la Enfermería se considera la expresión de manifestaciones biológicamente femeninas como la responsabilidad y la sensibilidad.

El cuidado a los enfermos visto, convenientemente, como una extensión del papel familiar que la mujer desempeña de manera natural, sirve para ocultar la gran dureza y enorme importancia del trabajo que las enfermeras desempeñan. Pero también, esta asociación entre funciones de la Enfermería y virtudes biológicamente femeninas se utiliza para justificar su bajo estatus en el sistema de salud. El cual no es, sin embargo, el resultado de cualidades intrínsecamente femeninas o de una lógica natural: es un lamentable prejuicio social o estereotipo.

4.6. A modo de síntesis

Como hemos visto hasta ahora, el sexismo en el sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad. Las relaciones de poder que han naturalizado formas socialmente construidas de opresión han obligado a la Enfermería a internalizar un estatus de subordinación respecto la medicina. La situación de muchas enfermeras no es muy

diferente a la de la mayoría de las mujeres, sólo el escenario y los actores son diferentes. Dadas estas circunstancias estamos en condiciones de afirmar que la Enfermería es un grupo oprimido (Freire, 1972).

Hasta aquí hemos intentado describir cómo las relaciones simbióticas entre la Enfermería y la Medicina continúan dificultando los esfuerzos de aquélla hacia la emancipación de los discursos y las prácticas hegemónicas del poder médico. El efecto de esa hegemonía se manifiesta en la incapacidad de muchas enfermeras para traer a la conciencia el hecho que su identidad profesional ha sido deliberadamente diluida y subsumida en esa simbiosis a través de los mitos y falsas dicotomías masculino/femenino y curar/cuidar. El efecto de esa alienación profesional ha determinado que la Enfermería se constituya hoy día como el arquetipo de grupo oprimido cuyas acciones son prescritas por otros y, frecuentemente, explotadas en beneficios de otros (Hedin, 1986a).

En resumen, el pensamiento feminista en el contexto de la práctica de la Enfermería podría sintetizarse en las siguientes premisas:

- Es necesario desmitologizar la Enfermería como práctica natural femenina y subordinada al saber masculino biomédico (Muff, 1982; Perry, 1993; Wuest, 1993).
- La intervención médica orientada a la curación no es lo mismo que el cuidado de la salud (Bishop y Scudder, 1995). El cuidado no es una parte subordinada a la curación (Melia, 1987). La asistencia a la salud, su cuidado su restablecimiento o promoción, es una práctica social, un fenómeno de interacción entre sujetos y, por tanto, moralmente orientado; no puede ser reducido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de la enfermedad. Los tratamientos, la mentalidad de intervención tecnológica, la consecuente sobrevaloración de las técnicas que reducen a objetos a los sujetos y la adscripción de la salud social a un territorio de expertos técnicos, han ocultado la importancia de los componentes cualitativos, sociales y expresivos del cuidado de la salud y de la participación y responsabilización de las personas de su propia curación y sanación. Bajo el resplandor de la intervención tecnológica confundimos de una manera reductora la Medicina con el cuidado de la salud. Como Lupton (1995) sagazmente sugiere, las mejores estimaciones son que el sistema

médico en sí mismo influye únicamente en un 10% de los índices sociosanitarios: esperanza de vida, mortalidad, morbilidad. El restante 90% es determinado por factores sobre los que la Medicina tiene poco o ningún control, por ejemplo, los estilos de vida, las condiciones materiales de la existencia o el ambiente físico.

- Ser mujer o ser hombre es “una parte” biológica de la identidad, no es lo mismo o sinónimo de aquellas características femeninas o masculinas que son socialmente construidas y transmitidas. Socialmente, que no por imperativo biológico o de manera natural, la mayoría de mujeres son enseñadas, dentro del proceso de socialización, a “ser femeninas” y no masculinas y los hombres a “ser masculinos” y no femeninos. La socialización superpuesta a través de este proceso sexista, es decir, la propia existencia del proceso en sí mismo, revela su artificialidad y arbitrariedad. El sistema médico y la ideología patriarcal que transmite refleja e institucionaliza este sexismo. Uno de los resultados de este sexismo es que no sólo los hombres son más valorados que las mujeres, sino que la masculinidad como conducta de género aprendida, es más valorada que la feminidad (Carter, 1994).
- La toma de decisiones en el sistema de salud, se realiza en un sistema de valores masculinos y tecnocráticos y es realizada principalmente por hombres, aunque una gran mayoría de los profesionales de la salud son mujeres. La medicina y las tecnologías biomédicas representan un enfoque instrumental centrado en la enfermedad de los problemas de salud y que subordina los aspectos relacionales, económicos y sociales de la salud que son los principales factores que determinan la salud de las personas. Esos componentes expresivos reflejan las cualidades de lo femenino hacia las que las mujeres han estado primariamente socializadas. El enfoque instrumental y técnico-racional refleja los valores masculinos (y dominantes) hacia los que los hombres han estado inicialmente socializados. Naturalmente (aunque, sin embargo, no normalmente) ambos sexos poseen el potencial y la capacidad para exhibir ambos repertorios de conductas “masculinas” y “femeninas” socialmente aprendidas.

**UN MANDATO PARA TRANSFORMAR EL CURRÍCULUM
DE ENFERMERÍA**

5.1. Hacia un currículum transformador de las enseñanzas de Enfermería

El año 1986 marcó el inicio de una corriente de pensamiento en la educación enfermera, inicialmente en EE.UU, denominado “Curriculum Revolution”. Se trataba de una invitación al profesorado de Enfermería para reflexionar en torno a los dilemas de la práctica de la enseñanza de la Enfermería. Según Tanner (1990b) las profesoras de Enfermería por su doble calidad de profesoras y enfermeras forman parte de dos sistemas (el sanitario y el educativo) que en la actualidad se hallan bajo escrutinio social y son motivo de no pocas polémicas. Mientras la Enfermería como disciplina académica se ha mostrado principalmente preocupada por aspectos teóricos (Fawcett, 1991) y epistemológicos transformando lo que originalmente era un campo de prácticas en un campo de estudio (Jarvis, 1992c), la escena en los sistemas educativos y sanitarios está cambiando dramáticamente (Moccia, 1990b).

El aumento de los costos de los sistemas de salud, el debate tan actual sobre financiación de los sistemas sanitarios, la estabilización o incluso recesión de los indicadores de salud, la creciente tecnologización y privatización de los sistemas y el eclipse del paradigma biomédico son algunas de las manifestaciones de lo que Watson (1990) denomina el fracaso moral del patriarcado. Ciertamente mucho ha sido escrito sobre las necesidades de transformación de los sistemas de salud²⁷. Las enfermeras como colectivo profesional están empezando a manifestar su desacuerdo con la dominancia estructural que la clase médica ejerce en el sistema de salud; y los usuarios, por ejemplo, los pensionistas, se muestran cada vez más preocupados por los niveles de cobertura. Como a lo largo de este trabajo trataremos de precisar, las crisis y problemas del sistema de salud son

²⁷ Sobre todo en Estados Unidos de Norteamérica donde el sistema de salud es considerado hoy día como un verdadero escándalo moral, impulsado más por el afán de lucro que por la filosofía de servicio social siendo la salud considerada más como un negocio que como un derecho. Para más detalles a este respecto pueden consultarse los trabajos de Adamson (1993), Mundinger (1980), Buckenham (1982), Muff (1982), Perry (1993) o Ginzberg (1990).

manifestaciones del fracaso de la visión tecnológica dominante acerca de la salud y la enfermedad en la que los valores del cuidado y el trabajo de las enfermeras se han posicionado, en el mejor de los casos, en los márgenes y las sombras de una realidad patriarcal, manteniéndose invisibles la mayoría de ocasiones (Allen, 1990a; Clare, 1993; Hedin, 1987).

En última instancia, en el contexto del pensamiento enfermero, crece la conciencia de que las cuestiones fundamentales con las que la Enfermería se enfrenta tanto en la universidad como en el sistema sanitario suponen una batalla ideológica frente a los intereses de dominación y control expresados en el paradigma biomédico (Moccia, 1990a).

El año 1987 la National League for Nursing²⁸, quizás la organización más influyente en la Enfermería Norteamericana, celebró su Congreso Nacional de Educación en Enfermería bajo el lema “*Curriculum Revolution: Mandate for Change*” desde entonces tres congresos internacionales y multitud de congresos, seminarios y otras actividades de carácter científico se han venido desarrollando en torno a esa temática: *la necesidad de un cambio radical en los supuestos epistemológicos y teóricos que informan las prácticas de la enseñanza de la Enfermería y una transformación de la práctica misma.*

²⁸ La National League for Nursing junto con la American Nurses Association son las dos principales asociaciones de enfermeras de los Estados Unidos. La ANA es la asociación profesional oficial de las enfermeras registradas. Sus funciones son similares a la de los colegios profesionales aunque no es obligatorio asociarse ni posee capacidad para inhabilitar a sus miembros. Sus funciones son el desarrollo de la práctica de la Enfermería y la mejora de su status profesional. La NLN es una organización que se encarga de la evaluación y acreditación de las escuelas de Enfermería con el objeto de garantizar la calidad de sus programas. Fue fundada en 1952 con la fusión de siete organizaciones: National League for Nursing Education (1893), National Organization for Public Health Nursing (1912), Association of Collegiate Schools of Nursing (1933), Joint Committee of Practical Nurses and Auxiliary Workers in Nursing Services (1945), Joint Committee of Careers in Nursing (1948), National Committee for the Improvement of Nursing Services (1949) y National Nursing Accrediting Service (1949). Su objetivo fundamental es la satisfacción de las necesidades de salud de la población a través de la mejora de la educación y la práctica de la Enfermería. Una de sus responsabilidades principales es la de definir los standards con los que se va a evaluar la enseñanza de la Enfermería a través del proceso de acreditación. A este servicio se acogen de modo voluntario aquellas escuelas que desean una información relevante para la mejora de sus programas. La NLN es la agencia oficial de evaluación de la calidad de la formación en Enfermería en EE.UU; anualmente se publican y difunden los resultados de esas evaluaciones. También se responsabiliza del examen de acceso a la profesión realizado en conjunción con el National Council of State Boards que es el organismo oficial responsable de regular el acceso a las profesiones mediante exámenes de nivel. Además de enfermeras tituladas pueden ser miembros de esta asociación todas aquellas personas interesadas en la mejora de la salud de las personas. Nursing and Health Care es el órgano de difusión de la NLN. Es una publicación mensual que recoge trabajos acerca de la formación de Enfermeras y de la práctica asistencial.

Este movimiento que podríamos caracterizar, usando la terminología de Pinar, de “reconceptualización” de la Educación de profesionales de Enfermería, se difundió a partir de 1990, a lo largo del discurso pedagógico/didáctico de la Enfermería y en la actualidad es la fuente de influencia más importante para la enseñanza de la misma (Allen, 1990b; Bevis y Murray, 1990; de Tornyay, 1990; Diekelmann, 1988; Moccia, 1988b; Munhall, 1988; Tanner, 1990b).

En la enseñanza contemporánea de la Enfermería nunca antes ha habido un clima tan poderoso y favorable a la transformación de su curriculum. Sin embargo, este movimiento no se circunscribe únicamente al ámbito de la Enfermería sino que se articula dentro las transformaciones y cambios paradigmáticos (de Miguel, 1989) que se están produciendo en el discurso didáctico y de la formación de profesionales en la última década. Discurso en el que han irrumpido con toda fuerza las visiones reconceptualizadoras y críticas que se constituyen hoy día como auténticas alternativas a las concepciones dominantes basadas en la racionalidad técnica. Discurso del que, a continuación, presentaremos brevemente sus características más destacadas.

5.2. La noción de revolución como transformación y sus características

En el curriculum de Enfermería, el vocablo “revolución” es usado en el sentido Kuhniano del término, queriendo designar cambios repentinos y fundamentales; toda una concepción educativa que es sustituida total o parcialmente por una nueva cosmovisión incompatible con la anterior:

“La transición de un paradigma en crisis a otro nuevo del que pueda surgir una nueva tradición, está lejos de ser un problema de acumulación, al que se llegue por medio de una articulación o una ampliación del antiguo paradigma. Es más bien una reconstrucción del campo, a partir de nuevos fundamentos, reconstrucción que cambia algunas de las generalizaciones teóricas más elementales del campo, así como también muchos de los métodos y aplicaciones del paradigma (...) Cuando la transición es completa la profesión habrá modificado su visión del campo, sus métodos y sus metas” (Kuhn, 1986, 139).

Desde este punto de vista la revolución del curriculum de Enfermería se ha producido cuando una comunidad de profesores y profesoras han tomado conciencia de las insuficiencias o anomalías (que iremos presentando a lo largo de este trabajo) que subyacen a las concepciones y prácticas tradicionales en la educación de enfermeras y, consecuentemente, defienden y comparten una nueva cosmovisión de su práctica educativa que es incompatible con la que era dominante hasta ese momento.

Para defender el uso de la metáfora de la revolución, Kuhn presenta los paralelismos entre el desarrollo político y el científico:

“Uno de los aspectos del paralelismo debe ser ya evidente. Las revoluciones políticas se inician por medio de un sentimiento, cada vez mayor, restringido frecuentemente a una fracción de la comunidad política, de que las instituciones existentes han cesado de satisfacer adecuadamente los problemas planteados por el medio ambiente que han contribuido en parte a crear. De manera muy similar, las revoluciones científicas se inician con un sentimiento creciente, también a menudo restringido a una estrecha subdivisión de la comunidad científica, de que un paradigma existente ha dejado de funcionar adecuadamente en la exploración de un aspecto de la naturaleza, hacia el cual, el mismo paradigma había previamente mostrado el camino. Tanto en el desarrollo científico como en el político, el sentimiento de mal funcionamiento que puede conducir a la crisis es un requisito previo para la revolución” (1986, 149-150).

La prolongación del paralelismo a la formación de enfermeras se nos muestra ya como evidente. En este campo existe un sentimiento creciente de mal funcionamiento e incapacidad de la racionalidad técnica y sus derivaciones educativas y curriculares como los modelos conductistas para dar cuenta de la realidad que ellos han contribuido a crear (McLean, 1992; Hedin, 1986b). Las soluciones a la falta de interés y motivación del alumnado (Clare, 1993) o a las relaciones de dominación entre profesoras y estudiantes (Rather, 1994) no parece que residan en un cambio hacia técnicas didácticas más participativas o la aplicación de “tecnologías de diálogo” entre profesoras y alumnas,

porque entre otras cosas, convertiríamos el diálogo en una técnica para transmitir reglas y conocimiento recibido. En ese sentido, aunque la intención sea ayudar a las estudiantes a buscar sus propias preguntas, el diálogo puede constituirse en una técnica manipulativa de enseñanza que asegure cierto grado de sumisión del alumnado. Parece pues que las soluciones se hallan en otro lugar.

Por otra parte, tampoco parece que la sobrecarga de contenidos que padecen los currículum de Enfermería (Bevis, 1989b) se solucione con una redefinición de los objetivos de los programas para, de ese modo, reorganizar y resecuenciar las ingentes cantidades de datos e información. La revolución del currículum trata entonces de “transformar” el currículum de Enfermería que se fundamenta claramente en la racionalidad técnica con fuertes componentes conductuales (Tanner, 1990c) en un currículum inspirado en modelos humanistas y críticos (Allen, 1990; Chinn, 1989; Clare, 1993).

De aquí que uno de los objetivos de este trabajo se centre en el intento de reconstrucción del campo curricular de la Enfermería a partir de los fundamentos y principios teóricos en los que se inspira la corriente “Curriculum Revolution”. Fundamentos que se extraen de corrientes como el pensamiento crítico acerca del currículum (Allen, 1990a), la Pedagogía Feminista (Chinn, 1989), la Fenomenología (Diekelmann, 1992) y la Hermenéutica (Thompson, 1990).

Para Diekelmann (1990) “Curriculum Revolution” es una conversación entre estudiantes, profesores y clínicos con el objeto de transformar el cuidado de la salud y las instituciones en las que la Enfermería se practica, se enseña y se investiga. En esas conversaciones y diálogos los participantes forman y son formados a partir de su propio lenguaje. Esa revolución es acerca de cómo nosotros hablamos, es decir, cómo escuchamos a los otros y qué es lo que oímos. De Tornyay (1990), por su parte, centra su visión en las relaciones profesor-alumno, aquellas que, adoptando la forma de encuentros auténticos, desarrollan las capacidades del alumno a través de relaciones verdaderamente humanas y no distorsionadas por el contenido.

Esta corriente de pensamiento en la formación de profesionales de la Enfermería presenta una serie de rasgos comunes y compartidos que se constituyen en los núcleos de esta

nueva visión y que actúan como principios rectores una formación transformadora y emancipadora: pluralismo teórico (Diekelmann, 1988), centralidad del concepto de cuidado (Tanner, 1990a), naturaleza política y práctica de la formación de enfermeras (Hendricks-Thomas y Patterson, 1995), reconceptualización de lo social y su papel en la formación (Chopoorian, 1986), primacía de las relaciones profesora-alumna (Owen-Mills, 1995; Symonds, 1990) y desarrollar una concepción del conocimiento consistente con los actuales desarrollo de la sociología del conocimiento y de la epistemología contemporánea (Burnard, 1992).

5.2.1. Pluralismo teórico

Uno de los aspectos centrales de esta perspectiva es la emancipación de visiones técnicas y marcadamente instrumentales de lo que constituye una verdadera educación (Tanner, 1990c). La crítica a los modelos de base conductistas imperantes hoy día en la enseñanza de Enfermería es uno de los ejes centrales a partir de los que se realizan las propuestas de “Curriculum Revolution”.

Ya es un lugar común en el discurso educativo de la Enfermería el que la racionalidad técnica medios-fines ha limitado la visión de lo que se considera como calidad en la educación enfermera. Hoy día cualquier visión progresista de la formación de enfermeras sólo puede entenderse como una crítica a la racionalidad técnica que se ha legitimado como la única opción posible para fundamentar el desarrollo del curriculum. Las fuentes teóricas y filosóficas en las que se nutren las alternativas al modelo Tyleriano van desde la Teoría Social Crítica de los neomarxistas de la Escuela de Frankfurt (Allen, 1990a; Hedin, 1987) a la Fenomenología (Diekelmann, 1992; Tanner, Benner, Chesla y Gordon, 1993) pasando por la Pedagogía y Crítica Feminista (Bent, 1993; Boughn y Wang, 1994; Chinn, 1989; Doering, 1992) a la Hermeneutica (Gortner, 1992a; Rather, 1994; Thompson, 1990).

5.2.2. Centralidad del “Cuidado”

“En años recientes, algunas enfermeras investigadoras han orientado su trabajo hacia teorías, modelos y métodos de investigación con objeto de explicar y articular el cuerpo de conocimientos relevantes para la disciplina de Enfermería. Esas actividades intelectuales han sido usadas para poder identificar la naturaleza, esencia y dominios de investigación que permitirán el avance de la Enfermería y distinguir su campo de otras disciplinas académicas y profesionales. (...) En la identificación de los objetos de investigación enfermera se ha producido un hecho curioso e interesante: existen muy pocos estudios sistemáticos y rigurosos acerca de la naturaleza y estructura del fenómeno del Cuidado. Aunque las enfermeras afirman literalmente que ellas cuidan y hablan acerca de las actividades de cuidar que llevan a cabo, todavía no ha existido, virtualmente, una investigación sistemática acerca de los aspectos epistemológicos, y teóricos del cuidado y de sus relaciones con la Teoría y la Práctica profesional de la Enfermería. De ese modo, el Cuidado per se dista mucho de haber sido claramente definido y no obstante es usado de manera sistemática como sufijo de Enfermería” (Leininger, 1978, 3).

Desde que en 1978 Madeleine Leininger pronunciara estas palabras, la noción de *Cuidado* ha ocupado un lugar central y esencial en el discurso enfermero (Gaut, 1983; Higgins, 1979; Leininger, 1978). Como hemos visto en el capítulo primero, se acepta universalmente que el cuidado es el foco central de la Enfermería como disciplina (Rizzo Parse, 1980) y como práctica profesional (Koldjeski, 1990). Es un lugar común en el discurso enfermero que el cuidado es el objeto central y único que caracteriza a la Enfermería (Bauer, 1990; Benner y Wrubel, 1989; Gaut, 1978; Riemen, 1986), incluso frecuentemente se usa como sinónimo de aquella (Griffin, 1983). Es un constructo que engloba todas las actividades que las enfermeras llevan a cabo en su acción profesional (Watson, 1985). Se asocia de manera universal con la práctica de la Enfermería y designa la contribución específica y única que las enfermeras realizan en los sistemas de salud (Gaut, 1978).

La irrupción de la noción de cuidado en el curriculum de Enfermería ha supuesto una nueva visión de lo que significa el aprendizaje de la profesión enfermera (Bishop, 1990; Diekelmann, 1990; Komorita, Doehring y Hirschert, 1991) y, como consecuencia, un cambio radical en la práctica educativa (Paterson y Crawford, 1994; Sheston, 1990; Tanner, 1990a). La cual, en la actualidad está más centrada en el proceso que en los contenidos científicos, considerándose las relaciones entre profesoras y alumnas como la substancia de la formación de profesionales de Enfermería (Moccia, 1990a).

El tránsito de un curriculum inspirado en una racionalidad técnica a otro fundado en bases fenomenológicas y sociocríticas se ha visto facilitado porque existen, bajo nuestro punto de vista, similitudes estructurales y ontológicas entre la noción de Cuidado y la de Educación entendida como praxis. La racionalidad de la acción de cuidar y la racionalidad de la acción de enseñar poseen importantes semejanzas. En ambas acciones existe una ambigüedad e incertidumbre esencial de las acciones a llevar a cabo (Diekelmann, 1990); en las dos se produce una construcción del significado a través del diálogo entre iguales (Bevis y Watson, 1989) y ambas son actividades de naturaleza ética (Watson, 1985).

En el contexto del curriculum de Enfermería Sheston (1990) ha definido el cuidado como :

“Aquel proceso interpersonal y evolutivo entre una profesora de Enfermería y una estudiante de Enfermería que incorpora experiencias de interacciones de cuidado y transacciones de cuidado en un campo compartido, fenomenológico y existencial denominado educación enfermera” (pág. 111).

En la literatura enfermera actual se considera al cuidado como el constructo central para el estudio y desarrollo de la Enfermería como Ciencia Humana (Owen-Mills, 1995; Paterson y Crawford, 1994). Sin embargo, este concepto se ha convertido no sólo en el objeto de conocimiento a partir del que se han establecido los fundamentos filosóficos (Griffin, 1983), ontológicos (Mitchell y Cody, 1992) y epistemológicos (Meleis, 1985; Pearson, 1992) de la Enfermería sino que además se constituyen hoy día como un imperativo moral en la educación (Bauer, 1990; Paterson y Crawford, 1994) y en la asistencia (Benner y Wrubel, 1989; Riemen, 1986; Watson, 1990). Esto es, además del

objeto propio del saber enfermero es el valor central y regulativo de la práctica de la enseñanza y de la asistencia profesional de la Enfermería.

5.2.3. Reconceptualización de la noción de contexto y ambiente

Una de las preocupaciones centrales de esta visión es la urgente necesidad de una reconceptualización de lo social y su relación con la formación de enfermeras. A esto se refiere Moccia (1990a) cuando afirma que el desafío de la educación enfermera es reconducirla hacia la práctica pero repensando la noción misma de práctica y que las cuestiones con las que se enfrenta el profesorado (como educadoras y como enfermeras) deben ir más allá de cómo formar a las futuras enfermeras para trabajar en equipo con otros profesionales de la sanidad en la promoción y el restablecimiento de la salud. A ese interés pragmático deberíamos añadir cuestiones morales y políticas como por ejemplo las que se refieren a las relaciones entre la salud y las condiciones materiales de la existencia.

Cada vez son más frecuentes en la literatura enfermera trabajos que realizan críticas y cuestionamientos a las ideologías dominantes en el terreno de la formación inicial de las enfermeras (Allen, 1990b; Owen-Mills, 1995; Siler, Nelms y Wilson, 1994; Spence, 1994) y de los cuidados de salud (Dickson, 1993; Ginzberg, 1990; Higgins, 1979; Muff, 1982; Robinson, 1992).

Esos trabajos, además del tradicional escepticismo de la Enfermería hacia el modelo biomédico, contienen serios cuestionamientos a la idea tradicional de que existe un abismo natural e infranqueable entre los intereses o preocupaciones personales y las profesionales (Moccia, 1990b; Hedin, 1986b) o entre los individuos y sus comunidades (Buckenham y McGrath, 1982). En el universo de la Enfermería empieza a reconocerse que aceptar tales asunciones de modo acrítico y practicar la enseñanza de la Enfermería desde ellas contribuye a la reproducción del orden social y sanitario existente, básicamente injusto.

Con pocas excepciones las teóricas de la Enfermería han dejado de lado la reflexión acerca de uno de los cuatros elementos que constituyen el objeto de conocimiento²⁹ o de reflexión teórica de la Enfermería como disciplina: la sociedad/contexto y su influencia en la práctica de la Enfermería. Cuando se han acercado a la noción de ambiente las teóricas lo han conceptualizado de manera reductiva como las circunstancias más inmediatas, ambientales, que rodean al individuo. Por ejemplo Roy (1992), una de las teóricas de la Enfermería más conocidas, habla de los lugares y los objetos que rodean a las personas. Otras como Fawcett (1984) o Parse (1981) se refieren al contexto como las fuentes de los estímulos a los que los individuos responden, o como el campo de interacciones en el que los individuos se acomodan o ajustan a las expectativas y demandas de la sociedad.

En general cuando en la literatura enfermera se hace referencia a lo social o lo ambiental, se está hablando del contexto o estructura social al que las personas se *adaptan* o *ajustan* (Chinn y Jacobs, 1983), con una focalización casi exclusiva en el estudio y análisis de los mecanismos por los que los individuos se adaptan a su ambiente social (Fawcett, 1984; Meleis, 1985). Las Teorías de Enfermería, hasta hace bien poco, ignoraban el hecho que muchas personas o grupos rehusan o rechazan adaptarse a contextos que presentan condiciones sociales, políticas y económicas intolerables (Chopoorian, 1986). Ciertamente, existen contextos sociales en los que los movimientos políticos y sociales son inevitables y necesarios, existen grupos de personas que se oponen a “adaptarse” a las ideologías sociales dominantes. Las Teorías de Enfermería, sin embargo, no se han mostrado interesadas por analizar los contextos sociales, económicos y políticos (y su papel) en los que se producen situaciones como la exclusión social de la vejez, la violencia contra las mujeres o la marginación social que sufren las personas afectadas por el SIDA.

Paradójicamente, la Enfermería actual no pertenece al grupo de colectivos profesionales que abogan por reestructuraciones y transformaciones sociales, pese a que las enfermeras son testigos durante su desempeño profesional de los más variados efectos que las circunstancias sociales y materiales de la existencia producen en el destino de las personas. Como formadores de enfermeras y como cuidadores de la salud hemos

²⁹ La Enfermería como disciplina se construye a partir del estudio conjunto de cuatro elementos: la persona receptora de los cuidados, la salud como finalidad, la naturaleza de la Enfermería y la sociedad/contexto.

observado de primera mano los resultados, en términos de salud-enfermedad o de bienestar-padecimiento de la falta de trabajo, del hacinamiento familiar en viviendas que asemejan colmenas, de la presión de una sociedad competitiva donde el triunfo social se mide por la capacidad de consumo, de la exclusión que sufren ciertas personas por razón de su sexo, raza, etnia, clase social o “enfermedad”. Cuando nos relacionamos con las personas a las que “cuidamos” constatamos el impacto de las “políticas de la salud” en sus vidas. Observamos cómo los efectos de la ideología social hegemónica (que inspira las políticas de salud) basada en una mentalidad tecnocrática se ha infiltrado y domina la vida de las enfermeras y usuarios del sistema de salud.

Sin embargo, paradójicamente, rara vez las enfermeras se muestran dispuestas a levantar la voz en nombre de esas personas que sufren en sus vidas los efectos de ciertos modelos sociales de dominación y estructuras de privilegio (Lyng, 1990). Las ideas enfermeras y la cultura profesional no conceptualizan, en general, el ambiente, en términos de desigualdades sociales y sus efectos en la salud de las poblaciones. Cuando la investigación enfermera trata de examinar los orígenes de los problemas de salud, reales o potenciales de las personas, lo hace a través de aproximaciones biológicas, psicológicas y epidemiológicas excluyendo los factores estructurales, sociales, económicos y políticos (Navarro, 1978). Es decir, se trata de determinar los agentes causales del problema actual de salud en términos de agentes tóxicos, virus, microbios, estilos de vida saludables o condiciones materiales higiénicas, ignorando el papel que las estructuras sociales, políticas y económicas juegan en la determinación de esos factores:

“Lo social no es analizado como un paisaje o una geografía social. Las ideas enfermeras carecen de una arqueología de los mundos sociales, económicos y políticos que influyen tanto en la salud de las personas como en la percepción que las enfermeras tienen de su propio papel. En un intento de determinar su contribución específica al cuidado de la salud, la práctica de la Enfermería se ha restringido al ambiente físico e inmediato de las personas. La práctica del cuidado no ha ido más allá de ese ambiente físico e inmediato de una persona situada en el interior de las estructuras sociales, económicas y políticas dominantes que producen comportamientos asociados con las relaciones clasistas, relaciones de poder, los intereses políticos y las políticas económicas,

las ideologías como el sexismo, el racismo y que influyen en el estado de salud de las personas y eventualmente son causa de enfermedad” (Chopoorian, 1986, 41).

El contexto social, tal cual es conceptualizado tradicionalmente en la literatura enfermera, adopta una forma rígida, estática y conservadora del status quo. Se entiende lo social como el contexto inamovible y objetivo en el que las personas viven. A ello no es ajeno el papel de la formación inicial que las enfermeras reciben. Como más adelante trataremos de demostrar la formación de enfermeras no es un simple proceso de formación profesional sino que, además, es una actividad política que reproduce ideológicamente las prácticas tradicionales. Las ideologías dominantes y hegemónicas en las prácticas de formación de enfermeras saturan implícitamente la subjetividad de profesoras y estudiantes conformando una visión supuestamente objetiva y no problemática de la realidad social, impidiéndoles considerar cualquier posibilidad de transformación de ese orden.

Por otra parte cuando las Teorías de Enfermería abordan la interacción entre la enfermera y la persona, como individuo o como grupo, la Enfermería es definida en relación a las situaciones que provocan las respuestas individuales a la enfermedad. Tal y como afirma la Asociación Americana de Enfermeras:

“La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales y potenciales” (ANA, 1980, 9).

Las enfermeras inician sus “intervenciones” profesionales cuando los individuos tienen problemas reales o potenciales de salud que requieren atención y deben ser resueltos. La enfermera es vista como aquella profesional de la salud que contribuye a que la persona se ajuste o adapte a la nueva situación de enfermedad (Chopoorian, 1986) hasta que pueda restablecerse la salud. Su trabajo consiste en ayudar a los individuos a mantenerse en salud (Meleis, 1985), adaptarse a las desviaciones de la normalidad (Roy, 1992) y responder a los estados de crisis (Watson, 1985) pero sin intervenir o actuar sobre las condiciones sociales, económicas y políticas que producen esas situaciones. Las enfermeras no consideran foco de su responsabilidad profesional la modificación o

transformación de las estructuras sociales que influyen en los problemas de los que se ocupan, sino que es la persona sana o enferma la que se ajusta, adapta y acomoda a esas estructuras con ayuda de la enfermera. Las personas y no las estructuras sociales o las instituciones son vistas como el objeto de cambio y adaptación.

Un ejemplo de lo que acabamos de argumentar lo encontramos en la filosofía que informa las políticas de educación para la salud en las que las enfermeras tienen cada vez un mayor protagonismo. En ese campo existe consenso en torno a la afirmación que sostiene que la educación para la salud dirigida exclusivamente a los individuos y grupos es un fracaso (Airhihenbuwa, 1994; Eakin y Mclean, 1992; Hills y Lindsey, 1994). Fracaso debido a su ignorancia histórica (otro producto del triunfo de la ideología cientista) de los factores económicos, sociales y políticos que influyen en el comportamiento humano y que son los responsables de muchos problemas de salud (Smith, 1983; Wallerstein y Sanchez-Merki, 1994). Desde esta perspectiva se defiende que la salud (al igual que el resto de recursos) está desigualmente distribuida en función del nivel cultural y económico. Por tanto, toda actividad de educación sanitaria que se dirigía exclusivamente al individuo tiende a reproducir y legitimar esas desigualdades puesto que, independientemente de su valor intrínseco, tendrá mayor efecto y más eficacia en las capas de la población con renta más elevada y mayor nivel cultural ya que se mostrarán más sensibles al contenido de la educación para la salud y su contexto es más favorecedor para un cambio de estilos de vida. A esto se refiere Crawford (1977) cuando afirma que la educación para la salud en las sociedades postindustriales lo que ha hecho es “culpabilizar a la víctima” de sus problemas de salud, ocultando (ideológicamente) el papel de las estructuras sociales en el estado de salud de la población. Se sostiene que los comportamientos individuales relacionados con la salud son determinados, en gran medida, por valores y presiones sociales, que en nuestro caso son fundamentalmente consumistas y materialistas y ajenos a consideraciones de salud pública³⁰. De modo que si la educación para la salud se centra exclusivamente en el individuo se le está responsabilizando de problemas de salud en los que él no ha tenido posibilidad de elección.

³⁰ Por poner un doloroso ejemplo actual, cada vez es mayor el número de adolescentes que sufren cuadros muy graves de anorexia nerviosa, cuadros que, en ocasiones, conducen a la muerte. Parece demostrado que uno de los agentes desencadenantes reside en la presión social, ejercida sobre todo a través de los medios de comunicación social, que las jóvenes experimentan para mostrar un físico socialmente aceptado y triunfador y que las aboca a un rechazo contranatural de los alimentos.

Bajo nuestro punto de vista, la falta de compromiso social que hasta hace bien poco ha venido demostrando la profesión enfermera se debe parcialmente a la visión reductiva y acontextual (originada entre otros factores en la racionalidad positivista que ha impregnado casi hegemónicamente el pensamiento enfermero en las últimas décadas) que la Enfermería mantiene acerca de lo social y lo contextual y sus efectos en la salud de las personas. Desde esta constatación es comprensible que las enfermeras no se escandalicen por los orígenes sociales (comúnmente ni se los cuestionan) de muchos de los problemas de salud que presentan las personas a las que cuidan sobre todo desde el momento que viven más de cerca que ningún otro trabajador de la salud los más dolorosos aspectos de los problemas agudos de salud, las enfermedades crónicas y la dureza de los procesos de rehabilitación.

En resumen, la perspectiva de “Curriculum Revolution” supone un esfuerzo por introducir en el curriculum una noción de lo social y lo contextual que trascienda los límites del mero ambiente físico en el que las personas desarrollan sus vidas, entendiéndose a partir de ahora como las estructuras sociales, económicas y políticas que influyen en los comportamientos de las personas relacionados con la salud y que son, a su vez, parcialmente determinadas por aquéllas (Moccia, 1988b).

5.2.4. Primacía de las relaciones profesora-estudiante

Decíamos más arriba que la noción de Cuidado (como preocupación, atención y respeto) se ha constituido como el imperativo moral y principal valor regulativo de la formación de enfermeras. Ello es así porque se considera que las actuales relaciones entre profesoras y alumnas están atravesadas de un poder, a menudo coercitivo, que limita la gama y las posibilidades del aprendizaje de las estudiantes (Moccia, 1988b). Un buen número de investigaciones basadas en entrevistas y observaciones de la vida académica de las estudiantes demuestran que las alumnas se sienten fuertemente cohibidas y oprimidas por sus profesoras (Smythe, 1993; Clayton, 1989; Clare, 1993; Brown, 1993). Ciertamente, la educación de las enfermeras debe entenderse como algo más complejo que un proceso de aprendizaje profesional a través de prácticas intencionales de enseñanza. En realidad, es un proceso que a través de mecanismos ocultos e implícitos, ayuda a crear y legitimar formas de conciencia en las estudiantes que recrean y legitiman las relaciones de poder.

Esta no es, sin embargo, una observación novedosa, el poder y control que el profesorado ejerce en la formación de enfermeras ha sido un tema recurrente en la investigación acerca de la educación enfermera. En esos estudios las estudiantes informan que no suelen confiar en el profesorado (Clayton y Murray, 1989); hablan de “seguir el juego” (Clare, 1993) o de “el tributo que debe pagarse para ser enfermera” (Rather, 1994).

Desde la corriente transformadora del curriculum de Enfermería que aquí presentamos se postula la necesidad de un cambio en esas relaciones de poder a través de una modificación en la estructura de las relaciones de comunicación entre profesora y alumna. Se trata de desarrollar estructuras de diálogo libres de dominación en las que se fundamenten unas relaciones empáticas y horizontales. Uno de los principios regulativos de la actual formación de enfermeras es la especial atención que se debe prestar al tipo de relaciones que se establecen entre profesores y alumnos. Con ello se busca un isomorfismo entre la formación recibida por la futura enfermera y el tipo de cuidado que se le va a pedir que desarrolle. Se trata de buscar la congruencia entre lo que se transmite y la forma o método con que se transmite. El método es también contenido. Hay que ser conscientes que todo método pedagógico conlleva un determinado *clima social* el cual también es aprendido. Modelos pedagógicos que suponen grupos democráticos *crean* sistemas sociales democráticos y exigen que los alumnos aprendan (además de los contenidos de que se trate) valores como la solidaridad y el respeto.

Este énfasis surge al constatar que las actuales relaciones entre profesores y alumnos en los centros de formación del profesorado están, con frecuencia, atravesadas de un poder, a menudo coercitivo, que limita la gama y las posibilidades del aprendizaje de los estudiantes. Un buen número de investigaciones basadas en entrevistas y observaciones de la vida académica de los estudiantes de magisterio demuestran que los alumnos se sienten, en ocasiones, fuertemente cohibidos y oprimidos por sus profesores.

Bajo nuestro punto de vista, las relaciones de poder entre profesoras y alumnas y entre profesoras, deben de ser cuestionadas y reconceptualizadas como condición imprescindible para que una transformación de la enseñanza pueda tener lugar. Esas relaciones de poder, más que realidades naturalmente constituidas, son el resultado de procesos sociales (y por tanto con cierto grado de arbitrariedad) de legitimación. Tal y como Foucault (1986) sugiere, el poder y el control en campos particulares residen en la

construcción y apropiación de ciertos saberes a través de procesos de reivindicación de los marcos lingüísticos y categoriales mediante los que representamos y construimos la realidad. Las relaciones sociales entre profesoras y estudiantes están atravesadas por estructuras de poder y son identificadas por oposiciones binarias: profesora versus alumna, enseñanza versus aprendizaje, conocimiento versus ignorancia, donde el primer término implica dominación y el segundo denota debilidad y dependencia. Por nuestra experiencia vital y docente pensamos que es imperativo un cuestionamiento y deconstrucción de los significados y los usos de esos términos con el fin de invertirlos y reemplazar esa oposición por una complementariedad. Pero, para llevar a cabo esa operación es imprescindible revelar las inconsistencias y debilidades de la racionalidad que inspira los modelos educativos hegemónicos en la formación de enfermeras, modelos cuya principal característica es la exclusión o separación (Symonds, 1990).

En los modelos excluyentes, las profesoras y la institución controlan todas las decisiones relacionadas con la educación, y los valores de la institución se presentan como los únicos deseables a través de relaciones más o menos autoritarias. La naturaleza de ese proceso, como tendremos oportunidad de comprobar en otras partes de este trabajo, es política (Clare, 1993), ya que reproduce las prácticas tradicionales e impele a las estudiantes hacia la conformidad para con las relaciones de subordinación a las profesoras y al sistema de salud (Rather, 1994). Por contra, un modelo relacional permite a profesoras y alumnas compartir sus propias experiencias y expectativas y, de esa forma, los valores de las estudiantes se incorporan al proceso. Por ejemplo, un proceso que permite abrir el discurso para alcanzar un diálogo más horizontal y romper las tradicionales relaciones de dominación entre profesoras y alumnas en el proceso de enseñanza aprendizaje es el proceso feminista (Wheeler y Chinn, 1989) o la también denominada pedagogía feminista (Chinn, 1989). Este proceso defiende la abolición de la tradicional estructura vertical de relaciones profesora-alumna y su sustitución por un esquema horizontal donde pueda desarrollarse un diálogo libre de dominación.

Por otra parte, y en cuanto a los objetivos de la formación, existen radicales diferencias entre la enseñanza practicada hoy día y las finalidades que propone esta reconceptualización del curriculum de Enfermería. El sentido de una educación enfermera tradicional queda reflejado en palabras de Babel (1969) cuando presenta el exhorto de una abuela a su nieto diciéndole:

“Estudia, estudia y lo conseguirás todo: riqueza y fama. Tú debes saberlo todo porque así el mundo caerá a tus pies y te envidiará” (pág. 7).

La educación para la vieja abuela de Babel poseía un sentido de dominio social. Sin embargo, para aquellos comprometidos en una transformación del curriculum, la finalidad de la educación enfermera es crear y extender una comunidad educativa centrada en la denuncia de las relaciones de dominación (Bent, 1993; de Tornyay, 1990; Kendall, 1992) y en la transformación de las actuales relaciones de poder en la enseñanza de la Enfermería (Hedin, 1986a; Shor, 1986).

Esa intención ha quedado reflejada en la, frecuentemente citada, resolución de la convención nacional de la NLN celebrada en 1989: comunidades cooperativas e igualitarias capaces de criticar y transformar el sistema nacional de salud (Tanner 1990b). Se trata de crear y extender entre las educadoras y estudiantes de Enfermería una comunidad educadora que fomente tres sentimientos y/o compromisos fundamentales entre todos los implicados:

- Sentido de agente: refleja la creencia de que los individuos pueden modificar las estructuras sociales. Más específicamente, la creencia de que lo que las personas hagan o no hagan es un factor determinante para la evolución de la sociedad, de que nuestras acciones tienen casi siempre resultados tangibles.
- Sentido de responsabilidad: refleja la creencia de que nosotros como individuos somos responsables de nuestras acciones y de nuestras comunidades, pudiéndose dar éstas a nivel local, nacional o internacional.
- Sentido de conexión o pertenencia: quizás el más difícil de conseguir. Se trata de cuestionar la omnipresente fragmentación, especialización y alienación de nuestra sociedad. Un sentimiento de relaciones sustantivas con nuestra comunidad y de construcción colectiva de la conciencia individual.

En resumen, la transformación de las relaciones entre profesoras y estudiantes se constituye en una cuestión imperativa para crear en todas ellas un sentido de sujeto, un sentido de responsabilidad y un sentido de conexión. Si hasta hace bien poco las preocupaciones fundamentales expresadas por el profesorado hacían referencia a los contenidos disciplinares idóneos para una correcta formación técnico-científica, en la actualidad se defiende la idea de que además de información el contenido de los programas deben ser “cierto tipo de relaciones”. Por fin el “proceso” se ha convertido en substancia.

5.2.5. El curriculum como praxis

Como en partes posteriores de este trabajo tendremos ocasión de precisar, y en consonancia con los puntos anteriores, uno de los aspectos centrales de la perspectiva de “Curriculum Revolution” es la consideración de la enseñanza de enfermeras y de la Enfermería misma como una Praxis. Desde esta perspectiva entendemos la educación de Enfermeras como aquel proceso en el que profesoras y estudiantes a través de un diálogo libre y abierto alcanzan una comprensión profunda tanto de las estructuras sociohistóricas que determinan y ocultan la arbitrariedad de los sistemas de salud y configuran sus vidas como miembros de una sociedad determinada como de sus capacidades para transformar esas estructuras (Moccia, 1990a; Wallerstein y Sanchez-Merki, 1994).

Esta reconceptualización de la educación de enfermeras ha aparecido a partir de la aceptación de la naturaleza política de los procesos educativos en general (Freire, 1972; Apple, 1986) y de enfermeras en particular (Allen, 1990a; Chinn, 1989; French y Cross, 1992; Hedin, 1986a). Es decir, existen evidencias para afirmar que las creencias y valores dominantes e implícitos en la educación de enfermeras, conforman la conciencia de las profesoras y estudiantes de Enfermería conduciéndolas hacia la conformidad para con las prácticas establecidas en las instituciones sociosanitarias (McLean, 1992; Moccia, 1990b).

Es por ese motivo que la visión del curriculum de Enfermería como praxis, trasciende los límites de la escuela para insertarse en un plano contextual y social más global. Como hemos visto anteriormente, su objetivo es cuestionar las formas de existencia del poder y del saber en la institución (Chopoorian, 1990), las formas de regular las relaciones entre

las personas (Rather, 1994) y la propia vida académica como ámbitos en los que se manifiesta la reproducción y naturalización de las relaciones sociales dominantes, más estructurales, casi siempre antidemocráticas y autoritarias. Se trata, de una vez reveladas, transformarlas, para tomar como objetivo educativo la construcción de la autonomía de las personas implicadas en el proceso.

La praxis posee cuatro aspectos que influyen claramente en las nuevas directrices que, bajo nuestro punto de vista, sería deseable que el curriculum de Enfermería incorporase y que iluminan los cursos didáctico-pedagógicos de acción a llevar a cabo:

- Está orientada hacia la transformación social (Allen, 1990b; Bent, 1993).
- Ayuda a las estudiantes a comprender el efecto que las estructuras y tradiciones sociales pueden haber tenido en la constitución (distorsión) de sus perspectivas de significado (Bevis y Watson, 1989; Jewell, 1994).
- Está guiada por una disposición moral a obrar correctamente (Carr y Kemmis, 1988).
- Está relacionada con una forma de pensamiento dialéctico en el que la reflexión y la acción son mutuamente constitutivos. Como Carr y Kemmis (1988) sugieren es un pensamiento fluido antes que estático que trata de descubrir y trascender las contradicciones inherentes en el orden social. La praxis supone un proceso de construcción de significado como construcción social en el cual la reflexión y la acción son sus elementos constitutivos (Freire, 1972) y que permite desvelar, desnaturalizar la "realidad", mostrando que ciertas concepciones, creencias, conocimientos, valores y prácticas son falaces e ilegítimas porque reproducen la relaciones sociales, básicamente desiguales, de nuestra sociedad.

El propósito de la Educación enfermera será, entonces, la toma de conciencia crítica y la transformación social hacia la salud y el bienestar. Para ello es necesario que profesoras y alumnas estén sensibilizadas respecto a la existencia de estructuras hegemónicas y su responsabilidad en contrarrestarlas (Taylor, 1993). Esta finalidad podrá conseguirse a través de un clima escolar verdaderamente educativo: igualitario, fraternal y democrático. Ello supone que las interacciones profesora-alumna deben ser horizontales (Bevis y Watson, 1989), de naturaleza dialógica (Rather, 1994) y un control compartido del proceso de enseñanza aprendizaje (Musante, Coleman y Kneeland, 1992). Este clima y

estas relaciones producen consecuencias emancipadoras en las personas y en la Enfermería:

"Así, si la praxis curricular está informada por un interés emancipador, la cuestión que ha de plantearse de manera constante es si las prácticas curriculares actúan o no a favor de la emancipación de los participantes a través de los procesos de aprendizaje. Como la emancipación suele ser un ideal hacia el que se tiende y no un *fait accompli*, necesitamos cuestionar constantemente si se favorece el interés emancipador, aunque nuestro trabajo como profesores dentro de un sistema educativo puede que no se traduzca en la inmediata independización de nuestros alumnos. Dado que la emancipación está implícita en el acto de habla, como profesores debemos examinar constantemente el habla que se desarrolla en la situación pedagógica. Las cuestiones que han de plantearse en cualquier examen de este tipo se refieren a si el poder de iniciar la acción de hablar y de plantear preguntas en la situación se distribuye por igual entre los participantes" (Grundy, 1991).

En este sentido, toda praxis no se preocupa solamente por la comprensión de los hechos sino también de cómo las personas que participan en tales hechos pueden aprender de ellos y colaborar en su transformación (Wallerstein y Sanchez-Merki, 1994).

Esta es una praxis que no busca sólo pronunciamientos académicos, sino que se desarrolla en el mundo de la interacción social y cultural y sus objetos y problemas de conocimiento son los que surgen allí, en ese mundo y para ellos busca soluciones, que además sean satisfactorias para el colectivo con el cual se compromete. Por ello incluye acciones cooperativas, autogestionarias y relaciones escuela-sistema de salud mucho más dialógicas y horizontales.

5.2.6. Incorporación de una concepción del conocimiento consistente con los actuales desarrollos de la epistemología contemporánea.

La asimilación de conocimientos ha sido un objetivo de los programas de formación 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. Se ha entendido el conocimiento como un saber objetivo, esto es, una representación descriptiva de la realidad del cuidado tal cual es. Esa objetividad se funda en la supuesta ausencia de valores que denotan su neutralidad y su independencia de los seres humanos.

Sin embargo, esa visión es obsoleta epistemológicamente hablando y conduce a la inevitable confusión de que el contenido que se trabaja con las futuras enfermeras se basa en la realidad asistencial y que esa realidad guarda un parecido con lo que los alumnos aprenden en el aula. Es decir, parece ignorar que a partir de los trabajos seminales de Kuhn y Habermas, entre otros, la epistemología contemporánea ha visto imposibilitado su funcionamiento normativo basado en la ideología cientifista y en la abstracción epistemológica. En el seno de la Ciencia, después de Kuhn, surge con todo esplendor una epistemología relativista, la cual sostiene que el conocimiento científico es relativo, histórico, socialmente construido y políticamente determinado.

Pero esa visión del conocimiento supuestamente objetiva de los enfoques academicistas de la formación enfermeras sirve además para preservar las relaciones de dominación en el aula. En efecto, presentar el contenido del curriculum como objetivo y neutral, estructurado en forma de proposiciones legaliformes y prescriptivas sobre las relaciones que existen entre características abstractas de la realidad social como, por ejemplo, la clase social, los estilos de vida y el nivel de salud, es plantear esa realidad social (la de la salud) como algo no problemático. Es ocultar que dicha realidad está construida socialmente y, por tanto, que incluye valores e intereses a menudo contrapuestos. Es reflejar una realidad constituida a menudo por modelos de dominación y estructuras de privilegio. Aceptar dicho conocimiento como objetivo supone imposibilitar cualquier posibilidad de transformación de esa situación y reproducir relaciones de autoridad impidiendo que se manifiesten valores como la justicia, la igualdad o la autodeterminación. Desde ese punto de vista la noción de conocimiento que proporciona la visión técnica es ideológica.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones en la formación de enfermeras se debería incorporar una *visión problematizada del conocimiento* que se transmite. Es decir, reconocerlo como provisional, plural e incierto. El valor del conocimiento reside en la posibilidad que nos brinda de indagar la realidad pero siempre de modo tentativo en busca

de formas mas profundas de comprensión y no tanto en su capacidad de prescribir cursos de acción. Es un conocimiento humano, y por tanto, vivo y significativo. Es posible tratar de acceder a el pero no para *dominarlo* ni para *dominar* su objeto (por otra parte indominable) sino para que nos ayude a comprender, es decir, para que nos hable del sentido.

Entender de ese modo el conocimiento disponible para ser transmitido supone una perspectiva pedagógica en la formación de enfermeras que implica una actitud del profesorado de distanciamiento crítico respecto al saber que poseen y de sus perspectivas de comprensión de la realidad. Problematizar el conocimiento significa que el profesorado de Enfermería aceptan que su saber es cuestionable y discutible lo cual genera una actitud pedagógica que permite a los alumnos re-pensar e interpretar el conocimiento en el momento de su transmisión y no solamente reproducirlo.

Hasta aquí hemos presentado, brevemente, los rasgos teóricos de esa nueva forma de entender la formación de enfermeras en nuestro país: su curriculum, la epistemología que le subyace, la finalidad de la profesión y las modalidades didácticas más apropiadas para su transmisión. Estos rasgos, su despliegamiento y desarrollo teórico, se realizará en la segunda parte de esta obra.

5.3. La noción de Curriculum en el campo de la formación de enfermeras

Dentro del contexto de la formación en Enfermería el interés por la noción de curriculum ha venido incrementándose en los últimos años como consecuencia de una serie de factores (Beattie, 1987). En primer lugar, cabe destacar el cada vez mayor número de profesores y profesoras de Enfermería que poseen formación pedagógico-didáctica como consecuencia del acceso a las facultades de educación para obtener las titulaciones de master o de doctor³¹ (Bevis y Murray, 1990). En segundo lugar, durante las dos últimas décadas, hemos asistido a un cambio en la fundamentación epistemológica y disciplinar de los contenidos curriculares de Enfermería (Bevis y Watson, 1989). Cambio que ha supuesto un abandono progresivo de la visión biomédica que organizaba el curriculum según las especialidades de ese saber (medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y psiquiatría) y una búsqueda paralela de fundamentos curriculares basados en un saber propiamente enfermero (Dyer, 1979; Hills y Lindsey, 1994; McKay, 1986; Stevens, 1980). Como consecuencia, ha aparecido un creciente debate sobre el curriculum de Enfermería: sobre su contenido y su estructura (Stevens, 1980). Por último, los cambios que se están produciendo en la estructura y funciones de nuestro sistema sanitario han generado un cambio en el conocimiento profesional requerido para trabajar en un sistema más preventivo y educativo que curativo.

Como consecuencia de esos factores, el número de trabajos y publicaciones centradas en el análisis teórico (Bevis y Murray, 1990; Graves, 1987; Greaves, 1984; Scales, 1985; Watson, 1987) y el desarrollo práctico (Gijbels, 1993; Hills y Lindsey, 1994; Smith, Colling, Elander y Lathman, 1993; Thorne, Jillings, Ellis y Perry, 1993; Williams, 1993) de la noción de curriculum en el campo enfermero ha ido en constante aumento.

Sin embargo, todos esos intentos se han encontrado ante una dificultad prácticamente irresoluble: la multidimensionalidad de la noción de curriculum:

³¹ En nuestro país los estudios de Enfermería son de primer ciclo universitario y terminal con la consecuente imposibilidad para el acceso al tercer ciclo. Los escasos profesores y profesoras que poseen grados de doctor, han realizado esos estudios principalmente en facultades de educación, sociología y antropología que permiten el acceso al segundo y tercer ciclo a las personas que poseen un título de primer ciclo, como por ejemplo el de Diplomado en Enfermería. Como más adelante se verá ésta ha sido una de las estrategias usadas en Estados Unidos de Norteamérica por la profesión para legitimarse como disciplina y ser aceptada como miembro de pleno derecho en la universidad.

“Quizás sea este uno de los términos más controvertidos de todos los que normalmente se encuentran en cualquier análisis disciplinar de la educación institucional desde que en 1912 apareció dando nombre al libro de Bobbit ,The Curriculum” (Angulo, 1988, 660).

Ha sido en el campo de la educación reglada, primaria y secundaria, donde el debate en torno a la noción de curriculum ha sido más prolífico y polémico (Gimeno Sacristán, 1989). Esta falta de consenso ha supuesto una seria dificultad para las profesoras y profesores de Enfermería cuando han intentado extrapolar ese conglomerado de conceptos e ideas en pugna a su contexto profesional: el curriculum de las escuelas universitarias de Enfermería.

En consecuencia, el término curriculum dentro del contexto de Enfermería se ha utilizado de diversos modos: como un listado de contenidos, más o menos formalizados o estructurados, a asimilar (Lutjens y Horan, 1992; Webb, 1990); como una serie de habilidades básicas a alcanzar (Gijbels, 1993); como una serie de experiencias personales significativas (Diekelmann, 1988); como proceso de producción (Bevis, 1989a; Torres y Stanton, 1982); como elemento transformador de la realidad social y sanitaria (Allen, 1990b; Diekelmann, 1992; Moccia, 1990a; Rather, 1994; Tanner, 1990c); e incluso, aunque esta visión por razones obvias se halla más frecuentemente en el campo de la Pedagogía y la Didáctica, como campo de estudio (Bevis y Watson, 1989).

En el contexto de la formación de Enfermeras uno de los usos más comunes del término curriculum es el de proceso de producción (Cork, 1987). En este sentido, Bevis (1989b) cuando se refiere al curriculum de Enfermería manifiesta que:

“El curriculum es la totalidad de actividades de aprendizaje que son diseñadas para alcanzar objetivos educativos específicos. Los problemas básicos del diseño curricular son: determinar las conductas deseadas para el producto, definir las experiencias que produzcan las conductas específicas planeadas y determinar el modo en como se comprobará si el producto exhibe las conductas prefijadas” (pág. 8).

Esta visión eminentemente tecnológica hunde sus raíces en el eficientismo de Taylor y el modelo de Tyler. El resultado o producto de la formación de enfermeras es la preparación para realizar de un modo eficaz las actividades que el sistema de salud les encomienda. Al igual que cualquier sistema productivo requiere la fragmentación y descomposición de una serie de actividades complejas en acciones más simples y habilidades concretas que puedan ser reproducidas por el sistema:

“El curriculum es la manifestación de una serie de componentes y factores que unidos permiten alcanzar los fines de la formación de enfermeras que han sido cuidadosamente identificados, seleccionados y articulados” (Bevis, 1989a, 8).

Se trata de un diseño en el cual se estructuran los resultados pretendidos del aprendizaje en forma de conductas observables. En su trabajo acerca del curriculum en Enfermería Torres y Stanton (1982) afirman que:

“Los objetivos son formulados a partir de las características de las estudiantes. (...). Y son el elemento del plan que permiten identificar aquellos cambios de conducta que son esperados que la alumna realice” (Torres y Stanton, 1982, 60).

El curriculum es también frecuentemente concebido como una serie de contenidos a asimilar que son valiosos, necesarios e imprescindibles para el ejercicio profesional de la Enfermería. En este sentido Fawcett (1983) entiende que:

“Un curriculum es un programa de estudio en una disciplina académica. Las decisiones acerca del curriculum provienen del cuerpo de conocimientos de la disciplina” (pág. 34).

Desde estas posturas los Modelos y Teorías de Enfermería son considerados como el *sine qua non* de la construcción del curriculum. Normalmente son usados para determinar una secuencia de contenidos, los materiales didácticos y las finalidades del curriculum.

Definir de ese modo el curriculum de Enfermería supone adjudicarle implícitamente un sentido normativo o prescriptivo. Todas estas visiones además de tratar al curriculum de Enfermería como conocimiento, representan una forma particular y específica de entender en qué consiste y cuál es la naturaleza de ese saber. Pero entender el curriculum de ese modo es prescribir aquello que es valioso y relevante para la práctica profesional y por tanto debe ser aprendido. Esta visión es la que se ha impuesto hasta recientemente en el curriculum de Enfermería (Moccia, 1988b).

Sin embargo, en la actualidad están cobrando cada vez más importancia las concepciones del curriculum que hasta ahora sólo se habían considerado como alternativas marginales y que defienden una visión del curriculum dialógica (French y Cross, 1992), interpersonal (Moccia, 1988b) y centrada en el proceso.

Sintetizando lo visto hasta ahora y siguiendo a autores como Bevis (1989b), Beattie (1987) y Graves (1987) podemos categorizar las concepciones del curriculum en Enfermería en cinco dimensiones que detallaremos brevemente:

1. Curriculum como contenidos estructurados.
2. Curriculum como plan para el aprendizaje.
3. Curriculum como resultado o producto.
4. 5. Curriculum como experiencias e interacciones sociales.

1. Curriculum como una estructura de contenidos

Esta es la concepción más familiar y en algunos aspectos la más tradicional en el curriculum de Enfermería. Sin embargo, el consenso acerca de lo que se considera un contenido válido dista mucho de ser alcanzado. Inicialmente los contenidos más frecuentes en los programas de formación de Enfermeras hacían referencia a conocimientos de la biología y la medicina. En realidad esta visión ha sido, pensamos que con razón, desacreditada por considerarse una versión diluida y subsidiaria de los marcos teóricos propios del saber médico que hasta recientemente han venido constituyéndose como los contenidos hegemónicos y “oficiales” de los curriculum de Enfermería en la mayoría de países (Buckenham y McGrath, 1982).

El resultado de esa crítica ha sido la proposición de los Modelos y Teorías propias de Enfermería no sólo como contenido sino también como estructura para el diseño y la construcción del curriculum (Fawcett, 1983; Torres y Yura, 1986; Yura, 1986). Estos modelos curriculares específicos de Enfermería se han desarrollado sobre tres premisas clave:

“Que existe un cuerpo propio de saberes contenidos en la Teoría de Enfermería, que la Teoría de Enfermería es relevante para la Enfermería profesional y para la formación de enfermeras y que la Teoría de Enfermería puede ser usada como estructura organizativa básica para el curriculum enfermero” (Stevens, 1980, 87).

De ese modo, la Teoría de Enfermería puede aparecer en el curriculum en dos formas no excluyentes: como materia de aprendizaje y como estructura organizacional que dirige la selección y presentación de lo que es enseñado. Así, Teorías como las de Orem, Roy, Rogers o Henderson están siendo usadas como armazón para el curriculum de Enfermería. En estos casos, la Teoría de Enfermería en sí misma (la estructura de la disciplina) se convierte en la estructura alrededor de la cual el curriculum es construido. Es decir, el modelo disciplinar y el modelo curricular son idénticos.

Sin embargo, todas estas concepciones del curriculum como estructura y como contenido, dejan de lado aspectos muy importantes de la realidad educativa de las escuelas de Enfermería. En primer, lugar contemplar el curriculum como una serie de contenidos a asimilar expresados en términos de aprendizaje, deja de lado cualquier consideración del proceso interactivo a través del cual esos contenidos son más o menos asimilados y, en segundo lugar, restringe las discusiones acerca del contenido al campo de la consecución de los aprendizajes imposibilitando cualquier discusión acerca de la naturaleza del contenido y de su función social. En resumen, esta visión deja fuera importantes elementos que todo curriculum enfermero debería tener en cuenta. Ciertamente que el curriculum debe incorporar un conocimiento relevante y valioso para la práctica profesional pero construir el curriculum basándose sólo en el contenido es poco útil para ayudar a las profesoras en su trabajo.

2. El currículum como plan para el aprendizaje

Concebir el currículum como plan supone entenderlo como una serie de prescripciones que enmarcan todas las actividades de la escuela. Las definiciones más usadas en Enfermería han sido la de Taba (1974) y Beauchamp (1981) que conciben el currículum como un documento donde el aprendizaje queda planificado. Estos autores establecen una distinción entre currículum (el plan) e instrucción (su realización); sobre esta distinción se han desarrollado una serie de planteamientos acerca del diseño curricular que han ejercido gran influencia en el campo del currículum de Enfermería hasta recientemente. Esta distinción entre el plan y su implementación es consistente con los modelos conductistas de currículum cuando estos distinguen entre los fines (objetivos conductuales) y los medios (estrategias de enseñanza).

Por su parte, Oliva (1982) define el currículum como:

“Un plan o programa de todas las experiencias bajo la dirección de la escuela” (pág. 10).

No muy lejos de esta definición Eisner (1985) afirma que:

“El currículum de una escuela, curso o clase puede ser concebido como una serie de eventos planeados que pretenden tener consecuencias educativas para uno o más estudiantes” (pág. 45).

Estas definiciones incluyen un ámbito más amplio que la de Taba; suponen que el currículum es algo más que una mera declaración de intenciones. Debe incluir objetivos, contenidos, actividades de aprendizaje y de evaluación. Como Gimeno y Pérez clarifican, el currículum supone una planificación racional del acto didáctico en todas sus dimensiones. Sin embargo, aunque más inclusivas que las de Taba, estas concepciones siguen presentado al currículum como un plan, olvidando en cierta manera la realidad de la acción educativa.

Por otra parte, el currículum como plan incluye la concepción del currículum como contenido pero añade un marco guía de la acción educativa, como el vínculo entre la teoría y la práctica de la enseñanza (Coll, 1987). Sin embargo, estas concepciones aunque

más inclusivas que la visión del curriculum como contenido no responden a la cuestión de las relaciones y vínculos entre el plan y el acto educativo (Angulo Rasco, 1988).

3. El curriculum como resultado o producto

Si en la concepción anterior se apuntaba una distinción entre curriculum (el plan de acción) e instrucción (la ejecución de aquél), aquí se hace del todo evidente. Desde la explosión y posterior hegemonía del modelo de Tyler en los años cincuenta y sesenta hasta los desarrollos posteriores de Mager (1974), Huckabay (1982), Torres (1982) o, más recientemente, de Reilly (1990) se ha llevado a cabo la producción de una ingente cantidad de trabajos que, diferenciando y separando claramente Curriculum de Instrucción, defienden que todo el aprendizaje es guiado por objetivos formulados en términos de acciones directamente observables y que la evaluación de esos aprendizajes debe hacer referencia a la manifestación por parte del alumnado de las conductas especificadas en los objetivos.

Desde estas perspectivas, el curriculum es el diseño estructurado de los resultados de aprendizaje especificados de modo conductual. El curriculum, al igual que en las anteriores concepciones, prescribe los resultados de la instrucción pero no hace lo mismo con las estrategias para conseguirlos. Será la Teoría de la Instrucción la responsable de determinar éstas últimas.

Para las defensoras de esta concepción, las ventajas de definir claramente las conductas que las alumnas deben alcanzar al final del proceso instructivo son obvias (Reilly, 1990). Permite a alumnas y profesoras comprender de modo “unívoco” las finalidades que el curriculum persigue (Scales, 1985), explicita las acciones a llevar a cabo para conseguir los objetivos (Torres y Stanton, 1982) y clarifica los criterios de referencia para la evaluación y la retroalimentación de las estudiantes (Gagné y Briggs, 1974).

Si existe algún ámbito de la educación universitaria donde la visión tecnológica del curriculum en general y el movimiento de los objetivos de conducta en particular han impuesto su visión de la educación ese es sin duda el de la formación de enfermeras. Como más adelante trataremos de demostrar, el modelo de Tyler y los intereses a los que sirve se han constituido en el dogma hegemónico en la formación de enfermeras hasta hace diez años (Chopoorian, 1990; Maeve, 1994; Tanner, 1992; Taylor, 1993).

La gran cantidad de críticas recibidas por esta concepción del curriculum ha hecho que la mayoría de sus implicaciones tanto para el diseño como para la instrucción hayan caído en desuso. Aunque ya se ha realizado en otros lugares una crítica exhaustiva a esta concepción (Gimeno, 1982), resumiremos aquí las más importantes.

En primer lugar, distinguir los medios (la instrucción) de los fines (el curriculum) supone reducir tecnológicamente una actividad práctica como la formación de Enfermeras a una tarea técnica (Pitts, 1985; Rather, 1994). Es decir, el papel de la educación se reduce a instrumental porque esta concepción del curriculum es unidireccional ya que los objetivos condicionan todo el proceso educativo donde las actividades educativas son medios o instrumentos para conseguir aquel fin (Scales, 1985). Otro aspecto, es la ausencia total de referencias al contexto social, económico, cultural y político donde debe llevarse a cabo el curriculum ignorando y ocultando la naturaleza eminentemente política de la educación en general y de enfermeras en particular (Allen, 1990b; Hedin, 1986b; Moccia, 1990b). En tercer lugar, propone una visión muy restringida y simplificada del proceso de enseñanza aprendizaje y de la evaluación del curriculum (Bevis y Clayton, 1988).

4. Curriculum como experiencias personales e interacciones sociales

En Enfermería, al igual que en Educación, esta concepción curricular surge como respuesta a la visión reductiva que las concepciones anteriores proponían para su curriculum (Beattie, 1987).

El curriculum entendido como aquellas experiencias que la escuela pone a disposición del alumnado para que suceda el aprendizaje es el prototipo de autores como Caswell (1935) y Saylor (1954). Para estos autores el curriculum son todas aquellas oportunidades de aprendizaje que la escuela proporciona. Por su parte, Doll (1978) propone una visión de curriculum que incluye además de los contenidos, los procesos interactivos mediante los cuales el alumno asimila los aprendizajes. Desde esta concepción se defiende que el curriculum es una construcción realizada por profesoras y alumnas a través de sus interacciones, lo cual implica su participación directa en esa creación (Tanner, 1990).

Esta visión, que sin duda es más amplia e incluye a las dos anteriores, abre el paso a concepciones más dinámicas porque reconocen la gran importancia que las relaciones sociales y comunicativas poseen para una adecuada comprensión del significado del Curriculum en Enfermería.

Aceptar que el curriculum es todo aquello que sucede en la escuela de Enfermería, es defender que no existe una separación entre la instrucción y el curriculum y supone una modificación radical de los esquemas con los que se analiza, comprende y justifica el curriculum (Allen, 1990b). Las prescripciones del curriculum son, a partir de ahora, antes que causa, una consecuencia de las interacciones que se producen en la escuela entendida ésta como una organización social. Desde esta perspectiva, tal y como Stenhouse (1980) sugiere, existe un elevado grado de interés por revelar las substanciales relaciones existentes entre la concepción y la acción curricular que son mutuamente constitutivas. En efecto, la asunción de que lo que ocurre en el interior de las aulas es un elemento de incalculable valor en cualquier reflexión curricular de carácter teórico es el principio sobre el que se construye esta concepción y que implica además una transformación radical en la racionalidad curricular que ha dado lugar a una “revolución” en el curriculum de Enfermería (Moccia, 1988b).

Desde esta perspectiva, el curriculum puede ser organizado y secuenciado en torno a los intereses y experiencias de las estudiantes aprovechando situaciones prácticas de sus vidas personales y profesionales que ellas puedan percibir como relevantes o problemáticas. Esta visión se nutre de algunos planteamientos que podríamos calificar genéricamente de humanistas o no directivos (Graves, 1987). Esta afirmación se hace autoevidente en la preocupación que esta concepción demuestra por modificar el balance de las relaciones de poder y control sobre el curriculum, ofreciendo a las estudiantes más responsabilidad y control sobre su propio aprendizaje. Por otra parte, su defensa de una visión holística del aprendizaje donde lo cognitivo es inseparable de lo emocional o afectivo está en consonancia con las posturas defendidas por autores como Rogers (1969) y Maslow (1968).

Como puede parecer ya evidente, cada una de estas cinco concepciones posee ciertas potencialidades, algunas insuficiencias y profundas diferencias ontológicas, que se

complementan mutuamente; quizás por ello algunas de estas concepciones han aparecido, en cierta medida, como reacción a los otros enfoques.

Comprobada la existencia de una pluralidad de concepciones acerca de la naturaleza y estructura del curriculum de Enfermería, es fácil suponer que ninguna de las concepciones que acabamos de presentar es lo bastante inclusiva para subsumir por sí misma la multidimensionalidad y riqueza de matices que posee la práctica de la formación de enfermeras.

5.3.1.Hacia una definición de Curriculum para la formación de enfermeras

Para Bevis, una de las autoras ya clásicas en la literatura curricular en Enfermería, el curriculum en este campo de aprendizaje está constituido por:

“Aquellas transacciones e interacciones que tienen lugar entre las estudiantes y entre las estudiantes y las profesoras en un intento de que el aprendizaje tenga lugar” (1989, 72).

Consideramos de interés recoger algunos aspectos que la autora presenta para matizar su definición. Bevis afirma que el curriculum no es solamente un plan; el curriculum es aquello que sucede dentro y fuera de las aulas entre las alumnas y entre éstas y las profesoras. El plan puede o no puede haber incluido esas realidades. Esa realidad puede surgir de un modo espontáneo, sucederle a un alumno en particular que después de haber realizado una experiencia puede desarrollar una comprensión profunda de la situación en una línea muy distinta a las intenciones que quedaban recogidas en el plan previo. Ciertamente la naturaleza relativamente indeterminada de la acción educativa imposibilita la posibilidad de prescribirla y normativizarla en toda su extensión, intento que abre, por otra parte, las puertas a un cierto grado de opresión (Reilly y Oermann, 1985). El curriculum de Enfermería ni puede ni debe ser totalmente prescriptivo. Los peligros resultantes son la falacia teórica y la opresión práctica que como Freire nos recuerda son la consecuencia de curricula excesivamente prescriptivos. Un curriculum que es planeado hasta en sus últimos detalles se convierte en opresivo tanto para profesoras como para alumnas. El problema con el que han de encararse los profesores y profesoras en las disciplinas prácticas que como la Enfermería poseen un ejercicio

profesional altamente definido y delimitado es que cierta cantidad del contenido es prescrita³². Si las estudiantes no asimilan ese contenido ven dificultado su acceso al ejercicio profesional.

Uno de los modos con que tradicionalmente este riesgo ha sido superado consiste en el entrenamiento intensivo en una serie de procedimientos técnicos para que las alumnas conozcan suficientemente las reglas de esos procedimientos cuando deban realizarlos en situaciones reales. De ese modo el entrenamiento bajo un marco de rígidas prescripciones se ha venido percibiendo como el modo más eficaz para superar aquella dificultad (Bevis y Watson, 1989). Sin embargo, desde que la enseñanza de enfermeras ha venido conceptualizándose desde una perspectiva más formativa que instructiva (French, 1992; Scharaeder, 1987) han crecido los intentos por construir curricula más abiertos y menos prescriptivos, aunque bajo nuestro punto de vista todavía queda por resolverse la cuestión acerca de cómo compatibilizar la coexistencia de ciertos grados de prescripción curricular con una práctica formativa centrada en los intereses y necesidades de las alumnas.

Sin embargo, la concepción del curriculum de Enfermería que Bevis (1989) propone adolece de cierta ambigüedad, sobre todo cuando afirma que las transacciones entre profesoras y alumnas se llevan a cabo:

“Con la intención de que el aprendizaje tenga lugar” (pág. 72).

Ciertamente cualquier educadora o educador intentan que el aprendizaje se produzca, pero como el viejo aserto afirma, los caminos del infierno están repletos de buenas intenciones. En la enseñanza de la Enfermería, un gran número de curriculum han abrazado, con las mejores intenciones, la racionalidad técnica y se han centrado en modelos rígidamente prescriptivos y conductuales para fundamentar la formación de enfermeras alejando, de ese modo, la noción de curriculum de la realidad en la que éste se produce y retornando a la antigua distinción entre curriculum e instrucción. Bevis (1989) define intención como sinónimo de plan (pág. 71); no se nos escapa que para llevar a buen puerto su trabajo las profesoras de Enfermería deben poseer ciertas nociones

³² Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica la mayoría de las actividades consideradas como profesionales requieren para su ejercicio la superación de un prueba objetiva en la que los contenidos están previamente determinados.

acerca de la planificación curricular, pero no es menos cierto que centrar la noción de curriculum en la formulación de sus intenciones oculta y margina el núcleo donde el curriculum realmente sucede: la interacción entre las personas que lo construyen.

Desde la perspectiva en la que nos sitúan las anteriores argumentaciones y siguiendo las propuestas de autoras como Clare (1993), Diekelmann (1988), Hedin (1986b) o Moccia (1989) podríamos formular una definición alternativa de curriculum que sería la siguiente:

El trayecto formativo en un ambiente educacional en el que la biografía de la alumna interacciona con la historia, la cultura y el saber enfermero a través de la biografía de la profesora con el fin de crear significados que constituyan un conocimiento profesional compartido y relevante para la práctica del cuidado tanto desde la perspectiva de la enfermera como desde la de la persona que recibe sus servicios y que supongan además una liberación de todos los participantes.

Ciertamente, hemos de aceptar que toda definición es, por su propia naturaleza, reductiva con respecto a sus referentes y más en nuestro caso particular donde nos estamos ocupando de fenómenos tan complejos y conceptos tan elusivos como los que implican las nociones de persona-profesora y persona-alumna. Debemos aceptar las dificultades inherentes a la utilización de las etiquetas “estudiante” y “profesora”, dificultades que surgen en el intento de conciliar la necesidad de ser sucinto en la definición y el deseo de no reducir lo humano a una única cualidad como es el aprender. Si uno de los tópicos más aceptados en la cultura profesional de la Enfermería es el que, ante el modelo biomédico imperante que reduce la persona a un conjunto de indicadores objetivos y subjetivos denominados enfermedad, se proponga una visión holística del hombre como un sistema biopsicosocial y espiritual irreductible e infragmentable, no es menos cierto que en la formación de enfermeras ese tópico se hace más problemático. Tal y como Huebner (1975) afirma:

“Desde hace centurias los poetas han cantado acerca de su infinitud; el teólogo ha predicado sobre su depravación y le ha aconsejado su participación en lo divino; el filósofo ha intentado subsumirlo en sus sistemas sólo para ver como repetidamente se le escapaba; el novelista

y el dramaturgo han capturado sus fugaces momentos de dolor y pureza en inolvidables formas estéticas; y el hombre implicado en el curriculum incurre en la temeridad de reducir ese ser al sencillo término de “el que aprende” (pág. 219).

Pensamos que la concepción de curriculum que hemos presentado más arriba implica una relación horizontal y dialógica entre profesoras y estudiantes, una relación de encuentros auténticos, o personalizada. Encuentros que deben caracterizarse por su autenticidad ya que como afirmaba el maestro existencialista Merleau Ponty el comportamiento y las palabras del otro no son el otro, los roles y rituales sociales obligan a encuentros inauténticos. Estos no son encuentros reales, hay en ellos una presencia inauténtica que es, en realidad, ausencia. La noción de encuentro puede definirse como la comunicación de personas entre sí en una situación que es significativa para ambas y significa algo más vivo y real que relación interpersonal, porque quiere expresar que dos personas se encuentran para vivir y experimentarse mutuamente.

Como hemos visto, el curriculum de Enfermería ha sido tradicionalmente concebido por el profesorado como un plan que determina los contenidos a impartir así como las actividades a llevar a cabo, sin embargo, desde la perspectiva que defendemos, el curriculum se concibe como centrado en personas que poseen una historia o una biografía. Como Greene (1975) afirma, nuestra biografía está presente en todos nuestros actos y ejerce una elevada influencia sobre ellos. No podemos negar que en el contexto de la formación de profesionales de Enfermería el dominio del contenido es importante, sin embargo, es importante como medio y no como fin. Si las estudiantes son concebidas (como ocurre en la visiones del curriculum como contenido y como producto) simplemente como receptores y receptáculos del acervo de saberes profesionales y no se les permite, por tanto, la reconstrucción personal y única de ese saber con sus propias biografías, se las mantendrá alienadas de sí mismas y de sus potencialidades. Las definiciones tradicionales del curriculum de Enfermería han enfatizado la asimilación del conocimiento considerado válido para la práctica profesional como el punto final u objetivo único de la formación de enfermeras (Torres y Stanton, 1982). Se ha considerado, erróneamente, el curriculum como una preparación para la vida no como la vida misma. De ese modo se ha imposibilitado la creación de contextos educativos más que instructivos, ambientes donde las estudiantes y las profesoras se embarcan en la

construcción de significados compartidos a través de la interpretación de sus experiencias a la luz de su propias biografías (Greene, 1971).

Como hemos visto anteriormente, las concepciones acerca de la naturaleza y estructura del conocimiento profesional, dinámicas y contextuales, procedentes de la sociología del conocimiento (Vaughan, 1992) y la filosofía de la ciencia (Cull-Wilby y Pepin, 1987; Silva y Rothbart, 1992) que están irrumpiendo en el curriculum de Enfermería, han supuesto una aceptación generalizada de que el conocimiento no es sinónimo del dominio del contenido de las diversas materias curriculares sino que, más bien, es personal y contextual creado por cada persona a través de su biografía que es única. Sin embargo, ese conocimiento se presenta en los curriculum como natural, objetivo, ahistórico y acontextual. Los procedimientos (de naturaleza social) por los cuales el conocimiento enfermero es producido y legitimado y las relaciones de poder que los acompañan (Henderson, 1994), rara vez son expuestos a la consideración de las estudiantes. Estas y otras consideraciones que se derivan de nuestra definición tentativa de curriculum de Enfermería serán desarrolladas con mayor detenimiento en partes posteriores de este trabajo.

CAPÍTULO 6

LA CRÍTICA A LA RACIONALIDAD TÉCNICA: DEL DOGMA A LA EMANCIPACIÓN

6.1. El necesario cuestionamiento de la razón técnica en la enseñanza de la Enfermería

Con objeto de presentar los planteamientos más actuales acerca del diseño y desarrollo curricular en Enfermería, planteamientos inspirados en la fenomenología, la hermenéutica (Bevis, 1989; Diekelmann, 1988; Tanner, 1993) y en la racionalidad sociocrítica (Allen, 1990a; Moccia, 1988b; Rather, 1994), en los dos siguientes capítulos se analizará la visión tradicional del diseño educativo a la luz de planteamientos deliberativos y reflexivos y se explicará cómo los diseños fundamentados en una racionalidad técnica pueden ser afectados por aquellos. Pero antes es conveniente realizar, en este capítulo, una somera mirada a los fundamentos del diseño y desarrollo curricular en el campo enfermero, desde una perspectiva histórica, con objeto de comprender la enorme influencia que en ellos han ejercido los planteamientos curriculares conductistas y eficientistas de Tyler.

Podría parecer algo desleal sugerir que la educación enfermera excluya y elimine la Teoría Conductista del aprendizaje del diseño y desarrollo de su curriculum. El conductismo en la forma de la racionalidad Tyleriana ha sido “la” verdad y el fundamento incuestionado de la formación de enfermeras desde hace 35 años y algunos menos en nuestro país. El problema aparece cuando se es crítico con un modelo que ha permitido a la educación enfermera, entre otros logros, legitimarse como disciplina académica (Bevis y Watson, 1989; McLean, 1992); que ha tenido, y sigue teniendo, reputados e inopinados defensores y un largo cuerpo de literatura que lo avala. Sin embargo, nos parece que el discurso didáctico/curricular en la Enfermería debe abordar como una misión necesaria una crítica de la racionalidad que inspira el modelo Tyleriano y de los efectos prácticos

que la misma ha tenido en el desarrollo histórico de la educación de enfermeras en nuestro país por las siguientes razones:

- 1º Ese modelo se constituye en la actualidad como la visión dominante en el currículum de Enfermería. Si no se explicitan sus limitaciones e imperfecciones teóricas, epistemológicas y prácticas, el profesorado de Enfermería quizás no perciba la necesidad de un cambio. Es importante que el profesorado de Enfermería empiece a tomar conciencia que detrás de todo currículum existe, de forma más o menos explícita e inmediata, una filosofía curricular o una orientación teórica que es, a su vez, síntesis de una serie de opciones filosóficas, epistemológicas, científicas, pedagógicas y de valores sociales (Gimeno, 1988) y que de su análisis crítico y, por tanto explicitación, depende la posibilidad de una formación más adecuada a los valores de compromiso y responsabilidad social defendidos por la profesión.

- 2º El cambio de paradigma que ha afectado a la filosofía y la investigación enfermera, cambio sufrido como consecuencia del que se ha experimentado en las ciencias humanas a partir de la crítica al positivismo, todavía no ha tenido efectos apreciables en la práctica de la educación en Enfermería. Durante muchos años y hasta mediados de la década de los cincuenta, la enseñanza de la Enfermería se basó en el modelo biomédico (Meleis, 1985) que, como ya hemos precisado y matizado, es deudor de una racionalidad marcadamente positivista y estrechamente instrumental: dualístico, objetivo, analítico, lógico-deductivo, cuantitativo y orientado al diagnóstico y al tratamiento (Lupton, 1995; Remen, Blau y Hively, 1979). Lentamente la filosofía y la investigación enfermeras han ido deslizándose, a imagen y semejanza de lo ocurrido en las ciencias sociales, hacia posiciones humanistas, fenomenológicas, críticas, holísticas, subjetivas, hermenéuticas, inductivas, cualitativas y orientadas hacia las experiencias humanas. Por ejemplo, no hace más de diez años que la investigación cualitativa ha sido sancionada y valorada como la orientación más coherente con la filosofía de la disciplina enfermera. En efecto, como Leininger (1985) afirma:

“La explicación de los componentes humanísticos y científicos del cuidado exigen métodos de investigación y modelos de análisis

diferentes a los propuestos por los métodos cuantitativos. Para acceder y descubrir la esquivada, vaga y largamente inexplorada naturaleza del Cuidado son necesarias estrategias y técnicas cualitativas de investigación” (xi).

Sin embargo, esos cambios todavía son la asignatura pendiente de la enseñanza de enfermeras en nuestro país. Por ejemplo, los Proyectos Educativos de la mayoría de Escuelas Universitarias de Enfermería asumen una filosofía humanista y holística de la persona. Defienden una visión de la persona como un ser biopsicosocial y espiritual. Sin embargo, las prácticas de enseñanza están, demasiado frecuentemente, basadas en objetivos conductuales y en la fragmentación analítica del contenido en unidades disciplinares independientes entre sí. Esta contradicción e inconsistencia se está convirtiendo en un handicap para el desarrollo de programas de formación que faciliten el tránsito de una enseñanza básicamente técnica e instructiva, prevalente en nuestro país, a otra más formativa y crítico reflexiva. Hemos dicho en otro lugar (Medina, 1994b) que en el contexto académico de la Enfermería de nuestro país todavía no parece asumirse con suficiente claridad, a diferencia de lo que viene sucediendo en el ámbito anglosajón, que durante las dos últimas décadas, tanto en las Ciencias Sociales como en las de la Salud y más concretamente en la educación Enfermera, se ha producido el surgimiento de una diversidad de posiciones epistemológicas y metodológicas, aparecidas sobre todo, como oposición frontal a la epistemología positivista, dominante en el ámbito de la Enfermería, surgida tras la explosión tecnocrática y empirista de los años 60 y que han dado lugar a una concepción profesional marcadamente práctica y reflexiva.

- 3º Las necesidades que genera un sistema de salud como el nuestro (altamente tecnologizado), la cronicidad de muchos de los problemas de salud y, sobre todo, la naturaleza social de muchos de los problemas de salud de los que las enfermeras se ocupan requiere algo más que enfermeras bien entrenadas o adiestradas (resultado fácil de alcanzar desde una racionalidad técnica). Parece imponerse cada vez con más fuerza la idea que a esa finalidad técnica debemos añadirle cuestiones morales y políticas contemplando la necesidad de que en las escuelas de Enfermería se formen agentes de salud que intervengan de modo activo en la

transformación de las estructuras sociales que influyen en el estado de salud de la población.

6.2. El curriculum de Enfermería: institucionalización del dogma Tyleriano

El interés por el estudio y el pensamiento acerca del Curriculum se puede retrotraer a finales del siglo XIX. Pero su emergencia como campo disciplinar de estudio científico se sitúa en el primer cuarto del siglo veinte con la aparición del trabajo seminal de Bobbitt (1918) *The Curriculum*. Una lectura del desarrollo histórico del campo del curriculum de Enfermería puede adoptar la forma de un intento de deconstrucción del sesgo ideológico que estaba implícito en los planteamientos de Bobbit. Porque será este autor el que a través de Tyler influirá enormemente en el devenir histórico del curriculum de la Enfermería.

Estamos de acuerdo con Angulo (1988) en que los planteamientos de Bobbitt han resultado paradigmáticos en el campo del curriculum debido a dos de sus principales asunciones. En primer lugar, la fe absoluta en que la aplicación de los principios científicos a la educación, en nuestro caso a la formación de enfermeras, resolverá todos los problemas que ésta tiene plantados. Y en segundo, la concepción economicista y la compresión industrial de la enseñanza. Nótese la clara influencia de trabajo de Taylor en estos planteamientos.

Los principales efectos que el trabajo de Bobitt, y sus seguidores, ha tenido en la formación de enfermeras son los siguientes:

- 1º La aplicación del método del análisis de tareas, que Taylor había popularizado en la organización del trabajo industrial, a la construcción del Curriculum. Quizás en pocos curricula universitarios como en el de Enfermería se haga tan patente la obsesión por la fragmentación del trabajo profesional que se enseña. Algo que no es de extrañar cuando observamos el auge de los estudios de “cargas de trabajo” (el análisis de tareas Tayloriano aplicado a la gestión del costo y de plantillas en los hospitales) que son considerados como uno de los elementos clave para el éxito en la actual retórica eficientista que satura el pensamiento enfermero.

- 2° La posibilidad de realizar el diseño de los currícula de un modo estandarizado, de formular de modo preciso y unívoco las finalidades del proceso instructivo en términos de conductas medibles y observables y, por tanto, de convertir esas conductas en los criterios de medición del producto de la enseñanza y por extensión de la eficacia del proceso en general.
- 3° La razón instrumental como forma de legitimación. El esquema medios fines se constituye como hegemónico. Hoy día cualquier planteamiento del diseño de la formación de enfermeras responde a un modelo lineal en el que, en primer lugar, deben formularse los objetivos que marcarán la dirección del proceso para, en un segundo momento, seleccionar contenidos, actividades didácticas y estrategias de evaluación que se convierten en medios (instrumentos) para alcanzar los objetivos. Pero el triunfo de ese esquema se hace más evidente si constatamos su masiva presencia en la mayoría de asignaturas del curriculum de Enfermería adoptando la forma del método de trabajo que es considerado por el profesorado como el epítome de lo que debe ser un trabajo racional en la Enfermería. Nos estamos refiriendo al Proceso de Atención de Enfermería que consiste en la extrapolación pura y dura del método científico de solución de problemas (recogida de datos, valoración, identificación del problema, planificación rigurosa de la solución, ejecución del plan y evaluación del mismo) al trabajo de la enfermera profesional.
- 4° Como consecuencia de los tres puntos anteriores, la aparición de la eficiencia social como justificación ideológica del Curriculum de Enfermería. La idea básica es que los estudiantes deben prepararse para responder de una manera eficaz a las demandas de los puestos de trabajo, es decir, satisfacer las necesidades de la *economía de la salud*. No es de extrañar que las escuelas de Enfermería intenten emular la eficiencia de las empresas y que para conseguirlo utilicen los mismos esquemas que aquéllas, de ese modo “se extrapolan las “técnicas gerenciales” al trabajo educativo. Olvidando sin más que los criterios pedagógicos, éticos y profesionales que rigen cualquier Escuela de Enfermería, como centro educativo que es, tienen poco que ver con los que rigen una empresa.

Estas características manifiestan, en definitiva, los actuales intentos para construir técnicamente un currículum científico en consonancia con una realidad marcadamente positivista donde la economía, el efficientismo social y el cientifismo se convierten en los mecanismos de legitimación ideológica de la formación en Enfermería. Pero, ¿cuál fue el proceso histórico de institucionalización de esas ideas en la formación de enfermeras?. En lo que sigue trataremos de responder a esa cuestión.

6.2.1. Institucionalización en la educación enfermera

En los años cuarenta aparece el modelo de diseño curricular que hoy domina en la formación de enfermeras. Es formulado por Ralph Tyler (heredero intelectual de Bobbit y Taylor) en su obra seminal *Principios Básicos del Currículum y de la instrucción* (1949). El diseño científico y sistemático del currículum se articula en torno a cuatro preguntas clave, bien conocidas por el profesorado de Enfermería:

- * ¿Qué fines desea alcanzar la escuela?
- * ¿Cuáles son las experiencias educativas que permiten alcanzar esos fines?
- * ¿Cómo pueden ser eficazmente organizadas esas experiencias?
- * ¿Cómo podemos determinar si se han alcanzado los fines propuestos?

Dando lugar a un diseño lineal reflejado en el siguiente esquema:

Este modelo lineal se considera también como el ideal para la práctica profesional de la



Enfermería quedando encarnado en el Proceso de Atención de Enfermería. Riopelle, Grondin y Phaneuf (1993) en uno de los textos más usados por las escuelas de Enfermería y que versa sobre estrategias educativas aplicadas a la educación sanitaria de los pacientes, explicitan esta relación entre el modelo de Tyler, en el que sorprendentemente todavía creen, y el Proceso de Atención de Enfermería, equiparando, de ese modo, la racionalidad de la acción que efectúa la profesora de Enfermería con la lógica del acto que lleva a cabo la enfermera profesional:

“El modelo de organización que, en esta obra, sirve de base a la elaboración de una enseñanza es en cualquier caso muy parecido al del proceso de atención de Enfermería. En efecto, la preparación de un curso se compone aproximadamente de las mismas etapas que el proceso, tan familiar para las enfermeras (sic)” (pág. 150).

El punto clave en este diseño son los objetivos, los cuales se hallan jerárquicamente en el vértice de la pirámide. Es decir, todos los restantes componentes del diseño se subordinan a él. Puede afirmarse que la estructura lógica en la que se sustenta este diseño es la

racionalidad medios/fines, es decir, el resto de los elementos del diseño son instrumentales con respecto a los objetivos (fines) previamente establecidos.

La información necesaria para materializar los fines de la formación surge de la interacción entre los contenidos de las materias, las necesidades de los estudiantes y las necesidades de la sociedad. La psicología del aprendizaje y la filosofía se convertirán en los jueces que dirimirán las contradicciones que pueden presentar los objetivos al derivarse de sus fuentes. Finalizada esa filtración los objetivos aparecen en forma de “conductas” deseables en un área del contenido disciplinar determinado. En esos términos los objetivos se convierten en auténticas guías tecnológicas de actuación para el docente. Una vez formulados los objetivos, el paso siguiente será seleccionar las actividades de aprendizaje, las cuales se conciben como un medio para alcanzar las conductas prescritas en los objetivos. Ciertamente la selección de actividades de aprendizaje implica hacer juicios y tomar decisiones pero éstas son “estratégicas” por usar la terminología Habermasiana, es decir, de toda la gama de actividades (medios) que se sabe producen los efectos solicitados (fines), se selecciona la que se considera más eficaz. El valor de estas actividades está únicamente determinando por su contribución a la consecución de los objetivos. El último momento en el diseño es el que hace referencia a la selección de actividades y técnicas que permitan determinar el grado de eficacia de las actividades de aprendizaje, lo cual se llevará a cabo mediante la medición fiable y precisa del cambio de conducta que aquéllas han producido en el estudiante. Cambio que en Enfermería, como en casi toda la enseñanza universitaria, se manifiesta en la “cantidad” de conocimientos teóricos adquiridos por las alumnas.

El modelo de diseño y desarrollo curricular de Ralph Tyler ha prescrito el curriculum y la dirección del pensamiento educativo en Enfermería durante los últimos 35 años (Bevis y Watson, 1989; Diekelmann, 1988). En el año 1955 se publicó el influyente informe de Ole Sand acerca del curriculum de Enfermería llevado a cabo en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington que fue asesorado por el propio Ralph Tyler. Esa investigación trató de llevar a la práctica los principios propuestos por Tyler para diseñar y desarrollar el curriculum de Enfermería. Dado que Tyler fue el consultor del proyecto no es sorprendente que la recomendación que se hizo al profesorado de Enfermería norteamericano fuese la de usar el modelo Tyler en sus curricula. Ese fue el primer paso para la institucionalización del mismo. El modelo de objetivos de Tyler continúa hoy día

siendo la base para el diseño y desarrollo de gran parte de los currículum de Enfermería. Tanto es así que se constituye en el marco teórico para el desarrollo de los criterios de acreditación propuestos por la NLN³³.

A diferencia de otros ámbitos educativos en los que el Tylerismo tuvo mayor o menor efecto, en el de la Enfermería alcanzó una verdadera institucionalización en la mayor literalidad del término. No sólo se constituyó en una guía para el diseño y la puesta en práctica del currículum sino que además se convirtió en el código “legal” que debían seguir las escuelas para que sus graduadas pudieran acceder al ejercicio de la profesión (Gould y Bevis, 1992). El contexto en el que el modelo de Tyler fue institucionalizado es significativo y merece ser considerado aquí. En lo que sigue analizaremos someramente algunos factores históricos como la emergencia del conductismo, la búsqueda por parte del profesorado de Enfermería de titulaciones universitarias de tercer ciclo, la consecución del nivel universitario para los estudios de Enfermería y los procesos de evaluación y acreditación de las escuelas que hicieron inevitable la institucionalización del paradigma Tyleriano en la formación de enfermeras en Estados Unidos de donde se expandió más tarde al resto de países.

6.2.1.1. La emergencia y eclosión del conductismo

En los años cuarenta, el conductismo ya se había convertido en la fuerza más influyente en la educación americana y a partir de ese momento colonizó los países europeos (Fitzpatrick, 1986; Murdock, 1983).

A mediados de la década de los cuarenta la influencia de los trabajos de Dewey, dominantes a la sazón en el panorama educativo, empezó a menguar. Sus poderosas intuiciones e ideas, hoy de nuevo en auge, cedieron terreno ante las posiciones conductistas³⁴. La afirmación de Thorndike “cualquier cosa que exista, existe en alguna cantidad y por tanto puede ser medido”, reflejo a su vez del triunfo de las tesis empírico-positivistas, se convierte en creencia compartida para una plétora de educadores que dejaron sentir de modo intenso su influencia en la educación moderna. El modelo de

²⁶ La National League for Nursing elabora una serie de criterios de evaluación que sirven como objetivos a las escuelas para conseguir unos programas de calidad.

³⁴ Conductismo es usado aquí en sentido amplio para referirnos a todas aquellas teorías que incluyen el conexionismo, el asociacionismo, el condicionamiento operante y el neoconductismo.

diseño curricular medios-fines de Tyler se vio reforzado y complementado por el conexionismo de Watson (1924), la ley del efecto de Thorndike (1949), el condicionamiento operante de Skinner (1953), la taxonomía de Bloom (1956) o las condiciones de aprendizaje de Gagné (1974). A partir de esos momentos, campos como el de la evaluación, el diseño curricular o las estrategias de enseñanza-aprendizaje quedarán saturados de la lógica impuesta por la tradición empírico-conductista.

6.2.1.2. La búsqueda de titulaciones de tercer ciclo por parte del profesorado

Quizás el persuasivo poder de aquellos defensores del conductismo no hubiese sido capaz de llevar a la Enfermería a la institucionalización del modelo de diseño curricular de Tyler, a no ser por otra contingencia histórica que lo hizo inevitable.

Después de la segunda guerra mundial el profesorado de Enfermería, sobre todo en EE.UU, en un intento de conseguir el prestigio otorgado a otros educadores inicia un masivo movimiento hacia los estudios de master y doctorado³⁵. La lucha por la

³⁵ La actual estructura del sistema educativo americano, en lo que a la formación de Enfermeras se refiere, es un auténtico caos. Existen seis niveles académicos (LPN, Diploma Program, AD, BNS, MNS, DNS) y dos niveles profesionales, el técnico y el profesional. Cualquier enfermera que esté en posesión de uno de esos grados académicos puede realizar el examen para obtener la credencial de RN o enfermera registrada que le faculta para el ejercicio profesional, de modo que en una misma unidad o servicio de enfermería pueden coexistir profesionales con distinta titulación y preparación académica con los conflictos que ello comporta. El nivel más bajo que permite un acceso a la profesión, aunque no se las considere propiamente enfermeras, es la Practical Nurse (PN). Son estudios de 1 año de duración que se realizan al egresar de la High School (nuestra ESO); es una formación eminentemente técnica orientada a los cuidados básicos (higiene, alimentación, movilización, seguridad, eliminación) de salud. Sus actividades profesionales son similares a las que, en nuestro país, realizan las auxiliares de Enfermería o las que supuestamente llevarán a cabo los nuevos técnicos en cuidados de Enfermería. Esos estudios se realizan en Community Colleges (universidades públicas de bajo costo), Colleges, High Schools o escuelas técnicas. Al finalizar ese curso las alumnas pueden optar por realizar el examen para obtener la licencia que las faculta para el ejercicio profesional convirtiéndose en Licensed Practical Nurse (LPN) o bien continuar un año más de estudios para obtener el Associate Degree. Las enfermeras propiamente dichas acceden al ejercicio profesional (RN, registered nurse) por tres caminos diferenciados. En primer lugar, el Associate Degree (AD). Son estudios de dos años realizados en Community Colleges. El primer programa se llevó a cabo en el Teachers College de la Columbia University. Es también una formación técnica e intermedia entre la enfermera práctica (PN) y la licenciatura en Enfermería (Baccalaureate). Aunque en su inicio se consideró como título terminal, hoy día permite el acceso al segundo ciclo de la licenciatura. En el año 1988 de los 1.443 programas de estudios de Enfermería, 792 eran AD y el 53 % de enfermeras que accedían al ejercicio profesional provenían de estos programas. En segundo lugar, la licenciatura (BNS). Estudios universitarios de cuatro años con un marcado cariz profesionalizador. Sólo un 34% de los alumnos de Enfermería lo cursan. Hoy día se defiende que es el nivel mínimo para el acceso a la profesión. En tercer lugar, los programas de diplomado (Diploma Program) que a diferencia de la diplomatura en nuestro país no son estudios universitarios. Son programas desarrollados y tutelados por hospitales. Hoy día la mayoría de enfermeras que ejercen se han formado con estos programas orientados técnicamente y con una filosofía básicamente instructiva. Para acabar, existe la posibilidad, si se posee una licenciatura, de acceder a los grados de Master (MNS) y doctor/a en Enfermería (DNS) o en Educación (Ed.D) o Filosofía (Ph. D).

legitimación profesional y por la consecución del rango universitario para los estudios de Enfermería había comenzado (Bullough y Bullough, 1984). Debido a la escasez de programas de master específicos para enfermeras y la completa ausencia de programas de doctorado, en la década de los cuarenta (como ocurre hoy en España) los profesores y profesoras se acercaron a programas realizados por disciplinas afines a la Enfermería: educación, antropología, sociología, microbiología, gestión, etc. Para aquellas enfermeras que ejercían la docencia y la gestión en el campo educativo los master y doctorados en educación se convirtieron, comprensiblemente, en los más populares. Incluso en los últimos años, en los Estados Unidos de Norteamérica donde las enfermeras tienen fácil acceso a los estudios de tercer ciclo, léase programas de doctorado en Enfermería (ND), el doctorado en educación (Ed.D) continúa siendo altamente solicitado por el profesorado de Enfermería (Bevis y Watson, 1989).

A partir de aquí, la progresión de los hechos puede resultar obvia. Gran cantidad de profesoras y profesores de Enfermería recibieron sus doctorados de Facultades de Pedagogía o de Educación donde fueron aprisionados por la cultura y el lenguaje del conductismo hegemónico en aquellos momentos.

El modelo de Tyler era el dominante en los contenidos de aquellos programas y el resto de modelos estudiados se fundaban en la misma epistemología y prescribían los mismos o muy parecidos principios y esquemas que el modelo de Tyler: filosofía, marco conceptual, objetivos a nivel de programa, curso y unidad, actividades de aprendizaje y criterios de evaluación que adoptaban la forma de objetivos conductuales. De ese modo las profesoras y profesores de Enfermería regresaron a sus escuelas armados, algunos entusiasmados, con la lógica técnico-conductista y respaldados por el informe y el trabajo de Ole Sand en la Escuela de Enfermería de Washington que como se ha mencionado anteriormente estuvo asesorado por el mismo Ralph Tyler. Además el libro de Mager (1962) *“Preparing Instructional Objectives”* se convirtió en el libro de cabecera para

Con semejante panorama es fácil comprender que el principal problema con el que se enfrenta la Enfermería Norteamericana es el de la regulación y determinación de las funciones y responsabilidades profesionales así como el de la definición de la carrera profesional. A los que hemos tenido oportunidad de conocer “in situ” esa problemática nos sorprende y escandaliza la miopía con la que actuamos en nuestro país, reproduciendo un modelo de segmentación profesional que, como hemos podido comprobar, está produciendo un sinnúmero de problemas a las enfermeras norteamericanas.

muchos educadores enfermeros que demostraban su pericia formulando “correctamente” los objetivos operativos o conductuales.

6.2.1.3. El movimiento hacia la universidad

Otro elemento que contribuyó a la institucionalización del modelo Tyler fue el movimiento de la educación enfermera desde los programas impartidos por hospitales con una finalidad técnico/instructiva a programas impartidos por las universidades con un marcado cariz formativo y profesionalizador. Todavía hoy en nuestro país, al igual que en Estados Unidos, la mayoría de enfermeras que ejercen en hospitales y centros asistenciales han recibido su formación en escuelas que estaban bajo la dependencia más o menos directa de hospitales. Cuando las primeras escuelas de Enfermería -en 1893 en USA y en 1917 en España- fueron establecidas, el cuidado de los enfermos estaba experimentando un cambio de localización desde los domicilios hacia los hospitales lo que ayudó a que aumentase considerablemente el número de centros hospitalarios. En el año 1893 existían en Estados Unidos 4 escuelas dependientes de hospitales, 20 años después, a principios de siglo, existían más de 400 con más de 11.000 estudiantes (Fitzpatrick, 1983). Como vimos en el capítulo tercero, este rápido crecimiento fue debido, entre otros factores, a la toma de conciencia por parte de los administradores de los hospitales que las escuelas de Enfermería eran una fuente muy barata para el reclutamiento porque las estudiantes de Enfermería actuaban como fuerza de trabajo que por su calidad de aprendices no cobraban. Sin embargo, ese aumento espectacular se llevó a cabo sin el más mínimo control legal o profesional (Kalisch y Kalisch, 1986).

Los programas estaban diseñados exclusivamente para satisfacer las necesidades de los hospitales y por tanto variaban considerablemente de escuela a escuela, el alumno era más un trabajador que un estudiante. En los inicios de 1900 la mayoría de escuelas se habían convertido en parte integrante de los hospitales lo que provocó una pérdida del control de las enfermeras hacia su propia formación; lo más usual fue que la responsabilidad del programa de la escuela estuviera en manos de los responsables del hospital y en el mejor de los casos en las de la directora del servicio de Enfermería del hospital que usualmente era una enfermera (Ellis, 1980). Esa falta de control legal y profesional hizo que muchas escuelas descuidaran u olvidaran elementos esenciales del curriculum. Los programas se diseñaban de una manera más bien fortuita, el profesorado que impartía las clases “teóricas” estaba constituido en su mayor parte por médicos, por

lo que la contribución de la enfermera al cuidado y la salud de los enfermos se transformó en un papel de subordinación a las necesidades de la profesión médica y de la gestión de los hospitales. Los contenidos se estructuraban a partir de las especialidades médicas, versaban sobre “Enfermería médica, quirúrgica, psiquiátrica o pediátrica”. La formación práctica la impartían graduadas del mismo programa que aunque poseían conocimiento práctico producido en su experiencia de atención a los enfermos, desconocían por completo la dimensión didáctica de su papel. Muchas escuelas usaban a sus estudiantes para completar el personal de enfermería del hospital; éstas realizaban sus “prácticas” en los momentos en que las cargas de trabajo en las unidades de enfermería eran las más elevadas.

En síntesis, ya desde sus orígenes la formación de enfermeras muestra una clara subversión y alienación de su contribución al campo de la salud, alienación que se convertirá en el punto central de reivindicación profesional y teórica en el siglo XX (Bullough y Bullough, 1984). Como que las escuelas de hospitales seguían aumentando, el intento por retornar el control de la formación al interior de la profesión se convirtió en un tortuoso camino. La solución aparecería con el tránsito hacia la universidad pero mientras éste se materializó la explotación de las estudiantes y de la profesión continuó. En los últimos años ha habido una reducción de las escuelas hospitalarias- en el año 1989 el 12,6% de los 1443 programas de Enfermería que se impartían en Estados Unidos correspondían a Diploma Program. Las causas de esa disminución fueron varias. En primer lugar, las universidades no reconocían el título expedido por las escuelas hospitalarias y por tanto si las enfermeras deseaban continuar con su formación debían comenzar por los primeros ciclos universitarios. En segundo lugar, la baja calidad y adecuación de la formación que se impartía en las escuelas hospitalarias estaba llegando a la opinión pública. Por su parte la ANA en el documento “First position on Education for Nursing” recomendaba que la formación para la práctica profesional de la Enfermería debe ser responsabilidad de la universidad.

Este clima animó a James E. Rusell a la sazón decano de la facultad de Educación (“Teachers College”) perteneciente a la universidad de Columbia (New York) a aceptar la propuesta del comité de la Sociedad de Superintendentes, antecesora de la National League for Nursing para ofrecer educación adicional a las enfermeras que ya poseían el diploma hospitalario, educación que respondería a lo que hoy conocemos por extensión

universitaria. De ese modo, el año 1898, se inicia, bajo los auspicios del Teachers College (conocido como la “casa madre”), la educación universitaria de las enfermeras estadounidenses, aunque fuese entrando en la universidad por la puerta de servicio (Bullough y Bullough, 1984). En nuestro país, ese paso fue dado, en 1977, casi ochenta años después.

El primer programa universitario de Licenciatura en Enfermería (Baccalaureate in Nursing Science) que funcionó de una manera estable, se empezó a impartir en 1909 en la Universidad de Minnesota. Durante los cincuenta años siguientes, más de 350 Universidades y Colleges abrieron sus puertas a los estudios de Enfermería. Entre 1950 y 1970 hubo un crecimiento exponencial de los programas que se realizaban en las universidades al mismo tiempo que una disminución de las escuelas hospitalarias. Un aspecto interesante de esa explosión fue el uso exclusivo del modelo de Tyler para el diseño de los curriculum de ambos tipos de programas. Eso suponía la aceptación de que ese modelo era válido tanto para una instrucción tecnicista (programas hospitalarios) como para una formación con visos de profesionalidad (la universitaria). Por último, esa hegemonía del modelo de Tyler también fue reforzada por el motivo que a continuación exponemos.

6.2.1.4. El proceso de acreditación

Paralelamente a la creciente influencia del conductismo en la enseñanza de la Enfermería, las agencias que en los diversos Estados se encargaban de evaluar los programas, a través del denominado proceso de acreditación que las escuelas llevaban a cabo, utilizaban criterios estrictamente cuantitativos para realizar su evaluación (Diekelman, Allen y Tanner, 1989). Los programas eran acreditados (lo que permitía a la escuela continuar la docencia) si los alumnos realizaban el número de horas exigidos en los diversos servicios y centros de prácticas (Bullough y Bullough, 1984). Con posterioridad, la National League for Nursing en un intento de homogeneizar un mínimo los curriculum exigía un número mínimo de experiencias prácticas (básicamente técnicas de asistencia a los enfermos) que los alumnos debían realizar para que el programa fuera acreditado. Durante la década de los cincuenta, las ideas del paradigma Tyleriano llegaron a los miembros de los comités de evaluación (Bevis y Watson, 1989) y los criterios de evaluación y acreditación publicados en los primeros años sesenta reflejaban en gran medida la racionalidad Tyleriana. De ese modo el paradigma de Tyler se fue gradualmente

institucionalizando en la educación enfermera americana a través de las regulaciones que emitía la ya poderosa NLN. Afortunadamente, en 1988 se inicia el trabajo de desinstitucionalización del modelo Tyleriano. En ese año, la NLN publica la sexta edición de los Criterios de Evaluación de la Licenciatura en Enfermería iniciándose una flexibilización ostensible en cuanto al diseño de los programas se refiere (Bevis y Watson, 1989).

Hasta aquí hemos presentado los motivos por los cuales la racionalidad Tyler, marcadamente técnica e instrumental se ha mantenido dominante en el curriculum de Enfermería hasta nuestros días. En los dos capítulos siguientes presentaremos las alternativas a esa concepción: sus presupuestos, las críticas sobre las que se constituyen como propuestas didácticas alternativas al modelo conductista y sus implicaciones para la práctica pedagógica en lo que al curriculum de Enfermería se refiere.

CAPÍTULO 7

LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS COMO PRÁCTICA Y REFLEXIVA

7.1. La formación de enfermeras como acción práctica

La educación de enfermeras tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo de la enseñanza (como el de la salud) es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización (Diekelmann, 1988). Ciertamente, la práctica educativa no se puede abarcar con el conocimiento técnico.

En contraste con los planteamientos técnicos que defienden que la acción de educar enfermeras es el resultado final del uso racional del conocimiento científico sobre la educación y donde la relación entre éste y la acción pedagógica es una relación lineal y prescriptiva, la concepción Práctica de la enseñanza defiende una visión dialéctica entre saber teórico y acción. Aquí se rechaza la noción según la cual el conocimiento técnico y la aplicación prescriptiva del mismo sean los responsables de la racionalización de los cursos de acción (Carr y Kemmis 1988). Las acciones que se lleven a cabo en la enseñanza de enfermeras serán el resultado de un proceso de construcción llevado a cabo por los participantes en el acto educativo los cuales deliberan y reflexionan sobre los fundamentos éticos de los fines educativos, sus consecuencias inmediatas y la coherencia y legitimidad de los medios para conseguirlos:

“Mientras que en la actuación técnica el conocimiento científico se aplica determinando instrumentalmente la acción, en la acción práctica el conocimiento es una plataforma informativa que necesita el juicio responsable de los participantes y su compromiso. La acción práctica es substancialmente una acción regida deliberativamente por principios éticos” (Angulo, 1988, 680).

En síntesis, a diferencia de la acción técnica la formación de enfermeras como práctica social que 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. La formación de enfermeras estará, por tanto, más orientada a la comprensión que al éxito, implica una interacción sujeto-sujeto, se centra en las propiedades subjetivas de aquélla y está regulada moralmente.

El tipo de racionalidad de la acción en la que se funda esta noción de práctica se halla recogida en la *Ética a Nicómaco*, donde Aristóteles realiza una de las distinciones que más han ayudado a autores como Carr y Kemmis (1988) y Grundy (1991) en la formulación de una racionalidad de la acción educativa alternativa a la razón instrumental. Esta distinción se funda en las diferencias existentes entre aquello que puede ser considerado objeto de producción y lo que es objeto de actuación. En este apartado efectuaremos una somera caracterización de la racionalidad práctica tal como fue descrita por Aristóteles para analizar, después las implicaciones que este modo de conocimiento y acción tiene para la formación de Enfermeras.

La noción de Práctica se inserta en el ámbito de interacción entre las personas, la cual requería un tipo particular de acción que se diferenciaba de la acción manual o técnica de los artesanos y que Aristóteles denominaba Práctica. Esa acción no constituye una acción objetiva, esto es, sobre un objeto o sobre una persona que haya sido objetivada, es una acción subjetiva, es decir, la acción de un sujeto que actúa con otro sujeto.

Para Aristóteles, el conocimiento técnico no es suficiente para la comprensión y mejora del ser humano. A diferencia del artesano que dispone de instrumentos y conocimiento procedimental para llevar a cabo el acto productivo, el ser humano es incapaz de disponer de sí:

“No puede producirse a sí mismo al igual que puede producir otras cosas” (Gadamer, 1975, 387)³⁶.

La práctica (educativa) es más un “obrar” que un “hacer”; su *telós* o finalidad era la sabiduría y la prudencia para la acción. Mientras que el acto productivo está orientado

³⁶ Citado por Angulo (1988, pág 606).

hacia la utilidad del producto; y la situación en que ese acto tiene lugar no es importante sino en la medida que contribuye a la producción, la acción práctica incorpora en su seno valores que se consideran moralmente aceptables. La "tejné" guía la acción pero no resulta necesariamente modificada por ella, no cambia aunque el técnico vaya adquiriendo mayor habilidad y competencia en su oficio (Carr y Kemmis,1988). Sin embargo, la actividad práctica no se guía por la utilidad de un producto sino por una disposición moral a obrar correctamente. La actividad práctica se diferencia de la tejné porque es una acción que se modifica a sí misma, a su base de conocimientos, en función de sus consecuencias.

Para Aristóteles, en la tejné, la conexión entre la finalidad de la acción productiva (el objeto de la producción) y el medio para conseguirlo (las reglas o procedimientos para la acción) es una relación conocida, directa e indudable que sólo vendría modificada por el desconocimiento del técnico de las reglas de producción o por su poca pericia o destreza en aplicarlas. Sin embargo, cuando de actividades prácticas se trata esa conexión o certidumbre desaparecen. El modo justo y prudente de relacionarse con los demás no se halla inscrito previamente en ningún saber disponible y formalizado en reglas. La relación medios-fines en la relación entre personas, en la actuación social, es una relación ambigua e incierta y por tanto imposible de determinar a priori. Según Aristóteles es la *deliberación* lo que nos permite determinar el proceso y los fines para una actuación justa. La deliberación se caracteriza por ser un proceso con elevados grados de indeterminación en el que se toman decisiones inciertas. No sólo es difícil que obtengamos certezas que nos informen acerca de la bondad de los cursos de acción que hemos seleccionado para alcanzar nuestros fines sino que tampoco disponemos de certidumbre respecto el sentido y significado de esos fines. Por ello la deliberación requiere de la prudencia (*phronesis*). La prudencia es el marco racional del hombre reflexivo que delibera sobre el proceso ambiguo e indeterminado de su acción social. Es una acción o disposición a obrar de un modo moralmente justificable. Esta *phronesis* es también denominada "juicio práctico" (Grundy, 1991) uno de cuyos elementos sería el conocimiento. Pero no un conocimiento normativo o prescriptivo apoyado en reglas sino más bien un conocimiento personal, en el sentido que le otorga Polanyi (1958), que el sujeto crea de modo idiosincrásico a través de la reflexión y la experiencia.

Toda acción práctica es de naturaleza social, es una relación-acción entre sujetos y está orientada hacia la acción y los actores más que al resultado de aquéllas. Se trata de desarrollar juicios a través de la deliberación que incluye procesos de interpretación y comprensión del contexto humano en el que se desarrolla la acción donde los sujetos poseen interpretaciones y significados a menudo contrapuestos respecto los medios y los fines de la propia acción. Así la inter-acción no consiste en la acción sobre un contexto previamente objetivado sino que es una acción con el ambiente considerado como sujeto de la interacción. Esta acción genera un saber subjetivo y no por ello arbitrario ya que se funda en el acuerdo intersubjetivo de dos sujetos al compartir sus interpretaciones y comprensiones. Comprensiones basadas en una interpretación consensuada de los significados.

De este modo en la deliberación práctica, la relación entre conocimiento y acción no es directa sino que está mediada por aquella comprensión o interpretación consensuada de significados. La acción no se deriva de la aplicación de reglas algorítmicas sino que se funda en la comprensión que tienen de la situación los participantes en la misma.

7.2. Rasgos distintivos de la formación de enfermeras como acción práctica

De acuerdo con lo anteriormente señalado podría afirmarse que la educación de enfermeras, al igual que toda educación, es una actividad práctica ya que se entiende que está dirigida más a la realización de los valores inherentes a la propia naturaleza del proceso educativo, que no a la obtención de productos, en este caso, una enfermera profesional capaz de desarrollar las funciones que el sistema sanitario le encomiende. Ciertamente, la formación de enfermeras está orientada a la práctica sanitaria, pero no es menos cierto, que, desde esta perspectiva, debe reconceptualizarse esa noción incluyendo cuestiones morales, sociales y políticas. Basándonos en autores como Moccia (1989), Angulo (1988), Diekelmann (1990), Tanner (1990) y Grundy (1991) podemos identificar tres características distintivas del curriculum de Enfermería entendido como práctica social: incertidumbre de las acciones didácticas a llevar a cabo, construcción del significado a través de la comprensión hermenéutica y actividad de naturaleza ética.

7.2.1. La incertidumbre esencial de las acciones a llevar a cabo

Desde el momento en que el profesorado de Enfermería entiende técnicamente su trabajo, está asignando a los procesos de enseñanza-aprendizaje una rigidez y previsibilidad de la que en realidad carecen. En efecto, el proceso educativo es un proceso de interacción entre participantes (profesoras y alumnas) y, por tanto, 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 vendrá determinada por los significados que les otorguen los participantes (Angulo, 1988).

La práctica educativa de la Enfermería tiene lugar, por tanto, en 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 (Jackson, 1990). 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. En palabras de Pérez Gómez (1988):

“Cuando la práctica educativa parece, aparentemente, en la superficie, seguir la lógica de la racionalidad técnica es probablemente porque el profesor ignora consciente o inconscientemente las peculiaridades conflictivas de la vida del aula y actúa con la representación mental unívoca que falsamente se construye de la realidad. En este caso el profesor no resuelve los problemas reales que el intercambio de conocimientos y mensajes entre profesor y alumno está provocando, se

limita a gobernar superficialmente el flujo de los acontecimientos” (pág. 141).

Un segundo factor que contribuye a la indeterminación y ambigüedad de las acciones educativas es la influencia de las características particulares del contexto de interacción:

“Las incertidumbres de la vida del aula no se limitan a los acontecimientos inesperados que ocurren, sino que incluyen también las contingencias complejas referidas a muchas, si no a la mayoría de las decisiones del docente” (Jackson, 1991, 197).

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.

7.2.2. Construcción del significado a través de la comprensión hermenéutica

La acción práctica depende del juicio o deliberación práctica el cual depende de la interpretación de significado de un acontecimiento que a su vez depende del encuentro y la interacción de significados que poseen y proyectan profesoras y estudiantes en la acción. Grundy (1991, 98) pretende clarificar este proceso de comprensión comparándolo con la hermenéutica textual. Cuando tratamos de comprender algún texto nos aproximamos a él con una serie de significados, creencias y expectativas previos, los cuales, a través de nuestras interpretaciones, interaccionan con el significado que el autor trataba de comunicar, de tal manera que ese texto nos resulte inteligible, comprensible o significativo:

“La persona que trata de comprender un texto realiza siempre un proyecto de proyección. Proyecta ante sí un significado del texto en conjunto en el momento en el que surge del mismo algún significado inicial. Este último sólo surge porque aquélla lo lee con determinadas

expectativas en relación con cierto significado. El resultado del anteproyecto, constantemente revisado en términos de lo que emerge a medida que penetra el significado, es la comprensión de lo que allí existe” (Gadamer, 1975, 236 y ss)³⁷.

Hemos dicho que el proceso de interpretación se da cuando aparece la interacción de significados entre los participantes en las acciones prácticas. De esta interacción se deriva otro elemento constitutivo de la comprensión: la negociación. Negociación que se desarrolla necesariamente durante la interacción comunicativa entre los participantes en ella. Cuando una profesora y un estudiante se comunican lo hacen poniendo en contacto sus marcos de referencia o de interpretación; a partir de aquí cada uno atribuirá un significado a la interacción en función de su marco interpretativo pero también en función de su capacidad de acceso a la estructura con la que el otro sujeto interpreta sus propios pensamientos, sentimientos y acciones; sólo la negociación, a través del diálogo, del significado que otorguen a la interacción, les permitirá derivar una comprensión no arbitraria sino fundada en el acuerdo intersubjetivo. A medida que la interacción vaya avanzando:

“Alguna de las perspectivas individuales pasa a ser intersubjetivamente compartida por los miembros del conjunto interactuante. Cada miembro se va aproximando a la perspectiva de los demás produciéndose una relativa correspondencia entre los distintos puntos de vista individuales, aunque éstos no son idénticos” (Erickson, 1989, 220).

Pero aceptar la negociación como constituyente de la comprensión supone al mismo tiempo aceptar que los significados -o el conocimiento- son construidos socialmente, esto es, prácticamente. Con esto queremos decir que la manera en que profesoras y estudiantes interpretan y asignan significado a las acciones de enseñanza-aprendizaje es dinámica y contextual (Angulo, 1988). Dinámica porque el marco de referencia de los individuos se halla en cambio continuo debido al diálogo constante e intenso entre la subjetividad del individuo el propio marco envolvente y las circunstancias históricas y únicas de cada situación. Y contextual porque para entender las acciones sociales es necesario conocer

³⁷ Citado por Grundy (1991, pág 98).

el marco de referencia y el contexto a la luz del cual las personas otorgan sentido a sus actos.

7.2.3. Práctica social de naturaleza ética

Han sido múltiples los autores que han tratado el tema de la naturaleza ética de la práctica educativa en general y de la educación de enfermeras en particular, pero en lo que sigue nos basaremos en Bishop y Scuder (1990) para sintetizar las argumentaciones más relevantes en este tema.

Decíamos anteriormente que el *eidós* orientador de toda práctica era una disposición moral a obrar correctamente. Para Grundy (1991) el interés práctico presupone un *eidós* más general que el interés técnico: la idea de bien.

Por otra parte, afirmar que el Curriculum de Enfermería pertenece al ámbito de lo práctico es aceptar que aquél es una construcción humana abierta a la cuestión del sentido y que se funda en la interacción entre personas (en este caso profesoras y alumnas) y que, por tanto, en ese proceso sólo puede haber *participantes*, esto es, sujetos y no objetos. Esto supone una serie de problemas éticos a la hora de tomar decisiones sobre los contenidos, los objetivos y la dirección del curriculum (Grundy, 1991).

Si aceptamos como válido el aserto de que la educación de profesionales de la Enfermería (los que, por otra parte, desarrollan una actividad básicamente ética) es una actividad racional y con una intencionalidad dirigida a influir en una persona, el interrogante que aparece es ¿qué debo hacer?. Este interrogante supone por sí mismo que los problemas que aparecen en la identificación y prescripción de cursos de acción en la práctica educativa son de naturaleza ética:

“Es siempre por lo tanto una cuestión de valor y un problema ético elegir entre un aprendizaje para la comprensión y la libre opinión y expresión de las ideas (haciendo hincapié en la divergencia) y un aprendizaje orientado al logro de unos resultados previstos; entre una enseñanza para desarrollar la autonomía y la participación activa del alumno, o preocupada por el orden, la disciplina y la consecución de

metas parciales y secuencializadas; entre unos contenidos y unos métodos que orienten el entendimiento crítico de los problemas, los conflictos y la evolución de las sociedades humanas u otros que reifiquen la naturaleza del orden social como dado; o, más concretamente, entre convertir la labor de evaluación del alumno en una situación inquisitorial de examen o una oportunidad para el aprendizaje y la autoevaluación” (Angulo, 1988, 776).

Cuando una profesora reflexiona en torno a la bondad de uno u otro enfoque de evaluación, sobre la pertinencia de una u otra actividad práctica en el hospital o centros de salud, o la inclusión en el programa de una parte del conocimiento disponible, lo hace sobre la base de sus creencias morales sobre la salud en la sociedad, el papel del saber científico en la consecución de aquélla o el papel de la escuela de Enfermería en la formación de ciudadanos en lo que la sociedad delega parte de su responsabilidad en la búsqueda del bienestar y la seguridad (Browe, 1993). Pero esas creencias son al mismo tiempo visiones y opciones ideológicas acerca del tipo de sociedad y escuela que las profesoras conciben como deseables y, por tanto, poseen una incuestionable proyección social y política (Cartwright, Davson-Galle y Holden, 1992).

La cuestión de resolver los problemas de tipo ético que la práctica educativa nos presenta no queda circunscrita al espacio del aula (Apple, 1986). En primer lugar, porque la formación de enfermeras tiene lugar en instituciones sociales (las universidades) que como tales están condicionadas por intereses políticos, legislativos y culturales que se hallan históricamente determinados (Giroux, 1990). Y, en segundo, porque repercuten más o menos directamente en las necesidades e intereses del sistema social en el que se insertan, en nuestro caso el sistema educativo-sanitario.

Para Bishop y Scudder (1990) el valor educativo y la corrección moral de las relaciones del aula no son cuestiones que se puedan dirimir desde la perspectiva particular del docente. Esos aspectos tienen que ver con el presente y futuro de la sociedad, con sus aspectos culturales y materiales. De ese modo la fundamentación de las decisiones educativas incorpora los intereses y valores, a menudo contrapuestos, de los participantes, del contexto escolar inmediato y del sistema educativo-sanitario en el que la escuela de Enfermería se inserta.

¿Cómo legitimar las decisiones adoptadas para que no dependan exclusivamente de los intereses del docente, o se plieguen a los determinantes del sistema socio-sanitario?.
¿Cómo justificar los fines educativos de los que se supone que los medios (las acciones) son su manifestación inmediata?.

En páginas anteriores hemos visto cómo la racionalidad tecnológica respondía a esta cuestión en el contexto de la formación de enfermeras y de la atención a la salud. La justificación de medios y fines se apoyaba en la supuesta autoridad que ofrece el conocimiento científico-técnico acerca de la realidad sanitaria y educativa, esto es, el saber científico sobre la salud-enfermedad y la enseñanza-aprendizaje. 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. Pero esa posición supuestamente neutral, no contribuye a la comprensión del hecho educativo como práctico ni resuelve el problema ético que lo constituye, antes al contrario, reduce la práctica a procesos instrumentales y transforma problemas morales en dificultades técnicas. En ese sentido, el lenguaje técnico elimina, quizás inadvertidamente, la dimensión moral del proceso educativo (Carr y Kemmis, 1988). El efecto último de esta transformación de lo práctico en técnico es imposibilitar el debate de los intereses que se abocan a la formación de los profesionales de la salud.

¿De qué manera, pues, podemos relacionar los fines con los medios en un contexto educativo visto ya el error en que incurre la racionalidad técnica?. Para responder deberemos prestar especial atención a la naturaleza peculiar de las finalidades de una práctica social como es la educación de enfermeras.

Bajo nuestro punto de vista, existen similitudes ontológicas entre el Cuidado y la Educación porque en ambas acciones los medios usados están estructuralmente unidos al fin (bienestar) que persiguen. Es decir, que las metas que persigue la formación de enfermeras no son el producto final del cual los procesos de enseñanza que las profesoras realizan constituyen los medios instrumentales. En realidad, son expresiones de los valores que nos sirven para otorgar o para negar el calificativo de educativos a los medios que el profesorado utilice. Cuando afirmamos como deseable el que las futuras enfermeras desarrollen el pensamiento crítico, no estamos describiendo un valioso estado

final que alcanzaríamos con cualquier estrategia didáctica. Antes al contrario, estamos hablando de un tipo de valores o principios de procedimiento a los que apelaremos para justificar el valor educativo de los medios que estemos utilizando. De manera que si nos planteamos como finalidad el que las futuras enfermeras desarrollen su capacidad de trabajo en equipo, estamos admitiendo que la instrucción pasiva, la falta de negociación y debate acerca de la evaluación y otros medios contrarios al desarrollo de un espíritu colaborativo serán rechazados como medios educativos. Nótese que no estamos haciendo ningún juicio respecto la eficacia de esos medios, que pueden poseerla; lo que se está haciendo 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 (Grundy, 1991).

7.3. El redescubrimiento del saber práctico de la enfermera

Cuando en el apartado anterior nos referíamos a la enseñanza de la Enfermería como actividad práctica enunciábamos algunas dimensiones o características definitorias de la misma: incertidumbre esencial de las acciones a llevar a cabo y construcción del significado a través de la comprensión y el diálogo. Habíamos afirmado que esa incertidumbre y ambigüedad sólo podían resolverse o reducirse mediante un análisis de la situación y su contexto. Ese análisis se efectúa tanto sobre el contexto de la situación como sobre las expectativas, motivaciones e intereses de los participantes en la misma y resultando del mismo un “marco de referencia” que contextualiza y delimita las posibilidades de las acciones a realizar y facilita la comprensión de los problemas. Lo que nos parece interesante destacar es que:

“Ni el análisis original ni el marco resultante son productos del conocimiento teórico asimilado profesionalmente, ni de la derivación y aplicación de principios y reglas técnicas” (Angulo, 1988, 771).

Como parece demostrado tras la enorme cantidad de investigaciones realizadas en el campo de “el pensamiento del profesor” y una vez superada el reduccionismo que supuso la hegemonía de los enfoques de la psicología cognitiva en esta perspectiva (Ferrer, 1993; Marrero, 1992) con la aparición de aproximaciones prácticas e integradoras (Clandinin y

Conelly, 1986; Elbaz, 1981), 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 es un conocimiento personal (Elbaz, 1981) o práctico-reflexivo (Schön, 1983); producto de la biografía y 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.

Si bien es cierto que los trabajos de Schön han supuesto una de las aportaciones más originales y sugerentes para la conceptualización e interpretación de la enseñanza como actividad práctica, no es menos cierto que sus ideas han tenido un enorme impacto e influencia en la reconceptualización de la práctica profesional de la Enfermería, lo que ha generado, como consecuencia, una transformación en la manera de entender la formación de sus profesionales.

En la actualidad, el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico³⁸ (Burnard, 1995; Kim, 1994b; Ashworth, 1993; Greenwood, 1993; O'Brien, 1993; Pearson, 1992) y ello, ha supuesto una reconsideración de la función de la enfermera como profesional de los cuidados (del conocimiento requerido y su construcción, de sus habilidades), reconsideración que ha conducido, a su vez, a una transformación muy profunda en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente (Tanner, 1992; Munhall, 1988; Spence, 1994).

En lo que sigue trataremos de describir cómo la crítica generalizada a la razón instrumental realizada desde diferentes ámbitos científicos, académicos y profesionales que se ha plasmado en el trabajo de Schön ha influido en la conceptualización del

³⁸ 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.

curriculum y de la docencia en Enfermería y en la consideración de la racionalidad que subyace al trabajo que las enfermeras realizan.

7.3.1. La racionalidad de la acción

Sin duda la aportación de Argyris y Schön (1974) y más recientemente la de Schön (1983;1992) han tenido una creciente influencia en la formación de profesores y de enfermeras y en la formación del profesorado de Enfermería, durante la última década tal y como puede apreciarse tras un análisis de la literatura (Burnard, 1992; French, 1992; Greenwood, 1993; Jarvis, 1992b; Meerebeau, 1992; O'Brien, 1993; Tanner, 1993; Vaughan, 1992). La contribución de esos trabajos al desarrollo de la educación de profesionales en Estados Unidos y Europa ha sido enorme. En nuestro país ese impacto ha sido más relevante en la formación del profesorado que no en la de enfermeras donde estos desarrollos apenas sí son conocidos.

Fueron Argyris y Schön quien por primera vez alertaron a los educadores en general y a los profesionales en particular de la posible discrepancia entre las teorías explícitas e implícitas que utilizaban (Greenwood, 1993). Y fue Schön quien reveló, incisivamente, las carencias e inadecuaciones de la racionalidad técnica, que ha dominado de un modo hegemónico la comprensión de la actividad práctica de los profesionales y de su formación. Esa 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 y que presenta, por tanto una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos.

Para Schön 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. Se entiende que la práctica competente se convierte en profesional cuando la solución de problemas instrumentales se basa en conocimiento de proposiciones generales. Se trata de solucionar problemas mediante la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica. Cuando Schön habla de problemas instrumentales se refiere a aquéllos que implican la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin previa y claramente delimitado. Pone el ejemplo de la medicina: curriculum normativo 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.

En esa estructura del curriculum existe una jerarquía de saberes y un proceso de derivación lógica entre ellos donde los principios teóricos, abstractos, generales y

normativos ocupan el vértice de la pirámide y los problemas concretos la base. Esa estructura jerárquica del conocimiento profesional posee según Schein (1973)³⁹ tres niveles:

1°. **Ciencias Básicas**: conocimiento altamente formalizado, teórico y descriptivo explicativo acerca de los fenómenos o problemas que son competencia de las profesiones.

2°. **Ciencia Aplicada**: derivaciones deductivas de los principios teóricos de las ciencias básicas que generan los enunciados normativos que permiten llevar a cabo las actividades de búsqueda y solución de problemas. Es decir, disciplinas que construyen procedimientos y reglas prescriptivas para la solución de problemas basadas en deducciones de los principios elaborados por las Ciencias Básicas.

3°. **Habilidades y actitudes**: para aplicar el saber antes adquirido a la solución de problemas

Parece claro que en Enfermería el curriculum básico 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, PAE). Y por último unas prácticas en los servicios donde trabajan los profesionales de Enfermería (Hospitales, Áreas Básicas de Salud, Residencias Geriátricas y Mentales etc.) y donde las alumnas aprenden a *aplicar* el conocimiento básico y aplicado a los problemas del cuidado de las personas que asisten. Este orden y jerarquía es visible cuando se afirma que el aprendizaje de las habilidades profesionales que la enfermera requiere es posterior, lógicamente, a la asimilación del conocimiento científico técnico básico porque un saber es inaplicable hasta que no se conoce en profundidad (Pérez Gomez, 1988).

Schön explica que la manera dominante de entender el modo como los profesionales de diferentes campos resuelven los problemas que encuentran en su actividad también se

³⁹ Citado por Shon (1992, pág 22)

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 objeto de alcanzar unos fines preestablecidos. Y 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 y reglas que aplique.

Pero, como Schön ha mostrado, hay zonas y momentos nucleares en la práctica profesional 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 Schön 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 de Schön es que presenta una visión radicalmente diferenciada de lo que hasta ahora se había entendido como un ejercicio profesional competente. Aunque las repercusiones y conclusiones que se han extraído del trabajo de Schön son múltiples, en lo que sigue recogemos las que consideramos más relevantes la formación de enfermeras:

1º Cada problema es un caso único. Para Schön, un práctico -profesional en la acción- se acerca al problema que ha de resolver como si fuese un caso único, de tal manera que el contexto en que debe resolverse aquél es percibido como una situación particular con características únicas, complejas, cambiantes inciertas y ambiguas. Debido a su naturaleza de caso único, el problema queda fuera del alcance de las teorías y técnicas disponibles en el conocimiento disciplinar. Por tanto no puede ser tratado como un problema instrumental ni resuelto por la aplicación de una regla determinada. Es decir, una situación que nos sitúa ante un dilema o que la percibimos como un acontecimiento singular, que no hemos vivido anteriormente y que nos cuesta comprender no puede resolverse mediante técnicas ya conocidas producto de la investigación científica.

2º Percepción ambigua de la naturaleza del problema.. Derivado de lo anterior, el problema no es externo o independiente de la situación en que surge. Dado la ambigüedad, turbulencia y multidimensionalidad de la misma, el profesional no percibe con claridad los límites y las características del problema. Para tratar de ejemplificar esta idea Schön presenta el ejemplo del Ingeniero que posee los conocimientos técnicos para construir una carretera (física, matemáticas, sobre la naturaleza de los materiales, el suelo, etc) pero que, sin embargo, a la hora de decidir *qué* carretar construir el conocimiento técnico disponible (que se refiere al *cómo*) ya no es suficiente. Ni siquiera las sofisticadas técnicas de los modelos de toma de decisiones pueden resolver la cuestión porque en esa

decision intervienen una turbulencia de problemas mal definidos económicos, topográficos, financieros, ecológicos que conforman lo que Schön denomina *situación problemática*. Esta situación es de tal ambigüedad que no podemos apreciar con claridad un problema que coincida claramente con la lista de situaciones conocidas para las que poseemos respuesta o solución. Se trata de que el problema es, en primer lugar, encontrar el problema. Dado lo incierto y complejo de las situaciones la primera tarea del profesional será comprender la naturaleza del problema, identificar sus límites y determinar sus características. Y ello no pertenece a la categoría de problemas bien definidos. Cuando el profesional toma unos elementos y rechaza otros para la construcción del problema y la subsecuente acción está construyendo una realidad que no es externa a su marco de interpretación. En ese sentido construye la realidad. Es importante entender que ese proceso no está explicitado por la racionalidad técnica. La definición del problema es anterior a su solución técnica, lo que no existe es un problema tal y como lo entiende la racionalidad técnica.

Schön utiliza el ejemplo de la desnutrición infantil en el tercer mundo para demostrar que la consideración de lo que constituye un problema depende de nuestros marcos disciplinares, intereses y perspectivas políticas e ideológicas, antes que de una aplicación técnica de la plétora de modelos y técnicas para la resolución de problemas. Para el especialista en nutrición es un problema de selección de dieta ideal. Para el economista un problema de poder adquisitivo y/o de desigual distribución de la renta. Cuando se intente establecer un debate sobre la solución de la desnutrición será difícil que se llegue a un acuerdo recurriendo a los hechos ya que serán interpretados de modo diferente en función del marco de referencia:

No es por medio de la solución técnica que somos capaces de convertir una situación problemática en un problema bien definido (Schön, 1983,19).

Cuando una situación problemática es incierta la solución del problema depende de su construcción previa, lo cual no es un problema técnico. Por ejemplo un conflicto en el aula que afecta a la forma en como se están comportando los alumnos puede ser interpretado como un problema de falta de disciplina, como déficit de motivación, como proyección al aula de problemas familiares o rebeldía ante la opresión. La selección de una de esas opciones no depende del saber técnico o de las situaciones reales del aula sino de las perspectivas teóricas, los intereses, las experiencias y los aspectos ideológicos de

las personas que traten de transformar esas situaciones problemáticas en problemas susceptibles de solución técnica. Ante estas situaciones el profesorado utiliza estructuras de raciocinio menospreciadas por la racionalidad técnica como irracionales. En realidad, una de las grandes aportaciones de Schön ha sido revelar el proceso mediante el cual se produce ese conocimiento práctico, tácito y dinámico que es tan racional como el saber técnico pero que se basa en una epistemología diferente.

3º Resolución de problemas a través de la reflexión en la acción. El práctico no resuelve nunca el problema aplicando reglas extraídas del conocimiento disciplinar. Cuando el profesional práctico se enfrenta con el problema su primera comprensión del mismo estriba en una suerte de estructuración inicial y tentativa acerca de la naturaleza y características de la situación problemática. El conocimiento que el profesional requiere para resolver su problema es en gran medida tácito e implícito. Se trata de un conocimiento previo, de una amalgama de ejemplos, imágenes, comprensiones y acciones que ha ido estructurando a través de experiencias previas de resolución de problemas similares a los que ahora se enfrenta. Sin embargo, no existe una relación directa entre esos conocimientos tácitos y previos con el problema concreto con el que se enfrenta. El profesional se apoya inicialmente en esa amalgama de comprensiones, ejemplos y acciones para estructurar e interpretar y dar un significado en primera instancia a la situación problemática, pero esa atribución o valoración inicial es siempre tentativa; el profesional nunca puede estar seguro de si su lectura del problema es la correcta, no tiene la certeza de que la comprensión que le ha proporcionado esa primera valoración sea el fundamento que le permita resolver el problema. Más bien, con esa primera valoración, el profesional puede poner en marcha una respuesta durante la acción cuyo resultado le permitirá reinterpretar el problema y así sucesivamente.

4º Relación dialéctica entre saber y acción profesional. Ese proceso de valoración inicial, acción y reinterpretación supone una modificación constante de la acción y del conocimiento implícito en la que se funda. Aquí, a diferencia de la racionalidad técnica, el conocimiento está tan sometido a cambio como la acción misma. El profesional construye el problema a partir de las categorías que ya posee y que le ayudan a comprenderlo de cierta manera. Sin embargo, aunque esa primera aproximación es tentativa y no se adecua totalmente al problema específico, sí que permite al profesional reducir los grados de indeterminación de la situación transformando una situación

desconocida a otra más familiar en la que el profesional ha conectado su experiencia con el contexto donde debe actuar. Podría decirse que el profesional acomoda sus conocimientos al contexto, trata de subsumirlo en sus categorías. En el momento de la acción el conocimiento tácito es reestructurado cuando el profesional prueba la corrección del modelo construido. Es decir se produce una conversación reflexiva entre las acciones y las interpretaciones donde cada nueva acción da lugar a nuevas reinterpretaciones y significados que modifican los cursos de acción siguientes. En la reflexión en la acción el hecho de volver a pensar acerca de alguna parte de nuestro conocimiento en la acción nos lleva a la modificación de lo que hacemos y esto a la modificación de lo que sabemos.

A partir de las conclusiones anteriores que deriva de trabajos empíricos, Schön propone una nueva epistemología de la práctica opuesta totalmente a la visión positivista de acción racional. Para Schön, el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica. 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*. A continuación analizaremos, en primer lugar, con más detalle los componentes de la racionalidad de la acción que Schön propone, para después interesarnos por sus repercusiones en la educación y en la práctica de las enfermeras.

Conocimiento en la acción

Para Schön, las actividades que realizamos a diario se fundan en un saber tácito o conocimiento implícito del que no tenemos un control específico. Esas actividades se realizan sin llevar a cabo de manera consciente razonamientos previos, se adoptan cursos de acción sin que seamos capaces de determinar las reglas o procedimientos que seguimos. Este conocimiento es fruto de la experiencia y las reflexiones pasadas, se convierte en semiautomático y preconsciente. En este tipo de actividades de la vida cotidiana el conocimiento no es anterior a la acción sino que reside en ella. Según Schön no es cierto que poseamos un conocimiento prescriptivo -saber hacer- que activamos antes de actuar y que determina el curso de las acciones. En ese sentido el conocimiento no se aplica a la acción; aplicación y acción son actos diferentes:

“Pensar en lo que hago no implica “pensar qué hacer y a la vez hacerlo”. Cuando yo hago algo de manera inteligente estoy realizando una sola cosa y no dos. Mi ejecución tiene una manera o un procedimiento especial no unos antecedentes especiales” (Ryle, 1949, pág. 42)⁴⁰

Ese conocimiento tácito no predetermina la acción, por ello es conocimiento en la acción, se revela a través de ella pero, paradójicamente, somos incapaces de formalizarlo o verbalizarlo.

Reflexión en la acción

Sin embargo, en las actividades prácticas no solamente existe un conocimiento espontáneo en la acción. Frecuentemente, como consecuencia de un resultado inesperado podemos pensar sobre lo que hacemos, incluso durante la acción misma. Esto es lo que Schön denomina reflexión en la acción. Sin embargo, la reflexión *en* la acción difiere de la reflexión *sobre* la acción. En el segundo caso, cuando reflexionamos sobre la acción o bien pensamos a posteriori sobre lo que hemos hecho o bien detenemos la acción con objeto de pensarla. Lo que las distingue de la reflexión en la acción, además de su carácter diacrónico es que la reflexión sobre la acción se relaciona con la acción de manera diferente a como lo hace la reflexión en la acción. Ésta presenta una relación directa con la acción, es una reflexión que se efectúa en medio y durante la acción. Esa acción de “pensar durante” sirve, a diferencia de la reflexión sobre la acción, para reorganizar lo que estamos haciendo en el instante de su realización.

Por otra parte, este proceso de razonamiento es común a la especie humana, no es patrimonio de los profesionales. Es una forma de reflexionar que está presente en cualquier actividad de la vida cotidiana sin necesidad de que se requiera un contexto especializado para su producción. Sin embargo, la diferencia entre la reflexión que realiza un profesional y un lego se basa en que el primero, por mor de su responsabilidad, hace frente a diario a casos y situaciones que son muy similares y el conocimiento que utiliza suele ser más especializado fruto de reflexiones previas sobre esas situaciones similares.

⁴⁰ Citado por Schön (1992, pág. 33).

De lo anterior podemos derivar una nota distintiva de la reflexión en la acción que llevan a cabo los profesionales durante su actividad: se realiza sobre casos similares o problemas semejantes. Un profesional es aquella persona que aborda repetidamente casos semejantes que pertenecen al dominio de su especialidad. Como producto de esas experiencias repetidas va desarrollando una serie de conocimientos, estrategias, imágenes, expectativas y técnicas que le permiten valorar las situaciones con las que se enfrenta y decidir los cursos de acción más adecuados. A medida que va conociendo nuevos casos y situaciones, a medida que posee más experiencia va aumentando su conocimiento práctico el cual se va haciendo más implícito y espontáneo.

Sin embargo, como hemos apuntado más arriba, el profesional se aproxima a los problemas que resuelve como si éstos fuesen un caso único ya que no suelen aparecer, sobre todo al principio con claridad manifiesta. En la medida en que los problemas presentan incompatibilidades con otros similares, o le ofrecen dificultades para caracterizarlos o encuentra dificultades para él inéditas, el profesional necesitará desentrañar las particularidades del nuevo problema con que se enfrenta. Dado que hasta ahora el conocimiento profesional y tácito que posee no le ha ayudado a resolver el problema es necesario que active nuevos recursos. En ese momento se desarrollará un proceso de reflexión en la acción, es decir, una conversación reflexiva entre la situación problemática, la estructura de su conocimiento tácito y los resultados de las acciones que está llevando a cabo. Esta reflexión en la acción es directamente relevante para la acción en curso. Pensamos, ideamos y probamos nuevas acciones con las que exploramos la situación problemática o novedosa y con las que, al mismo tiempo, verificamos nuestra comprensión provisional de aquella. Gracias a esta “experimentación in situ” (Schön, 1992, 38) reestructuramos nuevas estrategias de actuación al mismo tiempo que transformamos y modificamos nuestra comprensión de la situación. Esta conversación reflexiva entre el profesional y la situación a la que se enfrenta es de naturaleza dialéctica. Cuando el profesional lleva a cabo una acción, moldea y modifica la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, modifica y transforma los esquemas de comprensión y apreciación del profesional. El profesional sólo puede entender la situación cuando trata de modificarla. Todo este proceso es similar a procesos de tipo ensayo error:

“Si bien los ensayos no se relacionan entre sí aleatoriamente; la reflexión sobre el ensayo y sus resultados establece el paso al siguiente ensayo” (Schön, 1992, 37).

La reflexión en la acción también es similar a los procedimientos de investigación experimental. Sin embargo, el interés del profesional, a diferencia del investigador, reside en la modificación o transformación de la situación con la que se enfrenta a fin de resolverla; las modificaciones tentativas de los cursos de acción le proporcionan una comprensión de la realidad en la que opera, sin embargo, su fin último es el cambio de la situación.

Por otra parte, también la relación entre el práctico y las situaciones prácticas es interactiva desde el momento en que el profesional se ocupa de realidades que son, en cierto grado, producidas por él mismo:

“Subyace a esta particular visión de la reflexión en la acción de los prácticos una visión constructivista de la realidad con la que se enfrentan, una concepción que nos lleva a considerar al práctico como alguien que construye las situaciones de su práctica (...), desde el punto de vista constructivista, nuestras percepciones, apreciaciones y creencias tienen sus raíces en los mundos que nosotros mismos configuramos y que terminamos por aceptar como la realidad. (...). A través de incontables actos de atención y descuido, denominación y clarificación, establecimiento de límites y control, los prácticos construyen y mantienen los mundos que corresponden a su conocimiento profesional y habilidad. Están en transacción con el mundo de su práctica definiendo los problemas que surgen en las situaciones de la práctica y adaptando las situaciones para ajustar la estructura de problemas, configurando sus roles y construyendo las situaciones de la práctica para hacer operativos sus esquemas de rol” (Schön, 1992, 45).

A diferencia de la racionalidad técnica que define la acción profesional como la aplicación desde el exterior de una serie de reglas a una realidad ajena al profesional, la reflexión en

la acción implica que el profesional forma parte de la realidad en la que interviene y que para entenderla es necesario que comprenda la forma en que él se relaciona con ella.

Esta visión constructivista de la acción del práctico reflexivo implica una apertura en la gama de problemas con los que los profesionales se van a enfrentar. Si se entiende que el problema es incierto e inestable, que no se puede revelar a través del conocimiento técnico disponible, considerar que la acción del profesional va más allá de la aplicación de protocolos y técnicas ya que recoge los efectos de aquéllas y defender que el proceso de valoración y de definición del problema forma parte de la situación, entonces la acción del profesional debe contemplar el contexto en la que se produce así como las repercusiones de las acciones que lleva a cabo. La práctica profesional es consecuencia de cierta estructura social que la acoge y determina pero a la vez determina el contexto en la que se materializa.

Entender la práctica profesional con esa apertura implica no reducir la acción profesional a la mera obtención de objetivos formulados por instancias ajenas a la propia práctica. Pero tampoco la actividad práctica se detiene en la posesión de un saber que se revela en momentos en los que las reglas se presentan como insuficientes como son las situaciones inestables e inciertas en las que tan a menudo se implican los prácticos. La práctica además supone el ejercicio de un sistema de valores que se va revelando a medida que las situaciones implican dilemas, o choques de intereses o cuando las acciones puedan tener repercusiones sociales más allá de su propia finalidad. Por tanto, la práctica de los profesionales está fundada en unos valores que no son los fines y objetivos del ejercicio profesional, sino que adquieren sentido cuando se los entiende como expresión de los valores que impregnan y se revelan durante el ejercicio profesional.

Es esa atención simultánea a la dimensión axiológica, al resultado de la acción y al desarrollo de comprensiones de la misma (la simultaneidad del hacer y el comprender) la que dota de una tremenda complejidad a la acción de los prácticos lo que a su vez implica que no puedan ser subsumidas por la epistemología objetivista que propone el positivismo.

Reflexión sobre la reflexión en la acción

Después de la reflexión en la acción pueden tener lugar procesos de análisis acerca de los procesos y resultados implicados en aquélla. De una manera más reposada, ya que no se haya solicitado por las demandas de la inmediatez de las situaciones prácticas, el profesional puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica. El análisis no se centrará únicamente en las características de la situación o contexto del problema, se cuestionará también los procedimientos llevados a cabo para formular el problema y determinar su naturaleza, la formulación de objetivos, la selección de los cursos de acción realizada y sobre todo las teorías implícitas, las comprensiones y los modos de representar la realidad que se llevaron a cabo durante la acción. Supone, en definitiva una metareflexión en torno al conocimiento de la acción y la reflexión en la acción.

Como se ha visto, gracias a las aportaciones de Schön sobre la epistemología de la práctica en las que describe los tres elementos del conocimiento práctico, se conoce en la actualidad uno de los mecanismos mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional: la *reflexión-en-la-acción*. Osea, es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica de la enseñanza.

7.3.2. Hacia una nueva conceptualización 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, aquélla que defiende que la razón es la primera fuente de conocimiento y que es independiente de la experiencia (Meleis, 1985). Desde los primeros trabajos estadísticos de Nightingale en los que se relacionaba la higiene con la salud (O'Brien y Pearson, 1993) hasta recientemente, el conocimiento enfermero ha sido representado como un saber de proposiciones universales, objetivo y prescriptivo (Fawcett, 1991).

Sin embargo, en la actualidad, se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero. La multi-paradigmática comprensión de la Enfermería ya sugerida por Carper (1978) ha venido haciéndose más evidente en el desarrollo conceptual y teórico de la Enfermería. Los trabajos etnometodológicos y antropológicos de Leininger (1979, 1980,)

y Rizzo Parse (1980), el uso que de la fenomenología existencial ha hecho Watson (1985) para construir una Ciencia Humana del Cuidado, o los trabajos de Benner (1984) sobre el conocimiento práctico son casos bien conocidos. La noción de que en Enfermería existen una pluralidad de saberes se ha convertido en una afirmación unánimemente aceptada en la literatura de ese campo (Carper, 1978; Chinn y Jacobs, 1983, 1992; Meleis, 1985, 1986, 1992).

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 hasta recientemente por los investigadores (Meleis, 1985). No es hasta finales de los setenta y principios de los ochenta que los trabajos de autoras como Carper y Benner empiezan a defender la idea de que la práctica profesional, las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina (Vaughan, 1992).

El trabajo ya clásico de Carper (1978) ofrece una clasificación de los tipos de conocimiento que se hallan presentes en toda acción profesional de la enfermera. Esta 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.

EMPÍRICO. Es la ciencia de Enfermería. (Chinn y Jacobs, 1992). Es el patrón más cercanamente asociado con la visión tradicional de la ciencia. Representa el conocimiento acumulado a partir de la experiencia sensorial. Se defiende una visión del conocimiento como objetivo, es decir, refleja y describe la realidad del objeto tal cual es. La objetividad se funda en la ausencia de valores, la contrastación intersubjetiva, la fiabilidad de la percepción y del razonamiento (inductivo, deductivo e hipotético deductivo) y en la comprobabilidad de las informaciones. Ha sido desde esta perspectiva desde la que se han realizado la mayoría de intentos, todos inacabados, de desarrollar un cuerpo científico de conocimientos enfermeros en los últimos años (Meleis, 1983; Robinson, 1992; Vaughan, 1992).

ÉTICO. Se relaciona con cuestiones como el derecho, la verdad, el bien, las obligaciones y los imperativos morales. El saber moral o práctico es invocado cuando se toman decisiones prácticas (Bishop y Scudder, 1995), es por tanto un componente siempre presente en la acción profesional de la enfermera. El saber moral no es verificable en el mismo sentido que el empírico, pueden existir legítimos desacuerdos acerca de la bondad de los cursos de acción seleccionados. Va más allá del simple conocimiento por parte de la enfermera de los códigos deontológicos. Incluye todas las acciones de la enfermera, sus fines, los medios y su relación con aquéllos y la justificabilidad moral de ambos (Carper, 1978).

PERSONAL. Es la conciencia del yo y de los otros relacionados con el yo. Es un saber subjetivo, concreto y existencial. El saber empírico derivado de las ciencias naturales puede ofrecer información acerca de uno mismo pero Carper lo diferencia de la autoconciencia sin la cual es difícil desarrollar una práctica profesional verdaderamente humana. La Enfermería es considerada como un proceso interpersonal que implica relaciones interacciones y transacciones con otro sujeto. Es una relación terapéutica de reciprocidad, un estado del ser que no puede ser descrito ni experimentado, sólo actualizado. La relación terapéutica sólo se podrá establecer si la enfermera posee un profundo conocimiento de ella misma. Por ejemplo, cuando se cuida a una persona moribunda, es posible que se produzcan barreras en la comunicación o encuentros inauténticos entre la enfermera y la persona moribunda si aquélla no “sabe de la muerte”. Se sabe poco acerca de la muerte porque no tenemos en cuenta que el saber acerca de ella no se puede aprender como una asignatura más, como un saber científico, ni tampoco puede transmitirse como éste se transmite. El saber sobre la muerte se aprende en la relación con otras personas. En esas relaciones descubrimos dónde y cómo se manifiestan las rupturas de comunicación entre personas, entre grupos y en la sociedad en general (Campos, 1982). Allí es donde se filtra la muerte, en los puntos donde falla el sentido compartido con otros que nos permite sentirnos miembros de una trama simbólica. Donde no existen espacios para el ser, donde no se nos permite ser. El saber sobre la muerte pasa por otras vías que la meramente intelectual; el saber sobre la muerte es el saber personal acerca de nosotros.

ARTÍSTICO. Es el arte de la Enfermería. Es un conocimiento tácito que se activa en la acción. Mientras que el conocimiento empírico implica una abstracción por

generalización de casos particulares, el conocimiento artístico necesita una abstracción que es individual, particular y única. El sentido que Carper otorga al conocimiento artístico puede considerarse como sinónimo de conocimiento tácito (Polanyi, 1958), práctico (Elbaz, 1981) o práctico reflexivo (Schön, 1983).

Sobre el trabajo seminal de Carper, Jacobs y Chinn (1992) proponen un modelo acerca de la generación, transmisión y evaluación del conocimiento enfermero, que trata de ser una alternativa a la tradicional visión positivista. Cada uno de los patrones de conocimiento propuestos por Carper son descritos y analizados en función de tres categorías o dimensiones tal y como queda reflejado en la figura siguiente:

Patrones de conocimiento				
	Empírico	Ético	Personal	Estético
Dimensiones				
Creativa	Describir Explicar Predecir	Valorar Clarificar Defender	Encuentro Focalización Realización	Implicación Interpretación Imaginación
Expresiva	Hechos Teorías Modelos	Códigos Estándares Teorías éticas normativas Descripciones para la toma de decisiones éticas	Yo: auténtico y abierto	Arte
Valorativa: -Cuestión crítica	¿Qué representa esto? ¿En qué medida es representativo?	¿Es esto correcto? ¿Es justo?	¿Sé lo que hago? ¿Hago lo que sé?	¿Qué significa esto?
Proceso/contexto	Replicación	Diálogo	Respuesta y reflexión	Crítica
- Índice de credibilidad	Validez	Justicia	Congruencia	Significado consensuado

Adaptado de Chinn, P.L. y Jacobs, M. (1992, 293).

La dimensión creativa expresa la relación entre los procesos de producción de conocimiento y los productos creados (Chinn y Jacobs, 1983; Jacobs y Chinn, 1988). Esta dimensión aplicada a los cuatro patrones de Carper permite conocer cuál es la utilidad o función del conocimiento en cada uno de ellos y cómo es extendido y modificado. La dimensión expresiva del modelo intenta representar las formas en las que el conocimiento se expresa en cada patrón. Intenta describir como los patrones de Carper pueden ser exhibidos como conocimiento. Por último, la dimensión valorativa intenta ofrecer criterios de valoración para cada patrón por separado. Tres son los criterios: primero, una

cuestión crítica para discernir la adecuación del patrón en tanto que patrón; segundo, el proceso y el contexto específicos para su propia creación y tercero, un índice de credibilidad asociado a cada patrón de conocimiento.

Sin embargo, pese a la importancia que estos trabajos 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 la de Patricia Benner (1984) que en su libro *From Novice to Expert*, considerado ya un clásico en el ámbito de la Enfermería, 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” (Benner, 1984, 24).

Para el 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 del trabajo de Benner 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 por Schön en el campo de la formación de profesionales. 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” en términos de Polanyi (1958) 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 (Benner, 1987; Benner y Wrubel, 1989; Meerebeau, 1992; Tanner, Benner, Chesla y Gordon, 1993).

El estudio de Benner 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 según Benner posee dos características distintivas:

1ª Esquemas de reconocimiento: es la 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 de ello nos lo ofrece Schön (1992) cuando, citando a Polanyi, 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” (pág. 35).

Las personas a las que las enfermeras cuidan, presentan patrones que las enfermeras 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 “chek list”, donde la enfermera debe comparar una serie de características que mantiene en la memoria con las características presentadas por la persona.

2ª Sentido de “saliencia”: es la capacidad de distinguir o discriminar aquellos datos relevantes de los que no lo son. La enfermera que posee este sentido no considerará todas sus observaciones como pertinentes, sólo aquéllas que destacan o sobresalen y que 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 contra, las rutinas de valoración basada en listados de observaciones no son efectivas en casos que requieren observaciones individuales y contextualizadas.

Benner, a partir de las aportaciones de Polanyi realiza una distinción entre “saber qué” y “saber cómo”. El primero es el conocimiento de Enfermería tal y como se presenta en el curriculum: altamente formalizado, acontextual, instrumental y teórico, es decir, la racionalidad técnica. El segundo, es un conocimiento tácito y dependiente de la experiencia. El problema aparece cuando el conocimiento que la racionalidad técnica propone como necesario para la práctica (saber qué) es incapaz de subsumir zonas de aquélla y, sin embargo, es presentado el profesorado como el ideal de la comprensión racional de la acción profesional que las enfermeras llevan a cabo.

El conocimiento académico, como Schön y Benner han demostrado, es abstracto, acontextual, estable y rígido. 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 olvidada y en segundo plano el “saber cómo”. Es más, el esquema bajo el que se estructura el curriculum refleja esa supeditación o subordinación del conocimiento práctico al saber teórico donde el periodo de prácticas no sólo es posterior a la formación teórica sino que suele ser un ámbito del curriculum enfermero considerado como de segundo orden.

7.3.2.1. La formalización del conocimiento en el curriculum

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/clínicos (Maeve, 1994; O'Brien, 1993 ; Pearson, 1992) y aceptada la idea que existen aspectos centrales de la práctica profesional de las enfermeras que han sido tradicionalmente olvidados en la formación (Corcoran y Tanner, 1988; Meerebeau, 1992), se están desarrollando modelos alternativos, basados en los trabajos de Schön,

Benner y Diekelmann los cuales, aceptando que el conocimiento técnico-científico es un ingrediente importante y necesario para el ejercicio profesional, elevan la importancia de la práctica y del conocimiento en ella incrustado considerándolo no ya secundario o una aplicación del anterior sino la clave de una práctica experta. Existe un conocimiento en la práctica que puede y debe informar el diseño y la acción curricular.

Ciertamente, el curriculum es el mejor recurso para formalizar el conocimiento y las habilidades necesarias para la práctica de la Enfermería. Es la manera ideal para hacer explícitos los intereses y preocupaciones de la práctica tal y como son entendidas por el profesorado y profesionales de la Enfermería. Por ejemplo, en la práctica de la Enfermería viene existiendo una preocupación por la formulación de juicios clínico/prácticos correctos (Corcoran y Tanner, 1988; Diekelmann, 1993; Lindeman, 1989; Benner y Wrubel, 1989). Se intenta preparar a las enfermeras para que realicen juicios clínicos perspicaces, observaciones pertinentes y relevantes y para que formulen inferencias de aquellas observaciones y determinen las acciones apropiadas, es decir, deliberaciones prácticas.

Esa preocupación por la enseñanza del juicio clínico se ha formalizado en curriculum adoptando la estructura de un proceso técnico, racional y secuencial (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) de resolución de problemas que en Enfermería se conoce como Proceso de Atención de Enfermería. Esa formalización tuvo lugar en la década de los sesenta cuando la Enfermería en un legítimo intento de alcanzar el status de profesión autónoma adoptó la racionalidad positivista (hegemónica en aquel entonces) transformando la práctica en una serie de acciones gobernadas por reglas producidas en contextos externos a la propia práctica y procesos lineales y rígidos de toma de decisiones. Esa formalización ciertamente supuso un avance: colaboró en el intento de la profesión por obtener unos espacios de autonomía revelando la posesión de un saber profesional y la contribución de la enfermera a la salud de las personas.

Sin embargo, el significado de la práctica de Enfermería que contienen los manuales de Enfermería, uno de los lugares donde se ha formalizado el PAE, está incuestionablemente determinado por la racionalidad y el lenguaje que favorece fuertemente la visión del cuidado de enfermería como "*técnica*" (Diekelman, Allen y Tanner, 1989). Los esfuerzos del pasado por asegurar la autonomía profesional de la Enfermería han conducido a la

educación enfermera a estandarizar el concepto de cuidado dentro de los curriculum. Esa formalización se basa, en coherencia con la hegemonía del pensamiento positivista, en la asunción que la práctica de la Enfermería puede ser subsumida dentro del enfoque científico de resolución de problemas denominado PAE.

La cuestión subyacente es si esa formalización captura las esencias del conocimiento profesional necesario para una práctica competente, o en palabras de Schön (1992):

“¿Pueden los conceptos imperantes de preparación profesional *-de enfermeras-* llegar alguna vez a favorecer un tipo de curriculum adecuado a los complejos inestables inciertos y conflictivos mundos de la práctica?” (pág. 25). (La cursiva es nuestra).

Antes de considerar esta cuestión con más detenimiento, nos parece útil profundizar algo más en torno a la noción de que el curriculum es una vía o modo para formalizar las preocupaciones e intereses de la práctica.

La enfermedad, por ejemplo, es una de las situaciones más frecuentes -aunque no la única- que las enfermeras encuentran en su práctica. El impacto que el desarreglo biofisiológico que conocemos con el nombre de enfermedad tiene en las actividades de la vida cotidiana de las personas o la forma única y personal de responder ante la dependencia y la limitación que impone la enfermedad son aspectos con los que las enfermeras se enfrentan a diario. La formalización en el curriculum del “*enfermar*” se ha transformado, a menudo de manera reductiva en “*la enfermedad*”: síntomas, signos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la objetivación del proceso biopatológico. Los síntomas vistos como indicadores de enfermedad en lugar de experiencias limitantes en lo biológico y llenas de sentido y significado psicosocial, moral y espiritual para las personas que la sufren. De nuevo, lo práctico reducido a lo técnico.

Otro aspecto central de la práctica es el cuidado, el foco hacia el que convergen todas las actividades profesionales de las enfermeras. La transformación de esa actividad en contenido curricular ha dado lugar a las nociones de empatía, comunicación terapéutica, capacidad asertiva, ayuda, solidaridad. Esta interpretación y formalización de los intereses, preocupaciones y actividades llevadas a cabo por las enfermeras profesionales,

como interpretación y reconstrucción es en cierta medida arbitraria y quizás no obtenga un consenso absoluto, sin embargo, proporciona una vía para la reflexión acerca de los criterios que se usan para incluir en el curriculum ciertos tipos de contenidos y en qué forma pueden (o no pueden) ser relacionados con la práctica.

Pensamos que aunque existe una creciente y razonable denuncia en torno a la confusión existente en el actual curriculum de Enfermería entre sus contenidos y la realidad (Gould y Bevis, 1992; Pitts, 1985), la formalización es necesaria para proporcionar a la enfermera debutante esquemas de significado y reglas de interpretación que le permitan acceder a la práctica con unas mínimas garantías de éxito. Aunque no es menos cierto que toda formalización posee unas características que deberán ser analizadas cuidadosamente para lograr un elevado isomorfismo entre el contenido y la entidad práctica que trata de representar.

Según autores como French (1992) y Diekelmann (1992) esas características pueden resumirse en las siguientes:

- 1ª Toda formalización es una representación de una realidad determinada; no es la realidad. Pueden existir otras representaciones alternativas. La verdad no es absoluta.
- 2ª Dado que es una representación entre varias posibles quizás no sea la más adecuada.
- 3ª Toda formalización es necesariamente incompleta.
- 4ª La formalización puede ser tan abstracta que de cabida a múltiples significados que disuelvan el sentido y significado original. Por ejemplo el lema “la enfermera cuida al enfermo de manera global” posee una extensión tan grande que existen múltiples interpretaciones concretas de ella.
- 5ª Existe una profunda tendencia a reificar nuestras formalizaciones curriculares como isomorfas con la realidad que representan. De ese modo, según los puntos anteriores, perdemos de vista, ocultamos, oscurecemos o deformamos la realidad. Por ejemplo, afirmar que el método científico de resolución de problemas aplicado a la práctica de

Enfermería (PAE) es la única modalidad racional para formular juicios práctico/clínicos.

Decíamos en el apartado anterior que la pregunta que pretendíamos responder era si esa formalización (basada, como decíamos más arriba, en la asunción que la práctica profesional del cuidado puede ser trasladado dentro del enfoque científico de resolución de problemas denominado PAE) captura las esencias del conocimiento profesional necesario para una práctica competente.

En este apartado intentaremos responder a esa pregunta, presentando cómo el enfoque de la racionalidad técnica se ha manifestado en el curriculum de Enfermería, más concretamente, respecto al juicio práctico-clínico.

El Proceso de Atención de Enfermería como herramienta para la práctica de Enfermería fue introducido por Orlando (1961) convirtiéndose en uno de los ejes centrales de la disciplina y siendo considerado como el marco teórico ideal de la práctica y de la formación de enfermeras (Meleis, 1985). El PAE significaba (y todavía hoy se acepta) la aplicación sistemática del método científico en el trabajo de la enfermera. Las diferentes etapas de que consta son una traslación a la Enfermería de los pasos del método científico de resolución de problemas.

Aunque han recibido diferentes denominaciones existe acuerdo en afirmar que es un proceso lineal de valoración, diagnóstico, planificación y evaluación, a través del cual se pueden formular juicios clínicos que identifican los problemas que trata la enfermera (Diekelman, et al., 1989; Meleis, 1985). A partir de la década de los sesenta su formalización en los curricula americanos se generaliza (Fitzpatrick, 1983; Jolley, 1987) y, a principios de los ochenta, irrumpe masivamente en los curricula de nuestro país constituyéndose en un de los hilos conductores o aspectos centrales (teóricos, prácticos e ideológicos) de los mismos.

Según sus promotores, proporcionaba un modelo racional para ayudar al estudiante a recoger los datos precisos para realizar una valoración de las necesidades insatisfechas del cliente (que adquiriría la forma de un enunciado relacional) para, en segundo lugar, formular un plan de acción (que incluía objetivos conductuales y las acciones más

pertinentes para alcanzarlos) que al final era evaluado para determinar su eficacia y eficiencia.

El uso masivo del enfoque de resolución de problemas (PAE) se veía reforzado paralelamente con un gran número de investigaciones en el ámbito de la enseñanza práctica y más concretamente en lo concerniente al juicio práctico clínico (Hedin, 1989; Lindeman, 1989).

Todas esas investigaciones se basaban en un enfoque racional cognitivo (Corcoran y Tanner, 1988) que al igual que los enfoques cognitivos de “el pensamiento del profesor”, adoptan modelos y esquemas de la psicología cognitiva (Ferrer, 1993) para tratar de comprender el proceso mediante el cual enfermeras y alumnos llegaban a diagnosticar problemas. En la actualidad todavía existen algunos enfoques racional cognitivos en las investigaciones acerca de la enseñanza clínica y del aprendizaje del juicio práctico clínico.

Todos esos enfoques se basan en un mismo supuesto: el conocimiento práctico y la competencia en el juicio clínico son procesos que pueden ser explicados con la racionalidad técnica (Corcoran y Tanner, 1988; Lindeman, 1989). En efecto, la mayoría de esos estudios poseen uno o dos objetivos claramente definidos :

1º Comparar los resultados de las enfermeras profesionales en el proceso de toma de decisiones con los resultados ofrecidos por un modelo estadístico.

2º Describir el proceso de pensamiento llevado a cabo por los prácticos para derivar un diagnóstico o determinar las intervenciones más apropiadas.

Como ejemplo del primero, Grier (1976) llevó a cabo un estudio para determinar si las decisiones “intuitivas” que las enfermeras realizaban eran congruentes con las derivadas de un modelo estadístico. Se intentaba comprobar el grado de isomorfismo entre el modelo y el proceso que trataba de representar. El modelo seleccionado describía el proceso de selección de una o varias acciones tomando como criterio de selección la asignación subjetiva del valor de los posibles resultados de esas acciones. El uso del modelo requería además, una determinación de la probabilidad de que ciertos resultados estaban asociados con determinadas acciones. Dadas esas “probabilidades y valores

asignados subjetivamente”, es posible derivar matemáticamente los resultados deseados. Dos eran las presunciones que orientaban ese estudio: que el juicio humano es un “estadístico intuitivo”, es decir, que si se precisan las probabilidades y los valores, la decisión será más acertada que si aquéllos resultan inespecíficos; y que es posible especificar todos los atributos relevantes que los profesionales encuentran en las situaciones prácticas, para introducir en el modelo estadístico.

Esta autora comparó las decisiones que tomaban las enfermeras profesionales con las realizadas por su modelo matemático, encontrando grandes similitudes en un 60% de las pruebas realizadas. Su conclusión fue que las enfermeras usaban un proceso sistemático, ordenado y objetivo para tomar muchas de sus decisiones, es decir, un proceso de justificación racional para seleccionar la mejor acción posible para alcanzar el objetivo deseado.

Los trabajos más relevantes en este ámbito han sido los de Corcoran y Tanner (1988) en los que, basándose en los trabajos de Newell y Simon (1972) sobre los modelos cognitivos de procesamiento de la información, se ha intentado describir el proceso de toma de decisiones en situaciones clínicas. Además del trabajo de Newell y Simon, utilizaron el modelo de “razonamiento para el diagnóstico médico” de Elstein, Shulman y Sprafka (1978) el cual trata de explicar las estrategias que los médicos utilizan para reducir y sintetizar las ingentes cantidades de información disponibles en la mayoría de veces que se emite un diagnóstico. Ese modelo incluye cuatro fases:

- 1ª Percepción y esquematización inicial de la situación a través del uso de los indicadores iniciales disponibles contrastándolos con los esquemas que se poseen.
- 2ª Formulación de diagnósticos hipotéticos que puedan explicar y dar significado en términos de entidad nosológica a la información presentada.
- 3ª Recogida de datos dirigida por los diagnósticos hipotéticos. La búsqueda se orienta a descartar o evidenciar la presencia de datos que confirmen las hipótesis diagnósticas.

4ª Evaluación de las hipótesis. Las primeras hipótesis sirven como esquemas de reconocimiento y para conservar espacio en la memoria a corto plazo mediante el agrupamiento de los datos clínicos en patrones diagnósticos familiares.

La investigación llevada a cabo por Corcoran y Tanner trataba de determinar si ese modelo de razonamiento diagnóstico era útil para describir el proceso de toma de decisiones e identificación de problemas que las enfermeras y estudiantes de último curso realizaban.

El proceso tal y como es descrito por Tanner fue el siguiente. En primer lugar, se presentó a los sujetos participantes unas secuencias de vídeo en las que aparecían personas que relataban problemas de salud. Se solicitó a los participantes que buscasen y solicitasen de la investigadora la información adicional que estimasen conveniente para formular el o los diagnósticos más probables y planificar las acciones pertinentes. Los participantes fueron instruidos para que en el proceso de búsqueda de información “pensasen en voz alta”, esto es, produjeran informes verbales de las reglas que utilizaban para la búsqueda de información, el procedimiento para determinar la relevancia o irrelevancia de unos indicios determinados. El paso siguiente fue la transcripción literal de las explicaciones de los participantes para su análisis. Se trataba de determinar el número y tipo de hipótesis diagnósticas, el momento en el que las hipótesis fueron activadas, el número de indicadores que fueron solicitados en la recogida de información, el método de recogida de información (contrastación de hipótesis, exploración de indicios e indicadores), la adecuación de la información utilizada para evaluar las hipótesis diagnósticas y la pertinencia de los diagnósticos. Los resultados mostraron que todos los individuos formulaban hipótesis diagnósticas inmediatamente que cumplían la función de esquemas que se activan y dirigen el proceso de búsqueda e interpretación de los datos. Finalmente, los resultados permitieron clasificar a los participantes en función de dos únicos criterios: el grado de sistematización en la recogida de la información y la adecuación de los diagnósticos finales.

Otras investigaciones, también dentro del paradigma racional cognitivo han sido desarrollados por Corcoran (1986a, 1986b) que utilizando la Teoría del Procesamiento de la información para estudiar si existían diferencias, en función de los años de experiencia que las enfermeras poseían, en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la

administración de fármacos analgésicos. En otras investigaciones se han usado modelos cognitivos de procesamiento de la información y la noción de talento como marco teórico para investigar el proceso del Diagnóstico de Enfermería (Cianfrani, 1984; Gordon, 1980).

Se decía más arriba que todas estas investigaciones se han desarrollado paralelamente al uso masivo del enfoque científico técnico de resolución de problemas (PAE) como medio, a veces como sinónimo, para mejorar la práctica de la enfermera. De la mayoría de estos estudios se han derivado recomendaciones a las profesoras de Enfermería para que incluyan en sus programas educativos (en su didáctica) los hallazgos y conclusiones obtenidos sobre el proceso mediante el cual se emiten juicios práctico clínicos.

Sin embargo, empiezan a aparecer en la literatura voces críticas con la constatación de que mientras la mayoría de estudiantes escriben planes de cuidados formalmente correctos y teóricamente impecables estos mismos estudiantes demuestran una enorme falta de flexibilidad para responder a las situaciones rápidamente cambiantes de la práctica y una carencia de conocimiento práctico (saber cómo) para realmente llevar a cabo las intervenciones (Corcoran y Tanner, 1988). Algunos estudios han revelado que las estudiantes carecen de la capacidad de discriminación necesaria para distinguir datos relevantes de los que no lo son (Corcoran y Tanner, 1988; Lindeman, 1989). Los alumnos recogen ingentes cantidades de información acerca del estado del enfermo pero esa actividad parece mecánica e irreflexiva, no se demuestra un crecimiento de la capacidad de análisis y discriminación al respecto (Reilly y Oermann, 1985). En síntesis, los alumnos parecen incapaces de extraer de la información que recogen datos y significados relevantes para el cuidado del enfermo.

Bajo nuestro punto de vista, de todos esos estudios y sus derivaciones en la enseñanza del conocimiento profesional emerge una singular certeza: la razón técnica manifestada en el PAE es incapaz de capturar o incluir la dinámica interactiva y contextualizada del proceso de pensamiento que llevan a cabo las enfermeras para detectar problemas y encontrar soluciones a los mismos:

“Ese proceso no es lineal como nosotras habíamos creído. Aquéllos que estamos implicados en este área de investigación nos estamos cuestionando hasta qué punto los planes de cuidados escritos *-producto último de un proceso reglamentado y lineal-*, como método

instruccional primario, pueden ayudar a las estudiantes de Enfermería en el aprendizaje de ese proceso dinámico” (Tanner, 1987, 210) (La cursiva es nuestra).

Ciertamente, el modelo lineal racional que es el PAE no capta algunos de los aspectos más importantes del juicio práctico clínico. Existen fenómenos que son centrales en el proceso práctico de formulación de juicios clínicos que permanecen inexplicados por la racionalidad técnica (entre otras razones por su pretensión objetivista y empírica): la habilidad para construir, a partir de una situación problemática nebulosa y ambigua, un problema que encaje con las teorías y técnicas que la enfermera conoce, la habilidad para discriminar entre datos relevantes e irrelevantes, la habilidad para reconocer un patrón o esquema y actuar a partir de él sin haberlo etiquetado conscientemente, la importancia de la emoción e intuición en el juicio clínico, los conflictos de valores presentes en muchas situaciones prácticas:

“Hay zonas indeterminadas de la práctica -tal es el caso de la incertidumbre, la inseguridad y el conflicto de valores- que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Cuando una situación problemática es incierta, la solución técnica del problema depende de la construcción previa de un problema bien definido, lo que en sí mismo no es una tarea técnica. Cuando un práctico reconoce una situación como única, no puede tratarla solamente mediante la aplicación de teorías y técnicas derivadas de su conocimiento profesional(...). Son precisamente esas zonas indeterminadas de la práctica, sin embargo, las que los profesionales prácticos y los observadores críticos de las profesiones han comenzado a entender con creciente claridad, a lo largo de las dos últimas décadas como centrales en la práctica profesional” (Schön, 1992, 20).

Por contra la racionalidad técnica y los modelos en ella inspirados (PAE, resolución de problemas, procesamiento de la información) asumen que toda acción que llevan a cabo las profesionales de la Enfermería son el resultado de procedimientos racionales y lógicos mediados por procesos cognitivos. Del mismo modo asumen que es posible hacer

explícito y formalizar el conocimiento que las enfermeras expertas utilizan para realizar sus juicios prácticos (Tanner, et al., 1993).

A estas alturas de la argumentación parece ya evidente que una consideración exclusivamente técnica del conocimiento que requiere una enfermera para un adecuado desempeño profesional y de los modos en como este se aprende (su estructuración en el curriculum) es insostenible.

De manera que si aceptamos como válidas las conclusiones de los trabajos de Schön (1983), Tanner (1993), Kim (1994a), O'Brien (1993), Meerebeau (1992), Benner (1984), Pearson (1992) y Webster (1990) y que podrían resumirse en las siguientes afirmaciones:

- El conocimiento práctico es un elemento crucial en la aplicación de criterios acertados en el cuidado, se manifiesta con intuiciones vagas y ambiguas fuera del análisis crítico. La lógica conceptual *sigue* y no *precede* a la aprehensión intuitiva.
- No existen estrategias formales para la realización de juicios práctico-clínicos que puedan ser descritas *fuera del contexto* en el que la acción se desarrolla.
- La comprensión de toda acción humana sólo puede ser alcanzada situando ésta en su contexto social e histórico.
- El conocimiento práctico es *personal, subjetivo* y altamente idiosincrásico.
- Los enfoques basados en la racionalidad técnica son característicos de los principiantes más que de los expertos.

deberíamos cuestionarnos si la formalización que de ese conocimiento se ha realizado en el curriculum de Enfermería es la adecuada. ¿Es una formalización que recoge la naturaleza y esencias del mismo?. ¿Es realmente posible su formalización?. ¿Qué estrategias didácticas son las idóneas para su aprendizaje?. ¿Qué contenidos pueden vehicular su esencia con mayor precisión?. ¿El Proceso de Atención de Enfermería responde adecuadamente a las cuestiones antes planteadas?.

Creemos que como máximo el PAE debe contemplarse como un marco teórico introductorio que será rápidamente abandonado cuando los estudiantes alcancen algún grado de experiencia en su trabajo clínico. El error a nuestro juicio es la equiparación reductiva del complejo, multidimensional y contextual proceso mediante el cual las enfermeras y las estudiantes identifican qué problemas tienen las personas a su cargo y determinan los cursos de acción idóneos a un proceso lineal y cerrado de toma de decisiones.

Sin embargo, la cuestión que emerge de manera automática es cómo formalizar y ayudar a las estudiantes en el aprendizaje de ese saber. Ese será uno de los interrogantes que trataremos en la parte final de este capítulo.

7.3.3. Un cambio de dirección en la producción y flujo del saber enfermero

Como hemos visto en páginas precedentes, el curriculum en la formación de enfermeras presenta una jerarquía en los niveles de conocimiento profesional, jerarquía que 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. Esa jerarquía de saberes 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.

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 o práctico (Elbaz, 1981) o conocimiento en la acción (Schön, 1983). Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma (Benner, 1984).

Es fácilmente constatable el que las enfermeras profesionales manifiestan cada vez con más claridad su 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.

La formación de enfermeras debería empezar a cuestionarse si la práctica de Enfermería es *sólo* la aplicación de principios científicos para la resolución de los problemas del

enfermo y si el conocimiento relevante para la práctica es aquél derivado de la investigación de corte positivista.

Desde la publicación de los trabajos de Argyris, Schön y Benner cada vez son más numerosas las voces que están cuestionando dos supuestos básicos en los que las escuelas de enfermería han fundando buena parte de su trabajo pedagógico: que la investigación realizada en las escuelas produce un conocimiento profesional útil y que el conocimiento profesional que se enseña en las escuelas prepara adecuadamente a las estudiantes para las 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 poco relevante para la práctica. 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 es mayor el número de 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 y que defienden 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 (Leininger, 1985).

No estamos afirmando 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 farmacológica, nutricional o incluso psicológica sería impensable su existencia. Lo que queremos decir es que la profesional de enfermería no encuentra en la investigación la ayuda que se supone debería obtener. O dicho de otro modo, los problemas con los que a diario se enfrentan las enfermeras son sometidos con poca frecuencia 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, inconmensurables, por tanto, a la epistemología positivista.

De las anteriores argumentaciones pueden derivarse las siguientes conclusiones:

- 1º Existen serios cuestionamientos para seguir entendiendo la práctica profesional de Enfermería como el espacio donde se aplica instrumentalmente el conocimiento enfermero producido por la investigación con la finalidad de resolver problemas técnicos.
- 2º El curriculum de Enfermería refleja una jerarquía donde el conocimiento práctico deriva y es consecuencia de otras formas superiores de conocimiento. El profesorado entiende que las prácticas de formación son el momento y el lugar

adecuado para aplicar las normas y reglas del conocimiento científico aprendidas en el aula. Conciben la práctica como un entrenamiento donde las alumnas aprenden a comprender el funcionamiento de las reglas y técnicas en el mundo real de los servicios asistenciales y a desarrollar las habilidades para su aplicación. Al entender el conocimiento profesional que requiere una enfermera en forma de hechos, normas y protocolos aplicados al cuidado de los enfermos, el profesorado de Enfermería concibe las prácticas como una preparación técnica donde la instructora (o monitora en la vieja usanza enfermera) transmite a través de demostraciones la manera de aplicar correctamente las reglas y normas aprendidas en el aula al cuidado de los enfermos. Cuando las alumnas aprenden el PAE, en primer lugar, reciben la “teoría en el aula” donde a través de la información de las profesoras y de lecturas las alumnas se familiarizan con las técnicas de recogida de datos, los diferentes problemas definidos a través de enunciados diagnósticos, tal cual se entienden en la teoría. Después, durante la práctica, aplican lo aprendido y la profesora, mediante la observación de las alumnas, detecta sus errores de aplicación (los más frecuentes hacen referencia a la identificación y correcta formulación del problema) y los corrige. Esta visión, como creemos haber justificado, es estrecha y reductiva.

3º El conocimiento científico técnico, abstracto y generalizable, ocupa el vértice de la jerarquía y, sin embargo, es incapaz de resolver muchos de los problemas con los que las enfermeras se enfrentan a diario en su ejercicio profesional. Queda restringido a la dimensión biológica que es sólo una de las múltiples que poseen todos los problemas con los que tratan las enfermeras.

A partir de estas conclusiones debería llevarse a cabo un giro copernicano respecto a la cuestión de cómo se relaciona el conocimiento que la escuela transmite (su naturaleza y su adquisición) con un ejercicio profesional competente. En palabras de Schön:

“La cuestión de la relación entre la competencia en la práctica y el conocimiento profesional precisa ser planteada al revés. No deberíamos

empezar por preguntar cómo hacer un mejor uso del conocimiento científico sino qué podemos hacer a partir de un detenido examen del arte, es decir, de la competencia por la que en realidad los prácticos son capaces de manejar las zonas indeterminadas de la práctica independientemente de aquella otra competencia que se puede relacionar con la racionalidad técnica” (1992, 26).

Ese giro es el que proponemos para la formación de enfermeras. En lo que sigue ofrecemos unas concepciones alternativas a la visión dominante de la relación entre conocimiento y acción profesional y que trata de dar respuesta a las limitaciones que los planteamientos técnicos poseen. Concretamente, desarrollaremos las potencialidades, y sus limitaciones, de dos de los enfoques que más productivos pueden mostrarse en la formación de las enfermeras de nuestro país: la concepción reflexiva y la fenomenológico-hermenéutica.

7.4. La formación de enfermeras como Práctica Reflexiva

Hemos reflejado en páginas anteriores el enorme impacto que la epistemología de la práctica propuesta por Schön ha tenido en la reconceptualización de la actividad de la enfermera como profesional de los cuidados, lo que ha generado, como consecuencia, una transformación del curriculum de formación y del papel del profesorado.

En efecto, el aumento del interés hacia las nociones de reflexión y práctica reflexiva que se ha desarrollado en Enfermería (en la formación de su profesorado y de sus profesionales) a lo largo de estos últimos años ha sido la manifestación del creciente interés 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 (Atkins y Murphy, 1993). Del mismo modo ha habido un creciente interés por acercar el mundo de la Teoría y el de la Práctica en Enfermería en el ámbito de la práctica asistencial (James, 1992; Kim, 1994c), en el ámbito de la formación de las profesionales

(Ferguson y Jinks, 1994; Lutjens y Horan, 1992) y en el de la formación del profesorado de Enfermería (Bevis y Watson, 1989).

En todos esos intentos subyace la necesidad constatada de superar la relación jerárquica y lineal entre conocimiento técnico y práctica, educativa o cuidativa. Bajo nuestro punto de vista, una de las estrategias que mejor puede contribuir a ese intento es la idea que tanto en el campo de práctica de la formación de Enfermeras como en el de la formación del Profesorado de ese ámbito, *el practicum* deben ocupar un lugar central alrededor del cual se estructura el curriculum de formación.

En lo que sigue desarrollaremos esta idea del practicum como eje del curriculum de Enfermería basándonos en autores que como Burnard (1995), Clarke (1986) y Kim (1994a) han propuesto la reflexión en la acción como modalidad idónea para la práctica de enfermería y otros que como Clark (1986), Zeichner (1986) o Pérez Gómez (1988) han realizado aportaciones sobre la formación de profesores como profesionales reflexivos.

7.4.1. Práctica profesional y prácticas de formación

Puede considerarse la práctica profesional de la Enfermería como aquella actividad de una comunidad de enfermeras y enfermeros 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. Esta actividad profesional se lleva a cabo en instituciones peculiares cuyo máximo exponente es el hospital.

Como Benner ha demostrado, el conocimiento práctico de la enfermera 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 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.

Las 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:

“Es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo del mundo real. (...) Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria y el mundo esotérico de la universidad. 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 (Schön, 1992, 46).

Lo que nos parece importante destacar es que la visión que las profesoras de Enfermería tienen acerca de las actividades que deben realizar las alumnas durante el practicum y qué finalidades son las que persigue depende de su concepción de los tipos de conocimiento imprescindibles para una práctica profesional competente.

Como ya hemos indicado con anterioridad, si la profesora de enfermería cree que la competencia profesional es la aplicación del conocimiento enfermero aprendido en el aula y derivado de la investigación (hechos, reglas y protocolos) a la solución de problemas que la enfermera encuentra, defenderá un practicum como preparación técnica (Schön, 1992), 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. Por ejemplo, aprenderán a determinar la dosis de un fármaco aplicando las reglas de equivalencia de medidas y teniendo en cuenta el peso y la edad del enfermo o aprenderán

a reconocer problemas del enfermo comparando la lista de manifestaciones de dependencia que conoce de memoria a la situación actual del paciente.

Sin embargo, a nuestro entender, 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 (Kim, 1994a). La enfermera profesional, por tanto, no es sólo una usuaria sino también una *productora* de conocimiento a través del afrontamiento de situaciones problemáticas ambiguas y poco claras. 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 hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible a través de la reflexión en la acción.

Desde esta perspectiva, el practicum que las alumnas de Enfermería llevan a cabo, presentaría, sin ningún orden, las siguientes características:

El practicum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el curriculum de Enfermería. Es el eje en torno al cual se articula el curriculum de Enfermería; no se realiza “después” de la “teoría” sino que a través de él se asimilan los contenidos de las materias que conforman el curriculum básico de formación. El practicum es el punto de inicio de los aprendizajes que las alumnas llevan a cabo, por tanto, los contenidos de las diferentes materias deben construirse no a partir de una descripción del estado del enfermo y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino en el análisis y cuestionamiento de los esquemas conceptuales, marcos de referencia, repertorios de cursos de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

El practicum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. Cuando afirmamos que la práctica es el eje del curriculum de

Enfermería no significa que aceptemos acríticamente los esquemas y rutinas empíricas que modelan la práctica del cuidado que se transmiten generacionalmente y que impiden a menudo una mejora y desarrollo real de la misma. Antes al contrario, ese conocimiento en la acción (semiautomático y rutinario), ese saber hacer, sólo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción. Es decir, partimos de la práctica para analizar los problemas, cuestionarse 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 último de *mejorarla*.

El practicum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción.

Como se ha visto en el capítulo tercero, no existe una separación entre teoría y práctica. El problema del hiato entre ambas se debe a una errónea interpretación de su naturaleza. El conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas *desde* y *a través* de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. El saber que la enfermera pone en juego para solucionar aquellos problemas difiere del conocimiento que se transmite en el aula porque 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 nueva acción da lugar a 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, pero a condición de que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único elemento) de su saber práctico.

El practicum es un proceso de investigación. Si se entiende como acabamos de precisar, el practicum que las alumnas llevan a cabo se convierte en 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. Cuando la alumna “practica” las acciones de cuidar delegadas normalmente por la enfermera explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. Pero lo importante es darse cuenta que esas acciones al mismo tiempo que repercuten en la persona que cuida, sirven para que la alumna verifique su *comprensión* provisional de lo que está haciendo. Con esa “experimentación” la alumna reestructura nuevos cursos de acción a la vez que modifica el modo como ella interpreta la situación. Esta conversación reflexiva entre la alumna y la situación a la que se enfrenta es de naturaleza dialéctica. Cuando la alumna lleva a cabo una acción, moldea y modifica la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, modifica y transforma los esquemas de comprensión y apreciación de la alumna. La alumna sólo puede aprender algo de la situación cuando trata de modificarla.

El practicum debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos. Desde los supuestos de la epistemología de la práctica que aquí defendemos, cualquier acercamiento a la realidad profesional se efectúa de una manera holística antes que analítica. 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, 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 cuantificación esto es la objetivación (cosificación) de la persona y lo que es más grave, ignoran que la realidad es holística, que los problemas de cualquier intervención de la enfermera sólo pueden considerarse en el contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado y explicación.

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 (se halla incrustado en la práctica de las enfermeras de una manera implícita, personal e irrepetible). Sin embargo, es posible aprenderlo. Se aprende siguiendo la máxima de Dewey “haciendo”, reflexionando en y sobre la acción, conjuntamente con la profesora de prácticas. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula, es experiencial, de aquí que la profesora de prácticas adquiera un papel central en los procesos de enseñanza del saber práctico. Su función consiste en una suerte 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.

7.4.2. El significado de la Reflexión en la formación de enfermeras

Fuera de nuestro país, el término reflexión usado en conexión con la práctica de Enfermería se ha convertido en un tópico de ese campo de prácticas tanto en el ámbito de las actividades de formación de profesionales como en el de la asistencia en el sistema de salud. La noción de práctica reflexiva es ampliamente citada en la literatura (Burnard, 1995; Carlson, Crawford y Contrades, 1989; French y Cross, 1992; Greenwood, 1993; Jarvis, 1992b; Simmons y Bahl, 1992) y ha sido aceptada ciertamente con no poco entusiasmo por enfermeras asistenciales y profesoras (James y Clarke, 1994). Se ha constituido en la panacea para un buen número de aspectos problemáticos en la formación de Enfermeras.

El énfasis que en la actualidad se está poniendo en esta concepción de la formación y de la práctica profesional de las Enfermeras podría sugerir que existe un amplio consenso y una clara comprensión acerca de idea de práctica reflexiva. Sin embargo, lo que a primera vista podría parecer una amplísima aceptación de las tesis de Schön en el campo de la práctica educativa y asistencial en la Enfermería es, en realidad, toda un retórica acerca de la reflexión que a modo de práctica de legitimación se ha impuesto en una serie de planteamientos diferenciados sobre la formación y la práctica de la Enfermería que casi sólo tienen en común el uso del término. Trataremos a continuación de arrojar alguna luz

sobre la naturaleza de la reflexión, la práctica reflexiva y su repercusión en la formación de enfermeras.

Incluso antes de que el trabajo de Schön alcanzase grandes cotas de popularidad, la práctica reflexiva había sido tratada por algunos grupos de profesionales en la década de los setenta. Trabajos que no se debieron a un interés innato de esos grupos por el tema en cuestión sino que fueron, sobre todo, una respuesta a los ataques al concepto y las prácticas de las profesiones que durante esa década realizaron autores como Illich (1977).

Tampoco la idea de reflexión fue una novedad aportada por Schön; ya había sido enfatizada por Dewey, incluso Freire (1972), Habermas (1984b) o Mezirow (1981) habían escrito acerca de ella antes que el trabajo de Schön fuera publicado. Por ejemplo, Freire discute las relaciones entre reflexión y acción y sostiene que existe una congruencia entre ambas como elementos constitutivos de la “praxis”, esta idea ofrece ciertas similitudes con la noción de Argyris y Schön (1974) de teorías implícitas y teorías explícitas. Habermas, por su parte, en “*Conocimiento e Interés*” explora la autorreflexión como el método de la ciencia social crítica combinando la sociología crítica con el análisis freudiano. Mezirow, influido por Habermas, presenta una tipología de la reflexión con siete niveles diferenciados. Sin embargo, fue el trabajo de Schön centrado en la práctica de los profesionales (quizás por eso) el que ha suscitado mayor atención.

De una primera aproximación a la literatura en torno a la idea de reflexión, emerge la sensación de que nos hallamos ante una noción elusiva y ambigua (James y Clarke, 1994; Jarvis, 1992b). ¿Cómo podemos entonces conceptualizar la práctica reflexiva con objeto de contribuir a que enfermeras y estudiantes de enfermería alcancen a comprender el significado práctico de aquélla?. Ciertamente es una tarea problemática. La falta de definiciones y de claridad conceptual en muchos de los trabajos que hemos revisado son, a nuestro juicio, una muestra de la dificultad que presenta llegar a clarificar una noción multifacética y multidimensional adecuándola a contextos tan diferenciados como el de un hospital, una escuela primaria o una facultad de enfermería. De ese modo, las definiciones de reflexión sufren de lo que James (1994, 84) denomina “efecto tarta de manzana”, donde cualquier cosa buena y relativamente apropiada es incluida, por lo que

muchas de ellas han perdido el sentido original con el que el término era usado por Dewey o Schön. Para estos autores, la reflexión, aparentemente, incluye la meditación sobre sucesos recientes, pensar acerca de lo que hacemos durante su ejecución (incluyéndose en ese proceso la deliberación acerca del sentido y valor ético de las actuaciones) y una valoración posterior de la coherencia de los cursos de acción seleccionados a la luz de los fines pretendidos.

Una primera aproximación a la noción de reflexión podría llevarse a cabo atendiendo tanto al proceso como al contenido de la misma. La reflexión entendida como un proceso está presente en la mayoría de autores que la han tratado y que presentan el proceso como una serie de niveles o fases más o menos diferenciadas. De ese modo, Mezirow (1981) identifica una jerarquía de siete niveles de reflexividad, que oscila desde el nivel más bajo que es ocupado por una reflexividad que implica la simple toma de conciencia de pensamientos y sentimientos hasta el más alto donde se conceptualiza la reflexión como una reflexividad teórica que supone el cuestionamiento por parte del sujeto de sus propias preconcepciones resultando una transformación de sus perspectivas de interpretación. En contraste, Schön, como ya es sabido, presenta la reflexión como un proceso con dos dimensiones: reflexión en la acción y sobre la acción. Sin embargo, esas diferencias son más terminológicas y formales que substanciales.

Sintetizando los trabajos de Schön (1983), Boud (1985), Boyd y Fales (1983), Van Manen (1977) y Mezirow (1981) podemos identificar tres momentos clave en el proceso de reflexión que son compartidos por todos esos autores: conflicto entre los sentimientos y conocimientos aplicados a una situación y la situación misma, cuestionamiento de los sentimientos y conocimientos y modificación de la comprensión de la situación.

La primera fase del proceso reflexivo se activa cuando tomamos conciencia de que en una situación determinada, el conocimiento que estamos aplicando no es suficiente por sí mismo (ni encaja) para dar cuenta de la situación. Schön se refiere a una experiencia de sorpresa, Boyd y Fales, por su parte, hablan de sensación de incomodidad.

En la segunda fase, se lleva a cabo un análisis constructivo de la situación que implica una revisión de los sentimientos y conocimiento activados. En ese momento se produce una contrastación del conocimiento disponible a través de la elaboración de comprensiones específicas durante el propio proceso de actuación. Boud (1985) usa cuatro términos para describir la dirección y el carácter procesual de esta fase: asociación, integración, validación y apropiación. Por su parte, Mezirow usa los términos reflexividad conceptual, psíquica y teórica para describir ese proceso de análisis.

La tercera fase implica la construcción de una nueva visión o perspectiva de la situación en términos de aprendizaje. Mezirow se refiere a esta fase en términos de transformación de perspectivas. Estas tres fases pueden distinguirse solamente a efectos analíticos porque en la realidad se presentan integradas en un proceso holístico.

La reflexión también puede ser caracterizada en función de su contenido u orientación (James y Clarke, 1994). El contenido de la reflexión puede comprender varios dominios cada uno de los cuales sirve a un interés cognitivo determinado (Habermas, 1984b). Utilizaremos aquí el concepto Habermasiano de interés constitutivo de conocimiento (referido a las funciones prácticas y orígenes de las distintas modalidades de conocimiento) para mostrar cómo pueden existir concepciones reductivas (instrumentales) de la noción de reflexión.

Si la reflexión tiene como objeto el uso inteligente de protocolos de enfermería desarrollados a partir de la investigación empírica o la resolución de problemas a través de la aplicación de un método de solución, nos hallamos ante una reflexión orientada por un interés técnico; aquí, la reflexión se reduce a un instrumento de la acción, algunos ya la denominaron acertadamente “razón instrumental” (Horkheimer, 1969); persigue fundamentalmente el control de la situación y la explotación técnica del conocimiento. Por ejemplo, una “reflexión técnica” acerca de la calidad de vida de un enfermo será aquélla en la que la enfermera, a partir de una teoría de base empírica que explica⁴¹ (identifica los factores causales) y predice (indica bajo que condiciones controladas puede

⁴¹ Aquí la explicación causal ofrece aclaraciones que son la base para el control de la situación del enfermo.

aparecer) el concepto de calidad de vida en los enfermos, aplicará las reglas derivadas de esa teoría (el control de las condiciones bajo las cuales la calidad de vida se puede alcanzar) para la consecución del fin propuesto. Reglas y prescripciones que hacen referencia a condiciones de analgesia, higiene o inmovilidad. Van Manen (1977) describe esta modalidad de la reflexión como técnica. En este dominio la reflexión está interesada por la consecución de la eficiencia y la eficacia en las acciones. En el contexto de Enfermería tenemos un claro ejemplo de esta reflexión si nos detenemos en el análisis de las cargas⁴² de trabajo como método para “racionalizar” los cuidados.

Otra dimensión u orientación que puede constituirse en contenido de la reflexión es la comunicación y comprensión de las acciones que profesoras, estudiantes y enfermeras llevan a cabo. Aquí, a diferencia del caso anterior, el proceso de reflexión se orienta a la interpretación y comprensión del mundo de la vida. La significación práctica del conocimiento producido con esta forma de reflexión radica en su potencial para proporcionar sentido, comunicabilidad y orientación a la acción (James y Clarke, 1994). En el contexto de enfermería este tipo de reflexión permite potenciar la comunicación entre las profesionales porque posibilita la construcción compartida de significados (Oiler, 1988). La práctica de la enseñanza de la Enfermería analizada a través de esta modalidad de reflexión intenta clarificar las asunciones, expectativas, preconcepciones y axiomas que gobiernan la acción. Los significados de las acciones tal y como son interpretados por profesoras, alumnas, enfermeras profesionales y personas asistidas se convierten en el objeto de conocimiento y criterio de validez de los enunciados (Kim, 1994b). Van Manen la describe como reflexión práctica donde el fin último es determinar la conveniencia de los propósitos y finalidades de la acción a la luz de la experiencia personal, su valor moral y la comprensión del contexto. Volviendo al ejemplo de la calidad de vida, una reflexión práctica no estaría tan preocupada por aplicar las reglas o

⁴² Sistema de racionalización y organización del trabajo de las enfermeras. Se realiza un cronometraje inicial de todos los procedimientos que las enfermeras realizan. Después, basta con determinar qué número de procedimientos requiere cada paciente para conocer el número de enfermeras necesarias en cada unidad de hospitalización. Como puede apreciarse no es más que una aplicación al trabajo de las enfermeras de la descomposición del trabajo y la especialización de los obreros propuestas por Taylor en su organización científica del trabajo, sin que todavía se halla reparado que esa división supone una separación del trabajo intelectual y manual, algo antitético con una ocupación que se autocalifica de profesional.

los protocolos que la investigación biomédica ofrecen para la consecución de la calidad de vida como lo haría el pensamiento instrumental orientado por el interés técnico. Antes de eso, una reflexión práctica debería cuestionarse si es posible para una persona emitir juicios acerca de la calidad de vida de otra y, de ser así, se suscitaría de inmediato una segunda cuestión: si ello es moralmente aceptable. Es decir, dado que la calidad de vida es una noción social e históricamente construida, no se manifiesta uniformemente en todas las personas ni, por tanto, es observable directamente. ¿Qué indicadores, entonces, se seleccionan para operativizarla y cómo puede esa selección justificarse?. O también, ¿varían el significado de la noción de calidad de vida de persona a persona o existen indicadores universalmente aceptados?. Podría pensarse que la cuestión de la calidad de vida es un asunto privado. Esta visión es defendida por autores como Sutcliffe y Holmes (1991) que defienden que nadie puede determinar con exactitud la calidad de vida de otra persona. Ciertamente, el argumento de estos autores se opone a una visión técnica en la que una persona (normalmente un “experto”, léase enfermera o médico) se arroga con la competencia legítima (o paternalismo autoritario) para evaluar y juzgar las sensaciones y sentimientos de otra, tales como el dolor, la náusea, la pena, o quizás algún grado de alegría o felicidad.

Esta postura, que nos parece razonable, adquiere credibilidad cuando se la relaciona con investigaciones que muestran las discrepancias entre médicos y enfermos acerca de los resultados de los tratamientos y terapias (Draper, 1992). Por contra, desde posiciones opuestas a las de Sutcliffe y Holmes se defiende que el dolor o la inmovilidad son indicadores *objetivos* de la calidad de vida en sí mismos. Se asume que son las condiciones suficientes y necesarias para inferirla. Otro argumento a favor de la realización de juicios acerca de la calidad de vida de otros reside en el significado mismo del término calidad. El diccionario de la Real Academia define la calidad como aquella propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie. Ello significa que si la calidad se determina a través de un procedimiento de comparación, entonces los juicios acerca de la calidad de las vidas de otras personas no es solamente posible, sino lógicamente necesario. Un tercer argumento en esa misma dirección se relaciona con aspectos

profesionales. Ciertamente la enfermera a través de sus acciones posee la capacidad de influir en la calidad de vida de las personas que atiende. Presumiblemente, intentará potenciar las condiciones que favorecen la calidad de vida y eliminar aquéllas que la disminuyen. Pero para hacer eso es imprescindible que la enfermera sea capaz de valorar o juzgar el nivel o status de la calidad de vida de las personas a las que cuida.

Sin embargo, aún aceptando la necesidad teórica y profesional de emitir juicios acerca de la calidad de vida de otras personas, la cuestión que pretendemos abordar, a la luz de la distinción entre reflexión técnica y práctica, es cómo esos juicios deben ser realizados. Desde una perspectiva técnica se defiende que los indicadores para determinar la calidad de vida de las personas deben ser objetivos. De ese modo, la enfermera cuando intente valorarla en alguna persona deberá identificar elementos tales como presencia o ausencia de dolor, grado de movilidad, presencia o ausencia de náuseas. Esa visión, en razón de la distinción entre hechos y valores que propugna la epistemología en la que se basa, presenta una clara tendencia a conceptualizar la experiencia humana a través de la fragmentación. Por ejemplo, presentando la enfermedad como una serie de indicadores en forma de signos empíricamente observables, lo que ontológicamente supone una percepción fracturada de lo que un ser humano es ya que se rechazan las manifestaciones de la experiencia subjetiva de esos signos o, en otras palabras, la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Esta división de indicadores de calidad de vida objetivos (cuerpo) y subjetivos (mente) es altamente significativa. Es una expresión del triunfo en el campo de la salud de las modalidades técnicas de reflexión, cuyo máximo exponente es el modelo biomédico (Lyng, 1990). Desde esta perspectiva, juzgar la calidad de vida de otra persona se orienta por un interés técnico donde lo relevante es la objetivación de los indicadores y su posterior control, objetivación en la que el sujeto objetivado no participa, precisamente por su calidad de objeto. Por contra, una reflexión orientada por el interés práctico, además de considerar esos indicadores objetivos, defenderá que su significación y sentido (su repercusión en la calidad de vida de otra persona) sólo pueden ser comprendidos cuando se colocan en el contexto de la biografía humana de la persona a la que pertenecen.

La calidad de vida es una construcción social y, por tanto, para poder valorarla es necesaria la comprensión del significado que le otorgan las diferentes individualidades. La enfermedad puede pensarse técnicamente, como fisiopatología, o, prácticamente, como fisiopatología y su experiencia subjetiva. Pero sólo desde esta segunda perspectiva es posible humanizar los indicadores objetivos situándolos en el contexto al que pertenecen: el mundo de la vida de la persona y los significados que ésta les adjudica. Después de lo que hemos dicho, parece lógico afirmar que la reflexión práctica debe subsumir a la reflexión técnica como un elemento de aquélla.

Una tercera modalidad que trasciende, incluyéndolas y superándolas, a las dos anteriores es la reflexión crítica. Se trata, además del cuestionamiento inteligente por parte de la enfermera (y de las profesoras de enfermería) acerca de sus actividades prácticas y de las incertidumbres que estas les ocasionan, de analizar y cuestionar las estructuras institucionales en las que trabajan. Es cierto que la reflexión práctica permite a la enfermera revelar el significado de la vida social (particular), accediendo a los esquemas subjetivos de significado que rigen los modos de actuar de las personas (Carr y Kemmis, 1988) modificando, de ese modo, la manera en cómo se entiende a sí misma y a su situación y las creencias inherentes a su modo de pensar, para modificar su práctica ya que la comprenderá de otra manera. También es cierto que la reflexión práctica permite a la enfermera generalizar sus entendimientos y aumentar la precisión de su lenguaje utilizado en la comunicación de la acción, lo que supone, al mismo tiempo, aumentar su competencia comunicativa. Pero no es menos cierto que el interés último de la reflexión práctica es clarificar las intenciones y significados de los actos sociales (Habermas, 1984b) excluyendo, de ese modo, la posibilidad de deliberar sobre ciertos aspectos de la realidad social, que la reflexión crítica considera de la máxima importancia; aspectos como, por ejemplo, el origen de la interpretación que los individuos hacen de la vida social, el conflicto, el cambio social. Es decir, si la reflexión práctica admite que la realidad social se construye a partir de los significados subjetivos de las personas, no puede (como en realidad hace) negarse a deliberar sobre las cuestiones que determinan tales significados, cuestiones relacionadas con las estructuras sociales, económicas y

políticas. La realidad social no nace a partir de las interpretaciones de las personas sino que ella misma determina parcialmente cuáles deben ser esas interpretaciones.

Los fundamentos de las acciones prácticas están determinados parcialmente por las estructuras sociales en que éstas se producen. Esto es, nuestra interpretación del mundo está siempre condicionada por nuestra experiencia de ese mundo. La reflexión crítica, a diferencia de la reflexión práctica, reconoce las estructuras y factores que actúan, inconscientemente a menudo, en el proceso de reflexión. De ese modo, su objetivo será analizar el contexto social e histórico en el que se ha formado los modos con que profesoras de enfermería y enfermeras comprenden y valoran su práctica (Allen, 1990). Para conseguir eso es necesario ir más allá de los límites de la práctica cotidiana para revelar el origen sociohistórico de aquélla y los intereses a los que sirve. Es por ello que el interés que orienta a la reflexión crítica es la emancipación.

7.4.3. Implicaciones para la enseñanza

¿Cuáles serían las derivaciones curriculares y didácticas de las ideas que acabamos de exponer?. ¿Cómo puede contribuir la noción de conocimiento práctico y reflexión en la acción que hemos desarrollado, al aprendizaje de la práctica de la Enfermería?. En lo que sigue presentaremos algunos métodos y estrategias que nos parecen adecuados para llevar la cabo la implantación de programas reflexivos de formación de Enfermeras en nuestro país.

En el campo de la Enfermería existe abundante literatura acerca de los programas de formación (tanto inicial como permanente, de enfermeras y profesoras) orientados a la reflexión. Puede afirmarse que estos programas parten de varios marcos conceptuales bien diferenciados. Algunos programas se han fundado claramente en la teoría crítica (Allen, 1990; Smyth, 1993), en visiones particulares del aprendizaje (Jarvis, 1992a; Burnard, 1991) o en determinadas concepciones de la profesión (Bevis y Watson, 1989; Birchenall, 1991).

En la formación de Enfermeras fuera de nuestro país son numerosos los programas que ya están experimentando la enseñanza reflexiva como filosofía de formación. Estos programas se centran en la formación clínica y comunitaria de las futuras enfermeras (Allen, 1987; Davis y Burnard, 1992; Diekelman, Allen y Tanner, 1989) y en ellos se hace un fuerte énfasis en el conocimiento práctico (Benner, 1984; Carlson, et al., 1989) y el aprendizaje experiencial (Burnard, 1992).

No obstante, y al igual que en los programas de formación del profesorado, todos esos intentos de llevar a la formación de las enfermeras las nociones de reflexión en la acción y práctica reflexiva no han estado exentos de dificultades y críticas (James y Clarke, 1994). Los currículum de Enfermería que han asumido una orientación reflexiva han intentado que las futuras enfermeras sean más conscientes de la naturaleza epistémica social y política de las instituciones en las deben realizar su ejercicio profesional con el objeto de que sean capaces de asumir un mayor protagonismo en la diseño de las políticas sanitarias (James y Clarke, 1994). Sin embargo, se ha podido constatar que en esos programas existe una gran distancia entre las finalidades recogidas en sus objetivos y las experiencias reales de las enfermeras en formación (James y Clarke, 1994) o también las paradojas de la enseñanza clínica, donde al mismo tiempo que se defiende la necesidad del aprendizaje experiencial del conocimiento práctico, se utilizan enfoques de resolución de problemas fundados en la racionalidad técnica (Lindeman, 1989).

Las principales dificultades con que se encuentran los programas de formación de enfermeras con una orientación reflexiva podríamos sintetizarlas en los siguientes aspectos:

- Los programas siguen presentando un marcado carácter logocéntrico y orientado al aprendizaje de destrezas técnicas.
- Resistencia de los alumnos al aprendizaje de la reflexión en la acción y sobre la acción debido a su biografía educativa que los ha socializado en métodos que no favorecen la participación ni la construcción de significados.

- Ambigüedad en la definición del papel (y en su formación) de las profesoras y formadoras.
- La gran paradoja o incoherencia existente entre la cultura tecnocrática, dominante en el sistema de salud y lo que éste exige de la enfermera (obediencia y sumisión) y los objetivos de los programas (autonomía e independencia). Ciertamente, se forman a enfermeras para una función que el sistema no solicita.

En cualquier caso, ya se están llevando a la práctica los primeros intentos de formar enfermeras que más que técnicas sumisas sean prácticas reflexivas. Los modelos de formación reflexiva en los que se inspiran la mayoría de esos programas son la supervisión clínica (Clifford, 1993; Rubritz, 1995) y el aprendizaje experiencial (Burnard, 1991; Burnard, 1992; Miles, 1989). En lo que sigue los detallamos brevemente.

7.4.3.1. Supervisión Clínica y Aprendizaje Experiencial

Supervisión Clínica

Si existe un modelo claramente identificado con la enseñanza de la Enfermería ese es el de la formación clínica (no debe confundirse con la formación en la clínica o en el hospital) con monitores, supervisoras o profesoras. De hecho, la etiqueta de “clínica” ha sido extrapolada a la formación del profesorado de otras profesiones, por supuesto, entre ellas, las relacionadas con la salud. En la formación de enfermeras la supervisión clínica se ha ido transformado de un modelo con connotaciones directivas y autoritarias a otro más caracterizado por su visión democrática y por estar centrado en la alumna y en sus procesos de reflexión (Scharaeder, 1987).

Es una estrategia para el aprendizaje y perfeccionamiento de la actividad de cuidar tomando los datos del análisis y la reflexión de las propias acciones de la futura enfermera como elemento clave para la retroalimentación. Es una supervisión orientada al aprendizaje del cuidado realizada mediante ciclos repetidos de planificación, observación y reflexión sobre la acción realizado conjuntamente por tutor y alumno.

Por *supervisión* debe entenderse el proceso de soporte, apoyo y ayuda de un supervisor/tutor a una futura enfermera en formación.

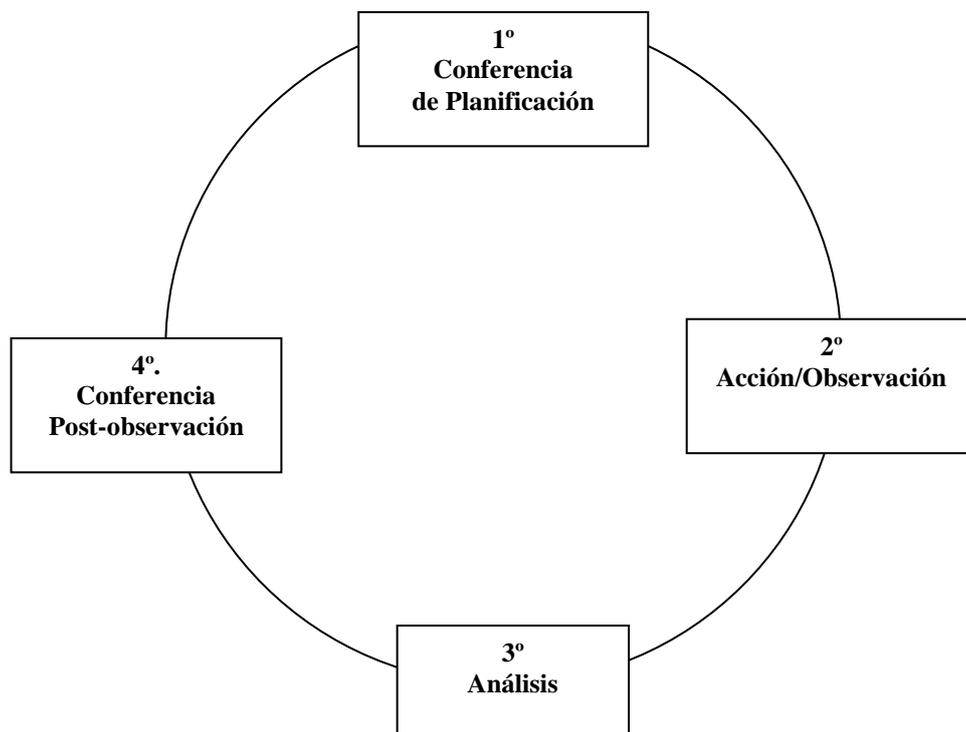
El apelativo de *clínica* hace referencia al establecimiento de una relación cara a cara entre el tutor y el alumno centrada en las acciones que el alumno ha desarrollado durante sus prácticas de formación.

Algunas de las características que hacen particularmente relevante la supervisión clínica para la formación de enfermeras son las siguientes.

- Interacción profunda y continuada entre supervisor/profesor y alumno desarrollado en ambientes naturales.
- Retroalimentación del profesor al alumno y objetivos públicos y negociados durante la práctica.
- Permite a las futuras profesionales vivir la realidad del cuidado desde dentro, aproximarse a los problemas reales y a los modos como los profesionales los resuelven.

Todo ello ayuda a la futura enfermera, junto al papel de la mentora, tutora o profesora de prácticas a potenciar y desarrollar sus capacidades de análisis, síntesis, inferencia y observación. El núcleo son los procesos racionales mediante los cuales se puede transformar la comprensión y, por extensión, las acciones de la futura enfermera

La supervisión clínica es un proceso cíclico de cuatro fases reflejadas en el siguiente esquema.



1º. Conferencia de Planificación. En este momento alumno y tutor desarrollan *colaborativamente* una planificación sobre aspectos del Cuidado que se van a llevar a cabo: qué actividades se van a desarrollar, qué métodos se van a aplicar, qué aspectos se van a analizar. También se especifican los papeles de ambos durante la experiencia.

2º. Acción/observación. En segundo lugar, se lleva a cabo el curso de acción previamente consensuado: el alumno lleva a cabo los procedimientos especificados y el tutor observa la situación recogiendo la información necesaria.

3º. Análisis. Después tiene lugar un proceso de reflexión acerca de la experiencia, primero individual donde alumno y tutor analizan por separado la información que éste ha recogido, qué significa, qué revela, qué se puede interpretar en la misma.

4º. Conferencia post-observación. Ahora tutor y alumno comparten sus interpretaciones y evidencias y reflexionan sobre qué cambios pueden introducirse en los cursos de acción futuros. Reflexionar sobre los procedimientos y cómo éstos pueden ser reorientados en el futuro. Por último, tutor y alumno evalúan conjuntamente las conclusiones y determinan la mejor manera de aplicarlas en nuevas situaciones.

Las conferencias representan el momento en el que tiene lugar verdaderamente el acto orientador y reflexivo. En ella se proporciona a la futura enfermera información relevante acerca de sus acciones, sus resultados y las formas de mejorarlas. Nótese que aquí el papel del docente es, básicamente, el de un asesor más que el de un transmisor.

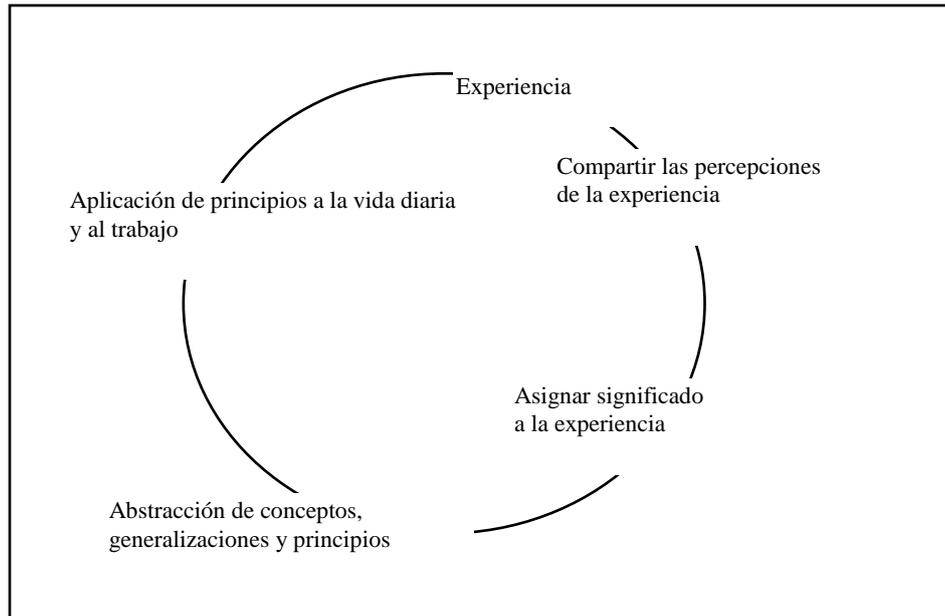
Aprendizaje Experiencial

El segundo modelo es el denominado de aprendizaje experiencial. Este modelo inicialmente diseñado en la Universidad de Harvard goza de un amplio predicamento en Enfermería (Burnard, 1991). El aprendizaje experiencial ha sido ampliamente utilizado para la formación de enfermeras y la mejora de la práctica asistencial (Miles, 1989). Se parte de una situación real y a través de un proceso en el que los componentes principales

son la experiencia y la retroacción se llega a la mejora de la actividad de cuidar (Jarvis, 1992a). El aprendizaje experiencial tiene lugar cuando las alumnas a partir de una experiencia determinada, observan y reflexionan sobre aquélla y realizan algún tipo de abstracción integrando esas reflexiones en su mente que son utilizadas como guías para acciones posteriores.

El aprendizaje experiencial en la enseñanza de la Enfermería es concebido por Miles (1989) como una espiral que comprende cinco etapas:

1. Experiencia.
2. Compartir con otros las percepciones de la experiencia.
3. Asignar un sentido o significado a la experiencia.
4. Realizar una abstracción de conceptos, generalizaciones y principios.
5. Aplicar los principios a la vida diaria y al trabajo.

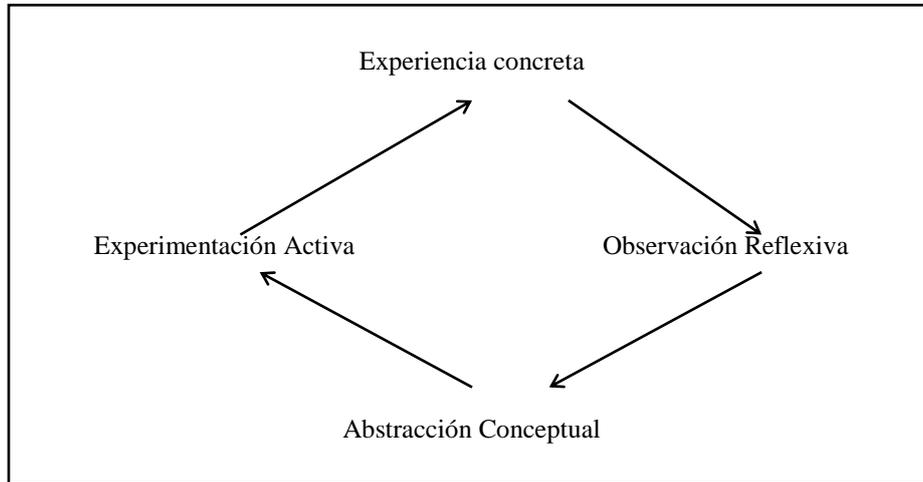


Adaptado de Miles, R. (1987, 86).

En primer lugar, la alumna realiza una serie de experiencias, ya en el aula, ya en los lugares de prácticas. Esas experiencias concretas son después compartidas con otras personas que han participado (sobre todo alumnos) en ellas. Ello permite a los participantes disponer de la experiencia del resto ampliando de ese modo su percepción. Después se lleva a cabo un examen sistemático de esas experiencias: qué se sintió, qué se vio, qué se entendió, qué significado tuvo la experiencia, qué conclusiones pueden extraerse de cara a experiencias semejantes y ulteriores. Esta es una fase clave en el proceso de aprendizaje experiencial donde las alumnas, ya individualmente, o en grupo, son capaces de clarificar el significado de la experiencia y de empezar a tomar conciencia de cómo esa información generada por la actividad podría ser usada en futuras experiencias. Después de esos tres momentos, la alumna lleva a cabo una identificación de lo que puede ser abstraído de la realidad de la actividad y aplicado a situaciones futuras. La alumna está ahora en disposición de preguntarse cómo los conceptos y principios abstraídos en el análisis anterior pueden ser aplicados en el futuro.

Por su parte, Kolb (1984) propone un proceso cíclico, similar aunque más sintético que el anterior, que abarca cuatro fases o momentos:

1. Experiencia Concreta.
2. Observación reflexiva.
3. Abstracción, conceptualización y generalización de las experiencias vividas.
4. Experimentación de esas abstracciones en nuevas situaciones.



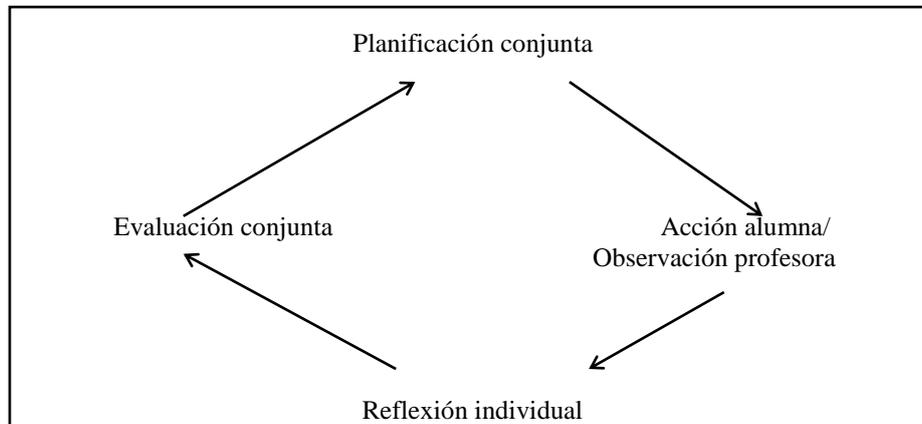
Adaptado de Kolb, D.A. (1984, 72).

El presupuesto básico de este modelo es que la experiencia es la fuente y origen de todo aprendizaje y que a través del aprendizaje experiencial podemos articular los aprendizajes formales y abstractos con las experiencias prácticas. Esto es particularmente importante en Enfermería, donde las alumnas pasan una considerable parte de su tiempo de formación en los centros de prácticas.

Sin embargo, las alumnas perciben serias dificultades para desarrollar por sí mismas procesos de análisis y abstracción a partir de sus experiencias de formación. Por este motivo reivindicamos la importancia del papel de la tutora o profesora de prácticas para ayudar a la alumna a reflexionar sobre sus acciones. Las tutoras o profesoras de prácticas son también practicantes que además de ayudar a la alumna en su aprendizaje experiencial se constituyen en la epítome de una buena práctica que las alumnas pueden imitar.

A partir de la consideración que acabamos de realizar, emerge la idea de que los dos modelos de formación reflexiva que acabamos de describir están profundamente relacionados: donde la alumna puede observar dificultades para llevar a cabo con éxito las actividades que requiere el modelo de aprendizaje experiencial, el modelo de la

supervisión clínica se constituye como la solución idónea a ese problema. En ese sentido, proponemos el siguiente modelo que presenta la supervisión clínica como la modalidad idónea para elicitar el aprendizaje experiencial:

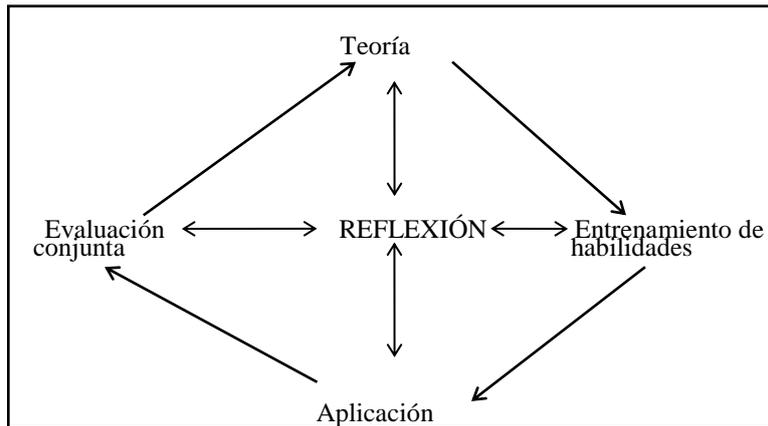


En este proceso la alumna y la tutora desarrollan colaborativamente una planificación sobre aspectos de los cuidados que se van a llevar a cabo: qué actividades se van a desarrollar, qué métodos se van a aplicar. También se especifican los papeles de ambas durante la experiencia. En segundo lugar, se lleva a cabo el curso de acción previamente consensuado: la alumna lleva a cabo los procedimientos de cuidados especificados y la tutora observa la situación recogiendo la información necesaria. Después tiene lugar un proceso de reflexión acerca de la experiencia, primero individual donde alumna y tutora analizan por separado la información que ésta ha recogido para, en un segundo momento, compartir las interpretaciones, reflexionar sobre los procedimientos y cómo éstos pueden ser reorientados en el futuro. Por último, profesora y alumna evalúan conjuntamente las conclusiones y determinan la mejor manera de aplicarlas en nuevas situaciones.

Supervisión clínica y aprendizaje experiencial estructuran el modelo de *Curriculum Experiencial* que proponemos para la enseñanza y el aprendizaje de la Enfermería. Modelo en el que además se hace presente otra estrategia ampliamente usada tanto en la formación del profesorado (Marcelo, 1989) como en la de enfermeras (de Tornay y Thompson, 1987): el laboratorio de formación. Los laboratorios permiten introducir y aproximarse a segmentos de la práctica de enfermería en unas condiciones que permiten

a las alumnas ejercitar sus habilidades con menos tensión que en las situaciones reales. Este modelo se articula en cuatro fases como puede apreciarse en la figura siguiente:

1. Reflexión acerca de la teoría.
2. Entrenamiento de habilidades.
3. Práctica de las habilidades.
4. Evaluación del aprendizaje y formulación de nuevos objetivos.



Para explicar este modelo utilizaremos el ejemplo de la formación en habilidades sociales y asesoramiento a los enfermos.

En la base de esos cuatro elementos se halla la noción de reflexión como hilo conductor a lo largo de las diferentes fases. En primer lugar, se presenta a las estudiantes conocimiento proposicional teórico acerca de las nociones de habilidad social y asesoramiento. En segundo lugar, ese conocimiento asimilado inicialmente como normativo, es ensayado en ambientes artificiales donde las alumnas con ayuda de las mentoras se entrenan en el ejercicio de las capacidades y habilidades necesarias en el desarrollo de relaciones personales empáticas y de actividades de asesoramiento. Después, esos esquemas se ponen en funcionamiento en experiencias llevadas a cabo en ambientes naturales. En este momento, la supervisión clínica y el aprendizaje experiencial se haya íntimamente relacionados. Al mismo tiempo que la alumna lleva a cabo la experiencia concreta, por ejemplo, el asesoramiento a una persona laringectomizada sobre los cuidados de la cánula y de la traqueostomía y reflexiona sobre ella, la mentora puede ir recogiendo información acerca de la actuación de la alumna para evaluarla

posteriormente de una manera conjunta. De ese modo, la tutora proporciona a la alumna información acerca de su actuación y del resultado de ésta en el enfermo. En ese momento, también se lleva a cabo una evaluación conjunta que permitirá a la alumna extraer generalizaciones de su actuación que podrá aplicar a casos similares.

7.4.3.2. El diario y el estudio de casos como estrategias didácticas en la formación de enfermeras reflexivas

En el curriculum de Enfermería, los modelos de aprendizaje experiencial y supervisión clínica se pueden operativizar con el uso de variadas estrategias metodológicas. Por ejemplo autores como Jarvis (1992b), Cameron y Mitchell (1993) y Allen, Bowers y Diekelmann (1989) proponen el uso de los diarios como modo de elicitar una enseñanza y aprendizaje reflexivos. Las historias de vida, autobiografías o autobiografías colaborativas son también consideradas como técnicas apropiadas para favorecer los procesos reflexivos (Diekelmann, 1991). La narración de situaciones ha sido usada por autores como Lanshley (1993) y Allen (1989) con ese mismo fin. También se han considerado como útiles los estudios de casos y los seminarios (de Tornyay y Thompson, 1987).

Diarios

De todas ellas, las que poseen mayor predicamento en la actualidad son el diario⁴³ y las historias de situaciones o casos.

La escritura de un diario supone ejercitar la reflexión. Esta idea que es ampliamente aceptada en el discurso didáctico actual, todavía no ha sido incorporada en el discurso y en las prácticas de formación de Enfermeras de nuestro país.

Sin embargo, en el contexto anglosajón de la formación de Enfermeras la conexión entre escritura y pensamiento ha sido radicalmente reconceptualizada en los últimos años. Hasta hace bien poco tiempo los diarios (y la escritura en general) no estaban presentes

⁴³ Sobre todo en Estados Unidos de Norteamérica donde pudimos comprobar el uso generalizado de los diarios en la formación de profesores de Enfermería y de enfermeras. Esta situación es un reflejo del elevado nivel de implantación de este medio de aprendizaje en todos los niveles del sistema educativo de aquel país.

en los currícula de Enfermería como una modalidad para ayudar a las estudiantes en su proceso de aprendizaje porque las actividades que requerían la escritura de las alumnas se hallaban bajo las asunciones de lo que Allen, Bowers y Diekelmann (1989) denominan paradigma tradicional o “aprender a escribir” (por oposición al paradigma de “escribir para aprender”) modelo que presenta las siguientes características:

- 1ª Las estudiantes pueden asimilar el conocimiento profesional con independencia de sus habilidades para la escritura.
- 2ª Escritura y pensamiento implican procesos y habilidades de distinta naturaleza. Cada uno puede, y quizás debiera, aprenderse por separado.
- 3ª Conocer algo es lógicamente superior a escribir acerca de ello.
- 4ª La escritura es una actividad secuencial y lineal que supone el dominio acumulativo de elementos como sentencias y estructuras.
- 5ª El principal objetivo de la escritura es la comunicación. Realizar un trabajo por escrito permite a la estudiante mostrar lo que sabe.
- 6ª La audiencia a la que va dirigida los escritos de las alumnas está constituida principalmente por profesoras.

En ese marco de comprensión es imposible que el diario como instrumento de reflexión tenga cabida. Las profesoras que comparten esos supuestos defienden que las alumnas pueden adquirir el conocimiento necesario para la práctica profesional competente con independencia de su capacidad de escritura. Aquí, la escritura sólo es necesaria como un instrumento que las alumnas utilizan para comunicar lo que saben a través de exámenes escritos, planes de cuidado o las famosas y no menos odiadas recensiones. Esta escritura es esencialmente técnica; cuando uno sabe lo que desea decir, se trata simplemente de comunicarlo de la manera más precisa posible. Se afirma, en síntesis, que la escritura y las capacidades que desarrolla no tienen ningún efecto en el proceso que las alumnas realizan para convertirse en prácticas competentes (Allen, et al., 1989).

Sin embargo, todos esos planteamientos están siendo abandonados a partir de recientes investigaciones en la formación de profesores (Clandinin, 1991; Clandinin y Conelly,

1986; Conelly y Clandinin, 1990) y de enfermeras (Allen, et al., 1989; Diekelmann, 1991).

Según los datos que arrojan esos trabajos se defiende que las estudiantes de Enfermería pueden aprender más fácilmente el conocimiento profesional que requieren (que como hemos intentando demostrar es de naturaleza personal, simbólica y altamente contextual) introduciendo estrategias que como los diarios favorecen un aprendizaje reflexivo. Los diarios se engloban en el paradigma de “escribir para reflexionar” (Allen, Bowers y Diekelman, 1989) que se funda en las siguientes asunciones:

- 1ª El diario implica un proceso de reflexión a través del cual las alumnas acceden al conocimiento profesional de una manera profunda, comprensiva y significativa (como opuesto a aquel aprendizaje memorístico).
- 2ª Las habilidades de escritura que el diario potencia son primeramente habilidades de pensamiento (ambas competencias son inseparables).
- 3ª El diario permite el desarrollo de comprensiones profundas como proceso de construcción de significados.
- 4ª La escritura en el diario es un proceso dialéctico (una conversación con uno mismo y la situación) antes que lineal.
- 5ª Las habilidades de pensamiento de orden superior (que incluyen además de la cognitiva, las dimensiones afectivas, lógicas, sociales y actitudinales del pensamiento) pueden potenciarse a través del proceso de diálogo con uno mismo y con otros que el diario genera.

La naturaleza interactiva del proceso de escritura de un diario permite a los estudiantes reflexionar sobre y responder a su propia escritura, esto es, confrontarse con su propio pensamiento.

El diario puede ser utilizado tanto en la formación *teórica* como en las *prácticas* de formación.

Las siguientes son algunas orientaciones para su introducción en la *formación teórica*:

- El diario se iniciará a principio de curso.
- Difiere de los apuntes en estructura y contenido.
- El diario recogerá la “conversación” entre la persona que lo realice, los contenidos y las situaciones que, alrededor de éstos, se generen en el espacio del aula. Se trata de realizar una descripción analítica y reflexionada de las ideas, sugerencias, sentimientos y sensaciones que han suscitado la lectura de los materiales (si los hay) y de todos aquellos aspectos de la dinámica del aula (clima, estructura y contenido de las intervenciones, dinámicas generadas) o del contexto social más amplio en el que el alumno se mueve (facultad, universidad, campo de trabajo etc.) que puedan relacionarse con los contenidos de la asignatura.
- Es particularmente importante relacionar e incorporar al diario las reflexiones, ideas y conceptos que se generen a lo largo de los debates en la asignatura como producto de la interacción entre las actividades personales de estudio y lectura y las grupales de debate y contrastación conceptual.
- La periodicidad de la redacción será libre (es aconsejable que se escriba los mismos días de la asignatura).

Por otra parte, los diarios son una excelente herramienta para el desarrollo y potenciación de la *comprensión*. Los alumnos, a través del uso de diarios, desarrollan comprensiones específicas de las situaciones en las que participan. Para ello, durante el curso, debe llevarse a cabo el siguiente procedimiento y en varias ocasiones.

1°. Periódicamente, se solicita a los estudiantes que analicen y reflexionen sobre las primeras anotaciones de sus diarios con lo que los alumnos desarrollan conversaciones dialógicas consigo mismos en las que pueden identificar la manera en que objetivaron y asignaron un sentido a sus experiencias anteriores.

2°. La reflexión será completada si en esos momentos se les pide que escriban una descripción de cómo sus percepciones o comprensiones de la situación han cambiado desde esas primeras narraciones. Reflejarán de ese modo, el efecto que las nuevas experiencias y comprensiones han tenido en la modificación de su perspectiva sobre la misma situación.

Pero también en la *formación práctica* el diario puede ser una magnífica herramienta para la potenciación de los procesos de reflexión y en el que se combinan estrategias de

coaching y supervisión clínica. En su interesante trabajo, Cameron y Mitchell identifican las secciones que debe poseer un diario reflexivo para ser usado por dos estudiantes asociando e identificando las nociones de conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la acción, con los tres grandes enfoques curriculares: técnico, práctico y crítico. El conocimiento en la acción de Schön es relacionado con la orientación técnica o empírico analítica donde la acción se basa en la recogida de hechos sin cuestionarlos ni buscar alternativas. La reflexión en la acción es relacionada con la orientación situacional interpretativa o práctica donde la finalidad es la comprensión a través de compartir significados y, por último, la reflexión sobre la acción es relacionada con el enfoque crítico donde el fin es la clarificación del papel de las estructuras sociales en los esquemas de interpretación de las personas. Esta articulación queda reflejada en el siguiente esquema:

SECCIONES TEÓRICAS DEL DIARIO	CONOCIMIENTO EN LA ACCIÓN	REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN	REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN
ENFOQUES CURRICULARES	TÉCNICO	PRÁCTICO	CRÍTICO
COMPONENTES DEL DIARIO	Técnicas realizadas. Diálogos con enfermos y personal sanitario. Registros en el plan de cuidados. Anotaciones de la compañera y/o de la profesora.	¿Podría haber actuado de modo diferente?. ¿Qué significó aquel diálogo?. ¿Qué diferencias hay entre la interpretación de mi compañera y la mía propia?.	¿Cuáles son las conclusiones del diálogo anterior y cómo puedo incorporarlas a mi práctica?.

El proceso reflexivo sería el siguiente. En la primera sección (conocimiento en la acción) la primera estudiante describe una interacción o un procedimiento, por ejemplo, una cateterización que queda reflejada en el diario. La segunda estudiante, que ha observado la interacción o el procedimiento, escribe a continuación sus observaciones de la situación con el mínimo grado de inferencia o prejuicio posibles, por ejemplo, las reacciones de la persona, incidentes ambientales, indicaciones no verbales, los diálogos mantenidos, las aseveraciones realizadas. También es posible que la profesora de prácticas anote sus observaciones.

En la segunda sección (reflexión en la acción), la primera estudiante lee todas las anotaciones de la sección anterior y trata de revelar los significados incrustados en las actividades que se realizaron teniendo en cuenta los puntos de vista ofrecidos por su compañera y la profesora en el diálogo que se establece. Después, se anotan todas las ideas y percepciones que esa lectura ha suscitado.

Por último, en la tercera sección, las alumnas, ahora de manera individual, realizan una lectura retrospectiva de las dos secciones anteriores suscitándose cuestiones como: ¿hubo alguna cosa que yo puede haber realizado de diferente manera?, ¿qué cosas funcionaron bien y cuáles no lo hicieron durante la interacción o el procedimiento?, ¿qué conclusiones en términos de cursos de acción futuros puedo extraer? o ¿qué conceptos, qué literatura, que teorías pueden dar significado y plausibilidad a mis acciones?.

En síntesis, el profesorado de Enfermería puede ayudar a desarrollar procesos reflexivos en las estudiantes a través de estrategias que como el diario en sus diversas modalidades (individual, colectivo, de diálogo) ofrece oportunidades para la elaboración de comprensiones basadas en una interpretación consensuada (entre iguales o entre profesoras y alumnas) de los significados.

Estudio de Casos

Uno de los principios generales y metodológicos que informan el diseño y desarrollo de programas reflexivos es la superación de la dicotomía teoría-práctica tomando como principio organizador la indagación y reflexión de la futura enfermera sobre su propia práctica. Una de las estrategias que mejor contribuyen a ese fin es el estudio de casos.

El origen del método de caso en la formación se sitúa en 1870 cuando Christopher Laudell lo introduce como método pedagógico en la Escuela de Leyes de la Universidad de Harvard. Desde entonces su diseminación por centros superiores de formación ha sido imparable.

Sin embargo existen dos tradiciones en su uso que difieren en cuanto al objetivo que persiguen, el contenido y el método que utilizan. En la “tradicición” de las Facultades de Derecho

- El objetivo de los casos es ayudar a los estudiantes a aplicar los principios y normas legales a situaciones específicas.
- El método es fundamentalmente deductivo y, en general, existe una respuesta correcta.
- Se entiende el conocimiento profesional como un conjunto de hechos reglas y procedimientos que se aplican de forma no conflictiva a situaciones concretas.
- El papel del formador es transmitir y demostrar la aplicación de la regla a los hechos de la práctica. Los ejemplos de problemas que contienen los casos se ajustan a categorías teóricas y técnicas.

Por el contrario, en la “tradicición” de Estudios Empresariales,

- El objetivo de los casos es ayudar a los estudiantes a fundamentar teóricamente sus decisiones y relacionar principios generales con situaciones problemáticas. Se trata de que los alumnos alcancen a percibir las conexiones entre el conocimiento general y los problemas concretos, conexiones que se muestran como problemáticas.
- El método es dialéctico, inductivo-deductivo y, en general, existe más de una respuesta correcta.
- Se entiende el conocimiento profesional como una amalgama de saber teórico y reglas para la acción que se transforman mutuamente de manera continua.
- El papel del formador es hacer preguntas para guiar el trabajo y facilitar la metacognición de los estudiantes.

El método de caso que está siendo cada vez más utilizado en la formación inicial para potenciar en las futuras enfermeras los procesos reflexivos responde más a esta segunda orientación.

Los casos hacen que las futuras profesionales reflexionen juntas. Son la base para los debates y análisis que conducen al pensamiento reflexivo. Esta actividad se considera básica para la formación de profesionales reflexivos porque potencia que las futuras enfermeras dialoguen entre sí, compartan sus comprensiones y reconstruyan sus significados en un proceso de reflexión colegiada continuo.

En la formación inicial los casos son muy útiles porque con ellos se ayuda a las futuras enfermeras a:

- Tomar conciencia de la complejidad del proceso de Cuidar. Ayudan a los estudiantes a familiarizarse con la reflexión, el análisis y la acción en situaciones complejas.
- Desarrollar hábitos de pensamiento que les ayuden a reconocer como problemáticas las situaciones asistenciales.
- Tomar conciencia de la unicidad y singularidad de la mayoría de situaciones que depara la práctica profesional.
- Desarrollar capacidades de pensamiento analíticas y sintéticas. Desarrollar el pensamiento crítico y fomentar la capacidad de resolución de problemas.

Existen diversas modalidades de casos. Las más usuales son.

- Descripción de modelos. Se presenta a los alumnos situaciones “modélicas” de la práctica profesional que deben imitar y asimilar. Hoy están en desuso.
- Resolución de problemas. Se presenta una situación real y problemática de enseñanza que los alumnos han de resolver.
- De comprensión. Son los más utilizados. Se pone énfasis en el desarrollo de estrategias de reflexión y metacognitivas. Por ejemplo en una situación en la que se propone la identificación de problemas a través de los Diagnósticos de Enfermería, más que llegar a la única solución correcta, lo importante es identificar qué criterios se usan para construir la situación problemática, qué comprensiones se producen, cómo se representa el contenido que el caso plantea. Se trata de realizar una conversación reflexiva con la situación problemática que ayude a los alumnos a tomar conciencia de sus propias teorías implícitas y estructuras de significado.

En definitiva los casos, como situaciones y problemas extraídos de la experiencia que son, sirven para que las futuras enfermeras se inicien en procesos colegiados de indagación y reflexión mediante una conexión dialéctica entre la teoría y la práctica cuidativa. Además fomentan el aprendizaje vicario ya que presentan las experiencias de otros y los modos en que han afrontado las diversas situaciones. En este sentido, hay que entender que los casos son narrativas acerca del Cuidar (su problemática) surgidas de las experiencias de enfermeras cuando se enfrentan a los dilemas de la práctica. Así el caso nos muestra cómo otros han construido una situación, construcción que depende de sus sistemas apreciativos, sentimientos, valores y conocimientos. Todo ello es conocimiento experiencial enormemente útil para la futura enfermera. Pero además, la interacción entre iguales resulta tan valiosa para el aprendizaje como el papel del formador. Se produce una suerte de aprendizaje experiencial en el que el alumno se sumerge en el mundo de la realidad del Cuidado.

CAPÍTULO 8

EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA EDUCACIÓN ENFERMERA

8.1. El pensamiento crítico en la educación enfermera: la convergencia de la Teoría Crítica y el Feminismo

En la Enfermería, en general (Eakin y Mclean, 1992; Kendall, 1992; Ray, 1992; Thompson, 1987) y, en su curriculum, en particular (Allen, 1990a; Allen, 1990b; Chally, 1993; Heliker, 1994; Owen-Mills, 1995; Siler, Nelms y Wilson, 1994), la concepción crítica se ha construido a través de la articulación de dos escuelas contemporáneas de pensamiento preocupadas por la crítica de la dominación: la Teoría Crítica y los Estudios Feministas.

Si uno de los temas centrales de la Teoría Crítica es el estudio del lenguaje como vehículo para el control y la dominación social, la visión feminista, por su parte, presenta un modelo de crítica que se centra en la construcción de la conciencia como una forma de crítica de la dominación sexista. Los análisis feministas describen una intersección entre el lenguaje y la conciencia en la creación de experiencias de poder y dominación objetivas y subjetivas. En ambas perspectivas el proceso de la crítica descansa en la reflexión y la revelación.

Aunque la Teoría Crítica proporciona, inicialmente, un marco conceptual que permite realizar un análisis de los mecanismos de opresión y control en la sociedad, los estudios feministas reconocen y denuncian, de manera adicional, la falta de libertad y la opresión que sufren las mujeres por razones de sexo. Si la Teoría Crítica se centra especialmente en generar un conocimiento que permita la emancipación de los colectivos sociales, la Teoría Feminista está interesada en la génesis de un saber que permita el desarrollo de las potencialidades que cualquier mujer posee (Allan, 1993).

Estas visiones se han aplicado al curriculum de Enfermería a partir de analizar las funciones que la educación en general, y la de enfermeras en particular, cumple (Bevis, 1989) y de cómo la práctica profesional de éstas ha estado mediatizada, sometida y dominada por los intereses de los grupos dominantes en el campo de la educación y de la salud (Adamson y Kenny, 1993; Munding, 1980).

Desde esta perspectiva se defiende que la teorización curricular en el campo de la enseñanza de la Enfermería debe ir más allá de dar respuesta a las necesidades educativas que el sistema de salud y la actividad de sus profesionales genera para tratar de explicar el modo en cómo los mecanismos ideológicos socialmente configurados afectan a nuestra forma (distorsionándola a menudo) de entender la actividad de formar profesionales de la Enfermería.

8.2. El objeto de la crítica

Como se puso de relieve en el capítulo cuarto cuando hablábamos de la corriente “Curriculum Revolution”, la perspectiva que en la actualidad está influyendo con mayor intensidad en el curriculum de Enfermería es la denominada crítica, sociocrítica o de reconstrucción social (Allen, 1990a; Hedin, 1986). Esta posición hunde sus raíces en los trabajos de los primeros integrantes del Instituto de investigaciones sociales de Frankfurt, trabajos caracterizados por el pensamiento crítico, inspirado en el marxismo, revisado y ampliado con aportaciones del psicoanálisis y la fenomenología. La visión crítica en el curriculum de Enfermería surge como un intento de superar las insuficiencias de las aproximaciones Técnica y Práctica. No se trata de ignorar las aportaciones de esas visiones sino, más bien, de cuestionar sus limitaciones a la hora de explicar y resolver los problemas con los que se enfrenta la formación de enfermeras en la actualidad.

En el contexto del curriculum de Enfermería, autoras y autores como Hedin (1986), Allen (1990a), Clare (1993), Holter (1988), Marcinek (1993), McLean (1992), Moccia (1990a), Ray (1992), Thompson (1987) y Rather (1994) han roto con las corrientes principales de análisis pedagógico llevando a cabo un trabajo que, más que una moda, supone todo un modo de ver, pensar y hablar acerca del mundo social que se separa de manera irrevocable

con las formas hasta ahora convencionales de pensar, de conocer y de enseñar en la educación de enfermeras.

El punto central objeto de crítica y a partir del cual esta perspectiva construye su alternativa, es la ausencia del elemento social -y su crítica- en los análisis y propuestas que se vienen efectuando sobre la educación de las enfermeras. La insuficiencia fundamental que la perspectiva crítica ve en las aproximaciones tradicionales al curriculum de Enfermería es su incapacidad para poder analizar y comprender las influencias que ejercen las estructuras sociales en el modo en que las personas (profesoras y enfermeras) interpretan y comprenden sus propias prácticas. La visión de la formación de enfermeras como Práctica que hemos visto en el capítulo anterior supone, pensamos que con cierta ingenuidad, que una visión individualista de la educación en la que la finalidad última es revelar a las estudiantes el significado de la Enfermería como actividad, articulando sistemáticamente las estructuras de significado subjetivo que rigen los modos de actuar de las profesionales, es suficiente para comprender e intervenir en las situaciones problemáticas que se dan en la asistencia sanitaria. Sin embargo, esta perspectiva obvia una cuestión clave: las categorías y estructuras sociales que determinan los horizontes de significado con los cuales las personas interpretan y dan sentido a su propia realidad. En efecto, si el enfoque práctico se preocupa exclusivamente de clarificar las intenciones y significados de los actos sociales; si admite que la realidad social se construye a partir de los significados subjetivos de las personas, no puede (como en realidad hace) eliminar las cuestiones que determinan tales significados, en otras palabras, la realidad social no nace a partir de las interpretaciones de las personas sino que ella misma determina cuáles deben ser esas interpretaciones. No obstante, debe puntualizarse, que si bien es verdad que las estructuras y las relaciones sociales están producidas por los significados que determinan los comportamientos de las personas, no es menos cierto que, simultáneamente, aquellas estructuras son el origen de los significados que rigen las acciones de los individuos.

Se trata de superar, complementándola, la visión práctica examinando los significados particulares que fundamentan las acciones individuales al mismo tiempo que analizando los factores sociales que los producen y mantienen (Cohen, 1992). No es cierto, como se defiende desde la aproximación práctica, que la única validación a las explicaciones de las interacciones entre profesoras y alumnas deba ser la de compatibilidad con los

autoentendimientos de las protagonistas. La visión crítica mantiene que muchas de las autocomprensiones de profesoras y estudiantes están distorsionadas ideológicamente por obra de ciertos mecanismos sociales (Clare 1993). Ahora bien, cualquier explicación sobre esa conciencia equívoca es por definición inaccesible al sujeto a que se aplica; está desconectada del sujeto (no es compatible con su autoentendimiento) y por ello no es admitida por el enfoque práctico. De ese modo, el enfoque práctico elimina la posibilidad de analizar los autoentendimientos distorsionados y los intereses a los que éstos sirven. Pero, al mismo tiempo, no establecer relación alguna entre las interpretaciones que de la realidad hacen las personas y las condiciones sociales bajo las que se producen esas interpretaciones es una posición marcadamente conservadora para con el statu quo social. En efecto, como acertadamente han señalado Carr y Kemmis (1988) el enfoque práctico incorpora supuestos conservadores acerca del conflicto, el cambio y el orden social porque, en primer lugar, percibe el conflicto como una discrepancia de las interpretaciones que las personas tienen sobre la realidad y no como contradicciones en esa realidad; se intenta reconciliar a la persona con una realidad ya existente; y, en segundo lugar, porque ignora la capacidad que la estructura del sistema formativo de enfermeras tiene para imponer su visión (arbitraria en esencia) de la realidad (de la Enfermería y de su enseñanza) como indiscutible y natural, renunciando a cualquier posibilidad de cuestionamiento y transformación de la misma:

“Las estudiantes de Enfermería, a través de la socialización profesional, aprenden a pensar y a actuar en las formas que son definidas por los grupos tradicionalmente dominantes en los sistemas de salud, formas que ellas aceptan como puntos de vista naturales de la realidad social. La educación enfermera no es simplemente un proceso de aprendizaje sino que ayuda a crear y legitimar formas de conciencia que refuerzan y legitiman las estructuras hegemónicas” (Clare, 1993, 1033).

Se afirma, en síntesis, que la formación de enfermeras entendida como una acción comunicativa orientada a la comprensión y el acuerdo intersubjetivo no es posible en un contexto social, que como en el que se desarrolla la formación de enfermeras, los modos hegemónicos de producción discursiva (Bernstein, 1990), los intereses de los grupos que detentan el poder (Hedin, 1987) y la conciencia tecnocrática (Habermas, 1984a) han

transformado en naturales formas arbitrarias de dominación y coerción mediante la deformación ideológica e interesada de la conciencia de profesoras y estudiantes:

“Las ideologías dominantes incrustadas en los procesos de educación y cuidado, dan forma y contenido a la conciencia de las profesoras y estudiantes de Enfermería dirigiéndolos hacia la conformidad para con las prácticas establecidas en las instituciones hegemónicas” (Clare, 1993, 1033).

Bajo nuestro punto de vista, la importancia de conocer los factores del contexto social, económico y político que afectan a la Enfermería radica en la capacidad resultante de las enfermeras para trascender y transformar esos factores con objeto de desarrollar un mejor cuidado a las personas y una educación más crítica. A medida que las enfermeras tomen mayor conciencia de las interconexiones (explícitas e implícitas) entre su formación, el sistema de salud, el sistema educativo y la sociedad, serán más capaces de actuar y transformar esos sistemas en lugar de, simplemente, reaccionar a ellos.

La perspectiva crítica ha sido usada en una amplia variedad de discusiones en la literatura de Enfermería. Se ha usado para analizar la opresión y la violencia horizontal que generan las relaciones de dominación entre profesoras y alumnas en la educación de enfermeras (Jewell, 1994; Witt, 1992); para deconstruir epistemológicamente los principios positivistas con los que se ha pretendido legitimar el saber enfermero (Holter, 1988; Vaughan, 1992); para revelar y cuestionar las relaciones sexistas de dominación en la asistencia sanitaria (Adamson y Kenny, 1993; Carter, 1994; Watson, 1990) o para describir y criticar lo conservador de la ideología dominante en la formación de enfermeras (Clare, 1993; Pitts, 1985).

Los análisis críticos comprenden tanto las prácticas de enseñanza que imperan en las escuelas de Enfermería como los principios y supuestos filosóficos, epistemológicos y teóricos que las fundamentan y legitiman. Denuncian la ausencia de perspectiva contextual y social de la que adolece la formación de enfermeras, contexto social que es visto como natural e inamovible, como si no fuese producto de una construcción social e histórica realizada por personas. Del mismo modo, se afirma que los análisis que las concepciones técnica y práctica han realizado del curriculum enfermero ofrecen una

visión mecánica y reductiva del mismo, como si fuese un objeto inanimado antes que una construcción social y simbólica realizada por personas. Este distanciamiento ha propiciado la cultura de la dependencia y la sumisión, en la que las *especialistas* (sobre todo anglosajonas) acuden a las escuelas de nuestro país para decidir (e inventar) cuáles son las necesidades formativas (donde necesidad es sinónimo de déficit) de las profesoras, profesores y estudiantes y cómo aquéllas pueden ser satisfechas, despojándolos, inopinadamente, de cualquier posibilidad de participar en el proceso de determinación de sus propios intereses y necesidades.

La tradición crítica se define como un modelo de pensamiento y acción que desafía las relaciones de poder y dominación institucionalizadas en el mundo social de la formación de enfermeras. La perspectiva crítica presenta un mensaje alternativo a través de una crítica sistemática de la dominación. Mensaje, que bajo nuestro punto de vista, tiene importantes repercusiones para la institución social de la Enfermería y para las definiciones y prácticas de Salud y Bienestar.

En suma, esta perspectiva se constituye como una visión alternativa -que incluye y supera las concepciones técnica y práctica- acerca de la manera en que las decisiones y prácticas sobre el currículum pueden ser llevadas a cabo por sus protagonistas, pero incluyendo el papel que la institución y el contexto social juegan en el modo en cómo los profesores y profesoras entienden su práctica y toman, consecuentemente, sus decisiones; así como las relaciones de dominación que se producen entre profesoras y alumnas (Allen, 1990a).

Uno de los puntos fuertes de esta perspectiva es que permite al profesorado de Enfermería tomar conciencia de las distorsiones ideológicas que existen en los contenidos del currículum (Diekelmann, 1989) y en sus relaciones sociales con las estudiantes (Courtney y Haag, 1992); del mismo modo, permite a las estudiantes comprender con mayor nitidez la realidad en la que se desenvuelven y cómo las definiciones y categorías que se les presentan para dar cuenta de aquélla sirven siempre a ciertos intereses (Hedin, 1986).

8.3. El contexto de aparición de la perspectiva crítica

Como algunas pensadoras críticas han sugerido, no es una casualidad que la crítica de la dominación, de la distorsión ideológica y las relaciones de poder en la educación y la práctica de la Enfermería, estén surgiendo con una gran ímpetu en los tiempos actuales (Chinn, 1989; Chopoorian, 1986). Considerando su contexto social, la visión crítica encaja a la perfección con las condiciones sociales experimentadas por profesoras, estudiantes y enfermeras profesionales en la actualidad. El auge que en el curriculum de Enfermería está alcanzando esta perspectiva no se debe a una moda pasajera sino más bien a que el pensamiento contemporáneo y las condiciones de la modernidad exponen a las enfermeras al tipo de contradicciones denunciadas por la crítica.

En el contexto de la Enfermería, la emergencia de la tradición crítica debe ser entendida como un fenómeno social y como un hecho histórico. En efecto, dado el contexto social económico y político de los últimos 30 años y la presencia e intensidad de esas voces y miradas en otras disciplinas, parecería extraño que la Enfermería se mantuviese impermeable a esos planteamientos.

Esta perspectiva, más que una moda académica, es una manera de “estar” en el mundo así como una aproximación analítica, intelectual y metodológica a los fenómenos de la formación de Enfermería. Es un modo de pensar, experimentar y definir la realidad que tiene importantes consecuencias sociales y pedagógicas. Sin embargo, la exposición, sistematización y el desarrollo de esta visión desde un punto de vista académico es sólo un elemento que fundamenta este marco. Fuera de la academia, en el mundo de los cuidados de la salud, existen condiciones prácticas e institucionales que también legitiman esta posición.

Ciertamente, el trabajo de la mirada crítica no ocurre en un vacío académico. Es experimentado en un mundo social, objetivo y saturado de contradicciones. Ambientes urbanos cada vez más caracterizados por la concentración de grupos étnicos diferenciados (Rather, 1994), la estratificación de las áreas urbanas que ha significado una reificación de las clases sociales (Robertson y Minkler, 1994), las relaciones jerárquicas y de dominación en los sistemas de salud (Brykcznska, 1993) o las dolorosas condiciones de trabajo que las enfermeras experimentan a diario (Muff, 1982) constituyen los contextos

donde es cada vez más difícil obviar las evidentes contradicciones en la definición social de la realidad.

Esos contextos favorecen la confrontación de diferentes cosmovisiones que tienden a presentar de un modo práctico sus arbitrariedades. Las situaciones objetivas de la vida y del trabajo, especialmente en las grandes ciudades, colocan a las enfermeras como observadoras privilegiadas de ese tipo de confrontaciones. Cada día, momento a momento cuando las enfermeras se implican en la vida de las personas que acuden a los centros de salud, son testigos de una sociedad alienada y deshumanizada. Se ocupan a diario de un creciente número de personas cuyas vidas están fragmentadas y constreñidas como resultado de políticas supuestamente “sociales” y públicas. En un principio esas políticas parece que tienen poco que ver con el cuidado de la salud. Sin embargo, un análisis más detallado nos permite observar que la experiencia de trabajo de las enfermeras está saturada de narraciones y experiencias de primera mano del impacto de las políticas de salud en la vida de los individuos familias y grupos, niños, madres, ancianos y grupos minoritarios. Los efectos de una ideología social (que inspira las políticas de salud) que promueve el interés racional-técnico se ha infiltrado y domina la vida de las enfermeras y usuarios del sistema de salud. Como consecuencia hemos empezado a experimentar por nosotros mismos las consecuencias de una sociedad que rechaza el valor del “cuidado”. El trabajo de las enfermeras es cada vez más orientado a tareas fragmentadas y sus contribuciones a la salud son cada vez más devaluadas o incluso completamente desconocidas.

El problema para todos aquellos preocupados por el cuidado de la salud y la salud de la sociedad y de la civilización es que el conocimiento, la pericia y las habilidades necesarias para promover un sistema de salud que contribuya realmente a una sociedad más saludable existe dentro del cuerpo de saberes que tradicionalmente la enfermera ha venido utilizando en el ejercicio de su profesión, saberes que se están articulando en la actual Teoría de Enfermería a partir del análisis de las prácticas de cuidado que las enfermeras desarrollan, pero que está en grave peligro de desaparecer debido al éxito de las modalidades técnico-rationales de producción de discursos legítimos que han conseguido colocar al discurso biomédico en una posición hegemónica, y al lugar, casi marginal, que ocupa el colectivo de profesionales del cuidado en el diseño de las políticas de salud en nuestro país:

“La hegemonía médica se articuló con la aplicación por el estado del concepto de beneficencia elaborado por Luis Vives en el Renacimiento, y más tarde con el bienestar social. Tales conceptos se asociaron a un proceso de institucionalización de profesiones médico-sanitarias homologadas por el estado y otro de aculturación sanitaria de las prácticas consuetudinarias con la intención de limitar la autonomía de los ciudadanos en la gestión de la salud. La intervención asistencial del estado pretendía la legitimación de la clase política, al ofrecer protección a los ciudadanos allá donde no alcanzaba las relaciones familiares o feudales bajo el estandarte de la filantropía. Creaba dependencia entre administración y administrados, actuaba como instrumento de control social y permitía la formación, transmisión y reproducción de conocimiento de los profesionales que sostenían las instituciones específicas correspondientes” (Comelles, 1993, 171).

Pero como advierte Comelles el intento de omnipresencia del saber médico presenta una serie de problemas:

“Su único inconveniente era que su objetivo de sustituir totalmente la gestión familiar o la red de individuos era utópico. No es posible acabar con un fenómeno estructural de cualquier sociedad humana, como es el autocuidado mediante un proceso de institucionalización que es un fenómeno de naturaleza histórica y por tanto coyuntural” (Comelles, 1993, 171).

Por otra parte, la concentración y convivencia de diversos grupos profesionales en los servicios de salud, predisponen a las enfermeras a padecer, identificar y denunciar el poder y la dominación que ejerce la medicina organizada en las estructura jerárquica y corporativa de los sistemas de salud (Mundinger, 1980). Las condiciones de trabajo en esas instituciones predisponen a las enfermeras, por último, a cuestionar la legitimidad de los sistemas burocráticos, patriarcales, de control y gestión de la salud (Watson, 1990).

En síntesis, las condiciones sociales y de trabajo de la vida moderna, constituyen el contexto en el que muchas enfermeras y enfermeros están tomando conciencia de las relaciones de dominación que subyacen a las prácticas sanitarias y de enseñanza. Esas situaciones son “realidades” y “experiencias” prácticas que las enfermeras y enfermeros que nos dedicamos a la educación hemos traído con nosotros a la academia, lo que nos permite y obliga a ser particularmente receptivos para con ese tipo de discursos. La emergencia y desarrollo de esta visión en el contexto de la Enfermería, es un signo de una sensibilidad creciente (que con este trabajo pretendemos potenciar) para con las condiciones sociales y materiales de la enseñanza y la práctica los cuidados.

8.4. El trabajo de la crítica

La enseñanza de la Enfermería se ha visto tradicionalmente como un camino para transformar a una persona leiga en una enfermera profesional. Se ha preocupado por transmitir hechos y habilidades acerca de la medicina, la patología, la Enfermería, la salud y la enfermedad.

Sin embargo, en el actual discurso pedagógico de la Enfermería, crece la conciencia de que las prácticas de enseñanza-aprendizaje cotidianas que tienen lugar en las escuelas, están íntimamente implicadas en el proceso mediante el cual se da forma a la conciencia de los estudiantes para legitimar como no problemático el orden social y sanitario existente (Buckenham y McGrath, 1982; Caraher, 1994). Desde esta perspectiva la enseñanza de la Enfermería se entiende como una actividad política. El curriculum oculto y el manifiesto, la selección de contenidos, su presentación como “científicos”, la organización del conocimiento, los modos y estrategias de medir el “éxito académico” están íntimamente relacionados con el control social. Aceptar como válidas las dos ideas anteriores nos puede ayudar a explicar y comprender la institucionalización de los roles femeninos (Muff, 1982), la dificultad que la Enfermería tiene para controlar su propia práctica (Mundinger, 1980), la lucha entre distintos grupos de enfermeras (Melosh, 1982) o la queja acerca de la deshumanización del cuidado de la salud (Moccia, 1990b).

Por otra parte, y desde un punto de vista epistemológico, nuclear en nuestro trabajo, el discurso crítico supone una deconstrucción radical de la racionalidad en la que se inspira la visión empírico-analítica dominante en el universo de la enseñanza de la Enfermería:

“La crítica que trae lo no discutido dentro de la discusión, lo no formulado dentro de la formulación tiene como condición de posibilidad la crisis de la objetividad (...). Es cuando el mundo social pierde su carácter de fenómeno natural que la cuestión del carácter natural o convencional de los hechos sociales puede ser discutido” (Bourdieu, 1977, 168).

En ese contexto, el pensamiento crítico en la educación enfermera surge, como un desafío, dentro del mundo de los hechos supuestamente objetivos y verdaderos (doxa) que es el universo de lo no discutido de lo aceptado como natural e inamovible de modo acrítico. En términos fenomenológicos, doxa es equivalente a "el mundo de la vida". Este universo prereflexivo es el marco de referencia de aquéllos que viven en el mundo sin cuestionar su facticidad. En la relación dóxica con el mundo social, el orden social económico y político no es percibido como arbitrario o como una posibilidad entre otras sino como autoevidente, esto es, que tiene un funcionamiento autónomo e independiente de las personas. La legitimidad de este mundo de los hechos y su poder provienen de una percepción equivocada, del no reconocimiento de la naturaleza arbitraria de cualquier construcción social de la realidad (Bourdieu, 1977).

La vida cotidiana (por lo menos antes de la experiencia de la crítica) se caracteriza por una ingenua adherencia prereflexiva con la versión establecida y dominante del mundo de la vida. En esa visión dóxica la cuestión de la legitimidad nunca es abordada porque se entiende que el mundo social (de las instituciones educativas y sanitarias) es aproblemático ya que es presentado como un fenómeno natural.

En la enseñanza de la Enfermería, ese mundo de los hechos permanece incuestionado y descansa en una serie de asunciones pertenecientes a nuestra tradición moderna que fundamentan a su vez una práctica educativa reproductora y prereflexiva: una visión masculina, occidental y de clase media acerca de la naturaleza del mundo y de la relación

de las personas con la naturaleza, y unas premisas típicamente modernas acerca de la naturaleza del hombre y el papel de la razón.

Desde esas premisas la Ontología y la Epistemología positivista de las Ciencias Naturales se expanden incluyendo innumerables aspectos del mundo social, educativo y sanitario que se cosifican al objetivarlos (Cox Dzurec, 1991). Aunque es aquí donde la metafísica la ciencia, la política, la ética, la educación y la salud conectan y difuminan sus límites, esta cosmología ha sido definida predominantemente en términos mecanicistas donde la metáfora de la máquina permite asignar sentido (reducir) al mundo social. La pervivencia en Enfermería de la Teoría General de Sistemas o la hegemonía del Proceso de Atención de Enfermería son un buen ejemplo de lo antedicho. El orden social, económico, político, educativo o sanitario es definido, consistentemente con esas asunciones, como no problemático ni arbitrario sino más bien como un hecho incuestionable, una segunda naturaleza. Una reificación de la realidad social que opera como un mecanismo bien engrasado.

Bajo nuestro punto de vista, la práctica de la formación de enfermeras es, sobretodo, prereflexiva porque está basada en ese tipo de asunciones, las cuales están siendo cuestionadas por la crítica. No obstante, esta empresa no está exenta de dificultades ya que lo que se está criticando son algunas tesis tácitas que literalmente circunscriben y definen la vida moderna: una visión científico-técnica de la naturaleza no discutida (Nyatanga, 1991), una aceptación acrítica de las políticas que conducen el desarrollo del mundo social y natural en general y el de la salud y la educación en particular (Mundinger, 1980), una noción no cuestionada de las relaciones de género, clase y raza (Watson, 1990) y una aceptación acrítica de la autoridad de los profesionales (Thompson, 1987).

Es importante reconocer que esas asunciones permanecen fuera del campo de la conciencia hasta el momento en que alguien cuestiona su legitimidad, entonces se hacen visibles y objetivamente reales. El pensamiento crítico que aquí defendemos es el que ocurre cuando alguien reconoce que el orden establecido no es más que un posible camino entre otros para construir la realidad. Un pensamiento que nos ayuda a reconocer que la visión imperante y dominante del mundo social, educativo y sanitario se mantiene mediante relaciones de poder y dominación que usualmente no son reconocidas o reveladas:

“La misión de una ciencia social crítica es disolver estas limitaciones haciendo que los mecanismos causales subyacentes sean visibles para aquellos a quienes afectan. De este modo la Teoría Crítica no es sólo crítica en el sentido de manifestar un público desacuerdo con las disposiciones sociales contemporáneas, sino también en el sentido de que procura destilar los procesos históricos que han distorsionado sistemáticamente los significados subjetivos” (Carr y Kemmis, 1988, 150).

Uno de los efectos más relevantes del pensamiento crítico, que hemos podido comprobar en aquellas autoras que en la Enfermería han adoptado esta cosmovisión es un despertar de la conciencia política:

“Una experiencia política que reconoce que las relaciones de dominación y el mundo de los hechos construidos sobre ellas se han legitimado porque han permanecido ocultos a la crítica” (Thompson, 1987, 33).

El trabajo crítico consistirá, por tanto, en descubrir las fuentes ocultas de coerción, poder y dominación que se hallan incrustadas en las experiencias del mundo de los hechos.

8.5. La Teoría de la crítica

La visión que ha venido a denominarse sociocrítica, aunque tiene orígenes diversos, se inicia de un modo institucional con la creación, en los años 20, del Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt (Jay, 1974). En torno a él se agrupan una serie de pensadores alemanes caracterizados por un pensamiento crítico de base marxista, completado y modificado con aportaciones del psicoanálisis y la fenomenología. Su propósito común es teorizar la crisis de valores (individual y colectiva) en las sociedades liberales post-industriales (Wellmer, 1990). Tema central de su trabajo es el análisis del papel de la Ciencia y la Tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con el

poder. Tratan de reconsiderar la relación Teoría-Práctica desde posiciones contrarias al positivismo entendido como la base ideológica de la cultura del siglo XX.

El instituto fue creado por Max Horkheimer en 1924. Lo acompañan en esa primera generación, de la después denominada Escuela de Frankfurt, nombres como Adorno, Marcuse y Fromm. Les unía la convicción de que el principal producto del positivismo, la Razón Instrumental, crea una noción ideológicamente deformada de la realidad, transformando problemas prácticos en problemas técnicos, siendo la última responsable de la sociedad del consentimiento:

“Critocaban los cimientos mismos de una sociedad tecnocrática en las que las ideologías de carácter cientifista y tecnicista pretendían haber eliminado los problemas y los debates estrictamente políticos mediante el privilegio de una racionalidad estrechamente instrumental y que se pretende valorativamente neutra” (Larrosa, 1990, 19).

El primer objetivo de la Escuela de Frankfurt era emancipar intelectualmente al sujeto de las tenazas de la racionalidad instrumental, impulso que se estructura en la denominada Teoría Crítica.

El motivo por el cual la Teoría Crítica toma como punto central de sus análisis la crítica de la razón instrumental es, según Wellmer (1990), la incapacidad de las tradicionales categorías marxistas para:

“Analizar las funciones ideológicas asumidas en la actualidad por la técnica y por la ciencia en el proceso reproductivo de las sociedades industriales” (pág. 23).

La doctrina tradicional marxista predecía que el desarrollo del capitalismo generaría las condiciones objetivas para el advenimiento de una sociedad sin clases. El materialismo histórico entendía que la autoorganización del proletariado llevaría a la revolución. Sin embargo, en los países occidentales esa autoorganización ha llevado más bien a una estabilización del sistema capitalista. Según los neomarxistas de la Escuela de Frankfurt las categorías básicas del análisis marxista, que se centraban en el sistema de producción

y en la base económica, eran insuficientes para desvelar y comprender la particular rigidez con que las sociedades postindustriales se resisten a una alternativa histórica de sentido verdaderamente democrático.

Esas categorías eran incapaces de explicar la función ideológica asumida hoy día por la ciencia y la técnica en el desarrollo y consolidación de las sociedades industrializadas. Marx pensaba que toda teoría crítica de la sociedad debía ser una teoría emancipada de la filosofía siguiendo los cánones de las ciencias naturales. La escuela de Frankfurt parte de premisas opuestas. Para ellos, la emancipación de un cientifismo como ideología es la premisa más importante para la reconstrucción de la teoría marxista como crítica. Así, en la Escuela de Frankfurt la crítica de la ciencia como ideología sustituye a la crítica de la ideología burguesa:

“La crítica de la economía política se iba a entender a partir de ahí como una crítica de la razón instrumental” (Wellmer, 1990, 24).

Wellmer presenta con particular nitidez la antinomia antes reseñada. Manifiesta su desconcierto cuando compara la opinión de Marx y de la Escuela de Frankfurt acerca de la razón instrumental (las ciencias naturales). Para el primero, constituye el paradigma de la razón auténtica y no pervertida. Para los segundos, esa instrumentalidad representa la perversión de la razón. Si para Marx la lógica interna del proceso de industrialización (lógica tecnocrática) se dirige a la emancipación social, para los frankfurtianos, ese proceso conduce hacia una nueva forma de servidumbre: la barbarie tecnocrática.

La primera generación de frankfurtianos analiza el proceso mediante el cual el modelo de explicación y la epistemología de las ciencias naturales se traslada a las ciencias humanas. Ven cómo en la primera mitad del siglo XX, la explosión de la ciencia cambia el modo de pensar de los hombres y lo que es más grave, cambia la idea que se tiene acerca del papel de la Razón:

"La razón reemplazada por la técnica, el pensamiento crítico acerca de la sociedad por la norma cientifista" (Carr y Kemmis, 1988, 144).

Habermas explica cómo la ideología cientifista (la conciencia tecnocrática) se diferencia de las anteriores formas de legitimación, incluida la burguesa:

“La ideología de fondo, más bien vidriosa, dominante hoy, que convierte en fetiche a la ciencia, es más irresistible que las ideologías de viejo cuño, ya que con la eliminación de las cuestiones prácticas no solamente justifica el interés parcial de dominio de *una determinada clase* y reprime la necesidad parcial de emancipación por parte de *otra* clase sino que afecta al interés emancipatorio como tal de la especie” (Habermas 1984a, 97).

En este contexto teórico debe entenderse la noción de ideología en sus dos acepciones clásicas: como cosmovisión o aquel conjunto de creencias y asunciones que las personas usan para dar sentido a su experiencia y, como representación falseada de la realidad. Desde esta segunda perspectiva la Teoría Crítica intenta demostrar cómo la ciencia (ideológicamente) deforma y distorsiona la realidad social, moral y política, ocultando las causas de los conflictos y sometiendo a las personas a relaciones de poder.

¿Cómo opera esa ingeniería del consentimiento?, ¿cuál es el mecanismo mediante el cual la ciencia, ideológicamente, reproduce y legitima el orden social imperante, básicamente desigual?. La respuesta se halla en la falsa dicotomía que establece la ciencia entre hechos y valores, entre pensamiento y acción o mejor dicho entre teoría y práctica. El núcleo ideológico de esta conciencia tecnocrática consiste, para Habermas, en la eliminación de la diferencia entre técnica y praxis.

Cuando el modelo positivista de las ciencias naturales es traspasado a las ciencias sociales, se traspasa, además, una "racionalidad conformista" que postula la neutralidad del conocimiento científico, pues éste debe ocuparse únicamente de lo fáctico, de los hechos. De este modo el positivismo deja fuera de sus supuestos, por carecer de sentido según su epistemología, las cuestiones referentes a la dimensión ética e ideológica del ordenamiento social. Para los frankfurtianos, afirmar que el conocimiento positivista de la sociedad es neutral y objetivo, considerar a la ciencia como un sistema neutral y abstracto al que no afecta ningún tipo de valores o intereses sociales es ignorar que dicha sociedad está construida socialmente y que en ella residen valores e intereses a menudo

contrapuestos. Sostienen, que el conocimiento científico reproduce ideológicamente el "statu quo" (esencialmente injusto) ya que sólo se ocupa de los hechos, reflejando una realidad (social o educativa) constituida por modelos de dominación y estructuras de privilegio. Aceptar dicho conocimiento como verdadero es hipotecar la posibilidad de transformación del orden social existente impidiendo que se manifiesten los valores de justicia e igualdad, desde este punto de vista el conocimiento científico es ideológico.

Después de denunciar la epistemología positivista y los efectos -sociales y políticos- de la ideología cientifista, presentando los estrechos vínculos entre los subsistemas social, económico y científico, la Escuela de Frankfurt construye su alternativa intentando recuperar de la filosofía clásica un pensamiento práctico y axiológico que se ocupe de los valores y juicios del hombre. Para ello vuelven su mirada hacia Aristóteles y su concepto de praxis (Carr, 1990).

El heredero y quizás liquidador de la Escuela de Frankfurt es Jürgen Habermas. Una de las aportaciones más significativas de Habermas es la de haber unificado el espacio teórico que se había fragmentado después de la crisis del marxismo (Jay, 1974). La elaboración de ese espacio común teórico la realiza en dos momentos. En los años 60 "lee" la filosofía analítica y entra en polémica con los positivistas (la formación de Habermas es el idealismo alemán: Hegel y Marx). En segundo lugar "lee" a los estructuralistas franceses (posmodernos) generando la polémica Modernidad-Posmodernidad.

La primera disputa es epistemológica. Es la primera vez que se une la tradición filosófica y la ciencia analítica. La segunda polémica es política. A la pretensión posmoderna de haber derribado los ideales de la ilustración, Habermas defiende su vigencia, el progreso por medio de la razón, alcanzar la emancipación y la justicia es todavía posible.

Dentro de la primera polémica, Habermas construye una Ciencia Social Crítica a caballo entre la Filosofía y la Ciencia (Carr y Kemmis, 1988). En primer lugar, Habermas critica el monismo metodológico positivista, niega la unidad metodológica entre las Ciencias Naturales y las Sociales. La ciencia positivista ha realizado una inversión en la relación Epistemología-Ciencia; defender, como hace el positivismo que sólo existe un único método científico, que debe ser el juez que legitime el resto de conocimientos, es lo

mismo que justificar toda Epistemología desde los parámetros positivistas cuando en realidad debería ser al revés. La ciencia es una más entre las diversas formas de conocimiento. No puede ser ella la que estipule las reglas con las que se va a juzgar cualquier otro tipo de saber :

"Si queremos seguir el proceso de disolución de la teoría del conocimiento cuyo lugar ha sido ocupado por la teoría de la ciencia, tenemos que remontarnos a través de fases abandonadas de la reflexión. Volver a recorrer este camino desde un horizonte que apunta hacia su punto de partida puede ayudarnos a recuperar la perdida experiencia de la reflexión. Porque el positivismo es eso: el renegar de la reflexión" (Habermas 1984b, 9).

Ante la pretendida objetividad y neutralidad valorativa del conocimiento empírico-analítico, Habermas elabora su Teoría de los Intereses Constitutivos de Conocimiento, donde intenta revelar cómo los diferentes saberes están determinados por el interés humano al que sirven. El conocimiento, cualquier conocimiento, no es independiente de la realidad (objetivo), no es producto de una mente ajena a las preocupaciones diarias sino que se genera a partir de los intereses y necesidades del individuo (Carr y Kemmis, 1988). De ese modo el conocimiento no es el resultado de un pensamiento desinteresado y neutral, sino que se constituye en función de los intereses derivados de las necesidades de las personas, determinadas por su ambiente social. Cada interés surge de la vida humana y da lugar a diferentes formas de ciencia o caminos del conocimiento denominados empírico-analítico, histórico-hermenéutico y crítico. Para Habermas (1982b) estos intereses son universales y trascendentes (ahistóricos). Se constituyen en condición de posibilidad de cualquier acto de pensamiento y acción. Cada tipo de conocimiento genera un tipo particular de discurso relacionado con unas formas particulares, también, de acceder a la realidad y producir el saber. Para Habermas existen tres intereses constitutivos de saberes: el técnico, el práctico y el emancipador. El primero, es el interés del control técnico, el saber resultante es la racionalidad instrumental, el tipo de explicación es la causal. Aunque este saber es el responsable del progreso experimentado por la producción material, es incapaz de explicar el "dominio simbólicamente estructurado de la acción comunicativa", es decir, es incapaz de acceder, debido a su lógica y metodología, a los significados y autoentendimientos que constituyen la realidad

social. El interés práctico, genera el saber hermenéutico o interpretativo, capaz de "comprender" más que de "explicar"; es un entendimiento interpretativo capaz de guiar el juicio práctico. Sin embargo, Habermas no cree que el interpretativo sea el saber idóneo para las ciencias sociales. Si bien permite conocer los significados subjetivos que configuran la vida social, no alcanza a explicar el contexto social objetivo que condiciona dichos significados. No puede explicar de qué manera la comunicación se distorsiona por las condiciones sociopolíticas imperantes. Habermas cree que el interés práctico se transforma en emancipatorio, cuando se identifican las condiciones alienantes para el sujeto, aquéllas que no le permiten o distorsionan el interés humano para con la autonomía racional y la libertad.

El intento de Habermas de relacionar el saber empírico-analítico con el comprensivo es materializado cuando acepta que la interacción social no puede ser explicada en forma de generalizaciones y predicciones, porque está conformada de significados subjetivos, que la fuente de esos significados subjetivos es externa al sujeto -objetiva, por tanto- y que, por último, esa influencia externa distorsiona los autoentendimientos de las personas.

Como que ni el método científico ni la hermenéutica son suficientes para dar cuenta de las complejas interrelaciones que se establecen entre la estructura social objetiva y los autoentendimientos subjetivos que son a la vez causa y consecuencia de esa estructura, Habermas postula el método de la Crítica Ideológica, que integra y al mismo tiempo supera a los dos métodos anteriores, como el método demandado por la Ciencia Social Crítica.

Este método pretende analizar las formas de opresión (política, social, educativa) y se centra en los tipos de racionalidad que las legitiman. Para Habermas la presión ideológica es la causante de que el individuo comprenda de modo erróneo su situación, de modo impuesto e ilusorio, aceptando acríticamente un orden social que les impide identificar y perseguir sus legítimos intereses. Con la demostración de cómo la ideología falsea la realidad distorsionando los contenidos de la conciencia individual, el método de la Crítica Ideológica revelará, según Habermas, la naturaleza engañosa de aquélla, privándola de su poder.

El método de la Crítica Ideológica posee similitudes ontológicas con el psicoanálisis, ya que recoge de éste la validación consciente de los significados:

“En particular adopta el método del autoanálisis como recurso para llevar a la conciencia aquellas distorsiones en los procesos autoformativos del paciente que le impiden una interpretación correcta de sí mismo y de sus actos. En el psicoanálisis, el alcance de la crítica no se limita a que el teorizante sepa entender o explicar al individuo, sino que el individuo debe ser además capaz, mediante la transformación de su autoentendimiento, de interpretarse de un modo nuevo a sí mismo en su situación, a fin de alterar las condiciones represivas. La finalidad de la crítica consiste en proporcionar una forma de autoconocimiento terapéutico que liberará a los individuos de las compulsiones irracionales de su historia individual a través de un proceso de autorreflexión crítica” (Carr y Kemmis, 1988, 151).

Sin embargo, los postulados Habermasianos no se hallan libres de crítica. Una de las principales objeciones de que han sido objeto se refiere a la ambigüedad de la base epistemológica que fundamenta los criterios con que se juzgan los saberes emancipadores (Carr y Kemmis, 1988). ¿A qué reglas se apela, con qué criterios se demuestra que las interpretaciones que hace de la vida social, el método de la crítica ideológica, son válidas y verdaderas?; ¿con qué criterios se determina que las categorías interpretativas de las personas están distorsionadas?. En síntesis, ¿dónde reside la legitimación del producto de la crítica ideológica?.

Habermas construye su respuesta a partir del análisis del lenguaje ordinario elaborando su Teoría de la Competencia Comunicativa, teoría donde reside el giro lingüístico de la teoría crítica (Wellmer, 1990). Con ella, Habermas intenta fundamentar discursivamente la verdad, la verdad se halla en el consenso intersubjetivo:

“La teoría de la competencia comunicativa es una teoría ética de la autorrealización que transpone la fuente de los ideales humanos al lenguaje y al discurso. Ya que el propósito de la teoría de Habermas estriba en establecer cómo en todo discurso humano hay una

concepción inherente y anticipada por él mismo, de una forma de vida ideal en la que podría realizarse el tipo de autonomía racional a que sirve el interés emancipador. De tal manera la teoría de la competencia comunicativa trata de demostrar que la justificación normativa del saber emancipador está incorporada en la estructura de la acción comunicativa, de cuyo análisis y exploración se ocuparía la ciencia social crítica” (Carr y Kemmis, 1988, 154).

De lo anterior podemos derivar la interesante relación propuesta por Habermas entre verdad y justicia. Para que pueda accederse a la verdad a través de la acción comunicativa deben darse unas condiciones de libertad y respeto que eviten toda posible dominación entre los participantes en la situación discursiva, de tal manera que las condiciones ideales para el habla son las mismas que las condiciones para una vida ideal. La verdad sólo puede ser entendida en relación a la justicia y a la libertad.

En la Teoría de la Acción Comunicativa subyacen dos conceptos nucleares y que nos parecen particularmente relevantes para la formación y el curriculum de enfermeras: *autonomía y responsabilidad*.

Creemos que, en el contexto de la formación de enfermeras, estos dos conceptos han sido considerados, erróneamente, como entidades separadas, si no dicotómicas. El discurso didáctico de la Enfermería, en lo que se refiere a la comunicación entre profesoras y estudiantes, tiende, equivocadamente, a separar y privilegiar la autonomía sobre la responsabilidad. Nótese que esta afirmación la fundamos y contextualizamos en nuestra convicción de la necesidad de asegurar que las decisiones acerca del curriculum de Enfermería como, por ejemplo, aquéllas que tratan de determinar lo que cuenta como saber válido o lo que se considera una forma educativamente adecuada de enseñar y aprender, sean verdaderamente racionales, esto es que se lleven a cabo mediante procedimientos dialógicos libres de dominación entre profesoras y estudiantes.

La autonomía hace referencia al principio que guía a una persona cuando habla sin coerciones o barreras externas o internas. Si un grupo de personas (profesoras y estudiantes por ejemplo) desean tomar una decisión a través de procesos racionales, sus miembros deberían ser capaces de compartir y contar realmente con todas las opiniones;

ninguno de sus integrantes debería percibir coerción o inhibición alguna, externa o interna, para expresarse libremente. Esas condiciones permiten que emerjan los verdaderos intereses de profesoras y estudiantes porque aseguran una forma democrática de discusión que garantiza el flujo libre de ideas y garantiza que las participantes no se sientan amenazadas o cohibidas. Si esas condiciones no se cumplen las decisiones que el grupo adopte no podrán considerarse verdaderamente óptimas ni racionales (Habermas, 1987).

El principio de responsabilidad se refiere a la implicación y el compromiso de las personas para crear unos contextos comunicativos donde cada uno puede expresarse con autonomía (Allen, 1990a). Si las profesoras intimidan, más o menos sutilmente, a las estudiantes con la transmisión rígida y dogmática de lo que cuenta como conocimiento válido, o si perciben que las alumnas se sienten cohibidas para expresarse, tienen la *responsabilidad* de romper las relaciones de dominación que bloquean el diálogo y alimentar la expresión libre de todas las participantes. Si en el aula se desea alcanzar las mejores decisiones posibles, las profesoras tienen la responsabilidad de liberar el diálogo de la dominación que frecuentemente ejercen. La razón por la que se defienden las estrategias didácticas participativas tiene que ver, sobre todo, con la capacidad de los grupos humanos para alcanzar un consenso racional a través de relaciones de comunicación democráticas y no coercitivas, donde cada participante es responsable de crear un clima donde sea posible una comunicación libre de dominación. Autonomía y responsabilidad, en el contexto de la acción comunicativa, son dos nociones interdependientes, son mutuamente constitutivas.

Por su parte, David Allen (1990a; 1990b), uno de los autores que con mayor intensidad y brillantez están reinterpretando el universo de la formación de enfermeras a la luz de los presupuestos de la Teoría Crítica, sugiere que el intento programático de ésta puede equipararse analógicamente al concepto de consentimiento informado, el cual es una forma de racionalidad social familiar para todas las enfermeras. Allen sugiere que cuando las técnicas invasivas⁴⁴ de diagnóstico y tratamiento se convirtieron en aspectos cotidianos

⁴⁴ Aquellos procedimientos diagnósticos que introducen catéteres y sustancias en el interior del organismo humano y que conllevan ciertos riesgos para la integridad orgánica, como por ejemplo las cateterizaciones cardíacas, arteriografías, laparoscopias, etc. O aquellos tratamientos médicos y quirúrgicos que pueden presentar importantes efectos colaterales indeseables, como por ejemplo la quimioterapia o la radioterapia.

de la atención sanitaria, se empezaron a practicar técnicas relativamente peligrosas cuyos resultados y efectos secundarios no eran del todo conocidos. Desde el momento en que las personas empezaron a padecer algunas consecuencias adversas de esos tratamientos como, por ejemplo, la morbilidad derivada de los efectos secundarios, empiezan a surgir cuestiones acerca de la información que debe darse a los pacientes. El dilema aparece cuando nos cuestionamos si las personas sujetas a tratamientos invasivos hubiesen aceptado continuar con el tratamiento después de ser plenamente conocedoras y conscientes de las posibles consecuencias adversas o efectos secundarios.

Los procedimientos para alcanzar un consentimiento informado, con todas sus limitaciones, fueron desarrollados porque se hizo evidente que no todos los consentimientos eran “informados” o racionales (Allen, 1990a). En un esfuerzo para contrarrestar el poder que suponía la autoridad del médico y la tremenda diferencia de conocimiento biomédico entre éste y las personas que recibían tratamientos invasivos, se vinieron llevando a cabo procedimientos informativos, más o menos formalizados, para alcanzar el consentimiento informado de la persona sujeta a tratamiento.

Antes que su eficacia real, lo que Allen intenta enfatizar es la constitución y desarrollo de un proceso formal o una serie de procedimientos que intentan asegurar que esas decisiones tan importantes se lleven a cabo con las mejores bases racionales posibles.

Sin embargo, la constitución e institucionalización en las prácticas sanitarias de los procedimientos de consentimiento informado no suponen un intento de sustituir el actual modelo médico por otro de medicina socializada. Se trata, más bien, de constituir un procedimiento por el que las decisiones médicas que afectaban a la integridad y la salud de las personas, fuesen tomadas sólo después de que las personas afectadas fuesen racionalmente conscientes de sus opciones, posibilidades y limitaciones. Es decir no podríamos considerar como racional un comportamiento en el que las personas siguiesen automáticamente las indicaciones de los profesionales. Para que fuese racional, la persona debería ser plenamente consciente del porqué de su comportamiento y de los efectos de los tratamientos. Si el profesional durante el proceso de información para obtener el consentimiento informado instruye y no educa aparece una obediencia ciega que hace a

la persona dependiente y la aleja de la autonomía en la toma de decisiones que afectan su propia vida.

Las pretensiones que subyacen al proceso de consentimiento informado son similares al proyecto de la Teoría Crítica:

“Cualquier comunidad toma importantes decisiones, incluyendo las que hacen referencia a sus formas de gobierno, a lo que cuenta como conocimiento científico o religioso, o a si usará y de qué manera tecnologías de riesgo como la energía nuclear. Lo que la teoría crítica intenta articular son los principios que debería operar para que esas importantes decisiones pudiesen considerarse como racionales” (Allen, 1990a, 69).

En la educación de enfermeras se toman decisiones similares: ¿Cómo deberían organizarse las escuelas?, ¿qué conocimiento se presenta como legítimo? o ¿cómo pueden saber las profesoras si las estudiantes están tomando decisiones racionales acerca de su formación y de su futuro profesional?. ¿Es posible (o moralmente justificable) animar, persuadir, convencer u obligar a las estudiantes para que adopten la visión de la profesión que las profesoras poseen y transmiten? y si lo es, ¿cómo puede el profesorado asegurarse de que esa transmisión ha respetado la libertad e integridad del pensamiento y de juicio de las estudiantes?. Pensamos que la teoría Crítica ofrece una perspectiva racional acerca de cómo enfocar esas cuestiones esenciales.

En síntesis, la influencia de la ciencia social crítica se ha dejado sentir intensamente en las teorías que tratan de dar cuenta de la región de la experiencia humana denominada Enfermería. Aunque no siempre de una manera plenamente explícita, el desarrollo teórico en Enfermería ha venido incorporando algunos principios de la ciencia social crítica y la teoría de la acción comunicativa. Por ejemplo, la relación dialéctica entre teoría y práctica, con una reivindicación explícita de la legitimidad del conocimiento práctico que las enfermeras activan en su ejercicio profesional (Benner, 1984; 1989); la incorporación del contexto al análisis de los significados y acciones de las personas reivindicando su papel fundamental en la constitución de aquéllos (Diekelmann, 1992); los análisis del lenguaje como vehículo para el control y la dominación social (Cox Dzurec, 1991; Müller

y Dzurec, 1993); la crítica de los efectos reproductores de los sistemas de salud en cuanto a las diferencias en el nivel de salud de las personas y la emancipación del individuo de las estructuras sociales opresivas a través del desarrollo de las condiciones para la autonomía de la comunidad (Bridges y Lynam, 1993; Hedin, 1989; Kendall, 1992); la denuncia de modelos opresivos dominantes en hospitales y universidades que impiden el desarrollo de valores democráticos y de un cuidado verdaderamente humano (Chopoorian, 1990; Clare, 1993; Hedin, 1987); el fomento de la autoconciencia de la salud como fenómeno determinado social, cultural e históricamente y por tanto de naturaleza política (Northrup, 1993; Robertson y Minkler, 1994) o la necesidad de desarrollar un discurso práctico acerca de las necesidades de salud de las personas a través de una acción racional comunicativa y del desarrollo del consenso entre profesionales la sociedad como medio para desarrollar el carácter moral de la vida en la comunidad (Crawford, 1977; Hills y Lindsey, 1994; Robertson y Minkler, 1994).

8.6. Intereses y saberes en la formación de enfermeras

La formación inicial de las enfermeras, la racionalidad en la que se inspira y los productos a que ha dado lugar, ha venido influyendo en la dirección y el progreso de la Enfermería al influir, con mayor o menor eficacia y con mayor o menor consciencia en las actitudes, conocimientos y habilidades de las enfermeras neófitas (Bevis y Watson, 1989).

La alineación histórica de la Enfermería con una práctica prescrita por reglas y cursos lineales de acción (protocolos y técnicas) (Bevis y Watson, 1989), la popularidad de los diagnósticos de Enfermería (Mitchell y Santopinto, 1988; Weber, 1991), la hegemonía de las modalidades de evaluación basada en la competencia en forma de conductas observables (Bower, 1988; Reilly, 1990), y el dogma del enfoque científico-técnico de solución de problemas (Vaughan, 1992), son un buen reflejo del tipo de racionalidad (positivista) que ha inspirado la formación inicial, permanente y la práctica profesional de las enfermeras en nuestro país. Sin embargo, más allá de la simple constatación, esos maridajes ilustran también los obstáculos que el dominio del pensamiento técnico ha supuesto para el desarrollo de la formación y la práctica de Enfermería.

Desde principios de siglo la Enfermería (su educación y su práctica) ha basado su práctica en un conocimiento formalizado, abstracto y acontextual (Bevis, 1989b). Ese conocimiento está fundado en la ideología curativa biomédica. Es un saber que pertenece a la ciencia médica; saber del que la Enfermería, en un intento de legitimarse como disciplina académica y científica, ha venido apropiándose con el consecuente menosprecio del conocimiento práctico y profesional que las enfermeras han venido tradicionalmente utilizando para cuidar a las personas (Benner, 1984). Conocimiento que se ha venido considerando (hasta recientemente) indigno por no cumplir los cánones de la epistemología prevalente en el campo de la salud: el empirismo de corte positivista.

La producción del discurso que, hasta recientemente, se ha considerado autorizado y legítimo en el ámbito de la Enfermería y las prácticas a las que ha dado lugar, están atravesadas por relaciones de poder. Ya hemos podido comprobar que la lógica en la producción discursiva en el contexto de la Enfermería expresa una lucha por la legitimidad simbólica (Bernstein, 1990) en la que el modelo biomédico se ha impuesto controlando la distribución y circulación del discurso y determinando el tipo de relaciones sociales (de dominación) entre los profesionales sanitarios.

Sin embargo, el tipo y foco de interés del saber enfermero se ha venido modificando, de manera significativa, en los últimos veinte años (Hendricks-Thomas y Patterson, 1995) pasándose de un conocimiento basado, inicialmente, en el interés Técnico para conceptualizarse, más recientemente, como saber Práctico (Diekelmann, 1993) y Crítico (Middlemiss y Neste-Kenny, 1994).

El interés técnico y el saber que produce se han manifestado en la enseñanza y la práctica de la Enfermería en la tradición que enfatiza el aprendizaje de las habilidades psicomotrices para realizar y controlar eficazmente los procedimientos técnicos (curas, cateterizaciones, etc.) derivados de los tratamientos médico-quirúrgicos pautados por los médicos. Habilidades transmitidas a las estudiantes en programas fragmentantes y compartimentados que separan el aprendizaje del contexto clínico donde debe aplicarse. La visión técnica del curriculum resumida por el modelo Tyleriano de objetivos conductuales fue introducida en los marcos académicos de la Enfermería (como más adelante detallaremos) en la década de los cincuenta. El principal foco de este modelo

eran los objetivos conductuales, que intentaban medir y cuantificar de modo lógico los resultados de aprendizaje.

Con posterioridad, el interés práctico se ha venido reintroduciendo en el discurso enfermero a partir de los trabajos de Benner (1984; 1989) que han permitido relegitimar como científico y profesionalmente relevante el conocimiento práctico de la enfermera. Conocimiento generado a través la intersubjetividad de los significados producidos en las interacciones sujeto-sujeto. Conocimiento que, frente a la descontextualización y fragmentación del interés técnico, propone una visión comprensiva y holística, unitaria e integradora de lo que supone el aprendizaje y la práctica de la Enfermería. Desde esta perspectiva, el diseño curricular es visto como un proceso de construcción de significado a través de la interacción entre la profesora y la alumna.

Por otra parte, el interés emancipador está recibiendo una atención creciente por parte de teóricas e investigadoras del campo enfermero. La denuncia de las relaciones de poder que acompañan a los procesos de producción simbólica (French, 1992), la deconstrucción epistemológica del modelo biomédico hegemónico en las prácticas de salud (Engel, 1979), la deconstrucción política de la ideología médica masculina como ideología profesional de la enfermera (Dickson, 1993) o la descripción de las relaciones de dominación que atraviesan las interacciones entre profesoras y alumnas y sus efectos en términos de sumisión y dependencia profesional (Pitts, 1985) son buenos ejemplos de esa atención.

Sin embargo, a pesar de los diferentes saberes que confluyen en la enseñanza y la práctica de la Enfermería (Carper, 1978), como hemos podido comprobar analizando las epistemologías subyacentes a las herramientas metodológicas utilizadas para evaluar el curriculum de Enfermería y a las estrategias usadas en la investigación enfermera entre 1950 y 1990, la producción discursiva en el campo de la formación de enfermeras se sigue desarrollando bajo las prohibiciones y restricciones metodológicas del positivismo (Medina, 1994b).

El interés técnico

Como hemos precisado en el quinto capítulo de este trabajo, el interés técnico y su saber resultante, la razón instrumental, han sido los fundamentos de los que se han extraído la

lógica curricular en el campo de la Enfermería durante los últimos veinte años. Esta visión técnica, resumida por el modelo Tyleriano de objetivos conductuales fue introducida en los marcos académicos de la Enfermería en la década de los 50-60, afianzándose en nuestro país quince años más tarde, influencia que todavía hoy perdura.

Los objetivos conductuales, fueron extensamente usados en la formación enfermera de los años setenta y sus destellos todavía nos nutren. Como vimos en el capítulo cuarto, el enfoque Tyleriano tenía una fuerza histórica inevitable. Los educadores apoyaron el modelo y lo modificaron por si mismos, como vía para la consecución de la legitimación académica y profesional (Diekelman, Allen y Tanner, 1989).

Los años 60 y 70 fueron las décadas del despertar profesional de la Enfermería, un tiempo en el que los intentos por alcanzar una elevación del status profesional de la enfermera eran puntos clave. El impulso para legitimar a las enfermeras como profesionales, ejerció una considerable influencia sobre la adopción de modelos técnicos del curriculum imperantes y dominantes en el contexto de la educación en general y de la formación de enfermeras en particular.

Sin embargo, irónicamente, las escuelas de Enfermería que acordaron adoptar el modelo de curriculum por objetivos reforzaron los valores burocráticos más que los profesionales. Las estructuras jerárquicas de las áreas clínicas de los hospitales fueron trasladadas a la formación de enfermeras donde los estudiantes aceptaban incondicionalmente la información tal y como era transmitida constituyéndose en aprendices pasivos desprovistos de sus creencias, devaluadas e ignoradas (Daria, 1987).

Con el triunfo de la racionalidad empírico-analítica en los marcos académicos donde la Enfermería se enseñaba, se inicia un alejamiento del profesorado de la realidad clínica donde la enfermera desarrollaba su actividad y una devaluación paralela del saber práctico de aquella, la separación entre teoría y práctica, hoy denunciada, se gesta en aquellos momentos. Como Murdock (1983) concluye, el curriculum se había convertido en un medio para un fin medido en términos del talento del estudiante, fin propuesto por aquéllos que detentaban posiciones de autoridad.

Ciertamente, la racionalidad técnica encarnada en los modelos conductistas es más una reminiscencia del positivismo del siglo XIX que una concepción acorde con el discurso

científico y pedagógico de la actualidad. El interés técnico intenta reducir los actos del estudiante a formas específicas de conducta que sirven a los intereses de la gestión de los efectos y el mantenimiento del control técnico y la certidumbre (Apple, 1986). El conocimiento del valor utilitario y la eficiencia es de primera importancia, de ese modo se excluyen otros modos de valorar la práctica educativa y la actividad de las enfermeras.

Por otra parte, ha sido reconocido por múltiples autoras que el curriculum de Enfermería es un reflejo del modelo médico positivista el cual se halla firmemente enraizado, a su vez, en la racionalidad producto del interés técnico (Bevis, 1989; Chinn, 1989; Clare, 1993; de Tornyay, 1990; Diekelmann, 1990; Dzurec, 1989; French y Cross, 1992; Grundy, 1991; Hedin, 1986). Aunque, como es sabido, el curriculum enfermero no está oficialmente basado en las especialidades médicas⁴⁵ sino, aparentemente, en otros marcos teóricos considerados más apropiados para Enfermería (Lutjens y Horan, 1992), estudios como los realizados por Sohn (1991) sugieren que el actual curriculum de Enfermería podría no ser muy diferente de los que se basaban en las especialidades médicas ya que los cambios más evidentes se habrían realizado a nivel del nombre de las asignaturas más que en la estructura interna de su contenido u orientación conceptual. Este autor sugiere que la influencia del interés técnico encarnado en el saber médico es todavía evidente pues el profesorado percibe el conocimiento como una serie de procedimientos y normas para resolver problemas en términos de signos y síntomas.

En resumen, aunque se acepta que el conocimiento generado por el interés técnico es útil para el aprendizaje y la enseñanza de habilidades prácticas, es reconocido como un enfoque que reduce la formación enfermera a instrucción no educativa (Bevis y Watson, 1989). Por consiguiente, se están proponiendo en la actualidad enfoques alternativos para el diseño y desarrollo del curriculum que están en consonancia con, una concepción de la Enfermería en la línea de Cull-Wilby y Pepin (1987):

“Como una profesión de interacciones humanas, de cuidado humanitario, fundada en la comprensión y empatía” (pág. 520).

⁴⁵ Hasta mitad de los años 70 los curricula de Enfermería han estado estructuralmente articulados a partir de las cinco especialidades médicas: medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y psiquiatría.

Curriculum que trata de desarrollar un conocimiento que se inspira en el interés práctico, siguiendo la terminología Habermasiana. Si examinamos la conveniencia de los modelos de objetivos conductuales para Enfermería en la presente década, usando el marco de los intereses constitutivos de saberes de Habermas, vemos que las prácticas educativas en Enfermería no han seguido los mismos pasos que los cambios en el "ethos" de la práctica del cuidado en los años 90. Desde esta constatación defendemos que la enseñanza de la Enfermería debería trasladar su centro de interés desde un curriculum técnico hacia unos principios humanísticos y de reflexión crítica más acordes con los valores aceptados en la profesión (Clare, 1993).

El interés práctico

Como hemos visto en el capítulo anterior, el área del interés constitutivo de saber que Habermas denomina "práctico" implica entendimiento, interacción y acción comunicativa, más que control. El ambiente es visto no como algo susceptible de manipulación y gestión, sino como algo para ser entendido. El entendimiento del significado de las acciones que ejecutan profesoras y estudiantes es considerado más apropiado que establecer explicaciones causales. El conocimiento obtenido se deriva de la ciencia histórico-hermenéutica, el conocimiento considerado como válido es subjetivo antes que objetivo.

Grundy (1991) define "lo práctico" como un interés fundamental en el entendimiento del contexto simbólico a través de la interacción basado en la interpretación consensuada del conocimiento. Desde esta perspectiva el diseño curricular es visto como un proceso por el cual el significado y el sentido se construyen a través de la interacción entre profesoras y alumnas. Por ejemplo, el modelo de diseño curricular de Stenhouse, informado por el interés práctico es sugerido por Suttcliffe (1992) como una alternativa para la Enfermería a los modelos de diseño basados en la racionalidad técnica.

En el modelo de Stenhouse, el curriculum se centra más en el valor del proceso de interacción entre profesoras y alumnas que en la obtención de niveles de rendimiento específico. El contenido es seleccionado de acuerdo con conceptos clave y principios de procedimiento. Esta ausencia de énfasis en la medición es evidentemente problemática para aquéllos que exigen pruebas del progreso del estudiante en términos de conductas concretas. Stenhouse enfatiza que el entendimiento es más importante que las respuestas

de conducta y por tanto el juicio o valoración debería formar parte del proceso de aprendizaje, usando métodos como asignaciones de proyectos de trabajo antes que exámenes centrados en los contenidos. Desde esta perspectiva se entiende que el proceso de desarrollo de competencias de proceso son diferentes de las de producto porque siempre son susceptibles de desarrollo y mejora. A la estudiante se le da control y responsabilidad sobre su propio aprendizaje, en un curriculum donde el papel de la profesora es antes el de una facilitadora que el de una transmisora.

Por otra parte, la filosofía humanística que subyace al modelo de proceso inspirado en la racionalidad práctica es semejante a los valores de equidad, respeto por las personas y cuidado profesados por la Enfermería (Meleis, 1985). Por ejemplo, Gortner (1992b) propone la comprensión hermenéutica como premisa para la ciencia de Enfermería incorporando la interpretación de los fenómenos desde la perspectiva del cliente, esto es, una perspectiva fenomenológica que busca fundamentar un cuidado de enfermería individualizado. Además, como Cull-Wilby y Pepin (1987) manifiestan, aspectos asumidos por el interés práctico como la unidad irreductible del ser humano con su contexto y los significados como constructores de la realidad social, son consistentes con Modelos y Teorías de la práctica de Enfermería de inspiración humanista y existencial como los de Newman, Rogers, Parse y Leininger. Ciertamente, las profesoras que se adhieren a la idea de Enfermería como profesión humanística y, sin embargo, basan sus curriculum en marcos técnicos, están enviando inconscientemente un doble mensaje a sus alumnos. Estas discrepancias son reconocidas por Perry y Moss (1989) cuando aceptan que aunque valores centrales de la profesión como la empatía, el compromiso social y la confianza pueden ser formalmente transmitidos en el aula, las estudiantes pueden tener pocas oportunidades de vivenciarlos debido a la presión para ajustarse a la doctrina formal de las instituciones educativas y de salud. Estas contradicciones entre la enseñanza y la práctica de la Enfermería quedan reflejadas en un reciente trabajo de Watson y Herbener (1990) en el que afirman que:

“En el futuro las escuelas de Enfermería deberán encararse con grandes cambios para desarrollar mayor productividad, con mayores responsabilidades para los administradores y el profesorado. Es necesario un plan creíble de evaluación continua para mantener nuestros elevados estándares en la educación de Enfermería” (pág. 320).

En este trabajo, las autoras defiende que la evaluación del contenido de Enfermería en cada curso debe abarcar el dominio cognitivo, afectivo y psicomotriz y que los métodos de evaluación y estrategias de enseñanza deberían estar relacionadas con los objetivos conductuales del curso. Sin embargo, esos intentos de fragmentar el aprendizaje en dominios separados es contradictorio con el valor principal de la Enfermería: una concepción holística del ser humano. Como Apple (1986) y Giroux (1990) han defendido, la ingenuidad filosófica y el aspecto determinista de los sistemas de gestión en educación son aspectos evidentes en la formulación de objetivos de aprendizaje que prescriben lo que el aprendiz debe hacer saber y sentir. Fragmentar el contenido en compartimentos disciplinares y excluir la dimensión afectiva de los procesos de aprendizaje es interpretar erróneamente la naturaleza del conocimiento y la acción humana.

Otro clarísimo ejemplo de esa contradicción lo hallamos en el trabajo de Elisabeth King (1984) "*Educación Afectiva en Enfermería*". Este libro, según su autora, ha sido diseñado para proporcionar al profesorado de Enfermería estrategias para preparar y evaluar la instrucción de clase en el "dominio afectivo". Este trabajo es un claro ejemplo de confusión entre racionalidad tecnológica y racionalidad práctica donde se intenta, ingenuamente, introducir y articular conceptos humanísticos, fenomenológicos y prácticos (la dimensión emocional-subjetiva) en una estructura basada en un modelo tecnológico (la distinción excluyente entre el dominio afectivo, el cognitivo y el psicomotriz).

La distinción entre Técnica y Práctica es la que según Mc Lean (1992) y Diekelmann (1988) sustenta y distingue las dos corrientes principales de la actual interpretación del curriculum y la educación en Enfermería. La predominante hasta finales de los 80 es la técnica debido, sobre todo, al enorme impacto producido por la explosión científica de la primera mitad de siglo. Como ya se ha dicho, en los años 70, la noción de Teoría cambia y pasa a significar un conjunto de enunciados legaliformes que explican, predicen y controlan un estado de cosas, concepto ampliamente extendido en el universo de la Enfermería. Lo práctico quedó englobado en lo técnico; se eliminó la diferencia entre técnica y praxis. Será de esa "razón pervertida" de la que Habermas tratará de advertirnos con su teoría de los intereses constitutivos de saberes.

Pensamos que esta reducción de la razón práctica a razón técnica genera una serie de conflictos en la Enfermería, en su enseñanza y en su desarrollo como profesión. Cuando la Enfermería, en un legítimo intento de ser reconocida como profesión autónoma, ha basado sus prácticas educativas en reglas prescriptivas que adoptan la forma de objetivos conductuales, debido a la supuesta científicidad que esas formas pedagógicas poseen, está en realidad constriñendo más que facilitando el progreso hacia la autonomía y la responsabilidad. Los educadores enfermeros deberían reconocer que la ideología técnica produce control y sumisión, permitiendo y fomentando en los estudiantes la posibilidad del desarrollo de su capacidad crítica para con la existencia de creencias y prácticas sociales que los afectan.

Interés emancipatorio

Como hemos indicado más arriba, para Habermas el interés práctico se transforma en emancipatorio, desde el momento en que se han identificado y denunciado las condiciones sociales y personales alienantes para las personas; aquéllas que distorsionan el interés humano para con la autonomía racional y la libertad.

Desde esta perspectiva se defiende que el curriculum de Enfermería (como cualquier otra forma de conocimiento) es una construcción social, cuyos significados se hallan íntimamente vinculados al control y la dominación social. La educación profesional expone las estudiantes a lo que Perry (1989) denomina proceso de inducción a la cultura profesional. Este proceso, como toda endoculturización, es un proceso político que reproduce las prácticas tradicionales. Como Clare (1993) nos recuerda, es un proceso que reproduce y transmite la ideología técnica de las instituciones educativas y de salud, mediante su presentación como un componente legítimo y natural de la formación de enfermeras en el que las actividades de enseñanza y aprendizaje son vistas como naturales y de sentido común (McLean, 1992). Autores como Hedin (1987) y French (1992) nos advierten contra ese mecanismo reproductor y de dominio sugiriendo estrategias que desarrollen la capacidad del sujeto para distanciarse de ese proceso de inculcación, distanciamiento producido por la revelación de sus mecanismos ocultos.

Esta habilidad para autorreflexionar y reconocer las distorsiones inherentes a las construcciones sociales en las sociedades humanas es un componente esencial del interés emancipatorio tal y como es descrito por Habermas. Ese interés se halla comprometido

con la libertad y la plena autonomía racional porque trata de revelar cómo las estructuras sociales hegemónicas distorsionan los esquemas de significado de las personas acompañándolas a la aceptación de situaciones desiguales y de privilegio como si fuesen condiciones impuestas de modo natural. La crítica ayuda a que el sujeto sea consciente del papel que esas estructuras juegan en la determinación de sus objetivos e intereses siendo más capaz de hacerles frente. Es decir, nos ofrece un modo para concienciarnos de cómo nuestros intereses y expectativas pueden estar distorsionados o reprimidos y nos presenta una forma para erradicarlos de modo que podamos emanciparnos y liberarnos de ellos.

El interés emancipador (y la ciencia social crítica como saber generado por aquél) trata de proporcionar a la persona un tipo de comprensión autorreflexiva para que ésta sea capaz de conocer las condiciones sociales objetivas que dificultan la consecución de sus objetivos para con la autonomía racional y la libertad.

Desde esta perspectiva el interés emancipador, y la ciencia social crítica, comparten, incorporándolo, con el interés práctico, la aceptación de los significados subjetivos como constitutivos de la realidad social, pero añadiendo a éste las explicaciones causales y objetivantes producidas por las ciencias empírico-analíticas como único modo de dar cuenta de cómo las condiciones sociales prevalentes y objetivas del mundo de la vida afectan el modo en que las personas interpretan su propia existencia:

“Cuando Habermas intenta desarrollar la idea de una ciencia social crítica intenta conciliar su admisión de la importancia tanto del entendimiento interpretativo como de la explicación causal. Por ejemplo, y aunque Habermas acepta el postulado interpretativo de que la vida social no puede explicarse en forma de generalizaciones y predicciones, también acepta que la fuente de los significados subjetivos es externa a los actos individuales y que, por consiguiente, las intenciones de los individuos pueden verse constreñidas socialmente o redefinidas por agencias manipuladoras ajenas” (Carr y Kemmis, 1988, 149).

En el ámbito de la formación de enfermeras, y dentro de la corriente de “Curriculum Revolution”, autoras como Owen-Mills (1995), Rather (1994) y Spence (1994) abogan por un curriculum transformativo ejemplificando cómo el interés emancipador puede contribuir al desarrollo de un conocimiento profesional relevante para la práctica de la Enfermería. Un curriculum que se desarrolla en un ambiente de cooperación y colegiación entre profesoras y alumnas, en el que se negocien las actividades y contenidos de aprendizaje; donde las experiencias y valores de las alumnas sean reconocidos como conocimiento personal válido junto con otras formas de acceso a la realidad:

“Un curriculum donde las contradicciones inherentes que transmite el curriculum oculto son reveladas a través de un diálogo libre de dominación entre profesoras y estudiantes, potenciándose su conciencia de los aspectos represivos del curriculum” (McLean, 1992, 875).

Ese es el objetivo que tratan de alcanzar las propuestas curriculares contenidas en los trabajos de Allen (1990a), cuando, basándose en los postulados de la Teoría de la Acción comunicativa, trata de crear unas condiciones en la educación de enfermeras donde la comunicación y las interacciones puedan retornar a ser racionales y autónomas, a través de la explicitación de las condiciones que distorsionan y reprimen la comunicación entre profesoras y alumnas. Este autor crítico, basándose en el giro lingüístico posmoderno que se centra en cómo los significados construyen los objetos y no sólo los representan, afirma que cuando profesoras y estudiantes discuten acerca de sus fines, intereses y asunciones, lo hacen a partir de una colección finita de significados históricamente conformados. En otras palabras, en cualquier tiempo y en cualquier comunidad existen ciertos vocabularios y significados con los que nosotros podemos manifestar nuestras aspiraciones y explicar nuestras acciones. Sin embargo, esa colección de significados o vocabulario es generada y reproducida por ciertos mecanismos sociales como, por ejemplo, las instituciones educativas y sanitarias. Ciertamente, esas no son ejemplos de instituciones democráticamente controladas o representativas (Giddens, 1979). Son ya múltiples las investigaciones que arrojan evidencias que permiten afirmar que esas son instituciones han estado dominadas por ciertos grupos sociales (Apple, 1986). En efecto, los valores e intereses de los grupos dominantes de la sociedad están incrustados en la estructura misma de las instituciones educativas y sanitarias y en la subjetividad de los que en ellas trabajan desde su mismo origen:

“La razón en sí no es la preocupación sino cómo la razón se construye en la organización de las instituciones de autodisciplina y regula las percepciones y experiencias que determinan la acción individual” (Popkewitz, 1995, 37).

De modo que los significados que favorecen los intereses de esos grupos son más aptos para sobrevivir al tiempo y ser reproducidos que los significados que cuestionan la legitimidad y dominación de aquéllos (Shor, 1987). Profesoras, estudiantes y enfermeras son, a menudo, inconscientes de cómo sus lenguajes y significados han sido conformados por las instituciones educativas y sanitarias en las que estudian y trabajan. Lenguajes y significados que, no lo olvidemos, no son externos a nosotros sino que se convierten en parte de nuestra identidad, nos preconstituyen, y es ahí donde radica el poder de la institución. Nuestros deseos e intereses son socialmente producidos y lingüísticamente mediados en el interior de esas instituciones.

Como ya es bien sabido las instituciones de la salud y la educación pueden caracterizarse como estructuras hegemónicas puesto que las ideas, valores y creencias de los grupos dominantes de la sociedad se hallan inscritas en el diseño mismo de aquéllas y, por lo tanto, impregnan y saturan la subjetividad de las personas que en ellas trabajan conduciéndolas a la conformidad para con las prácticas que allí se desarrollan (Apple, 1986)

Aquí debe entenderse la hegemonía, en el sentido Gramsciano, como aquella habilidad de las clases y culturas dominantes para ejercer el control social y político y para “legitimar” ese control a través de la conciencia de las personas que aceptan esa “particular forma de ver el mundo” como la única posible. Para Apple (1986) este concepto hace alusión al modo en que la escuela, a través de la distribución de formas arbitrarias de conocimiento crea y legitima formas de conciencia y esquemas de significado que permiten el control social sin que los grupos que detentan el poder en las instituciones educativas y sanitarias se vean en la necesidad del uso manifiesto de mecanismos de dominio y coerción.

A través de la socialización profesional, los actos de hegemonía saturan y conforman la subjetividad de las alumnas facilitando que las creencias y los sistemas de valores

existentes, así como las instituciones y prácticas sociales sean mantenidas y perpetuadas. Las estudiantes de Enfermería, a través de la socialización profesional (en la que el curriculum oculto juega un papel primordial), aprenden a pensar y a actuar en las formas que son definidas por los grupos tradicionalmente dominantes en los sistemas de salud, léase médicos, administradores y políticos, formas de sentir y actuar que son aceptadas como “puntos de vista naturales” de la realidad social. Lo que nos parece importante destacar es que el sistema de formación inicial juega un papel determinante en el proceso implícito de transmisión y conformación de esa subjetividad en las estudiantes.

Bajo nuestro punto de vista el profesorado incorpora y reproduce en su práctica docente esquemas inconscientes de autoritarismo y coerción que asimiló de manera inconsciente (actos de hegemonía) durante su experiencia como enfermeras. Esquemas que contribuyen a crear y legitimar formas de subjetividad en las estudiantes que re-crean, reproducen y legitiman las relaciones de poder que las profesoras experimentaron cuando ejercían como enfermeras en la institución totalitaria y hegemónica que conocemos con el nombre de hospital. Esos esquemas se manifiestan sobre todo en la relación profesor-alumno: en las contradicciones entre retórica y práctica docente y en los mensajes implícitos que transmiten las actitudes del profesorado hacia las estudiantes. Ese autoritarismo que conduce a la sumisión, también se manifiesta disfrazado de un paternalismo o maternalismo muy arraigado en la cultura enfermera.

En suma, la educación de las enfermeras debe entenderse como algo más complejo que un proceso de aprendizaje profesional a través de prácticas intencionales de enseñanza. En realidad, es un proceso que a través de mecanismos ocultos e implícitos, ayuda a crear y legitimar formas de conciencia en las estudiantes que recrean y legitiman las relaciones de poder. Relaciones, no lo olvidemos, en las que las instituciones hegemónicas sustentan su continuidad.

Sin embargo, la noción de hegemonía trasciende la relación meramente mecánica entre la institución hegemónica (la escuela y el hospital) y la subjetividad; y también va más allá de la suposición de que un pequeño grupo de personas que detentan el poder “manipulan intencionalmente” la educación de enfermeras. En realidad, esas relaciones son mucho más complejas. Pensamos con Apple que la cultura, la conciencia y el imaginario social antes que estar predeterminados por las estructuras sociales y las

condiciones económicas, mantienen con éstas una relación dialéctica. Esa relación está siempre mediatizada por diferentes modos de acción humana. Por ejemplo, está mediatizada por las actividades, contradicciones y relaciones específicas que se dan entre personas reales como nosotros, en sus vidas cotidianas dentro de las instituciones que organizan esas vidas (Apple, 1986). Y es debido a esa cotidianeidad que el control y la dominación se difuminan, se hacen invisibles.

Desde esa perspectiva, Allen propone algunas actividades para ayudar a las estudiantes a tomar consciencia de cómo sus concepciones sobre la Enfermería y su aprendizaje han sido conformadas de una manera esencialmente arbitraria. En primer lugar se pide a las estudiantes que, en pequeños grupos, desarrollen y articulen en definiciones sus concepciones de la enfermera como persona y de la Enfermería como ocupación. Esas definiciones son, después, sintetizadas en una lista colectiva de atributos. En segundo lugar, se pide a las estudiantes que interpelen a enfermeras profesionales acerca de sus visiones de la enfermera como persona y la Enfermería como ocupación. Simultáneamente se les invita a la lectura de textos en los que se ofrecen visiones críticas de las relaciones de dominación entre enfermeras y médicos y entre profesoras y alumnas. Las estudiantes, por último, otra vez en pequeños grupos, identifican las tensiones y contradicciones entre las diversas visiones encontradas valiéndose de textos históricos para desarrollar una comprensión de cómo se ha conformado el lenguaje en la Enfermería y criticar sus propias concepciones iniciales:

“El propósito de esos ejercicios no era encontrar “la definición” de Enfermería, sino, más bien, desarrollar una comprensión de cómo esas definiciones cambian a lo largo del tiempo y frecuentemente incorporan significados autolimitantes como feminidad y profesionalismo” (Allen, 1990a, 82).

Todos estos intentos son manifestaciones de cómo el interés emancipatorio está siendo introducido en los curriculum de Enfermería con el objeto de articular en el discurso pedagógico de la Enfermería las complejas relaciones entre comprensión y emancipación.

Las implicaciones que el interés emancipatorio tiene para la transformación del curriculum enfermero se reflejan, como vimos en el capítulo cuarto en una radical

reconceptualización del conocimiento que se transmite (Allen, 1990b), de la estudiante de Enfermería como persona (Courtney y Haag, 1992) y las interacciones entre profesoras y alumnas (Rather, 1994). Es decir, una vez que hayamos aceptado que la Ciencia y la Educación están basadas en acuerdos sociales contingentes, en lugar de en principios ahistóricos, trascendentes y universales, deberemos prestar atención al contexto comunicativo y relacional en el que la ciencia y la educación son negociados entre profesoras y alumnas.

Este compromiso significa abandonar la ya yerma perspectiva técnica de las estudiantes como productos en bruto, en la que se desarrolla una “narrativa de la enfermedad” siendo aquellas consideradas como meros receptáculos del saber objetivo y cosificante que la profesora transmite, reemplazándola por una concepción de la alumna como persona y de la educación de enfermeras como liberación en la que las prácticas de enseñanza informadas por un interés emancipatorio tratan de fomentar en las estudiantes la conciencia de que las construcciones sociales (como el propio currículum) pueden ser falsamente representadas (distorsionadas) como objetos naturales no susceptibles de cambio o transformación.

Y hasta aquí el intento de reconceptualización del campo curricular de la formación de profesionales del Cuidado.

Con el afán de contribuir a unas modalidades de formación más reflexivas, críticas y transformadoras he tratado de ofrecer una reconceptualización radical de la naturaleza de la Práctica del Cuidado y una visión alternativa de la relación Teoría-Práctica en la Enfermería para, con ello, proponer una enseñanza reflexiva que se basa en una epistemología tan racional como la técnica pero de naturaleza diferente. También he tratado de presentar los rasgos teóricos más sobresalientes, y las modalidades didácticas más adecuadas para su materialización, de una nueva forma de entender y hacer inteligible la formación de enfermeras.

Todo este esfuerzo será, no obstante, baldío, si, como remarcaba en la presentación, el lector o lectora toma las ideas aquí desarrolladas como reglas para controlar la acción o

como nociones con pretensiones de objetividad. Mi intención ha sido la de ofrecer un conocimiento pero no para ser dominado ni para dominar sino, más bien, para que nos interroge y, al hacerlo, nos acerque a otros modos de pensar y actuar que nos permitan reconstruir el sentido que para nosotros tiene la educación de enfermeras en nuestro país. Una concepción pedagógica que intencionalmente desea mantenerse al margen, y más allá, de la arrogancia y despersonalización de las modalidades tecnológicas de intervención educativa y de los límites arbitrarios que los saberes disciplinares imponen al discurso autorizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamson, B. y Kenny, D. (1993).** Structural and perceived medical dominance: a study of barriers to nurse's workplace satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 10(4), 10-19.
- Airhihenbuwa, C. (1994).** Health promotion and the discourse on culture: implications for empowerment. *Health Education Quarterly*, 21(3), 345-353.
- Allan, H. (1993).** Feminist: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(10), 1547-1553.
- Allen, D. (1990a).** Critical Social Theory and Nursing Education. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Redefining the Student-Teacher Relationship* New York: National League for Nursing, págs. 67-87.
- Allen, D. (1990b).** The curriculum revolution: radical re-visioning of nursing education. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 312-316.
- Allen, D., Bowers, B. y Diekelmann, N. (1989).** Writing to learn: a reconceptualization of thinking and writing in the nursing curriculum. *Journal of Nursing Education*, 28(1), 6-11.
- ANA (1980).** *A social policy statement* . American Nurses Association.
- Angulo, J. F. (1990).** El problema de la credibilidad y el lugar de la triangulación en la investigación interpretativa: un análisis metodológico. En J. B. Martínez Rodríguez (Eds.), *Hacia un enfoque interpretivo de la enseñanza* Granada: Universidad de Granada (pp. 95-110).
- Angulo, J. F. (1988)** *Análisis de la racionalidad científica en el ámbito de la didáctica*. Tesis Doctoral Inédita, Universidad de Málaga.
- Apple, M. (1986).** *Ideología y currículo*. Madrid: AKAL/Universitaria.
- Appleton, C. (1990).** The Meaning of Human Care and the Experience of Caring in a University School of Nursing. En M. Leininger. y J. Watson.(Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 77-95.
- Argyris, C. y Schön, D. (1974).** *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass.
- Ashley, P. (1979).** *Hospitals, paternalism and the role of nurses*. New York: Teachers College Press.
- Ashworth, P. y Longmate, M. (1993).** Theory and practice: beyond the dicotomy. *Nurse Education Today*, 13(5), 321-327.
- Assagioli, R. (1974).** A higher view of the man-woman problem. *Synthesis*, 1, 127-139.

Atkins, S. y Murphy, K. (1993). Reflection: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.

Babel, I. (1969). You must know everything. *Stories*, 2, 5-12.

Barnes, B. (1987). *Sobre ciencia*. Barcelona: Labor.

Bauer, J. (1990). Caring as the Central Focus in Nursing Curriculum Development. En M. Leininger y J. Watson. (Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 255-267.

Beauchamp, G. A. (1981). *Curriculum Theory* (4 ed.). Itaca, IL: FE. Peacock.

Beattie, A. (1987). Making a curriculum work. En Jolley, M. y Allan, P. (Eds.), *The curriculum in Nursing Education* London: Croom Helm, págs. 15-35.

Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N. y Tarule, J. (1986). *Women's ways of knowing: the development of self, voice and mind*. New York: Basics Books.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto, CA: Addison-Wesley.

Benner, P. (1987). *Práctica progresiva de Enfermería*. Barcelona: Grijalbo.

Benner, P. y Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley.

Bent, K. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 296-303.

Bernstein, B. (1988). *Clases, códigos y control. Hacia una teoría de las transmisiones educativas*. Madrid: AKAL. Universitaria.

Bernstein, B. (1990). *Poder, Educación y Conciencia. Sociología de la Transmisión Cultural*. Barcelona: El Roure.

Bevis, E. (1988). New directions for a new age. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: mandate for change* New York: National League for Nursing, págs. 27-53.

Bevis, E. (1989a). *Curriculum building in nursing. A process* (3 ed.). New York: National League for Nursing.

Bevis, E. (1989b). The Curriculum Consequences. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 115-135.

Bevis, E. (1990). Has the Revolution Become the New Religion? En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Redefining the Student-Teacher Relationship* New York: National League for Nursing, págs. 57-67.

Bevis, E. (1993). All in all, it was a pretty good funeral. *Journal of Nursing Education*, 32(3), 101-105.

Bevis, E. y Clayton, G. (1988). Needed: a new curriculum development design. *Nurse Educator*, 13(4), 14-17.

Bevis, E. y Murray, J. (1990). The essence of the curriculum revolution: emancipatory teaching. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 326-331.

Bevis, E. y Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. New York: National League for Nursing.

Birchenall, P. (1991). Preparing nurse teachers for their future role. *Nurse Education Today*, 11, 100-103.

Bishop, A. (1990). Nursing Education as Authentic Nursing Care. En M. Leininger y J. Watson. (Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing.

Bishop, A. y Scudder, J. (1995). Applied Science, Practice and Intervention Technology. En A. Omery, C. Kasper, y G. Page (Eds.), *In Search of Nursing Science* (pp. 263-274). London: SAGE Publications.

Bishop, A., y Scudder, J. (1990). *The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing*. New York: SUNY Press.

Bloom, B. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives*. New York: Longman, Green.

Bobbit, F. (1918). *The Curriculum*. New York: Houghton.

Bordieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bordieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar?. Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: AKAL Universitaria.

Boud, D., Keogh, H., y Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kegan, Page.

Boughn, S., y Wang, H. (1994). Introducing a feminist perspective to nursing curricula: a quantitative study. *Journal of Nursing Education*, 33(3), 112-117.

Bower, D. (1988). *Evaluation instruments in nursing*. New York: National League for Nursing.

Bowers, B. (1989). Grounded Theory. En B. Sarter (Eds.), *Paths to Knowledge: Innovative Research Methods for Nursing* New York: National League for Nursing, págs. 33-61.

Boyd, E. M. y Fales, A. (1983). Reflective learning: key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23(2), 99-117.

Bridges, J. y Lynam, M. (1993). Informal carers: a marxist analysis of social, political and economic forces underpinning the role. *Advances in Nursing Science*, 15(3), 33-48.

- Browe, A. (1993).** A conceptual clarification of respect. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 211-217.
- Brown, G. (1993).** Accounting for power: nurse teachers and students perceptions of power in their relationship. *Nurse Education Today*, 13, 111-120.
- Brykczynska, G. (1993).** Nursing Values: nightmares and nosenses. En M. Jolley y G. Brykczynska (Eds.), *Nursing: its hidden agendas* (pp. 131-158). London: Edward Arnold.
- Buber, M. (1974).** *¿Qué es el hombre?* Mexico: FCE.
- Buchanan, D. (1994).** Reflections on the relationship between theory and practice. *Health Education Research*, 9(3), 273-283.
- Buckenham, J. y McGrath, G. (1982).** *The Social Reality of Nursing*. Sydney: ADIS. Health Science Press.
- Bullough, V. y Bullough, B. (1984).** *History, trend and politics of nursing*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bunge, M. (1980).** *Epistemología*. Barcelona: Ariel.
- Bunting, S. y Campbell, J. (1990).** Feminism and nursing: historical perspectives. *Advances in Nursing Science*, 12, 11-24.
- Burnard, P. (1991).** The language of experiential learning. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 873-879.
- Burnard, P. (1992).** Learning Nursing Knowledge. En K. Robinson y B. Vaughan (Eds.), *knowledge for Nursing Practice* Oxford: Butterworth-Heinemann, págs. 172-185.
- Burnard, P. (1995).** Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1167-1174.
- Cameron, B. y Mitchell, A (1993)** Reflective peer journals: developing authentic nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 290-297.
- Caraher, M. (1994).** Nursing and health promotion practice: the creation of victims and winners in a political context. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 465-468.
- Carlson, L., Crawford, N., y Contrades, S. (1989).** Nursing student novice to expert-Benner's research applied to education. *Journal of Nursing Education*, 28(4), 188-190.
- Carpenito, L. (1989).** *Nursing diagnosis: application to clinical practice* (3 ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carper, B. (1978).** Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincott, págs. 216-225.
- Carr, W. (1980).** The gap between theory and practice. *Journal of Further and Higher Education*, 4(1), 60-69.
- Carr, W. (1990).** *Hacia una ciencia crítica de la educación*. Barcelona: Laertes.

Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría Crítica de la Enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado.* Barcelona: Martínez Roca.

Carter, H. (1994). Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 367-372.

Cartwright, T., Davson-Galle, P. y Holden, R. (1992). Moral philosophy and nursing curricula; indoctrination of the new breed. *Journal of Nursing Education*, 31(5), 225-228.

Castañeda, P. (1975). *Tratado del ayudante en medicina y cirugía.* Madrid: Oteo.

Caswell, H. y Campbell, D. (1935). *Curriculum development.* New York: American Book Company.

Cianfrani, K. (1984). The influence of amounts and relevance of data on identifying health problems. En M. Kim., G. McFarland. y A. McLane (Eds.), *Clasificación of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference.* St. Louis: Mosby, págs 159-161.

Chally, P. (1993). The curriculum revolution within the constraints of academia. *Nurse Educator*, 18(4), 6-7.

Chenitz, W. y Sawnsom, J. (1986). *Fron practice to grounded theory.* California: Addison- Wesley.

Chinn, P. (1989). Feminist Pedagogy in Nursing Education. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 9-25.

Chinn, P. y Jacobs, M. (1983). *Theory and nursing: a systematic approach.* St. Louis: Mosby.

Chinn, P. y Jacobs, M. (1992). Perspectives on Knowing: a Model of Nursing Knowledge. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 289-297.

Chopoorian, T. (1986). Reconceptualizing the enviroment. En P. Moccia (Eds.), *News Approaches to Theory Development* New York: National League for Nursing, págs. 39-55.

Chopoorian, T. (1990). The Two Worlds of Nursing. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Redefining the Student-Teacher Relationship* New York: National League for Nursing, págs. 21-37.

Chung, M. y Nolan, P. (1994). The influence of positivistic thought on nineteenth century asylum nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 226-232.

Clandinin, J. (1991). Learning to live new stories of practice: Restoring teacher education. *Phenomenology+Pedagogy*, 9, 70-77.

Clandinin, J. y Conelly, F. (1986). The reflective practitioner and Practitioners Narrative Units. *Canadian Journal of Education*, 11(2), 184-198.

Clare, J. (1993). Change the curriculum - or transform the conditions of practice? *Nurse Education Today*, 13(4), 282-6.

Clark, C., & Peterson, P. (1986). Teachers Thought process. In M. C. Wittrok (Ed.), *Handbook on research on teaching* (Vol. III,). New York: McMillan.

Clarke, M. (1986). Action and reflection: practice and theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 3-11. .

Clayton, G. (1992). Investigación para comprobar la teoría de Watson. El fenómeno de los cuidados en una población anciana. En J. Riehl-Sisca (Eds.), *Modelos Conceptuales de Enfermería* Barcelona: DOYMA, págs. 199-207.

Clayton, G. y Murray, J. (1989). Faculty-Student Relationships: Catalytic Connection. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 43-55.

Clifford, C. (1992). The role of the nurse teacher. *Nurse Education Today*, 12, 340-349.

Clifford, C. (1993). The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 281-289.

Cody, W. (1994). The language of nursing science: if no now, when? *Nursig Science Quarterly*, 7(3), 98-99.

Cohen, E. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.

Cohen, L. (1992). Power and change in health care: challenge for nursing. *Journal of Nursing Education*, 31(3), 116.

Coll, C. (1987). *Psicología y Curriculum*. Barcelona: Laia.

Colliere, M. F. (1990). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería*, 1, 53-66.

Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. En M. Porta. y C. Alvarez-Dardet (Eds.), *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, págs.169-192.

Conant, L. (1992). Closing the Practice-theory Gap. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 463-468.

Conelly, F., y Clandinin, D. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Research*, 19, 2-14.

Corcoran, S. (1986a) Task complexity and nursing expertise as a factorsin decision making. *Nursing Research*. 35, 107-112.

Corcoran, S. (1986b) Planning by expert and novices nurses in cases of varying complexity. *Research in Nursing and Health*. 9, 155-162.

- Corcoran, S. y Tanner, C. (1988).** Implications of Clinical Judgment Research for Teaching. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution. Mandate for Change* New York: National League for Nursing, págs. 159-177.
- Cork, N. (1987).** Approaches to curriculum planning. En B. Davis (Eds.), *Nursing education: researchs and developments* London: Croom Helm, págs. 1-38.
- Courtney, S. y Haag, B. (1992).** Achieving equity in nursing education. *Nursing and Health Care*, 13(3), 134-137.
- Cox Dzurec, L. (1989).** The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research: a poststructuralist perspective. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 69-77.
- Cox Dzurec, L. (1991).** Prefacing knowledge development in nursing: telling stories. *Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), 35-42.
- Crawford, R. (1977).** You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 661-680.
- Cull-Wilby, B. y Pepin, J. (1987).** Toward a coexistence of paradigms in nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 515-521.
- Cushing, A. (1994).** Historical and epistemological perspectives on research and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 406-411.
- Daria, J. (1987).** Curriculum Building in the United States: 1980s and 1990s. En J. Roode (Eds.), *Changing patterns in nursing education* New York: National League for Nursing, págs. 17-25.
- Davis, B. y Burnard, P. (1992).** Academic levels in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1395-1400.
- de Miguel, M. (1989).** Paradigmas de la investigación educativa española. En Dendaluze. I (Eds.), *Apectos metodológicos de la investigación educativa* Madrid: Narcea, págs. 61-74.
- de Tornyay, R. (1990).** The curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 292-294.
- de Tornyay, R., y Thompson, M. (1987).** *Strategies for teaching nursing*. New York: John Wiley.
- Decker, A. (1974).** *The health belive model and personal health behavior*. New Jersey: Thorofore.
- Diaz, M. (1995).** Aproximaciones al campo intelectual de la educación. En J. Larrosa (Eds.), *Escuela, Poder y Subjetivación* Madrid: La Piqueta, págs. 333-366.
- Dickoff, J. y James, P. (1992).** A Theory of Theories: A position paper. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 99-112.
- Dickson, G. (1993).** The unintended consequences of a male professional ideology for the development of nursing education. *Advances in Nursing Science*, 13(15), 67-83.

Diekelmann, N. (1988). Curriculum revolution: A theoretical and philosophical mandate for change. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: mandate for change* New York: National League for Nursing, págs. 137-159.

Diekelmann, N. (1989). The nursing curriculum: Lived experiences of Students. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 25-43.

Diekelmann, N. (1990). Nursing education: caring, dialogue and practice. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 305.

Diekelmann, N. (1991). The emancipatory power of the narrative. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Community Building and Activism* (pp. 41-63). New York: National League for Nursing, págs. 41-63.

Diekelmann, N. (1992). Learning as testing: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 72-83.

Diekelmann, N. (1993). Behavioral pedagogy: a Heideggerian Hermeneutical analysis of the lived experiences of student and teachers in baccalaureate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32(6), 245-250.

Diekelman, N., Allen, D. y Tanner, C. (1989). *The NLN Criteria for Appraisal of Baccalaureate programs: A critical Hermeneutical Analysis*. New York: National League for Nursing.

Dilthey, W. (1988). *Introduction to the Human Sciences*. Detroit: Wayne State University Press.

Doering, L. (1992). Power and Knowledge in nursing: a feminist poststructuralist view. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 24-33.

Doll, R. (1978). *Curriculum improvement: decision making and process*. Boston: Allyn and Bacon.

Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los Cuidados y la Profesión de Enfermería en España*. Madrid: Pirámide.

Draper, P. (1992). Quality of life as quality of being: an alternative to the subject-object dichotomy. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 965-970.

Draper, P. (1993). A critique of Fawcett's conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 558-564.

Dyer, M. (1979). Individualizing the framework for curriculum design. En NLN (Eds.), *Designing and building a curriculum* New York: National League for Nursing.

Eakin, J. y Mclean, M. (1992). A critical perspective on Research and Knowledge Development in Health Promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suplement 1), 72-76.

Eisner, E. (1985). *Educational Imagination* (2 ed.). New York: McMillan.

- Elbaz, F. (1981).** The teachers practical knowledge: Report of a case study. *Curriculum Inquiry*, 11(1), 43-71.
- Ellis, J. (1980).** *Nursing in Today World. Challenges, Issues and Trends*. Philadelphia: Lippincot.
- Eltsein, A., Shulman, L. y Sprafka, S. (1978).** *Medical problem solving*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Engel, G. (1979).** The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. En P. Flynn (Eds.), *The Healing Continuum. Journeys in Philosophy of Holistic Health* New York: Robert Brady, págs. 239.259.
- Erickson, F. (1989).** Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M. Wittrok (Eds.), *La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos de observación* Barcelona: Paidós MEC, págs. 195-295.
- Fawcett, J. (1983).** Why a conceptual framework? En M. White (Eds.), *Curriculum development from a nursing model* New York: Springer publishing company, págs. 27-43.
- Fawcett, J. (1984).** *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Fawcett, J. (1991).** Aproaches to knowledge development in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), 23-33.
- Fawcett, J. (1992).** Conceptual model and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 224-228.
- Fawcett, J. (1993).** From a plethora of paradigms to parsimony in a worldviews. *Nursig Science Quarterly*, 6(2), 56-58.
- Ferrer, V. (1993).** *Pensamiento crítico y formación del profesorado*. Tesis Doctoral Inédita, Universidad de Barcelona.
- Fitzpatrick, M. (1983).** *Prologue to professionalism*. New York: Robert Brady.
- Fitzpatrick, M. (1986).** A Historical Study of Nursing Organization: Doing Historical Research. In P. Munhall & C. Oiler (Eds.), *Nursing Research. A Qualitative Perspective* . California: Appleton-Century-Crofts.
- Foucault, M. (1966).** *Nacimiento de la Clínica*. Mexico: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1970).** *Arqueología del saber*. Mexico: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1986).** *Vigilar y Castigar* (5 ed.). Madrid: Siglo XXI. (Primera edición en Francés, 1975).
- Freire, P. (1972).** *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin, Handmonsworth.

French, P. (1992). The quality of nurse education in the 1980s. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 619-631.

French, P. y Cross, D. (1992). An interpersonal-epistemological curriculum model for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 83-89.

Gadamer, H. G. (1975). *Truth and method* (2 ed.). London: Sheed and Ward.

Gadamer, H. G. (1981). *Reason in the age of the science*. Cambridge: MIT Press. (Trabajo original publicado en 1976).

Gadow, S. (1985). Nurse and patient: The caring relationships. En A. Bishop y J. Scudder (Eds.), *Caring, Curing, Coping: Nurse, physician, patient*. Alabama: University of Alabama Press, págs. 31-43.

Gagné, R. M. y Briggs, L. J. (1974). *Principles of instructional design*. New York: Holt, R y W.

Galimberti, U. (1996). La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélago*(25), 11-14.

Gardner, K. y Wheeler, E. (1980). The Meaning of Caring in the Context of Nursing. En M. Leininger (Ed.), *Characteristics and Classification of Caring Phenomena*. Salt Lake City: University of Utah., págs. 69-79.

Gaut, D. (1978). Conceptual analysis of caring. En M. Leininger (Ed.), *The Phenomena and Nature of Caring*, . Salt Lake City: University of Utah, págs. 17-25.

Gaut, D. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 313-324.

Giddens, A. (1979). *Central problems in a social theory: actions, structure and contradictions in social analysis*. London: McMillan.

Gijbels, H. (1993). Interpersonal skills training in nursing education: Some theoretical and curricular considerations. *Nurse Education Today*, 13(6), 458 - 465.

Gillian, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard. Universtiy Press.

Gimeno, J. (1982) *La pedagogía por objetivos. Obsesión por la eficiencia*. Madrid: Morata.

Gimeno, J. (1988). *El curriculum: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.

Ginzberg, E. (1990). *The Medical Triangle. Physicians, Politicians and the Public*. Cambridge: Harvard University Press.

Giroux, H. (1990). *Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Barcelona: Paidós/MEC.

Godden, J., Curry, G. y Delacour, S. (1993). The decline of myths and myopia?. The use and abuse of nursing history. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 10(2), 27-34.

- Gordon, M. (1980).** Predictive strategies in diagnostic task. *Nursing Research*, 29, 39-45.
- Gortner, S. (1992a).** The History and Philosophy of Nursing Science and Research. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 253-260.
- Gortner, S. (1992b).** Nursing Values and Science:Toward a Science Philosophy. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 176-187.
- Gould, J. y Bevis, E. (1992).** Here there be dragons. *Nursing and Health Care*, 13(3), 126-133.
- Graves, F. (1987).** *The nursing curriculum: Theory and practice*. London: Croom Helm.
- Greaves, F. (1984).** *Nurse education and the curriculum. A curricular model*. London: Croom Helm.
- Greene, M. (1971).** Curriculum and Consciousness. *Teachers College Records*, 73(2), 253-269.
- Greene, M. (1975).** Curriculum and Consciousness. En W. Pinar (Eds.), *Curriculum theorizing* . Berkeley: McCutchan Publishing Corporation.págs. 299-317.
- Greene, M. (1990).** The Tensions and Passions of Caring. En M. Leininger y J. Watson (Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 29-44.
- Greenwood, J. (1993).** Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1183-1187.
- Grier, M. (1976).** Decision making about patient care. *Nursing Research*, 25(2), 105-110.
- Griffin, A. P. (1983).** A Philosophical analysis of caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 289-294.
- Grundy, S. (1991).** *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Morata.
- Habermas, J. (1984a).** *Ciencia y tecnología como ideología*. Madrid: TECNOS (Versión original en 1968).
- Habermas, J. (1984b).** *Conocimiento e Interés*. Madrid: Taurus (Versión original en 1968).
- Habermas, J. (1985).** *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona: Península.
- Habermas, J. (1987).** *Teoría de la acción comunicativa I*. Madrid: Taurus.
- Halldórsdóttir, S. (1990).** The Essential Structure of a Caring and Uncaring Encounter with a Teacher: The Perspective of the Nursing Student. In M. Leininger & J. Watson (Eds.), *The Caring Imperative in Education* . New York: National League for Nursing.

Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Ithaca. NY: Cornell University Press.

Harding, S. (1987). *Feminism and methodology*. Bloomington: Indiana University Press.

Hedin, B. (1986a). A case study of oppressed group behavior in nurses. *IMAGE. The Journal of Nursing Scholarship*, 18(2), 53-57.

Hedin, B. (1986b). Nursing Education, and Emancipation: Applying the Critical Theoretical Approach to Nursing Research. En P. Chinn (Eds.), *Nursing Research Methodology. Issues and Implementation* Maryland: Aspen.

Hedin, B. (1987). Nursing education and social constraints an indepth analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 24(3), 261-270.

Hedin, B. (1989). Expert Clinical Teaching. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, pág. 71-91.

Heinrich, K., y Witt, B. (1993). The passionate connection; feminism invigorates the teaching of nursing. *Nursing Outlook*, 41, 117-124.

Heliker, D. (1994). Meeting the challenge of the curriculum revolution: problem-based learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 33(1), 45-47.

Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.

Henderson, D. (1995). Consciousness raising in participatory research: method and methodology for emancipatory nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 58-69.

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: McMillan.

Hendricks-Thomas, J. y Patterson, E. (1995). A sharing in critical thought by nursing faculty. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 594-599.

Hezekiah, J. (1993). Feminist pedagogy: a framework for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32(2), 53-57.

Higgins, M. (1979). Care, Culture and Praxis. En M. Leininger (Ed.), *Analysis of Caring Behaviors and Processes*. Salt Lake City: University of Utah, págs. 83-95.

Hills, M. y Lindsey, E. (1994). Health promotion: a viable curriculum framework for nursing education. *Nursing Outlook*, 42, 158-162.

Holland, K. (1993). An ethnographic study of nursing culture: as an exploration for determining the existence of system of ritual. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1461-1470.

Holter, I. (1988). Critical theory: a foundation for the development of nursing theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(3), 223-230.

- Horkheimer, M. (1969).** *Crítica de la Razón instrumental*. Buenos Aires: SUR.
- Huckabay, M. D. (1982).** The effects of Modularized instruction and traditional teaching techniques on cognitive learning and affective behaviors of student nurses. En P. Chinn y B. Brown (Eds.), *Nursing education. Practical methods and models* Colorado: Aspen, págs. 3-21.
- Huebner, D. (1975).** Curricular language and classroom meanings. En W. Pinar (Eds.), *Curriculum theorizing: the reconceptualist*. Berkeley. CA: McCutchan Publishing Company, págs. 217-236
- Husserl, E. (1965).** *Phenomenology and the crisis of the philosophy*. New York: Harper and Row.
- Icart, M.T. y Caja, C. (1989)** Investigar en Enfermería: qué, quién, cómo. *Revista ROL de Enfermería*, 133, 63-67.
- Illich, I (1977).** *Disabling Professions*. London: Marian Boyars.
- Jackson, P. (1990).** *La vida en las aulas* (2 ed.). Madrid: Morata.
- Jacobs, M., y Chinn, P. (1988).** Perspectives of knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 4, 129-138
- James, C. y Clarke, B. (1994).** Reflective practice in nursing: issues and implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 14(2), 82-90.
- James, L. (1992).** Nursing theory made practical. *Journal of Nursing Education*, 31(1), 42-44.
- Jarvis, P. (1992a).** Quality in practice: the role of education. *Nurse Education Today*, 12(1), 3-10.
- Jarvis, P. (1992b).** Reflective Practice and Nursing. *Nurse Education Today*, 12(4), 174-181.
- Jarvis, P. (1992c).** Theory and practice and the preparation of teachers of nursing. *Nurse Education Today*, 12(4), 256-265.
- Jay, M. (1974).** *La imaginación dialéctica. Una historia de la escuela de Frankfurt*. Madrid: Taurus.
- Jenkins, D. y Shipman, M. D. (1976).** *Curriculum: an introduction*. London: Open Books.
- Jewell, M. (1994).** Paternship in learning: education as liberation. *Nursing and Health Care*, 15(7), 360-364.
- Jolley, M. (1987).** The weight of tradition: an historical examination of early educational and curriculum development. En M. Jolley y P. Allan (Eds.), *The curriculum in nursing education* London: Croom Helm, págs. 1-15.

Jolley, M. (1993). Out The past. En M. Jolley y G. Brykcznska (Eds.), *Nursing. Its Hidden Agendas*. London: Edward Arnold, págs. 1-21.

Kalisch, B. y Kalisch P. (1986). *The advance of American Nursing*. Boston: Little Brown and Company.

Kendall, J. (1992). Fighting back: promoting emancipatory nursing actions. *Advances in Nursing Science*, 15(2), 1-15.

Kim, H. (1989). Theoretical Thinking in Nursing: Problems and prospects. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 157-168

Kim, H. (1994a). Action science as an approach to develop knowledge for nursing practice. *Nursig Science Quarterly*, 7(3), 134-138.

Kim, H. (1994b). Practice Theories in nursing and a science of nursing practice. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 8(2), 146-157.

Kim, H. (1994c). Putting theory into practice: problems and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1632-1639.

King, E. (1984). *Affective Education in Nursing*. Maryland: Aspen Rockville.

Kolb, D. A. (1984) *Experiential learning*. Englewoods Cliffs:Prentice Hall.

Koldjeski, D. (1990). Toward a Theory of Professional Nursing Caring: A Unifying Perspective. En M. Leininger y J. Watson (Eds.), *The Caring A Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 45-59.

Komorita, N., Doehring, M. y Hirschert, P. (1991). Perceptions of caring by nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 30(1), 23-29.

Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis: MOSBY.

Kuhn, T. S. (1986). *La estructura de las revoluciones científicas* (10 ed.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Langford, G. (1978). *Teaching as a profession*. Manchester: Manchester University Press.

Lanshley, M., y Wittstadt, R. (1993). Writing across the curriculum: an integrated curricular approach to developing critical thinking through writing. *Journal of Nursing Education*, 32(9), 422-424.

Larrosa, J. (1990). *El trabajo epistemológico en pedagogía*. Barcelona: PPU.

Lather, P. (1986). Research as praxis. *Harvard Educational Reivew*, 56(3), 257-277.

Lawton, D. (1983). *Curriculum studies and educational planning*. London: Hodder y Stoughton.

Leininger, M. (1978). The Phenomenon of Caring: Importance, Research Questions and Theoretical Considerations. En M. Leininger (Ed.), *The Phenomena and Nature of Caring*. Salt Lake City: University of Utah, págs. 3-17.

Leininger, M. (1979). Humanism, Health and Cultural Values. En P. Flynn (Eds.), *The Healing Continuum. Journeys in Philosophy of Holistic Health* New York: Robert Brady, págs. 183-211.

Leininger, M. (1980). Some Philosophical, Historical and Taxonomics of Nursing and Caring in American Culture. En M. Leininger (Ed.), *Characteristics and Classification of Caring Phenomena*, . Salt Lake City: University of Utah, págs. 133-145.

Leininger, M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing* (2 ed.). Orlando: Grune y Stratton. Inc.

Lindeman, C. (1989). Clinical teaching: Paradoxes and Paradigms. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 55-71.

Llano, A. (1986). El cuidado integral del enfermo. En U. d. Navarra (Ed.), *Jornadas de Actualización de procedimientos de Enfermería*. Pamplona: Universidad de Navarra, págs. 501-507.

Loomis, M. (1987). The organization of Nursng Knowledge. En J. McCleoskey y H. Kennedy (Eds.), *Current Issues in Nursing* California: University of California Press, págs. 77-87.

Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

Lutjens, L. y Horan, M. (1992). Nursing theory in nursing education: an educational imperative. *Journal of Professional Nursing*, 8(5), 276-281.

Lyng, S. (1990). *Holistic Health and Biomedical Medicine. A countersystem analysis*. New York: SUNY Press.

Maeve, K. (1994). The carrier bag theory of nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 16(4), 9-22.

Mager, J. (1974). *Formulación operativa de objetivos didácticos*. Madrid: Marova.

Marcelo, C. (1989). *Introducción a la formación del profesorado. Teoría y Métodos*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Marcinek, M. (1993). The curriculum revolution. Transforming barriers to education for registered nurses. *Nurse Educator*, 18(5), 13-16.

Marrero, J. (1992). Las teorías implícitas del profesorado: Un puente entre la cultura y la práctica de la enseñanza. En *III Congreso sobre Pensamiento del Profesor y Desarrollo Profesional*, . Sevilla:

Maslow, A. (1968). Some educational implications of the Humanistic Psychologies. *Harvard Educational Review*, 38(4), 685-696.

Matejski, M. (1981). Nursing education, professionalism and autonomy: social constraints and the goldmark report. *Advances in Nursing Science*.

May, R. (1969). *Love and well*. New York: Norton.

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper and Row.

McCaugherty, D. (1991). The use of a teaching model to promote reflection and the experiential integration of theory and practice in first-year student nurses: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 16(5), 531-543.

McKay, R. (1986). The conceptual framework as a component of curriculum development. En NLN (Eds.), *Faculty Curriculum Development* New York: National League for Nursing, págs. 195-207.

Mckenna, G. (1993). Unique theory - is it essential in the development of a science of nursing? *Nurse Education Today*, 13, 121-127.

McLean, B. (1992). The technical curriculum models: are they appropriate for the nursing profession? *Journal of Advanced Nursing*, 17, 871-876.

Medina, J. L. (1994a). La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma. *Enfermería Clínica*, 4(4), 147-149.

Medina, J. L. (1994b). Fundamentación epistemológica de la Teoría del Cuidado. *Enfermería Clínica*, 4(5), 221-232.

Medina, J. L. (1995). Epistemología y Enfermería: Paradigmas de la investigación en enfermería. *Enfermería Clínica*, 5(1), 32-45.

Meerebeau, L. (1992). Tacit nursing knowledge: an untapped resource or a methodological headache? *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 108-112.

Meleis, A. (1983). The Evolving Nursing Scholarliness. En P. Chinn (Eds.), *Advances in Nursing Theory Development* London: Aspen, págs. 19-31.

Meleis, A. (1985). *Theoretical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Meleis, A. (1986). Theory development and Domain Concepts. En P. Moccia (Eds.), *News Approaches to theory development* New York: National League for Nursing, 3-23.

Meleis, A. (1992). Revisions in Knowledge Development: A Passion for Substance. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincott, págs. 118-127.

Melia, K. M. (1987). *Learning and working: the occupational socialization of nurses*. London: Tavistok.

Melosh, B. (1982). *The Physician hand: Work Culture and Conflict in American Nurse*. Philadelphia: Temple University Press.

Merleau-Ponty, M. (1962) *The phenomenology of perception*. New Jersey: The Humanities Press.

Merton, R. K. (1969). *The student physician: introducing studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press.

Metcalf, S. (1990). Knowing care in the clinical field context: An Educator's point of view. En M. Leininger. y J. Watson (Eds.), *The Caring. Imperative in Education*. New York: NLN, págs. 145-153.

Middlemiss, M. y Neste-Kenny, V. (1994). Curriculum revolution: reflective minds and empowering relationships. *Nursing and Health Care*, 15(7), 350-353.

Miles, R. (1989). Experiential learning in nursing. En M. Jolley. y P. Allan (Eds.), *The curriculum in nursing education* London: Croom Helm, págs. 85-126.

Mitchell, G. y Cody, W. (1992). Nursing knowledge and human science: ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 54-61.

Mitchell, J., y Santopinto, M. (1988). An alternative to nursing diagnosis. *The Canadian Nurse*, Noviembre, 25-28.

Moccia, P. (1985). Dialectics of Theory Development. En NLN (Eds.), *Patterns in Nursing Education: The unfolding of nursing* New York: National League for Nursing.

Moccia, P. (1986a). The Dialectic as Method. En P. Chinn (Eds.), *Nursing Research Methodology. Issues and Implementation* Maryland: Aspen.

Moccia, P. (1986b). Theory development and nursing practice: a synopsis of a study of the theory-practice dialectic. En P. Moccia (Eds.), *News Approaches to Theory Development* New York: National League for Nursing.

Moccia, P. (1988a). A critique of compromise; beyond the methods debate. *Advances in Nursing Science*, 10(4), 1-9.

Moccia, P. (1988b). Curriculum Revolution: an agenda for change. En *Curriculum revolution: mandate for change* New York: National League for Nursing, págs. 53-65.

Moccia, P. (1989). Curriculum Reconceptualization: Integrating the voices of Revolution. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education* New York: National League for Nursing, págs. 135-144.

Moccia, P. (1990a). No sire, it's a revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 307-311.

Moccia, P. (1990b). The politics of education are getting clearer. *Journal of Nursing Education*, 29(1), 3.

Moccia, P. (1991). In 1992 a nurse in every school. *Nursing and Health Care*, 13(1), 14-18.

- Moore, T. W. (1980).** *Introducción a la teoría de la educación*. Madrid: Alianza Universidad.
- Mora, M. y Urrela, V. (1989).** Redefinir el rol de enfermería. *Revista ROL de Enfermería*(129), 23-25.
- Morán, A. (1986).** *Curso práctico de Enfermería*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Morey, M. (1987).** *El hombre como argumento*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (1984).** *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morse, J. (1986).** Quantitative and Qualitative Research: Issues in Sampling. En P. Chinn (Eds.), *Nursing Research Methodology. Issues and Implementation* Maryland: Aspen, págs. 181-191.
- Muff, J. (Ed.). (1982).** *Socialization, sexism and stereotyping. Women's issues in nursing*. St. Louis: Mosby.
- Müller, M. y Dzurec, L. (1993).** The power of the name. *Advances in Nursing Science*, 15(3), 15-22.
- Munding, M. (1980).** *Autonomy in Nursing*. London: Aspen.
- Munhall, P. (1988).** Curriculum Revolution: A social mandate for change. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution mandate for change* New York: National League for Nursing, págs. 217-231.
- Munhall, P. y Oiler, C. (1986).** Epistemology in Nursing. En P. Munhall. y C. Oiler (Eds.), *Nursing Research. A Qualitative Perspective* Norwalk: Appleton-Century-Crofts, págs. 27-42.
- Murdock, J. (1983).** Curriculum development in Nursing: Historical perspective. En M. White (Eds.), *Curriculum development from a nursing model* New York: Springer Publishing Company, págs. 1-27.
- Musante, M., Coleman, R. y Kneeland, T. (1992).** Classroom shared governance. *Nurse Educator*, 17(4), 19-22.
- Navarro, V. (1978).** *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.
- Nehls, N. (1995).** Narrative Pedagogy: rethinking nursing education. *Journal of Nursing Education*, 34(5), 204-210.
- Nelms, T. (1990).** The lived experience in nursing education: a phenomenological study. En M. Leininger. y J. Watson (Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 285-297.
- Newell, A. y Simon, H. (1972).** *Human problem-solving*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nightingale, F. (1991).** *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat. Masson. (Primera edición en Ingles en 1859).

Northrup, D. (1993). Self-care mith reconsidered. *Advances in Nursing Science*, 15(3), 59-66.

Nyatanga, L. (1991). Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today*, 11(1), 13-18.

O'Brien, B. y Pearson, A. (1993). Unwritten knowledge in nursing: consider the spoken as well as the written word. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7(2), 111-127.

Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31(3), 178-181.

Oiler, C. (1988). Phenomenology: a foundation for nursing curriculum. En NLN (Eds.), *Curriculum revolution: mandate for change* New York: National League for Nursing, págs. 65-89.

Oliva, P. (1982). *Developing the curriculum*. Boston: Liitle, Brown.

Orem, D. (1987). The self-care deficit theory of Nursing. En R. Parse (Eds.), *Nursing Science : Major paradigms, theories and critiques* Philadelphia: W. B. Saunders, págs. 234-250.

Orlando, I. J. (1961) *The dinamic nurse-patient relationship*. New York: Putman Sons.

Owen-Mills, V. (1995). A synthesis of caring praxis and critical social theory in a emancipatory curriculum. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1191-1195.

Parfit, B. (1989). A practical approach to creative teaching: an experiment. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 665-677.

Parse, R. R. (1981). *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*. New York: John Wiley.

Paterson, B. y Crawford, M. (1994). Caring in nursing education; an analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 164-173.

Patterson, J. y Zderad, L. (1979). *Humanistic Nursing*. New York: Wiley and Sons.

Pearson, A. (1992). Knowing nursing: emerging paradigms in nursing. En K. RobinsyB. Vaughan (Eds.), *Knowledge for Nursing Practice* Oxford: Butterworth-Heinemann.

Pellegrino, E. (1985). The Caring Ethic. En A. Bishop. y J. Scudder (Eds.), *Caring, curing, coping: Nurse, physicians, patient relationships*. Alabama: University Alabama Press, págs. 8-30.

Pérez Gómez, A. (1988). El pensamiento práctico del profesor. Implicaciones en la formación del profesorado. En A. Villa (Ed.) *Perspectivas y problemas de la función docente*. San Sebastian: Narcea, págs. 128-149.

Perry, A. (1993). A Sociologist's View: the handmaiden theory. En M. Jolley. y G. Brycznska (Eds.) *Nursing: its hidden agendas*. London: Edward Arnold, págs 43-79.

Perry, J., y Moss, C. (1989). Generating alternatives in nursing: turning curriculum into a living process. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 6(2), 35-40.

Peters, R. (1966) *Ethics and Education*. London: George Allen and Unwin.

Pitts, T. (1985). The covert curriculum. What does nursing education really teach? *Nursing Outlook*, 33(1), 37-42.

Planner, B. (1981). *Holistic Nursing*. Englewood Cliffs, USA: Prentice Hall.

Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: toward a post critical philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul.

Popkewitz, T. S. (1995). Política, conocimiento y poder: algunos elementos para el estudio de la reforma educativa. En G. Cordero. y A. Salmerón (Eds.), *Elementos para el estudio de la reforma educativa y la formación del profesorado. Textos de Thomas S. Popkewitz* Barcelona: ICE, págs. 29-50.

Pulpón, A. e Icart, M. T. (1995). Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Catalunya (1994). *Enfermería Clínica*, 5(4), 157-162.

Purkis, M. E. (1994). Entering the field: intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), 315-336.

Rather, M. (1994). Schooling for oppression: a critical hermeneutical analysis of the lived experience of the returning RN students. *Journal of Nursing Education*, 33(6), 271.

Rawilson, M. (1982). Medicine's discourse and the practice of medicine. En V. Kestenbaum (Eds.), *The humanity of the ill*. Knoxville: University of Tennessee press, págs. 69-85.

Ray, M. (1992). Critical theory as framework to enhance nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 98-101.

Reeder, F. (1993). The science of unitary human beings and interpretative human science. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 13-23.

Reilly, D. (1990). *Behavioral objectives evaluation in nursing* (3^a ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

Reilly, D. y Oermann, M. (1985). *The clinical field. Its use in nursing education*. New York: Appleton.

Remen, N., Blau, A. y Hively, R. (1979). The masculine principle, the feminine principle and humanistic medicine. En P. Flynn (Eds.), *The Healing Continuum. Journeys in Philosophy of Holistic Health* New York: Robert Brady, págs. 259-307.

Riemen, D. (1986). The Essential Structure of a Caring Interaction: Doing Phenomenology. En P. Munhall. y P. Oiler (Eds.), *Nursing Research. A Qualitative Perspective* Norwalk: Appleton-Century-Crofts, págs. 85-105.

Retsas, A. (1995). Knowledge and practice development: toward an ontology of nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 12(2), 20-25.

Riopelle, L., Grondin, L., & Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermería. Aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje*. Madrid: McGraw-Hill.

Rizzo Parse, R. (1980). Caring from a Human Science Perspective. En M. Leininger (Ed.), *Characteristics and Classification of Caring Pehenomena*. Salt Lake City: University of Utah, págs. 129-133.

Roberts, S. J. (1983). Oppressed Groups: Implications for Nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(7), 21-30.

Robertson, A. y Minkler, M. (1994). New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312.

Robinson, K. (1992). The politics of knowledge. En K. Robinson. y B. Vaughan (Eds.), *Knowledge for Nursing practice* Oxford: Buterworth-Heinemann, págs. 201-213.

Rodgers, B. (1991). Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. *IMAGE. The Journal of Nursing Scholarship*, 23(3), 177-181.

Rogers, C. (1969). *Freedom to learn*. Columbus. O: Merrill.

Rogers, M. (1980). Nursing: A science of unitary man. En J. P. Rihel y C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* New Tork: Appelton-Century-Crofts, págs. 239-257.

Roy, C. (1992). Modelo de adaptación de Roy. En J. Riehl-Sisca (Eds.), *Modelos conceptuales de Enfermería* (pp. 85-106). Barcelona: DOYMA, págs. 85-106.

Rubritz, M. (1995). Clinical learning experiences and professional nursing caring: a critical phenomenological study of female baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34(5), 235-242.

Ruffing-Rahal, M. (1992). Incorporating feminism into graduate curriculum. *Journal of Nursing Education*, 31(6), 247-252.

Ryle, G. (1949) *The concept of mind*. London: Hutchinson.

Saylor, J. y Alexander, W. (1954). *Curriculum planning for better teaching and learning*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Scales, F. (1985). *Nursing Curriculum: development, structure and function*. London: Prentice Hall.

Scharaeder, B. (1987). Clinical Teaching of Parent/Child Nursing. En J. Roode (Eds.), *Changing patterns in nursing education* New York: National League for Nursing, págs. 71-75.

Schein, E. (1973) *Professional Education*. New York: Mcgraw-Hill.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioners: How Professionals Think in Action.* New York: Basic Books.

Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones.* Madrid: Paidós MEC.

Schultz, P. (1987). Toward a holistic inquiry in nursing: a proposal for synthesis of patterns and methods. En S. Gortner (Eds.), *Nursing Science Methods: A Reader* California: University of California Press, págs. 5-17.

Schuster, E. (1993). Greening the curriculum. *Journal of Nursing Education*, 32(8), 381-383.

Sheston, M. (1990). Caring in Nursing Education: A Theoretical Blueprint. En M. Leininger y J. Watson (Eds.), *The Caring Imperative in Education* New York: National League for Nursing, págs. 109-125.

Shor, I. (1986). *Culture Wars: School and society in the conservative restoration. 1969-1984.* London: Routledge y Keagan Paul

Shor, I. (1987). *Critical teaching and everyday life.* Chigago: Chicago University Press.

Siler, B., y Nelms, T. y Wilson, C. (1994). Language of possibility. *Nursing and Health Care*, 15(7), 354-357.

Silva, M. y Rothbart, D. (1992). An Analysis of Changing Trendes in Philosophies of Science on Nursing Theory Development and Testing. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 260-273.

Simmons, S. y Bahl, D. (1992). An integrated approach to curriculum development. *Nurse Education Today*, 12(4), 310-315.

Skinner, B. (1953). *Science and human Behavior.* New York: McMillan.

Smith, B., Colling, K., Elander, E. y Lathman, C. (1993). A model for multicultural curriculum development in baccalaureate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32(5), 205-208.

Smith, D. (1983). *The idea of Health. Implications for the Nursing Profesional.* New York: Teachers College Press.

Smith, M. (1992). The distinctiveness of nursing knowledge. *Nursig Science Quarterly*, 5(4), 148-149.

Smythe, E. (1993). The teacher as midwife: a new zealand narrative. *Journal of Nursing Education*, 32(8), 365-369.

Sohn, K. (1991). Conceptual frameworks and patterns of nursing curriculum. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 858-866.

Spence, D. (1994). The curriculum revolution: can educational reform take place without a revolution in practice? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 187-193.

- Stenhouse, L. (1980).** *Investigación y desarrollo del currículo*. Madrid: Morata.
- Stevens, B. (1980).** The relationship of Nursing Theory to Curriculum Development. En NRI (Eds.), *Teaching Tomorrow's Nurses* Massachusetts: INC, págs. 87-103.
- Strasser, S. (1895).** *Understanding and explanation: Basic ideas concerning the humanity of the human sciences*. Pittsburg: Duquesne. University Press.
- Sutcliffe, J., y Holmes, S. (1991).** Quality of live: verification and use of self-assesment in two patients populations. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 490-498.
- Sutcliffe, L. (1992).** An examination of the implication of adopting a process approach to curriculum planning, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1496-1502.
- Symonds, J. (1990).** Revolutionizing the Student-Teacher Relationship. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Redefining the Student-Teacher Relationship* New York: National League for Nursing, págs.47-57.
- Taba, H. (1974).** *Elaboración del currículo*. Buenos Aires: Troquel.
- Tanner, C. (1990a).** Caring as a value in nursing education. *Nursing outlook*, 38(2), 70-72.
- Tanner, C. (1990b).** Introduction. En NLN (Eds.), *Curriculum Revolution: Redefining the Student-Teacher Relationship* New York: National League for Nursing, págs. 1-5.
- Tanner, C. (1990c).** Reflections on the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 295-299.
- Tanner, C. (1992).** Education as social responsibility. *Journal of Nursing Education*, 31(1), 3-4.
- Tanner, C., Benner, P., Chesla, C. y Gordon, R. (1993).** The phenomenology of knowing the patient. *IMAGE. The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.
- Tanner, C., Padrik, K.y Westfall U. y Putzier, D. (1987).** Diagnostic reasoning strategies of nurses and nursing students. *Nursing Research*, 36(6), 358-363.
- Taylor, C. (1985).** *Philosophy and the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, J. (1993).** Education can never be neutral - teaching for subversion. *Nurse Education Today*, 13, 69-72.
- Thompson, J. (1987).** Critical scholarship: the critique of domination in nursing. *Advances in Nursing Science*, 10(1), 27-38.
- Thompson, J. (1990).** Hermeneutic Inquiry. In L. Moody (Ed.), *Advancing Nursing Science Throug Research* (Vol. 2,). London: Sage.
- Thordnike, E. (1949).** *Selected writings from a connectionist's psychology*. New York: Applenton-Century-Crofts.

Thorne, S., Jillings, C., Ellis, D. y Perry, J. (1993). A nursing model in action: the university of British Columbia experience. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1259-1266.

Torres, G. y Stanton, M. (1982). *Curriculum process in Nursing*. New Jersey: Prentice Hall.

Torres, G., y Yura, E. (1986). The meaning and functions of concepts and theories within education and nursing. En NLN (Eds.), *Faculty curriculum Development* New York: National League for Nursing, págs. 163-171.

Tyler, R. (1949) *Principios básicos del curriculum y la instrucción*. Buenos Aires: Kaspeluz.

Vander, J., Sherman, J. y Luciano, D. (1979). *Fisiología Humana* (2 ed.). Bogotá: McGraw-Hill Latinoamericana.

Van Manen, M. (1977) Linking ways of knowing with ways of being practical. *Curriculum Inquiry*. 6 (2), 205-28

Vaughan, B. (1992). The Nature of Nursing Knowledge. En K. Robinson. y B. Vaughan (Eds.), *Knowledge for Nursing Practice* Oxford: Butterworth-Heinemann, págs. 3-21.

Wald, F. y Leonard, R. (1992). Towards Development of Nursing Practice Theory. En L. Nicolls (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 20-29.

Walker, L. (1992). Toward a Clearer Understanding of the concept of Nursing Theory. En L. Nicoll (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* Philadelphia: Lippincot, págs. 29-40.

Wallerstein, N. y Sanchez-Merki, V. (1994). Freirian praxis in health education researchs results from an adolescent prevention program. *Health Education Research*, 9(1), 105-118.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1987). The dream curriculum. En NLN (Eds.), *Patterns in Nursing: Strategic planning for nursing education* New York: National League for Nursing, págs. 91-107.

Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38(2), 62-66.

Watson, J. (1992). Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J. Rihel-Sisca (Eds.), *Modelos Conceptuales de Enfermería* (pp. 179-192). Barcelona: DOYMA, págs. 179-192.

Watson, J. y Herbener, D. (1990). Programe evaluation in nursing education: the state of the art. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 316-323.

Webb (1990). Nursing Models in the curriculum: the nursing degree course at Bristol Polytechnic. *Nurse Education Today*, 10(4), 299-306.

Weber, G. (1991). Nursing diagnosis: a comparison of nursing textbook approaches. *Nurse Educator*, 16(2), 22-26.

Webster, G. (1990). Nursing and The Philosophy of Science. En J. McCloskey. y H. Kennedy (Eds.), *Current Issues in Nursing* St. Louis: Mosby, págs. 12-17.

Webster, G. (1990). Nursing and The Philosophy of Science. En J. McCloskey. y H. Kennedy (Eds.), *Current Issues in Nursing* St. Louis: Mosby, págs. 12-17.

Wellmer, A. (1990). Comunicación y emancipación. Reflexiones sobre el giro lingüístico de la Teoría Crítica. *ISEGORIA. Revista de filosofía moral y política* (1), 15-49.

Wheeler, C. y Chinn, P. (1989). *Peace and power. A handbook of feminist process.* New York: National League for Nursing.

Wilkes, L. y Wallis, L. (1993). The five Cs of caring: the lived experiences of student nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 11(1), 19-25.

Williams, A. (1993). Community health learning experiences and political activism: a model for baccalaureate curriculum revolution content. *Journal of Nursing Education*, 32(8), 352-355.

Witt, B. (1992). The liberating effects of RN-to-BSN education. *Journal of Nursing Education*, 31(4), 149-157.

Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas.* Mexico: Instituto de Investigaciones Filosóficas. UNAM.

Wright, G. (1980). *Explicación y Comprensión.* Madrid: Alianza Universidad.

Wuest, J. (1993). Removing the shackles: a feminist critique of noncompliance. *Nursing Outlook*, 41, 217-224.

Yura, H. (1986). Curriculum development process. En NLN (Eds.), *Faculty Curriculum Development* New York: National League for Nursing, págs. 3-11.

Zeichner, K. (1986). The practicum as an occasion for learnign to teach. *Journal of Teacher Education*, 14(2), 11-28.