



NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI. ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

Maria Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL
María Sagrario Acebedo Urdiales

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO
EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS
DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI

Once relatos y veintitantas historias

Dirección:
Dr. José Luís Medina Moya y Dra. Carme Ferré Grau
Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.
ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS
María Sagrario Acebedo Urdiales
Dipòsit Legal: T. 1293-2012

a las enfermeras de las UCIs

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

Gracias

a mis directores de tesis que con aliento, confianza y respeto me han acompañado en este trabajo

a mis compañeras y amigas del departamento de enfermería y de la biblioteca del Campus Catalunya por su ánimo y desinteresada ayuda

a mis amigos por estar ahí

a mi familia por su compromiso y cariño

a las enfermeras por la generosidad de sus relatos

Un agradecimiento formal a Virtudes y a las alumnas del Máster en Ciencias de la enfermería por el apoyo en las entrevistas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

Resumen

Esta tesis es una investigación narrativa de los relatos orales de enfermeras expertas en unidades de Cuidados Intensivos, que surgieron de la pregunta: *¿Puedes contarme una historia de tu práctica en la UCI que recuerdes especialmente*, que pretende explorar el conocimiento práctico de algunas dimensiones del cuidado que no es posible cuantificar. Para ello, utilizando como referencia la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu y las habilidades de enfermeras expertas descritas por Patricia Benner, se realiza una inmersión narrativa en los relatos de las enfermeras que interpreta: los temas favoritos de sus historias; los aspectos ligados a su recuerdo; las habilidades y modos de hacer y las relaciones que desarrollan. Y nos muestra la importancia de la emoción en el recuerdo y construcción de experiencia, lo que motiva el cuidado y el saber incorporado que les permite ver y hacer lo que importa en su práctica. Así como el nivel de conocimiento que tienen de las formas de dominación, violencia y capitales simbólicos que se ponen en juego en el campo de la UCI.

SUMMARY:

This thesis is mainly a narrative research on some oral accounts of expert nurses in Intensive Care Units. They were found as an answer to the following question: *¿Could you please tell me any story about your ICU practices that you remember specially?* This question tries to explore the practical knowledge of some dimensions of the care that is not possible to quantify. Pierre Bourdieu's theory of practice and the abilities of expert nurses described by Patricia Benner are used in order to tackle a narrative immersion in the stories of the nurses that interprets: the favorite subjects of their stories, the aspects linked to their memories; the abilities and "ways to do" and the relationships they build. It also shows the importance of the emotion in remembering and developing experience, which motivates the care and the inbuilt knowledge that let them see and do what it is important in their practices. Just as the level of knowledge of the ways of domination, violence and symbolic capitals that are put at risk in the field of ICU.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

INDICE de contenido

Resumen	7
Introducción	15
Objetivos	18
Historia de una pregunta	21
PRIMERA PARTE	
Cosas dichas...para investigar prácticas	31
Un planteamiento	31
1. Enfermería ¿ciencia natural o ciencia social?	34
1.1. Una aclaración desde claves históricas	34
1.2. Un posicionamiento recapitulando ideas.....	40
2. La <i>praxis</i> ¿cómo se construye?	43
2.1. La razón instrumental en la visión tecnológica	44
2.2. La razón práctica de las artes clínicas	47
3. La teoría de la práctica de Pierre Bourdieu	50
3.1. Del <i>habitus</i> incorporado	53
3.2. De capitales y prácticas	56
3.3. Del campo de fuerzas y de luchas	61
3.4. Interrogantes desde lo dicho y lo incorporado	63
3.5. Exploraciones en el campo enfermero desde tesis bourdonianas.....	64
4. La práctica clínica enfermera de Patricia Benner.....	65
4.1. Puntos de vista de la práctica y el cuidado.....	66
4.2. Génesis y desarrollo del conocimiento práctico.....	72
4.2.1. La practica enfermera experta	76
4.3. Ideas y preguntas desde tesis Bennerianas	85
4.4. Exploraciones desde la filosofía de Benner	88
5. La narrativa.... relatos de experiencia e investigación.....	89
5.1. ¿Qué es narrativa para esta tesis?	89
5.1.1. Dos significados	95
5.2. Del encuentro relatos de experiencia e investigación narrativa	96
5.2.1. La <i>verdad</i> narrativa	96

5.2.2. Características de la narrativa.....	101
SEGUNDA PARTE	
La UCI...Estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?	107
6. Espacio social, lugar de relación... evolución de un lenguaje	108
7. Espacio y entorno... evolución de un diseño	110
7.1. Una aproximación a dos UCIs del entorno.....	113
8. La vivencia de enfermar... y vivir en la UCI.....	117
TERCERA PARTE	
Método y trabajo de campo	123
9. Aspectos metodológicos.....	125
9.1. Reflexiones anteriores a iniciar el proceso de dar sentido a los datos.....	125
9.2. De cómo dotar de credibilidad al estudio	131
10. Acceso al escenario y recogida de información	132
10.1. Aspectos éticos de la investigación	132
10.2. Las fuentes y recogida de datos.....	133
10.3. Proceso de análisis y comprensión de los datos	135
QUARTA PARTE	
De prácticas y narrativas	147
11. Recuerdo y construcción de experiencia	148
11.1. Historias, temas y tramas.....	150
11.2. Emoción, recuerdo y experiencia	161
11.3. Mundo experto, una tarea en transición.....	165
11.4. Tipos de narrativas y su encaje en la agrupación de Benner, Tanner y Chesla	167
12. Lo que motiva el cuidado	176
12.1. La disposición a cuidar del otro.....	177
12.2. Compasión, sufrimiento y daño.....	180
13. El saber incorporado, <i>un capital en beneficio del paciente, familia y la identidad enfermera</i>	184
13.1. Conciencia, intuición y juicio.....	188
13.1.1. ¿Qué significan conocer al paciente y conocer a la familia?.....	189
13.1.2. ¿Qué significa conocer al equipo?.....	193
13.2. Saber cómo,....o <i>la sustancia de lo cotidiano</i>	196
13.2.1. El cómo del apoyo al vínculo padres-bebes	197
13.2.2. Conectar, calmar y situar al paciente que no puede comunicarse	198

13.2.3.	Situar y aliviar al paciente en las transiciones de la respiración mecánica	200	
13.2.4.	De cómo dar confianza o garantizar la seguridad del paciente inmovilizado	203	
13.2.5.	La “conexión” con el paciente en coma	205	
13.2.6.	El cuidado del cuerpo.....	206	
13.2.7.	La transición de cuidados de salvar la vida a cuidados paliativos.....	207	
13.2.8.	Tranquilizar, situar y dar confianza a la familia con la información de los síntomas, de lo cotidiano y el apoyo a la presencia familiar	210	
13.2.9.	De cómo proteger y defender al paciente del error o de prácticas que van más allá de un tratamiento razonable	214	
14.	Conocimiento/ desconocimiento del poder y relaciones de opresión	216	
14.1.	De las clásicas luchas	220	
14.2.	Y tradicionales dominios.....	226	
QUINTA PARTE			
Reflexiones finales			233
15.	Relato y conocimiento práctico... <i>ligera fortaleza</i>	234	
16.	Investigación narrativa... <i>una experiencia</i>	237	
17.	Sobre el conocimiento práctico de las enfermeras expertas de la UCI	239	
18.	Algunas expectativas prácticas y líneas de ampliación.....	243	
BIBLIOGRAFÍA.....			245
ANEXOS			
Anexo 1: Historias y experiencia de conocimiento desde el metarelato			269
Anexo 2: Guía entrevista individual.....			287
Anexo 3: Hoja de consentimiento informado.....			289

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Modelo de principiante a experto, (Elaboración propia).....	73
Ilustración 2: Competencias y habilidades de novel a experta, (Benner, 1984).....	74
Ilustración 3: Proceso de investigación y presentación, (Elaboración propia).....	124
Ilustración 4. Dimensiones interpretación/ comprensión, (Medina, 2005b:56)	126
Ilustración 5: Análisis, comprensión y generación narrativa, (Elaboración propia)	131
Ilustración 6: Narrativas que capturan la importancia de una práctica, (Benner y col, 1996) ..	170

Ilustración 7: Narrativas de aprendizaje, (Benner y col, 1996).....	174
Ilustración 8: Historias y función narrativa, (Elaboración propia).....	176

“(…) soñamos narrativamente, imaginamos narrativamente, recordamos, anticipamos, esperamos, desesperamos, creemos, dudamos, planeamos, revisamos, criticamos, construimos, cotilleamos, aprendemos, odiamos y amamos bajo especies narrativas”

(Hardy, B. 1968, p. 5)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

Introducción

Esta tesis, que aborda *el estudio del conocimiento práctico de la enfermería en la UCI desde la narrativa*, nace de la convicción de que el *conocimiento práctico*, como han señalado estudiosos como Polanyi (1967) Bourdieu (1991) Schön (1998) o Claxton (2002), es un campo de conocimiento por derecho propio, porque en la práctica no sólo se maneja, sino que también se desarrolla. Y de la pregunta: ¿Qué método nos permite estudiarlo? Y concretando, en el campo de la enfermería ¿Cómo se estudia el conocimiento práctico del cuidado? Una práctica que, como es tópico, se ha caracterizado por su invisibilidad, y que a la complejidad del estudio del conocimiento práctico añade el problema de la cuantificación del cuidado.

Un problema que afrontan las ciencias humanas y sociales cuando pretenden utilizar en sus investigaciones la ciencia natural, que numerosos autores resuelven planteando que en enfermería no es posible cuantificar ciertas dimensiones del cuidado y es necesario utilizar metodología cualitativa (Taylor, 1993; Dreyfus, 1986; Dunlop, 1994; Benner, 1984, 2005; o Medina, 1999; 2004; 2005b).

La asunción de una metodología cualitativa conduce a la siguiente pregunta: ¿Cuál? Y como mi interés en el momento de plantearme esta pregunta estaba en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos y Benner Hooper-Kyriakidis y Stannard (1999), que han estudiado la competencia y habilidades de cuidado de las enfermeras en la UCI, dicen que el conocimiento práctico posee una estructura narrativa, tengo aquí una buena respuesta: *el estudio de su narrativa*.

Pero: ¿Cómo se estudia? Taylor (1985), en su distinción entre procesos naturales y prácticas humanas, señala que los primeros son relativamente independientes del lenguaje usado para describirlos, mientras que las prácticas humanas se hallan constituidas por el lenguaje utilizado en su descripción. Una idea que presenta la investigación como una práctica en la que el lenguaje importa y está muy condicionada por lo que es capaz de ver el investigador.

¿Puede entonces la narrativa ser un buen método de investigación? La respuesta se presenta en Connelly y Clandinin (1995) cuando manifiestan que estudiar la narrativa es estudiar la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo y que la narrativa es el *fenómeno* que se investiga y, también, es un *método* de investigación que busca

Introducción

construir y analizar los fenómenos narrativos. Una respuesta que orienta un trabajo de tesis del que voy señalar las partes de que consta, de modo que pueda irse armando lo que ya considero mi propio discurso y los objetivos más concretos de esta investigación.

En primer lugar me ha parecido importante hacer explícitos en el capítulo titulado: “*Historia de una pregunta*”, algunos de los aspectos que forjan y dan origen a mi interés por el tema, porque esta investigación no es producto de un razonamiento intelectual por la revisión bibliográfica, sino producto de mi historia profesional, según he ido reasignando significados a las vivencias de mi práctica como enfermera, como docente y como estudiosa de la práctica.

Lo que sigue del trabajo está estructurado en cinco partes.

En la primera parte: **Cosas dichas...para investigar prácticas**, se plantea el marco teórico de lo que deseo abordar, según lo dicho por diferentes autores sobre la investigación de la práctica enfermera y la narrativa como fenómeno y método de investigación. El extenso tratamiento que hago de la teoría de la práctica del sociólogo Pierre Bourdieu, profundizando en los conceptos de *habitus*, capital, campo y violencia simbólica; y de la adquisición de competencia clínica de novel a experto y habilidades de enfermeras expertas descritas por Patricia Benner, responde a que sus planteamientos me han resultado fundamentales para mirar y comprender la práctica.

En la segunda parte: **La UCI... Estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?**, se trata de *estar situado* en el escenario de investigación, la UCI. Mi interés se centra aquí en reconocer los desafíos de la enfermería para armonizar tecnología, ambiente y relación de forma que dé lugar (o no) a entornos humanizados para paciente, familia y profesionales.

En la tercera parte: **El método y trabajo de campo**, he considerado de interés plantear lo que ha supuesto el proceso de toma de decisiones del diseño, las preguntas que iban surgiendo sobre el terreno, las respuestas encontradas en los estudiosos de la investigación sobre la interpretación y comprensión de los datos y las opciones elegidas. Y sobre todo, *lo hecho*, cómo he atendido a los objetivos propuestos; los aspectos éticos; los criterios establecidos en la selección de las enfermeras participantes; el análisis, la interpretación y comprensión de datos; las preguntas y guías desde el marco teórico a las que he tratado de responder; y cómo he agrupado las unidades de significado en categorías

Introducción

y núcleos temáticos, y por último los ejes que atraviesan el discurso de las enfermeras y que son considerados temas emergentes sobre los que he articulado los resultados y discusión de los datos.

La cuarta parte, con el título: **De prácticas y narrativas**, es una inmersión en el mundo de la práctica de las enfermeras de cuidados intensivos a través de sus relatos. Los temas favoritos de sus historias, los aspectos ligados a su recuerdo, las habilidades y dominios que nos muestran unas competencias muy desarrolladas y otras poco exploradas, los modos de hacer como *habitus* y cultura compartida, las relaciones y lo que creen posible (o no) desde su experiencia. He procurado en todo momento que la explicación no pierda el hilo de lo que se busca (el conocimiento práctico) y también que mi voz esté presente. He buscado no posicionarme como una investigadora que busca la distancia con los datos, por el contrario, he procurado poner énfasis en la naturaleza colaborativa que supone una investigación narrativa, en la que participantes e investigadora entran en relación con un objetivo común en el sentido señalado por Noddings¹ (1986) aplicado a la enfermería.

La quinta y última parte como indica su nombre: **Reflexiones finales**, recoge algunas reflexiones sobre el relato y el conocimiento práctico de las enfermeras expertas de la UCI. Impresiones y limitaciones que he experimentado en la investigación narrativa, así como algunas expectativas prácticas que puede aportar su uso en la mejora del conocimiento y de la práctica enfermera.

Por último, en la bibliografía se presenta los textos utilizados como guía y referencia. Y en anexos se recogen documentos con dos ejemplos que muestran metarelatos de análisis, la guía utilizada en las entrevistas y la hoja del consentimiento informado.

¹ La autora en el contexto de investigación narrativa de la enseñanza, dice "*Debería ser interpretada y construida para la enseñanza*" (1986, Citado en Connelly y Clandinin, 1995:19)

Objetivos

Como se puede intuir por el título de esta investigación: *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI. "Once relatos y veintitantas historias"*, dos son las ideas subyacentes. La primera es que las enfermeras cuando se les pregunta por situaciones de la práctica responden contando historias. La segunda es el tema central que se aborda en este trabajo y tiene que ver con la posibilidad de explorar y comprender el conocimiento práctico de las enfermeras de cuidados intensivos, desde la narrativa de sus historias.

Desde estas ideas, espero que el relato de las enfermeras permita, con la mirada de las teorías seleccionadas y el trabajo hermenéutico que caracteriza la investigación narrativa, alcanzar el propósito de este trabajo: Caracterizar y comprender el saber incorporado que hay en las prácticas de las enfermeras de las UCIs por los significados atribuidos a sus narrativas como fenómenos de estudio.

Partiendo de este propósito, como objetivos generales me planteo:

1. Caracterizar historias y competencia clínica atendiendo a los temas y prácticas como asuntos de experiencia.
2. Identificar áreas de conocimiento emergentes que al ser exploradas desde el relato nos informan de lo que importa en la práctica, de su significado, de lo conocido y por conocer en el desarrollo de la *praxis*, como competencia clínica y ética del cuidado en la UCI.

Y como objetivos más específicos me propongo:

- Aproximarme a las historias contadas con el fin de explorar temas, y tramas como asuntos de experiencia.
- Analizar e interpretar los significados, creencias, *habitus*, capitales y estrategias que las enfermeras utilizan en sus juicios, acciones y relaciones.
- Reconstruir narrativamente los temas y aspectos encontrados, lo que conocen y lo que des-conocen de sus prácticas, deteniéndome especialmente en el saber *cómo* de sus prácticas cotidianas y en las creencias que sostienen sus relaciones.

Introducción

- Reflexionar sobre ellos profundizando en los aspectos y conceptos que considere de interés, dejándome guiar por el sentido del texto, los temas que emergen y las preguntas que suscite la reconstrucción de la narración.
- Por último, aportar una interpretación y contraste de los resultados obtenidos desde la perspectiva de lo que puede aportar la narrativa como práctica de investigación del cuidado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

Historia de una pregunta

Es preciso practicar permanentemente lo que Gadamer llama revisión de los preconceptos que fueron construidos en un determinado horizonte de sentido, en una determinada tradición. Y alerta que esta es una tarea hermenéutica infinita

(Vorraber, 1997)

En este capítulo me planteo reexaminar, enlazando con mi biografía profesional, cómo se han ido definiendo los motivos e intereses que han dado lugar al tema de esta investigación, así como la construcción del problema de estudio. Me parece importante esta tentativa de verme yo misma, de dialogar con mis propios marcos de referencia y de estar alerta al sentido de lo construido, por ser este el medio elegido de investigación. Asumo pues que es la mirada, el pensamiento y el lenguaje, lo que va configurando y va dando un significado a la acción emprendida, y que lo relatado proporciona una toma de conciencia de la propia práctica.

En la comprensión de esta mirada gestáltica, relacionada con la transición del *conocer cómo* al *conocer qué*², trataré de profundizar en el diálogo de estas dos conciencias. Desde un principio intentaré presentar los hitos más importantes de mi vida profesional y, actuando en un proceso recursivo entre pasado-presente, trataré de contextualizar los pensamientos, creencias, vivencias o expectativas que han conducido a las preguntas de esta investigación. Decir antes de continuar, que la tarea es compleja por la reflexión introspectiva que conlleva y porque sé que la búsqueda del conocimiento, que ha caracterizado mi vida profesional-personal, está llena de creencias, de razonamientos lineales y reduccionistas y de verdades o certezas elaboradas para calmar la inquietud, proteger la identidad y darme seguridad. Así que desde la prevención en la que me sitúa

² Me refiero aquí a lo que Polanyi (1958) plantea en *Personal knowledge*, dos tipos de conciencia que emergen por separado y que son excluyentes "Subsidiary awareness and focal awareness are mutually exclusive" en relación a la diferente atención que necesitan el tomar conciencia de una y otra.

Historia de una pregunta

esta conciencia comienzo este proceso de de-construcción y construcción de mi pensamiento de investigación.

He organizado este capítulo en tres apartados en torno a lo que considero tiempos distintos en mi vida profesional, en los que, si bien entiendo un *continuum*, hay momentos en los que se produce un salto en la experiencia que da lugar a nuevas maneras de mirar y de interrogarme.

Experiencias y prácticas en mi vida como enfermera

Como *ser* enfermera se asocia con frecuencia con aspectos vocacionales, me parece de interés señalar que en mi caso no fue vocacional, sino motivado por el deseo de libertad (finales de los setenta del siglo pasado) que me proporcionaba estudiar enfermería en una ciudad alejada del domicilio materno (en mi cultura el domicilio lo es). Sí que adquirí, desde mis inicios de estudiante y durante los ocho años que estuve en la asistencia, la cultura que entendía la enfermería como una profesión de compromiso y cuidado *¿Empleábamos entonces conceptos como “compromiso” y “cuidado”?* La verdad no tengo ningún recuerdo de ello, pero sí tengo la percepción *¿embellecida?* de que hacíamos las cosas desde posicionamientos firmes, ejercidos desde un incipiente feminismo y con la conciencia del poder de una profesión de mujeres con un compromiso ético en defensa del paciente. Y *¿de dónde venía tanta fortaleza?*, probablemente respondía a los tiempos que estaba viviendo nuestra juventud, de implicación social y política, de compromiso con el trabajo y sobre todo de confianza en un futuro que nos correspondía mejorar.

-¿Y en la actualidad qué pasa? ¿Cómo responden hoy las enfermeras a la defensa del paciente? ¿Qué valores guían su práctica? Dejo aquí estas preguntas que se vinculan a mis actuales intereses de saber cómo es el conocimiento enfermero.

Siguiendo con mi discurso quiero resaltar lo mucho que aprendí de mi compañera Leo, con un saber hacer y una implicación personal en lo que hoy distingo un alto nivel de competencia práctica, que está en sintonía con la ética del cuidado (Benner, 1984) o la dimensión afiliativa (Nussbaum, 2001) más allá de modelos biomédicos y códigos deontológicos. Aunque si me detengo a reflexionar sobre ello, y sobre todo en relación a la experiencia clínica, creo que aquella admiración también era producto de mi rudimentario saber clínico. Sí estoy segura de mi recuerdo de una persona muy sensible ante el

Historia de una pregunta

sufrimiento, que conectaba con la preocupación de los pacientes y familias como su *“forma natural de hacer las cosas”*.

Experiencias y prácticas en los primeros años de docencia

El acceso a la docencia fue un hito en mi vida profesional. Me incorpore al proyecto de crear una escuela de enfermería con un entusiasmo que compensó en cierta medida mi carencia de bagaje pedagógico y científico. Probablemente por la exigencia que suponía el reto se creó un clima de confianza y buen entendimiento entre un pequeño grupo de colegas que hizo que el aprendizaje y el hacer colaborativo haya sido una constante desde ese momento en mi trayectoria profesional.

En esta etapa mi interés estaba en descubrir las fuentes teóricas que fundamentan la enfermería y cómo se explicaba. Mi actividad docente la ejercía con miedo escénico y la orientaba hacia un saber “profesional” (*ahora diría práctico*). Más preocupada en entrenar, recetar y en “lo que debe ser”, que en lo reflexivo. Aunque, inevitablemente, la contradicción se presentaba cuando debía fundamentar lo explicado.

Trabajando con mi nueva colega Carmen, que tenía una visión más universal y la capacidad de salirse del marco, aprendí a mirar las cosas de una manera diferente a la que estaba acostumbrada. Con ella comienzo a cuestionarme la forma de entender las cosas de mis primeras prácticas aprendidas en la escuela de ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios), en la que se estudiaba mini-medicina y se practicaba enfermería al estilo Nightingale, y a vincularme a la forma más flexible del “nuevo método” establecido en esos años sobre el *proceso de atención de enfermería* que debía proporcionarnos las bases de una estructura científica.

-Y ahora ¿Qué ocurre? ¿Se estudia enfermería? Creo que no lo suficiente, porque, a pesar de que comienza a haber publicaciones rigurosas sobre el cuidado enfermero, la mayoría de los manuales que consultan los estudiantes siguen inspirados en el modelo biomédico con poca investigación enfermera. Y en la práctica las preguntas que se me han ido presentando ¿Qué ven ahora los estudiantes? ¿Qué tipo de enfermería se hace con el ratio enfermera-paciente de nuestro sistema sanitario? Parecen anuncios de problemas.

Una segunda etapa en la docencia, dos pasos hacia delante y uno hacia atrás

Para compensar mis reconocidas carencias, asisto a un “rosario” de cursos en busca de herramientas pedagógicas y bases teóricas. De todos ellos destaco el descubrimiento y entusiasmo que me generó la formación con Teresa Piulachs y Rosette Poletti a finales de la década de los ochenta. Su discurso sobre las necesidades humanas, su énfasis en la promoción de la salud, en los estilos de vida, en la elaboración de las pérdidas, y sobre todo en la enfermería como relación terapéutica (enfocada hacia el crecimiento y desarrollo humano), suponen para mí un replanteamiento de la disciplina enfermera y de mis propios valores. De pronto percibo mi inmadurez ante unas ideas que van más allá de una *limitada* visión que descansa en el razonamiento y la estructura científica. Y aunque se me presentan algunas interrogantes ¿Cómo puedo encajarlas? ¿También son ciencia? Mi interés se aleja de la búsqueda de la estructura “científica” y comienzo a entender el cuidado como una extensión del *mí* en el sentido de *estar con el otro*. Son viejos-nuevos conceptos que utilizan las teorías enfermeras y que se pueden ilustrar con la frase “*después comprendí que todo lo que tenía que hacer era estar allí*” (Newman, 1995).

-Estas ideas las sitúo hoy en el marco de la filosofía humanista, la enfermería en el sentido que Mayeroff (1971) que explora el significado e importancia del cuidado como "ayudar al otro a crecer", o de Watson (1988) de "ser con el otro"-.

Se abre así una etapa de búsqueda con la intención de “crecer” en lo personal y en lo profesional, que hoy conectaría con una de las habilidades sobre la que se construye la práctica reflexiva (Atkins, 2000), la autoconciencia, y que implica hacernos conscientes de los propios valores, creencias, capacidades y limitaciones. De esta época son algunas de mis publicaciones sobre la historia de enfermería desde el marco holístico y varias comunicaciones sobre el cuidarse y el cuidar a otros. Aunque construidas desde la emoción y escasamente documentadas, trataban de explorar la forma en que cubrimos necesidades o las situaciones de cuidados, poniendo especial interés en la historia de vida y salud de las personas.

-Su relectura me revela que eran una aproximación algo pretenciosa e ingenua, que intentaba explorar las dimensiones del ser humano desde una mirada más compleja, y que seguía estando más interesada en recetar lo que “debía” hacer la enfermera que en

Historia de una pregunta

reflexionar sobre su práctica. Y Ahora ¿Mis pretensiones e ingenuidad están ajustadas a la medida necesaria para emprender un trabajo de investigación?-.

Al trasladar esta nueva visión a lo docencia, mis colegas y yo nos esforzamos (*no sin disensiones*) en realizar programas integrados en un intento de que el alumno tuviera como punto de partida la persona y no la patología. De esta historia nacen programas (como el del Adulto), que no pasaban de ser las mismas asignaturas integradas que se procuraban encajar con congruencia. Sin embargo causaron gran revuelo y una llamada de atención en lo académico porque se alejaban de los planes de estudios al uso en la Universidad, y decidimos, con la pena de un paso atrás, adaptarlos a modelos teóricos y asignaturas más acordes con los programas vigentes que tienen su máxima expresión en el programa presentado en las oposiciones a Titular de Escuela en la recién creada Universidad Rovira i Virgili.

- En este proceso ¿Negamos nuestra esencia más allá de lo exigido? Se me ocurre aquí, como plantea Benner (1984) en su ya clásica obra «From novice to expert», que uno no puede ir más allá de su competencia, y que en esas circunstancias hicimos lo que pudimos-.

Coincidiendo con estas circunstancias, se produce en nuestro país el desarrollo de la Enfermería Comunitaria y una demanda de las instituciones sanitarias de formación en modelos teóricos y de razonamiento que permitieran a las enfermeras valorar y dejar constancia escrita del acto enfermero. Ello me lleva a una etapa de trabajo con las enfermeras para implantar el nuevo proceso de enfermería, en el que se valoran a los pacientes con las necesidades enunciadas por Henderson. El trabajo se centraba en reconocer las necesidades sentidas y expresadas por los pacientes y sus familias, pero encuentra la dificultad de utilizar un lenguaje centrado en conceptos abstractos sobre lo que significaba ser dependiente o independiente en relación a tales necesidades.

-Si me pregunto ahora ¿Cómo viví este trabajo con las enfermeras? Creo que la respuesta más aproximada es que partía del posicionamiento “haber cómo encajamos lo que hacéis en un marco teórico para alejarnos del modelo biomédico” y de la creencia de que el camino natural de la ciencia va de la teoría a la práctica-.

En este escenario llegan a nuestro país los diagnósticos enfermeros que, a modo de taxonomía de las respuestas humanas, pretenden dar un nombre a los problemas de los pacientes y familias que trata la enfermera, y a los que más tarde se añaden otras

Historia de una pregunta

taxonomías de intervenciones y resultados. Valga decir que este lenguaje es recibido, sobre todo en el ámbito docente, como “la solución” a los problemas de definición del cuidado. Como dice Medina (2004) *“en un legítimo y necesario intento de ser reconocida como “disciplina científica”, la Enfermería Española adopta la racionalidad positivista que gradualmente se va infiltrando en el imaginario colectivo”*. Me parecía en ese momento haber encontrado un lenguaje para nombrar y sobre todo para *“dejar constancia por escrito”* del trabajo enfermero. Con esta creencia, y ante la demanda de las instituciones, entro de lleno en un trabajo con las enfermeras para desarrollar guías de planes de cuidados. Este trabajo lo llevamos a cabo con rigor, las sesiones tenían gran riqueza y las enfermeras, para poder extrapolar datos, tenían que recurrir a situaciones particulares de su práctica, con lo que se generaba un debate sobre un conocimiento práctico que nos enriquecía a todos. De esta etapa son las publicaciones sobre guías para la práctica clínica.

-Creo que siempre he tenido la conciencia de que lo más útil de ese trabajo fue su contribución a generar un espacio en el que las enfermeras de una misma unidad podían hablar de los pacientes y de lo que ellas sabían. Sobre el uso de taxonomías realmente era algo farragoso y me sorprende la fe y las ganas que poníamos en que hubiera un lenguaje disciplinar, teniendo en cuenta además que nosotras mismas los considerábamos lenguajes reduccionistas, con un alto grado de abstracción y alejados del lenguaje de la práctica. Y ¡¡esa pasión que ponemos en las cosas que hacemos!! Es la prueba de que somos un colectivo estupendo que tiene una ¿preocupante? necesidad de verdad, de certidumbre y de visibilidad-

Mientras trabajábamos con las enfermeras en las guías de cuidados con taxonomías, seguíamos persistiendo en una exploración de modelos y filosofías de enfermería que nos proporcionaran un marco de referencia más humanista y profundo. La filosofía del cuidado descrita por Watson (1998) conecta con nuestro discurso y decidimos integrarla en los programas de las asignaturas, sobre todo en las prácticas clínicas. Veíamos en ella una base filosófica potente y más compleja, un marco humanista que daba fuerza y estructura al discurso enfermero, con elementos de reflexión y un marco disciplinar más maduros. Sin embargo seguimos encontrando que el uso de estos discursos en la docencia no se traducían en cambios en la práctica, o al menos así lo percibíamos porque las enfermeras seguían realizando unas observaciones de los pacientes que apenas pasaban de ser unos pocos datos “objetivos” sobre constantes, dolor o estado de las heridas.

Historia de una pregunta

-Comienzan a asomar preguntas como: ¿Las enfermeras en su práctica se mueven con estructuras teóricas? ¿Cuáles son las ideas, o creencias que guían sus prácticas?-.

En ese tiempo, me licencie en psicología, estudios que inicié con un doble objetivo, contar con una base más sólida de conocimiento y también poder acceder a estudios de doctorado (terreno vetado en ese momento para nuestra disciplina). Continué mi búsqueda de conocimiento en otra disciplina en la que encuentro los mismos problemas que en enfermería sobre la visibilidad de su saber.

La tercera etapa, docencia e investigación. El giro hacia los lenguajes sutiles de la práctica

Durante la asistencia a un seminario de formación, Medina, haciendo referencia al trabajo de Schön (1998) y Benner (1984), plantea la diferencia entre conocimiento formal y conocimiento práctico. Esta diferenciación me sitúa en un escenario distinto en relación al aprendizaje de la práctica porque introduce elementos de reflexión sobre cómo se adquiere experiencia y cómo piensan los profesionales cuando actúan. Y me permite reconocer que la práctica, incluida la docencia, cuenta con un lenguaje propio porque es un lugar donde, además de manejar conocimiento formal, se desarrolla conocimiento.

En estos años, con motivo de los nuevos programas *Erasmus*, me encuentro en las prácticas clínicas con estudiantes de la Universidad de Lisboa que tienen objetivos de aprendizaje muy diferentes. Mientras nosotros ponemos el énfasis en que los alumnos aprendan cómo ayudar a los pacientes en sus necesidades y problemas, ellos fijan su atención en el aprendizaje reflexivo donde exploran sus propios sentimientos, pensamientos y conocimiento del paciente. Son actividades en las que se desarrolla un diálogo con la situación y en las que los estudiantes van construyendo sus propios significados. Este énfasis en la reflexión de la experiencia del alumno es todo un descubrimiento y me aporta una nueva línea de trabajo.

En el año 2007 asisto a unas Jornadas de trabajo con Watson y Benner en la Escuela de enfermería de Sta. Madrona.

Watson plantea: *“estamos en un punto de inflexión o vamos al mundo técnico y nos adentramos en el modelo de industrialización sanitaria, o vamos a lo que están demandando las personas, un modelo humanizado”*. Explica que este último se hace posible abriendo la mente y el corazón, incorporando la narrativa, la poesía y el arte a

Historia de una pregunta

nuestra vida profesional, y nos invita a vivir el modelo humanista y a ampliar nuestra conciencia hacia el amor universal. – *Aunque veo que tiene algo de la moda “new age”, me parece como mujer y filósofa un encanto y, como comparto la visión de que estamos en un mundo frío y técnico que tiene muy poco que ver con el cuidado, su llamada al amor como cuidado me emociona.*

Benner presenta la distinción de los términos de Aristóteles³ "*Phronesis*" y "*Techne*", la *phronesis* requiere sabiduría porque se da en situaciones indeterminadas de la práctica, desarrolla carácter, habilidad y buenas prácticas, sus resultados son impredecibles, la *techne* hace referencia a la rutina, se puede estandarizar, produce o hace cosas y tiene resultados predecibles. Para concluir que es imposible reducir la práctica del cuidado a *techne* porque su naturaleza es *phronesis*, y reclama el uso de la narrativa porque captura el saber de la práctica y genera conocimiento, dice: "*la sabiduría no está en lo que es conocido sino en la manera en la cual conocemos y construimos a partir de la experiencia*".

-¿Cómo interpreto esta información?- Reconozco en la filosofía y la teoría de Watson valores importantes del cuidado y una riqueza de fenómenos que pueden no solo cambiar las miradas, sino ser objeto de investigación. Pero el trabajo de Benner, su planteamiento inductivo en el sentido de ver el *cómo* de la práctica, el *cómo* de las buenas prácticas de las enfermeras expertas, y, sobre todo, la propuesta de utilizar la narrativa como instrumento para estudiarlas, me señala un camino de estudio que conecta con mi dificultad para imaginar a una enfermera practicando en base a un modelo o marco teórico y con mi convencimiento de que su práctica la construye sobre la experiencia y sus valores.

Y, desde estos nuevos planteamientos, comienzo a ver en la narrativa un sistema de comunicación y documentación más congruente con la práctica de la enfermería que los lenguajes taxonómicos. Este recorrido se refleja en varias publicaciones en las que participo, que si bien son conceptualizadas como teorizaciones, buscan la forma de engranar la filosofía con la práctica. En "*Momentos de Caring. Un acercamiento a la filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson*" (Vives et al., 2006) y "*Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer*" (Rodero et al., 2006) son ensayos en los que se plantea una interpretación de estas teorías teniendo como base las narraciones de enfermeras. En "*La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis*

³ La diferenciación de estos términos puede encontrarse en ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*. Traducción de José Luis Calvo Martínez, Alianza Editorial, Madrid 2001 y se desarrollan en el apartado "Cosas dichas...para investigar prácticas" de este trabajo.

Historia de una pregunta

complejo y la buena práctica" (Acebedo et al., 2007) se trata de explorar desde una mirada práctica los elementos clave de las aportaciones de estas autoras.

En las mismas fechas comienzo a trabajar en la asignatura del máster en Ciencias de la Enfermería, "*Cuidados y Nuevas Demandas de Salud*" y en el *Postgrado de Especialista en Cuidados al Paciente Crítico* en base a narraciones de las enfermeras situadas principalmente en Unidades de cuidados intensivos (UCI). Se me presenta así la oportunidad de explorar en un número importante de profesionales el lenguaje natural de la práctica y comprobar si este es capaz de mostrar sus respuestas en el cuidado a pacientes y familias. Este trabajo me ha permitido estudiar decenas de relatos donde las enfermeras plantean sus reflexiones sobre alguna experiencia significativa en la práctica profesional (propia o de otros). Y he podido ver que, con un narrar sencillo y con escasa terminología técnica, la mayoría cuentan historias en las que se han sentido emocionalmente involucradas, con frecuencia porque no han podido o no han sabido ayudar al paciente o a la familia. Y que en muchas ocasiones, sobre todo cuando son enfermeras/os con muchos años de experiencia, según iban narrando van apareciendo nuevas interpretaciones, como si fueran tomando conciencia de lo que dicen.

Aunque los años me han enseñado a recelar de mis entusiasmos y de mis encuentros con "*la verdad*", esta práctica supuso para mí un importante hallazgo que me mostraba las posibilidades del relato para plasmar la experiencia práctica y su capacidad de captar y generar conocimiento del cuidado.

Posteriormente, realicé, como trabajo fin de carrera en el Máster en Ciencias de la Enfermería, un estudio sobre el *conocimiento práctico*⁴ las enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos desde su narrativa. Que se centró en valorar la eficacia de las historias contadas por las enfermeras para esclarecer habilidades de cuidado de enfermeras con mucha experiencia, y evaluar su nivel de competencia en relación a las características descritas por Benner⁵ en su estudio sobre la competencia de las enfermeras. Las historias narradas en este trabajo son una muestra de casos potentes que muestran conocimiento

⁴ Este concepto *conocimiento práctico* es estudiado desde el punto de vista de Schön (1998) y Benner (Benner et al., 1996) como aquel que guía la acción de los prácticos expertos y que es producto de haber vivido muchas situaciones similares.

⁵ Lo que en este trabajo entiendo como habilidades de cuidado o el saber *cómo* que caracteriza la práctica del clínico experto (Benner et al. 1996) lo que queda reflejado en la narrativa. El nivel de competencia es valorado según la escala de novel a experta descrita por Dreyfus y Dreyfus (1980) adaptada por Benner (1984) a la práctica enfermera.

Historia de una pregunta

ligado a la práctica profesional. Las últimas publicaciones en las que participo van en esta línea de trabajo (Rodero et al., 2011; Acebedo y otros, 2011).

Y esta es ahora la razón de ser y el desafío de esta tesis, en la que me propongo abordar el estudio del conocimiento práctico de las enfermeras reconocidas como expertas en escenarios de Cuidados Intensivos y la capacidad de la narrativa para mostrarlo.

Finalmente queda por plantear el problema a estudio que se puede definir, en sintonía con el discurso establecido, con las preguntas que lo motivan: ¿Cómo hacemos para saber lo que conocemos? Y enfocadas al contexto de esta investigación ¿El lenguaje utilizado por las enfermeras con experiencia en la UCI cuando hablan de su práctica es capaz de mostrar el cuidado? ¿El conocimiento práctico que tienen las enfermeras de la UCI se puede explorar desde la narrativa?

Dice Polanyi (1958) que la práctica es una fuente de conocimiento por derecho propio. Y, amparándome en esa convicción, inicio este trabajo confiando que sea capaz de ver más allá de mis *deseos* y con la esperanza de que, además de a mí, pueda servir a otros alguna vez.

PRIMERA PARTE

Cosas dichas...para investigar prácticas

«Cosas Dichas» es el título de un texto de Pierre Bourdieu (1988a), utilizado por el sociólogo galo para volver sobre sí mismo y sus propios conceptos, en un acto de aplicarse así mismo el método de análisis que defiende.

(Contraportada del texto por JP. Salgas)

Un planteamiento

Me he permitido utilizar un título de Bourdieu⁶ porque si bien los marcos y filosofías que utilizaré en este estudio son de *otros*, también ha sido necesaria una profunda reflexión sobre mis propios conceptos para poder realizar una selección. Asumo así la subjetividad en la elección como un reconocimiento de la teoría de la práctica de Bourdieu aplicada a la investigación, como un *modus operandi*⁷ que orienta y estructura la práctica científica, tal como lo explica Fernández (2004:176).

De acuerdo con la máxima “*se toma la riqueza allí donde se encuentra*” (Bourdieu, 1988a), intentaré tener con todos los autores utilizados una relación pragmática y servirme de ellos como capital productivo para explorar el conocimiento práctico de las enfermeras de la UCI desde la narrativa.

Parto de la idea de Benner (2005), Watson (2006) o Medina (2004) de que la enfermería, y las ciencias sociales y humanas en general, tienen dificultades para abordar el conocimiento y enfrentar las crisis de transformación de la sociedad moderna. Me baso en el hecho de que un gran número de investigadores sociales vienen señalando que si bien

⁶En la *teoría de la práctica* de Bourdieu, descrita en un apartado posterior de esta segunda parte, se desarrollan los planteamientos del autor en relación a los sujetos como agentes actuantes y conscientes, dotados de un sentido práctico, como sistema adquirido de preferencia, lo que se suele llamar gusto, principios de visión, de estructuras cognitivas y de esquemas de acción que orientan la percepción y respuesta adaptada del agente, (Bourdieu, 1997:40).

⁷ Se trataría en palabras de Bourdieu de “*objetivar el objeto objetivante*”, es decir situar al investigador en una posición determinada que se pueda analizar las relaciones que mantiene con la realidad que analiza, porque en palabras del autor el investigador no está fuera del juego, (Bourdieu, 1990).

la epistemología positivista ha dado lugar a significativos avances en el control de procesos físicos, en el dominio de lo humano la información "objetiva" no construye sentido, ni significados y no es capaz de mostrar la realidad del mundo de la práctica (Dreyfus, 1986; Wright, 1987; Bourdieu, 1991; Habermas, 1992; Schön, 1998).

Y, aunque todavía hay autores como Swanson (1999) o Sherwood (1997) (Citados en Spichiger, Wallhagen y Benner, 2005) que llaman a utilizar la investigación cuantitativa en el estudio del cuidado como algo que puede ser medido y rigurosamente aplicado por su efectividad en promover la salud, el bienestar y su recuperación (un punto de vista que implicaría, en consonancia con la ciencia natural, que el cuidado puede ser descrito y sus variables medidas en una situación libre del contexto), por otra parte, Spichiger, Wallhagen & Benner (2005) señalan que el cuidado se produce en relación a la situación singular que vive el paciente y su familia. Y Parse (1987), Meleis (1991), Benner (2005) y Medina (2005a) llaman a utilizar metodología cualitativa en la investigación enfermera y señalan que las ciencias humanas y sociales (donde sitúan a la enfermería) afrontan un problema cuando pretenden utilizar en sus investigaciones los enfoques metodológicos procedentes de la ciencia natural, porque no se puede realizar una descripción de las experiencias vividas y de las capacidades humanas desde situaciones fuera de contexto.

En este último posicionamiento, y al amparo de la explicación sociohistórica de la ciencia en la clásica obra de Kuhn *The Structure of Scientific Revolution* y los paradigmas interpretativo y sociocrítico, estoy convencida de que la naturaleza de la enfermería es eminentemente práctica y su investigación requiere métodos interpretativos, etnográficos, fenomenológicos y de investigación-acción (Field and Morse, 1985), que ponen más énfasis en la comprensión que en la explicación causal de los hechos.

La relevancia de estos métodos cualitativos en el desarrollo de un cuerpo de conocimientos enfermero está claramente aceptada en el mundo anglosajón desde hace décadas. Y han sido utilizados por numerosos autores, como Rogers (1970), Newman (1995), Parse (1981), Leininger (1991) y Leininger & Mcfarland (2005) (entre otros), para la realización de trabajos sobre el ser humano unitario o los significados como constructores de la realidad, que son esenciales en la concepción de la enfermería contemporánea.

Pero en nuestro país, según plantea Medina (1994), la reivindicación de una identidad y autonomía profesional ha llevado a la enfermería a abrazar valores y mecanismos de legitimización utilizados por la medicina. Y, desde los postulados de la ciencia natural, la práctica se valora por un "profesionalismo" asociado al conocimiento

científico, que se ha traducido en una separación entre cuidados “técnicos” y cuidados de soporte. Esta subordinación de pensamiento la explica Medina como un mecanismo de “*adhesión con el opresor*”⁸, en el que las enfermeras han internalizado la visión profesional de la medicina como la única legítima en el sistema de salud.

Un ejemplo de identificación y adhesión a los postulados de la medicina es el uso de lenguajes abstractos que, con el nombre de diagnósticos de enfermería, reproducen la epistemología y estructura del modelo positivista biomédico, (Medina, 2005b). A propósito de estos lenguajes han aparecido voces críticas (Watson, 2006; Medina, 2004; Benner, 2004a, 2005) que entienden la enfermería como ciencia humana y social, y señalan que intentar cuantificar una realidad subjetiva, además de ahondar en el cisma entre teoría y práctica, oscurece la humanidad de la experiencia de cuidar y disminuye, sino inhibe, la necesaria relación humana.

A pesar de mi claro posicionamiento al lado de estas voces críticas, tampoco puedo olvidar lo enunciado por Angulo⁹ (1991) de que la línea entre paradigmas es difusa. Y que lo que agrupa o separa unos trabajos de otros no sólo es la metodológica que se emplea, sino también las perspectivas ideológicas-políticas que la fundamentan, las relaciones de poder¹⁰ que se establecen y la teoría de la acción racional que se asume.

⁸ “*La adhesión con el opresor*” es la principal característica señalada por Freire (2005) de los grupos oprimidos. Paulo Freire ha desarrollado estas ideas en *Pedagogía del oprimido* escrita en 1970 y desde entonces es considerado uno de los teóricos más influyentes de la educación crítica y liberadora. Los trabajos de Freire han sido utilizados en el curriculum de enfermería sobre todo como marco en el diálogo profesor alumno (Allen, 1990; Bevis y Watson, 1989; Tanner, 1990). Las ideas de Freire han sido estudiadas por Medina en su libro *Deseo de cuidar y voluntad de poder* y son relevantes en esta tesis porque la *opresión*, condiciona a las enfermeras a perpetuarse en los valores y postulados de la medicina, “(...) *subyace la creencia que adoptando comportamientos de aquellos que detentan el poder, las enfermeras también lo alcanzarán*” (2005b:157). Dado que en esta tesis se estudia la práctica experta, se entiende que hay una enfermería que se practica desde la autonomía, el interés estará en estudiar como las enfermeras se liberan de las relaciones paternalistas y de subordinación y ganan el poder en beneficio de las prácticas de cuidado. Este será un tema por lo tanto recurrente a lo largo del estudio, (*Pedagogía del oprimido* de Freire. Consultado en abril de 2010).

<http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadelOprimido.pdf>

⁹ Angulo en un artículo que titula “Contra la simplicidad” habla de lo inapropiado del uso de de la noción de paradigma y la triple tipología empírico o analítico, interpretativo y sociocrítico. Tal como señala Angulo la utilización del concepto paradigma para «clasificar escuelas» ha sido desproporcionada, porque este concepto se articula en torno a teorías y problemas científicos y en las ciencias sociales predominan las posturas ideológicas y morales. Además tal como plantea Angulo “(...) *pretender resumir en torno a paradigmas la multitud de supuestos, solapamientos y características particulares que caracterizan a las distintas concepciones en las ciencias sociales, trabaja lamentablemente al servicio de la simplicidad más grosera*”, (Angulo Rasco, 1991: 393).

¹⁰ En ciencias sociales una “Teoría del poder” significa una teoría de la relación entre verdad, conocimiento y participantes/investigadores, (Angulo Rasco, 1991: 394).

Y la convicción de que todo conocimiento se construye a través del dominio de la realidad, me enfrenta al problema epistemológico de cómo concebir y abordar *prácticamente* el estudio del conocimiento del cuidado enfermero que en muchas ocasiones resulta invisible. Un problema que procuro superar haciendo que la *praxis* se convierta en la idea central de mi tesis. Y en torno a ella plantearé las teorías y conceptos que proporcionan el marco teórico a esta investigación. Un marco teórico que presentaré en cinco apartados diferenciados:

En el primero, *Enfermería ¿ciencia natural o ciencia social?*, intentaré clarificar el tipo de ciencia que otorga a la enfermería su estatuto epistemológico. Esta es una pregunta, surgida en enfermería al hilo de la nueva concepción del conocimiento científico, que considero de vital importancia responder por la manera en que la epistemología condiciona la perspectiva y métodos de investigación (Medina y Sandin, 1994; Siles y García 1995).

En el segundo, *La praxis ¿cómo se construye?*, abordaré la vinculación entre teoría, práctica e investigación. Y la *praxis* en la vida real, su razón, su lógica y su sentido, con el propósito de facilitar la comprensión de la práctica del cuidado.

En el tercero, *La Teoría de la práctica de Pierre Bourdieu*, presentaré una perspectiva social y crítica que permite comprender valores y factores sociales que engendran y sostienen la práctica del cuidado.

En el cuarto, *La práctica clínica enfermera de Patricia Benner*, trataré de describir el fenómeno del cuidado y las competencias de la enfermera experta.

Por último, en el quinto, *La narrativa....relatos de experiencia e investigación*, procuraré explorar la capacidad de la narrativa como fenómeno a estudio y como método de investigación del conocimiento práctico del cuidado. Una dualidad que abordaré atendiendo a las explicaciones de Connelly y Clandinin (1990; 1995).

1. Enfermería ¿ciencia natural o ciencia social?

1.1. Una aclaración desde claves históricas

La pregunta: *Enfermería ¿ciencia natural o ciencia social?*, suscitada por recomendación de mis directores de tesis, encara la necesidad de clarificar la naturaleza del cuidado enfermero que tendrá la consideración de “técnico” o “humano” según se identifique con una u otra ciencia.

Cosas dichas...para investigar prácticas

Las claves para iniciar la búsqueda de una respuesta las he encontrado en la explicación sociohistórica de la ciencia de Kuhn y en la corriente de ideas de los pensadores e investigadores de la llamada *Escuela de Frankfurt*, así como en las diversas miradas que, desde los postulados de ambos planteamientos, han dado origen a una nueva epistemología que considera la práctica enfermera como práctica de cuidado. Para comprender y fundamentar lo construido, también me han sido de gran ayuda dos artículos sobre epistemología y enfermería de Medina y Sandin (1994; 1995).

Desde Kuhn (1986) sabemos que la ciencia es un tipo de actividad profesional organizada con estrategias de investigación que dependen no solo de factores lógicos e intelectuales, sino también de factores históricos y sociales. A partir de esta explicación podemos entender que desde su nacimiento con Nightingale, en un momento histórico en que las necesidades prioritarias eran la salud pública y la atención a las enfermedades infecciosas, la enfermería se desarrolla como una profesión con un marco claramente influenciado por el positivismo, y oprimida por el modelo biomédico (Medina y Sandin, 1995). Una influencia que impulsa a adoptar el método de la ciencia natural, el método científico, porque solo desde él puede hacerse ciencia neutral, objetiva y no contaminada por juicios de valor y subjetividades (Meleis, 1991).

La primera línea de crítica a los postulados positivistas surge hace unas décadas y se deriva del análisis histórico del fenómeno *ciencia*. Si la epistemología tradicional se ocupaba de establecer los criterios entre ciencia y no ciencia con criterios exclusivamente lógico-formales, hoy la ciencia es considerada como actividad social (Larrosa, 1990) y la epistemología se constituye en teoría de la investigación, lo que implica aceptar el relativismo y la pluralidad metodológica. Los modelos de explicación lógicos son sustituidos por los sociohistóricos, deja de ser útil la idea de verdad como correspondencia de una realidad estable y mecánica, y la noción de paradigma se introduce en el discurso epistemológico. De este modo Kuhn plantea una epistemología relativista que sostiene que el conocimiento científico es relativo, histórico, determinado por factores afectivos, sociales y políticos. Se desarrolla así la visión contemporánea de la llamada *nueva epistemología* que considera que lo científico o verdadero puede variar en el espacio y el tiempo.

Feyerabend (1987) en la tesis de inconmensurabilidad, expuesta en la "*Teoría anarquista del conocimiento*" de su conocido libro: «*Contra el método*», sostiene que las teorías rivales solo son comparables cuando comparten el mismo marco o paradigma. Y, cuando esto sucede, se constituyen en conmensurables para la comunidad de científicos

que comparten las reglas y métodos de buscar, interpretar y resolver problemas. De Feyerabend dice Toulmin (2003) que era un apasionado de las ciencias que quería proteger a los científicos de limitaciones nada razonables, porque de la misma manera que no hay una regla para realizar una buena película, escribir una ópera, o ganar al ajedrez, tampoco la hay para hacer descubrimientos científicos.

Estas razones son importantes porque cuestionan la posición de los investigadores del positivismo lógico que, a pesar de que presumen de precisión y control, se atreven a tachar de poco científicos, subjetivos o carentes de validez unos métodos cualitativos que están valorando desde posiciones inconmensurables (Medina y Sandin, 1994).

Así pues, hoy no tiene sentido defender que el método científico positivista es el único modo de obtener conocimiento. Dice Martínez (1982) que la idolatría del método científico proviene de los grandes resultados que ha proporcionado en el campo de las ciencias naturales, sin tener en cuenta que estos no pueden atribuirse al método en sí, sino a su alto nivel de adecuación al objeto de estudio: unas ciencias naturales que responden a un modelo más bien estático-pasivo. Estas ideas son también señaladas por Toulmin en su libro *Regreso a la razón*, donde plantea que la fiabilidad empírica de los fenómenos físicos no puede garantizarse en las situaciones humanas:

“Los fenómenos físicos pueden repetirse de manera más o menos exacta pero es poco frecuente que así ocurra en las situaciones humanas. Cuando repetimos un experimento de física podemos estar seguros que los fenómenos resultantes serán los mismos que antes; pero no podemos estar ni mucho menos tan seguros de que situaciones humanas lo suficientemente similares produzcan los mismos resultados” (2003:142).

Este mismo autor rechaza la conocida dicotomía de considerar a la teoría física como científica o «pura» y la teoría de la práctica social como no científica o «no pura», así como el mito de una ciencia neutral. Y remarca la necesidad de adecuar el método al objeto de estudio, de forma que las disciplinas *clínicas*¹¹ pueden libremente elegir su camino, porque no podemos permitirnos aceptar limitaciones si queremos desarrollar «ciencias sociales razonables» que se ocupen de valores y prácticas humanas. Asimismo, considera que en las ciencias sociales también se hace necesario aprender a contrarrestar nuestras propias parcialidades, explicitando y aceptando los intereses y valores que

¹¹Toulmin plantea que las disciplinas prácticas recurren a procedimientos clínicos que operan mediante estructuras temporales, no universales e inmutables, sino que atienden a problemas concretos de los individuos o situaciones. Dice Toulmin también que *los procedimientos clínicos pertenecen al mundo heracliteano del dónde y el cuándo*, (2003: 157).

Cosas dichas...para investigar prácticas

nosotros mismos introducimos en nuestra investigación. Porque, tal como señala el autor haciendo referencia a los críticos de la escuela de Frankfurt:

“(...) las formas de clarificar a los seres humanos y a las instituciones se basan tanto en actitudes morales o políticas del observador, como en consideraciones intelectuales. (...) En una situación tal, la parcialidad, la imparcialidad, y la objetividad son –en el mejor de los casos- normas generales que pueden adquirir una fuerza específica en la práctica, siempre y cuando se entienda que están incorporadas en tipos particulares de situaciones y casos. (...) nadie puede pretender que los proyectos y procedimientos de investigación de la acción sean neutrales” (Toulmin, 2003:147- 150).

Otra al hilo

La desmitificación de los postulados del positivismo lógico y *la nueva epistemológica* han fundamentado una moderna *teoría del cuidado* que encuentra su influencia en el paradigma interpretativo o hermenéutico y el paradigma sociocrítico, y en la que los métodos cualitativos son reclamados para el análisis de su práctica (Meleis, 1991; Clare, 1993; Leininger, 1991; Holter, 1988; Fiel y Morse, 1985).

El enfoque interpretativo, característico de las ciencias sociales, tiene una larga tradición y su mayor influencia viene de la Teoría Social alemana (Carr y Kemmis, 1988). En enfermería diversas autoras defienden la perspectiva interpretativa desde el convencimiento de que los seres humanos se distinguen por su capacidad de encontrar y compartir significados. Leininger (1991) plantea que para comprender el conocimiento del cuidado es imprescindible incluir los contextos donde se desarrollan los comportamientos humanos, los valores y las creencias. Benner (1984, 1994a) parte del supuesto de que no existen datos libres de interpretación. Y Benner & Wrubel (1989) señalan la importancia de la interpretación en el estudio de la experiencia vivida.

La visión desde el paradigma sociocrítico, que tiene sus raíces en los pensadores de la Escuela de Frankfurt, se caracteriza por el pensamiento crítico inspirado en el marxismo, el psicoanálisis y la fenomenología. Tema central de su análisis es el papel de la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con el poder. Se introduce, por lo tanto, de forma explícita la ideología y la autorreflexión crítica en los procesos del conocimiento. Sus fundamentos ideológicos tienen como finalidad la transformación de las estructuras sociales. Se añade así al paradigma interpretativo un componente de crítica social e ideológica que desafía las relaciones de poder. El investigador es un

Cosas dichas...para investigar prácticas

individuo comprometido y el objeto de investigación no es mecánico, determinista, sino dialéctico y contradictorio. Tal como señalan Carr y Kemmis:

“La preocupación principal de la escuela de Frankfurt, por tanto estriba en articular un enfoque de la teoría cuya misión central sea la de emancipar a las personas de la «dominación del pensamiento» positivista mediante sus propios autoentendimientos y actos” (1988:143).

Desde el paradigma sociocrítico se le reprocha al paradigma interpretativo que no tiene en cuenta que los agentes sociales que hacen las interpretaciones están influenciados por la realidad social que investigan, y, en consecuencia, no ofrece al propio sujeto la posibilidad de percibir la distorsión de su entendimiento, Carr y Kemmis (1988). Una crítica que nos advierte de que limitándose al enfoque interpretativo se corre el riesgo de mantener posiciones conservadoras con el orden social, un ejemplo de ello es lo que señalan Medina y Sandin:

“(...) La teoría interpretativa (cuando hay conflicto) incita a que la gente cambie lo que piensa acerca de lo que hace en vez de sugerir maneras de cambiar lo que hace. No es interés de la teoría interpretativa la crítica del estatus quo social” (Medina y Sandin 1995:40).

El paradigma sociocrítico se enfrenta frontalmente al paradigma positivista al sostener que la ciencia no es neutral ni objetiva ya que está influida por valores e intereses sociales a menudo contrapuestos, y que no se puede ignorar que el método científico reproduce ideológicamente un “*statu quo*” esencialmente injusto ya que se desenvuelve en una realidad constituida por modelos y estructuras de privilegio. De forma que aceptar el “*método científico*” y su conocimiento como “único verdadero” es hipotecar la posibilidad de transformación del orden social y, tal como señala Medina (2005b), conlleva en la práctica acatar una forma de dominación. El núcleo ideológico de esta posición tecnocrática es para Habermas¹² (1992) la eliminación de la diferencia entre técnica y *praxis* que reduce el conocimiento práctico a razón instrumental, dejando fuera el saber adquirido con el entendimiento de la situación y los aspectos sociales que lo condicionan.

Por el contrario, el paradigma sociocrítico se define a sí mismo como un modelo de pensamiento y acción que no ignora la realidad social, moral y política, y pretende desvelar

¹² Una aproximación a la teoría crítica de Habermas que me ha resultado de gran ayuda, para comprender la posición del autor sobre la diferenciación entre saber instrumental que adopta la forma de explicaciones científicas, y los métodos que producen autoentendimientos que sirven a intereses prácticos, la he encontrado en la obra de Carr y Kemmis *Teoría crítica de la enseñanza*, (1988).

Cosas dichas...para investigar prácticas

las causas de los conflictos que someten a las personas. Además los pensadores sociocríticos intentan recuperar desde la filosofía clásica un conocimiento práctico que se ocupe de los valores y juicios humanos. Vuelven la mirada a Aristóteles (2001) y su concepto de *praxis*, en el que pensamiento y acción se constituyen mutuamente, y a la distinción entre conocimiento práctico o *phrónesis* y conocimiento productivo o *tejné*¹³. En esta línea Bárcena¹⁴ plantea que la *poiesis-producción* es solo una actividad instrumental que no tiene efecto sobre el individuo, y, por el contrario, la *praxis-acción*, es una actividad que sí recae sobre el individuo:

"(...) la poiesis-producción es aquel tipo de actividad cuyo efecto recae sobre algo distinto al individuo mismo que actúa. Su fin es producir o modificar algo. La fabricación y la artesanía son ejemplos de producción. La praxis-acción, por el contrario, es el tipo de actividad cuyo efecto no recae sobre algo exterior, sino sobre el individuo en tanto agente de la actuación. Y aquí el fin no es algo distinto situado más allá de la actuación práctica, (2005: 109).

También plantea Bárcena que la experiencia práctica aporta conocimiento de las cosas singulares. Un saber singular que constituye la *phrónesis* que, como razón práctica, determina las acciones concretas en cada situación. Y, por eso, en la práctica no caben principios totalitarios porque no todo está hecho y prefigurado de antemano, por el contrario, el juicio práctico ocurre mientras estamos volcados en la acción, así que existe la posibilidad de la sorpresa mientras se actúa.

En enfermería estas ideas son planteadas por Medina (1994,1995) en nuestro país y por Benner en la literatura anglosajona (Benner, 2000a; Spichiger, Wallhagen y Benner, 2005). Ambos autores ponen de manifiesto la distinción entre *tejné* y *praxis*, y señalan que la naturaleza de la práctica enfermera es *phrónesis*. Y, al igual que Bárcena, la sitúan en el marco de los paradigmas interpretativo y sociocrítico, y subrayan que la investigación de la acción práctica enfermera, como cualquier otra forma de acción social, sólo puede entenderse en el contexto en que tiene lugar.

¹³ *Tejné* para los griegos significaba técnica y arte. La distinción entre ambos conceptos data del Renacimiento, cuando se toma el vocablo latino *ars* (equivalente a *tejné* para los romanos), a fin de introducir la distinción entre técnica y arte. La técnica es una práctica social, una habilidad socializada, que se transmite de generación en generación. (Citado en Medina y Prado, 2009, Consultado Abril 2010).

¹⁴ Si bien estos conceptos de Aristóteles se encuentran en un gran número de autores, algunos de los cuales como Benner o Medina los contextualizan en el campo enfermero y son por tanto referentes en esta tesis, comenzaré con la explicación que Fernando Bárcena realiza en su obra *La experiencia reflexiva en educación*, porque aclara muy bien las diferencias entre producción y *praxis*.

De todas formas, esta adhesión a los postulados de los paradigmas interpretativo y sociocrítico, no impide que en la realidad del pensamiento y práctica enfermera coexistan diversidad de miradas: desde la visión unicausal y lineal del paradigma de la categorización hasta la orientación más compleja y holística en la que se enmarca la *teoría del cuidado* como una ciencia humana y social (Medina 2005a). Kuhn (1986) y Capra (1989) hablan de periodos de transición donde los paradigmas se superponen y una forma de ver todavía no ha reemplazado a la otra. Por su parte, Kérouac (1996) plantea que las enfermeras, a menudo sin saberlo, van y vienen entre los diferentes paradigmas. Y hay autores que señalan la importancia de la coexistencia de diferentes paradigmas como algo necesario para el desarrollo del conocimiento en la ciencia enfermera (Cull -Willby y Pepin, 1987; Siles y García, 1995).

Pero tampoco puedo ignorar que la perspectiva epistemológica que se adopta responde a diferencias profundas de la naturaleza del mundo y del conocimiento que se pretende investigar (Medina y Sandin, 1995).

1.2. Un posicionamiento recapitulando ideas

Muchos de los problemas en la definición del estatuto epistemológico, y probablemente de la función profesional, pueden interpretarse como una muestra de la ambigüedad de la naturaleza de la ciencia enfermera. Es por eso que dar respuesta a la pregunta *Enfermería ¿ciencia natural o ciencia social?*, es esencial para comprender el conocimiento enfermero de la práctica de cuidado.

En la actualidad numerosos autores afirman que el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como un *saber práctico* que se desarrolla en el seno de las ciencias humanas y sociales (Spichiger et al., 2005; Benner y Gordon, 1996; Burnard, 1995; Dunlop, 1994; Kim, 1994; Medina y Sandin, 1994; Ashworth, 1993; O'Brien, 1993; Pearson, 1992; Meleis, 1991). Y reclaman una profunda transformación de la conceptualización teórica de forma que sea posible superar el dualismo sujeto/objeto en beneficio de una definición autónoma con sus propios objetos e instrumentos de investigación y unos métodos más adecuados para el aprendizaje enfermería.

"(...) la enfermería no es una ciencia en el sentido de aquellas que discuten Popper, Kuhn, Lakatos, sino más bien una combinación de saber teórico y conocimiento práctico que al igual que el resto de ciencias sociales y/o de la salud

Cosas dichas...para investigar prácticas

reclama una perspectiva epistemológica propia más preocupada por el mejoramiento humano o utilidad práctica del conocimiento que por el rigor de su producción", (Medina y Sandin, 1994: 44).

"En la década de los 60 investigadores y asistenciales estaban separados (...) pero hoy además de unidos creen que la práctica es la razón de ser de la enfermería. Por tanto las teorías han de ser desarrolladas para responder a problemas clínicos", (Meleis, 1991: 117).

En contra de las propuestas abstractas como las taxonomías, que pretenden convertir la *techne* en *phronesis*, Spichiger et al. (2005) plantean que la enfermería no es una técnica, sino una práctica en la que no se puede separar la vida del paciente de su situación clínica, y en la que lo clínico y lo social tienen que ir de la mano. Y, desde la convicción de que la *phronesis* no se puede formalizar, advierten que el diálogo entre teoría y práctica sólo debe existir si la teoría ayuda a comprender la práctica, y reivindican el papel de la narrativa en la articulación del conocimiento práctico.

En la misma línea Dunlop (1986; 1994) señala que una ciencia que se ocupa del cuidar sólo es posible si se escoge un camino lejos de la demanda de principios universales y predicciones que supone el método de la ciencia natural, y sugiere la pregunta hermenéutica como una manera más apropiada de articular los significados del cuidar en un contexto particular.

Por su parte, Medina (2004) recurre a la diferencia entre explicación y comprensión que establece Wright (1987), para afirmar que el hombre no puede ser explicado causalmente y que sólo puede ser comprendido si se accede al sentido que otorga a sus propias acciones. Desde este planteamiento Medina (1999; 2004; 2005b) señala que la base epistemológica de las ciencias humanas debe buscarse en la interpretación hermenéutica-crítica:

"(...) la comprensión es constitutiva porque, a diferencia de los objetos inertes de la ciencia natural, el objeto de conocimiento de la enfermería es justamente un sujeto, es decir un constructor y negociador de significados", (Medina 2004:15).

Aunque reconozco la afirmación que realiza Fernández en relación a las ciencias sociales:

"(...) En las ciencias sociales no hay paradigmas claros e inequívocos que susciten el consenso, sino múltiples paradigmas en competencia". (2004: 171)

Y que sería estupendo concebir las ciencias en el sentido planteado por Polanyi (1967) como un conjunto de redes y especialidades superpuestas, o mirarlas como

Campbell (1969, Cit Fernandez, 2004) que propone una «multiciencia global integrada» que supere el «etnocentrismo de las disciplinas» que promueve la alineación y la distancia artificial entre especialidades.

E incluso reafirmarse en las palabras Bourdieu:

“(...) la oposición entre teóricos y empiristas, o bien entre subjetivistas y objetivistas, o aún entre estructuralismo y ciertas formas de fenomenología. Todas estas oposiciones (y hay muchas otras) me parecen completamente ficticias y al mismo tiempo peligrosas, porque conducen a mutilaciones”, (1988a:44).

En el momento actual, estoy convencida de que la ciencia enfermera debe posicionarse en una perspectiva epistemológica, como la mejor forma de comprender y explicar cómo conocemos lo que sabemos. Por ello, secundando el razonamiento de Kuhn (1986) de que el progreso científico surge del trabajo en contextos donde hay un acuerdo básico sobre el estatuto epistemológico de la disciplina, mi tesis se desarrolla desde la consideración de la enfermería como ciencia social, y en el marco de los paradigmas interpretativo y sociocrítico.

También soy consciente de que en enfermería aún nos queda camino por recorrer y que mis propósitos no estarán exentos de dificultades a las que debo prestar atención. Por ejemplo, a lo que dice Watson:

“Aunque se preconice el uso de un modelo de cuidados y relaciones de esos cuidados como fundamento de un ejercicio maduro de la profesión de enfermería, aunque se enmarque continuamente a la enfermería como mezcla de ciencia, arte, tecnología y espiritualidad desde tiempos de Florence Nightingale, el modelo de la educación y la práctica de la enfermería sigue centrado, en gran medida, en los aspectos tecnológicos y empíricos del cuidado de los pacientes”, (2004:7).

Y a lo que advierte Bourdieu (1988a) cuando plantea que gran número de las características y dificultades de las ciencias sociales se deben a que han surgido después de las ciencias de la naturaleza, y corren el riesgo de utilizar consciente o inconscientemente el modelo de la ciencia más avanzada para aparentar científicidad.

Sin olvidar lo señalado por Becher (2001) sobre las profesiones sociales, como el trabajo social, el derecho o la enfermería¹⁵, en las que resulta más complicado definir su territorio intelectual, porque se ocupan tanto de conocimiento teórico como de conocimiento práctico, siendo este último mucho más difícil de definir y analizar y mucho menos atractivo y gratificante de exhibir que el prestigioso mundo de las ciencias duras.

¹⁵ La enfermería la incluyo (yo) al entenderla como ciencia humana y social.

Ni tampoco que la limitación de las disciplinas no es sólo una cuestión epistemológica (Sánchez, 2003), sino que en torno a las áreas de conocimiento se configuran comunidades científicas o “tribus académicas” con una lógica de funcionamiento similar a la de cualquier grupo humano, con su red de comunicación, tradiciones, valores y creencias.

Como también lo que indica Medina:

“(...) el desarrollo de la disciplina y del conocimiento profesional ha estado en íntima conexión con factores, ideológicos, políticos, culturales o psicológicos y no sólo epistemológicos, ese desarrollo se entiende mejor en términos psicosociales que en términos intelectuales” (2004:4).

O lo que plantea Fernández (2004), en su interpretación de la obra de Bourdieu, en el sentido de que actuar desde una vigilancia epistemológica, que objetive el sujeto objetivante, es un requisito especialmente necesario en las ciencias humanas y sociales, porque son más vulnerables a presiones externas y a pasiones internas, y tienen mayor riesgo de convertirse en objetos de dominación simbólica.

2. La *praxis* ¿cómo se construye?

Numerosos filósofos e investigadores sociales, Horkheimer (2002), Bourdieu (1991), Schön, (1998), Taylor (1993), Toulmin (2003), Benner (2000b) o Medina (1999, 2005b), han señalado muy claramente las diferencias que existen entre los procesos de producción y las formas de relación del *saber práctico* y del *saber teórico*.

Estos investigadores de la práctica señalan que las disciplinas prácticas, tales como la psicología, el trabajo social, la enseñanza, el derecho, la medicina o la enfermería, implican una mezcla de ciencia, tecnología y *praxis*. Donde la *praxis* se desarrolla en una «*razón práctica*», muy diferente de la «*razón instrumental*» propia del pensamiento racional y formal.

Atendiendo a estas dos formas de razonamiento, «*razón instrumental*» y «*razón práctica*», y a las diferencias que se establecen entre teoría, práctica e investigación, procuraré dar respuesta a la pregunta: *¿Cómo se construye la praxis?*

2.1. La razón instrumental en la visión tecnológica

En el siglo XIX, como resultado del gran desarrollo de la ciencia y tecnología en la revolución industrial, el positivismo se convierte en la filosofía dominante en el mundo occidental. Desde esta concepción científica del mundo, las proposiciones que no son lógicas, ni empíricamente comprobables, no tienen significado alguno y se descartan como declaraciones emotivas, poéticas o sin sentido. La ciencia resulta así en un sistema hipotético-deductivo que trata de explicar los fenómenos observados.

Schön describe el problema en la manera que abordaban las doctrinas positivistas el conocimiento práctico:

“(...) la práctica aparecía como una anomalía incomprensible. El conocimiento práctico existe pero no encaja exactamente en las categorías positivistas”, (1998: 42).

Un problema que enfoca el positivismo entendiendo que el conocimiento práctico debe ser construido supeditando los medios a los fines. De esta forma la práctica queda reducida a una cuestión instrumental para lograr determinados fines. Así se entiende como *razón instrumental*, que es una mera aplicación de la teoría científica apropiada.

La obra de referencia sobre esta problemática es *Crítica de la razón instrumental* de Max Horkheimer¹⁶ (2002). En ella Horkheimer critica que entender la razón como una mera regulación entre medios y fines es una traición a su verdadera naturaleza:

“Cuando la idea de razón fue concebida, tenía cometidos mucho mayores que simplemente el de regular la relación entre medios y fines; era considerada como instrumento idóneo para comprender los fines, a determinarlos”, (Horkheimer, 2002: 50).

Según la explicación que hace Abril (2009) de Horkheimer, es en la edad moderna cuando la idea de razón entra en un proceso de subjetivación, la razón deja de estar contenida en el mundo y ya no pueden extraerse resultados objetivos a partir de su análisis. Se instala un relativismo *práctico* que equipara los fines con medios y hace que toda decisión normativa se tome en función de intereses ajenos a la razón. El pensamiento es reducido a mecanismo automático, como un procedimiento lógico-formal, y regido por el principio de economía reflexiva. Finalmente, como consecuencia de todo ello, se pierde de vista la función de agente crítico propia de la Ilustración, produciéndose lo que

¹⁶ Se puede consultar el libro en <http://www.esnips.com/displayimage.php?pid=8020857>.

Horkheimer llama: *la muerte de la razón especulativa*. En el aspecto instrumental la razón en las sociedades modernas adopta un carácter utilitario. En un mundo donde todo depende del mercado, la propia razón se instrumentaliza como otro factor de rentabilización del producto, perdiendo su potencial emancipador. La razón se vuelve un libro de instrucciones para la producción de elementos, eventos e incluso ordenación de sociedades:

“El pensar en sí tiende a ser reemplazado por ideas estereotipadas. Estas, por un lado, son tratadas como instrumentos puramente utilitarios que se toman o se dejan en su oportunidad y, por otro, se las trata como objetos de devoción fanática.”, (Horkheimer, 2002:86).

Del modo de entender de Horkheimer se puede concluir que una característica del presente es el predominio de la *razón instrumental* que pretende hegemonizar el pensamiento y todas las formas de conocimiento.

Un aspecto crucial en la comprensión del mundo desde la *razón instrumental*, es que considera el conocimiento práctico como una “aplicación”. Y ello, tal como señala Schön (1998), conduce a una visión jerárquica del conocimiento profesional en la que los principios generales ocupan el nivel más alto y la resolución concreta del problema el más bajo¹⁷. Una visión que entiende que la aplicación de ciencia básica produce ciencia aplicada, y que esta última proporciona técnicas de diagnóstico y solución de problemas a la vida real. Esta separación jerárquica entre ciencias básicas, ciencias aplicadas y habilidades de ejecución, marca y se incrusta en el *currículum* académico de las todas disciplinas y establece el estatus entre teoría, investigación y práctica. La regla es que primero se colocan las ciencias básicas, después la ciencia aplicada y por último las habilidades para su ejecución en la vida real.

En este modelo jerárquico del conocimiento profesional, la investigación está separada de la práctica. Los investigadores proporcionan el conocimiento básico y las ciencias aplicadas, y los profesionales proporcionan a los investigadores los problemas a estudiar y las pruebas de utilidad de los resultados de investigación. Esta jerarquía, que tiene carácter institucional, se traduce en un mayor *estatus* del investigador sobre el profesional. La tarea de los científicos, que suelen tener su base en la universidad, y de los

¹⁷ Esta jerarquía está expresada en los tres componentes del conocimiento profesional señalados por Schein: 1) Una disciplina subyacente o ciencia básica sobre la que descansa la práctica o a partir de la cual se desarrolla; 2) Una ciencia aplicada de la cual se derivan los procedimientos diagnósticos cotidianos y la resolución de problemas; 3) Un componente de habilidad y actitud en relación a la ejecución de los servicios al cliente, donde se utiliza el conocimiento básico y aplicación subyacente. En Edgar Schein, *Professional Education*, Nueva York, McGraw-Hill, 1973, pg. 43.

especialistas es crear la teoría fundamental que los profesionales aplicarán en la práctica. Se produce así la escisión entre la investigación y la práctica, (Schön, 1998).

En enfermería esta visión instrumental de las relaciones entre teoría, práctica e investigación es defendida desde la necesidad de una teoría que guíe el pensamiento y la acción enfermera (Tomey & Alligood, 2007:6). Se parte de la idea de que cualquier mejora de la práctica profesional pasa por su adecuación a esquemas teóricos y conceptuales propuestos por docentes, teóricas e investigadoras. Donde la práctica es el campo de acción y la teoría es el campo de estudio e investigación, (Alligood, 2002; Fawcett, 2000).

Para Medina (2005a) esta idea significa la defensa desde ambientes académicos de la visión tecnológica de la relación teoría-práctica, en los que se tiene la creencia de que la emancipación enfermera de la hegemonía médica pasa por demostrar su contribución específica, demostración que vendría dada por la aplicación de modelos teóricos. Y subraya que la aplicación de este modelo de enfermería y del método de resolución de problemas se recibe con escepticismo e incluso rechazo¹⁸ en el mundo profesional, y que prácticamente está limitado al mundo académico.

Y Benner (2004; 2005) critica que el único conocimiento que cuenta en el modelo racional-técnico de la práctica enfermera es el conocimiento teórico. De este modo la práctica profesional es una aplicación instrumental de un conocimiento derivado científicamente, que excluye los aspectos que son contextuales y tradicionalmente invisibles del cuidado de los profesionales expertos¹⁹. Y advierte que el uso consciente de la racionalidad calculadora produce la regresión del experto a la habilidad del novel.

También en los trabajos de Schön (1998) se señala que el problema del saber en la práctica, el conocimiento práctico, continúa sin encajar en la teoría y en las categorías de la ciencia positiva. Y Salcedo (2008) plantea que sería útil revisar esta forma de pensar a la

¹⁸ Según señala Medina *"El interés por encontrar una <teoría general de la enfermería> que subsumiera todo el campo, motivó el uso del lenguaje altamente abstracto y en ocasiones simplista y reduccionista... las enfermeras profesionales evitaron y rechazaron su uso, ignorándolo de manera genérica... Como consecuencia (o quizá como factor causal) el uso de las <teorías y modelos> quedó relegado al ámbito académico"* (Medina Rev. Rol Enf 2005; 28(4):247).

¹⁹ El saber experto al que hace referencia Benner tiene que ver con el virtuosismo profesional señalado por Polanyi (1958), un conocimiento práctico tácito, que no puede ser totalmente explicado porque abarca distinciones, sentimientos, patrones de percepción y matices, con poco esfuerzo cognitivo, y que son demasiado sutiles para que puedan ser captados mediante una red de palabras. Estos aspectos son señalados y desarrollados también por autores como Stenberg & Hovart (1995) o Claxton (2002) desde el campo de la pedagogía. En esta tesis el *saber experto* es un aspecto central y se desarrolla en el apartado dedicado a explorar la competencia clínica teniendo como referencia principal el estudio de Benner y col. por estar referido a la práctica enfermera.

luz de nuestra propia realidad y, como dice Horkheimer²⁰, ser *pesimistas teóricos* y *optimistas prácticos*.

2.2. La razón práctica de las artes clínicas

Bourdieu ya plantea en su obra *«El sentido práctico»* que la práctica se desenvuelve en la *incertidumbre* y *vaguedad* y no puede responder a las reglas conscientes y constantes de la lógica de la ciencia o del estructuralismo:

“(....) Las prácticas producidas según reglas generativas perfectas conscientes se encontrarían despojadas de todo lo que la define propiamente como práctica, es decir, la incertidumbre y la vaguedad resultante del hecho de que tienen por principio no unas reglas conscientes y constantes sino principios [schèmes] prácticos, opacos a ellos mismos, sujetos a variación según la lógica de la situación, el punto de vista, casis siempre parcial, que se impone, etc. Así, los pasos de la lógica práctica raramente son coherentes por entero y raramente incoherentes por entero...” (1991: 27-31).

También avisa Bourdieu del peligro de guiarse exclusivamente por una conciencia racional-calculadora orientada al logro de los fines y dejando fuera los aspectos éticos y psicosociales ligados a la situación:

"Sustituir una relación práctica de pre-ocupación, presencia inmediata en un porvenir inscrito en el presente, por una conciencia racional, calculadora, que plantea los fines en tanto que tales, como posibles, significa hacer surgir la cuestión del cinismo, que plantea como tales fines inconfesables", (1997: 148).

En la misma línea, Schön señala que la práctica se caracteriza por la *complejidad*, *inestabilidad*, *incertidumbre*, *carácter único* y *conflicto de valores* en la que el profesional debe reconocer y construir los problemas:

“(....) cuando los fines son confusos y conflictivos, la razón instrumental no sirve, no puede ser resuelto mediante el uso de técnicas derivadas de la investigación aplicada. Parece más bien que en la práctica, como mundo real, los problemas no se presentan como dados para el profesional, sino que la situación práctica se caracteriza por la complejidad, inestabilidad, incertidumbre, carácter único y conflicto de valores”, (1998:49).

²⁰ Horkheimer, *Sociedad en transición: estudios de filosofía social*, 1976 p. 70.

Cosas dichas...para investigar prácticas

Schön pone énfasis en que *no se trata de un conocimiento seguro* porque las situaciones y problemas que se presentan en la práctica son complejos, cambiantes y tienen un carácter único. Y advierte de que un profesional seguidor del paradigma formal, que se encuentra ante las situaciones complejas de la práctica y ante el *dilema del rigor o la pertinencia*, puede mostrarse selectivamente desatento a los datos que caen fuera de sus categorías o puede optar por tratar de forzar la situación hacia lo que se muestra útil para el uso de las técnicas que se le ofrecen. Estas estrategias acarrearán el peligro de malinterpretar las situaciones, o manipularlas, para servir a los intereses del profesional en el mantenimiento de su confianza en los modelos y técnicas estándar.

Por el contrario, para Schön la mejora de la práctica se produce con la reflexión de un pensamiento activo vinculado a la acción y con una disposición de apertura a la experiencia que permita experimentar la sorpresa, la perplejidad y la confusión. El conocimiento que se maneja en la acción es *tácito* y no proviene de ninguna operación intelectual sino que es producto de esa reflexión y experiencia. Los marcos de referencia en que se desenvuelve y la memoria acumulada en situaciones anteriores son responsables de las cosas que tienen prioridad para el profesional. En este sentido, el problema que exige una reflexión se convierte en una investigación ligada al contexto práctico donde ocurre.

Por su parte, Medina (1999) también señala que un rasgo característico de la acción práctica es la *incertidumbre esencial*, porque ocurre en espacios comunicativos donde las interpretaciones son múltiples, y a menudo conflictivas, con diferentes orientaciones y expectativas de valor. La práctica está saturada de indeterminación y ambigüedad, de contingencias contextuales e interpretaciones y exige que cada situación se conciba como un problema único y singular. La incertidumbre y la ambigüedad sólo pueden resolverse, o reducirse, mediante su análisis en el contexto. Otra característica de la acción práctica es la *construcción del significado* que se produce a través de la comprensión y el diálogo. Así, en la acción práctica hay que aceptar que el juicio y la comprensión dependen de la deliberación, el diálogo y la negociación de significados. Y ello supone que estos significados, en tanto que conocimiento, se construyen socialmente. En palabras del autor:

“(...) solo la negociación, a través del diálogo, del significado que otorguen a la interacción, les permitirá derivar una comprensión no arbitraria sino fundada en lo subjetivo. (...) aceptar la negociación como constituyente de la comprensión supone al mismo tiempo aceptar que los significados –o el conocimiento– son contruidos socialmente, esto es, prácticamente.” (Medina, 1999:196)

Cosas dichas...para investigar prácticas

Una última característica de la acción práctica que señala Medina es que se trata de una actividad de *naturaleza ética*. Basándose en las argumentaciones de Bishop y Scuder (1990), afirma que el *eidós* orientador de toda práctica es una disposición moral a obrar correctamente. Y que, como explica Grundy (1991), el interés práctico presupone la idea del bien (un *eidós*), más general que el interés técnico. Sin embargo la cuestión de los dilemas éticos no sólo se puede dirimir desde la perspectiva particular de los participantes, sino que estos aspectos tienen que ver con aspectos culturales y materiales de la sociedad donde están inmersos.

También Toulmin (2003) plantea que, a diferencia de lo que ocurre en la física o la filosofía que se interesan más por perfeccionar rasgos generales, en las artes clínicas como la enfermería²¹ o la medicina el rasgo principal de su razonamiento práctico reside en que su centro de atención es el caso particular. Y que en un caso práctico clínico lo particular depende de la situación, de las personas y de las aventuras o desventuras que le *acaecen*. Este término lo utiliza el autor para señalar que los aspectos concretos de la vida cotidiana tienen una complejidad que impide que se puedan clasificar en casos claros y diferenciados. Pero centrarse en lo particular no quiere decir abandonar la esperanza de establecer verdades generales, al contrario el término *universal*, según el autor, se ganó su lugar en el vocabulario filosófico justamente en el contexto práctico. La idea de las artes prácticas es para Toulmin deudora de la *phronesis* y recurre a MacIntyre (1987) al considerar la vida y práctica profesional como uno de los contextos donde las personas pueden experimentar los orígenes más antiguos y comunitarios de la acción moral.

Y llegados a este punto, tengo que detenerme en dos autores que han sido de vital importancia para mi exploración de la práctica de las enfermeras en el escenario de la UCI: La teoría de la práctica de Bourdieu y el significado de los conceptos centrales de su teoría: *habitus*, campo y capital en la práctica; Y el trabajo de Benner sobre cómo se desarrolla *el saber de novel a experta* y cómo es la *praxis* de las enfermeras expertas.

En la perspectiva crítica de Bourdieu he encontrado elementos de gran interés para el análisis de la relación existente entre las respuestas de los profesionales a las situaciones y las estructuras sociales y culturales en que se sitúan. En cuanto a Benner, su elección se debe a que su trabajo y conclusiones son un referente para comprender el razonamiento y

²¹ Si bien el autor pone el ejemplo de la medicina entiendo que la definición de artes clínicas de Toulmin está en la línea del *ser y hacer* enfermero descrito por Benner.

sentido de la *praxis* enfermera de la UCI en las dimensiones y rasgos señalados por autores como MacIntyre, Schön, Toulmin, o Medina.

3. La teoría de la práctica de Pierre Bourdieu (1930-2002)

Pierre Bourdieu²², uno de los sociólogos de mayor renombre en las ciencias sociales, autor de una polémica e innovadora obra sobre la *Teoría de la práctica*. Pretende una ciencia total de la sociedad, una síntesis superadora de la aproximación estructuralista y de la aproximación constructivista. Objetivismo y subjetivismo, mecanicismo y finalismo, necesidad individual y acción estructural son para el autor falsas antinomias.

Aunque Bourdieu, no es partidario de los etiquetajes teóricos, él mismo define su trabajo como:

“(...) constructivismo estructuralista o estructuralismo constructivista. Por estructuralismo quiero decir que existen en el mundo social estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes que son capaces de orientar o coaccionar sus prácticas. Por constructivismo quiero decir que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y acción que son constitutivos de lo que llamamos habitus, y en otra de estructuras, y en particular de lo que llamo campo o grupos, o especialmente de lo que se llama clases sociales”, (Bourdieu 1988a:127).

Sobre la relación teoría-práctica, explica Bourdieu que la diferencia entre teoría y práctica hay que buscarla en la forma de relacionarse con el mundo, ya que la teoría, al contrario que la práctica, sólo puede contemplarse desde un punto de vista externo a la escena donde se desarrolla la acción. Y una verdadera comprensión del modo de existencia práctico exige superar tanto el objetivismo como el subjetivismo propios del conocimiento teórico (Bourdieu, 1991). Ambos son para Bourdieu parciales: el modo objetivista busca

²² Pierre Bourdieu, sociólogo francés (1930-2002). Es uno de los sociólogos de mayor renombre en las ciencias sociales. Influenciado por el marxismo y por la tradición weberiana, es autor de una polémica e innovadora obra sobre la Teoría de la práctica. Según Fernández la fuerza de la mirada sociológica de Bourdieu proporciona unidad a las investigaciones en los campos más diversos, da identidad a su *modus operandi*, y es la fuente de inspiración para muchos investigadores de diferentes disciplinas sociales. (Fernández 2004: 182).

Se puede consultar un catalogo de la obra de Bourdieu en <http://hyperbourdieu.jku.at>

Cosas dichas...para investigar prácticas

las relaciones objetivas que condicionan las prácticas, pero no puede dar cuenta del sentido vivido por las personas ni de la dialéctica entre lo subjetivo y objetivo; y el modo subjetivo busca el sentido vivido de las prácticas, pero no considera las condiciones sociales en que se constituyen estas experiencias.

Para Bourdieu el *conocimiento práctico* es aquel que tienen los individuos, agentes sociales productores de prácticas, y constituye el origen de la experiencia sobre el mundo social, (Gutiérrez, 2002). Es a partir de la práctica donde los agentes reproducen las estructuras que los condicionan y donde tienen la oportunidad de actualizar esas estructuras mediante su acción innovadora (Bourdieu, 1991).

Tal como explica Fernández²³ (2004), Bourdieu en su teoría de la práctica, que desarrolla en las obras *Esquisse d'une théorie de la pratique* y *El sentido práctico*²⁴, presenta *la intencionalidad sin intención*, dominio prerreflexivo e infraconsciente que adquieren los agentes de su mundo social por el hecho de la inmersión en el tiempo. Y argumenta que comprender la lógica de la práctica de los agentes en cualquier esfera de la vida social supone desprenderse del mentalismo y del intelectualismo, y adentrarse en un sentido práctico del que brotan las acciones como algo cotidiano, por una especie de coincidencia necesaria entre un *habitus* y un campo (Bourdieu, 1997). La práctica es también lugar de la dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo:

"(...) la práctica es el lugar de la dialéctica del opus operatum y el modus operandi, de los productos objetivados y los productos incorporados de la práctica histórica, de las estructuras y los habitus (Bourdieu, 1991:92).

Dice Fernández (2004) que los conceptos de *habitus* y campo le permiten a Bourdieu liberarse del falso problema de las dicotomías entre espontaneidad personal y

²³ J. Manuel Fernández profesor en la Universidad Complutense de Madrid, estudioso de la obra de Bourdieu, me ha sido de gran ayuda para entender la obra del autor como proyecto transdisciplinar y para comprender la noción de violencia simbólica. Sobre este concepto destacar el artículo *La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica*, por su interpretación de este concepto en el contexto de la Teoría de la práctica.

²⁴ Este libro, al que haré referencia a lo largo del texto, incorpora (tal como explica en su revisión crítica del texto Pashulli) una ampliación de los conceptos de *habitus*, un desarrollo más amplio y un tratamiento sistemático del concepto de *espacio social*, que le permitirá describir la dinámica de la diferenciación de las prácticas y la dialéctica entre las posiciones y las tomas de posición de los agentes sociales. También Bourdieu cuestiona una de las presunciones más habituales entre los científicos: la ilusión de que los principios que utilizan para analizar sus objetos de estudio no rigen para ellos. Arrogándose el derecho de explicar la sociedad amparados por un determinado saber, los investigadores tienden a considerarse exteriores a ella. Nada menos cierto, puesto que ellos también forman parte de la realidad social, de la misma manera que los objetos que describen en sus investigaciones.

Pashulli <http://es.shvoong.com/social-sciences/sociology/1812850-el-sentido-practico/>

Cosas dichas...para investigar prácticas

presión social, libertad y necesidad, obligación y elección, y descartar de un golpe las alternativas: individuo *versus* estructura y microanálisis *versus* macroanálisis, vinculadas a una ontología social polarizada y dualista. Estas polaridades parece que el autor las soluciona en clave de pensamiento relacional, según lo explica Wacquant²⁵, cuando propone la lectura de la teoría de la práctica en este sentido:

“Para efectuar la síntesis entre objetivismo y subjetivismo Bourdieu forja un arsenal conceptual original anclado en las nociones de habitus, capital y campo (...) internamente ligados uno a otro en la medida en que cada uno alcanza su potencial analítico solo en conjunción con los demás” Wacquant, (2005: 61- 65).

En la misma línea lo explica Serrano (2007) cuando señala que para Bourdieu todas estas dicotomías son falsos debates inscritos en la reflexión sobre la realidad social:

“(...) hay que romper, demostrar, convencer, comprobar, construir instrumentos que las hagan desaparecer, inventar un lenguaje que permita escapar a ellas [las dicotomías]”, (Bourdieu, 1995:132; Cit Serrano, 2007).

El punto de vista objetivista descarta la experiencia del agente social y la pone al servicio de las estructuras sociales. Desde esta visión los agentes existen solo para la ejecución de normas. Sin embargo Bourdieu reivindica la noción de *estrategia* o *usos sociales* porque en estos conceptos queda implícita una participación del agente que da contenido a la idea del *habitus*. Y considera, que no hay práctica sin que se movilice saber adquirido en la experiencia en un determinado campo.

Los conceptos de *habitus* y *campo*, junto al concepto de *capital incorporado*, se muestran así centrales para entender la lógica de la práctica, y designan entramados de relaciones que permiten entenderla como *práctica de los agentes*. Bourdieu en su obra "*La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*" propone la ecuación [(*habitus*) (*capital*)]+*campo* = *práctica* (1988b) en la que focaliza y vincula estos conceptos con las prácticas de los agentes en cualquier esfera de la vida social.

Y para comprender este mundo de relaciones es necesario detenerse y adentrarse en estos conceptos.

²⁵ Profesor de sociología en la Universidad de California cuenta entre sus libros "*Invitación a la sociología reflexiva*" escrito junto a Bourdieu, y un ensayo sobre claves para leer a Bourdieu que es de gran ayuda para clarificar las relaciones y el análisis de conceptos centrales de su obra.

3.1. Del *habitus* incorporado

Por *habitus*²⁶ entiende Bourdieu (Martin, 2002) un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los agentes perciben el mundo y actúan en él. Esos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social y de sus relaciones. También son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones de los agentes. El *habitus* tiene sus efectos, produce prácticas (Serrano, 2007). Tal como lo explica Wacquant:

"(...) el habitus designa el sistema de disposiciones durables y trasportables mediante las cuales percibimos, juzgamos, y actuamos en el mundo. Estos esquemas inconscientes se adquieren mediante la exposición prolongada a condiciones y condicionantes sociales específicos, mediante la limitación de limitantes y posibilidades externas. Esto significa que son compartidos por personas sujetas a experiencias similares, aunque cada persona tenga una variante individual única de una matriz común (...)", (2005: 62).

El *habitus* se convierte por tanto en un principio generador de prácticas distintas y distintivas. A partir del *habitus* se establecen potencialidades objetivas, cosas por hacer o no hacer, decir o no decir, que están inscritas en el presente y en relación con un porvenir probable, y se establecen diferencias entre lo bello y lo feo, lo que vale la pena y lo que no y entre lo que está bien y lo que está mal. Son prácticas internalizadas en el grupo social sobre ideas y valores interiorizados por el sujeto, *agente*, porque se ha educado en ellas como esquemas prácticos de percepción y evaluación del mundo que van a condicionar sus elecciones. Tal como explica Martin:

"(...) ni los sujetos son libres en sus elecciones –el habitus es el principio no elegido de todas las elecciones-, ni están simplemente determinados –el habitus es una disposición, que se puede reactivar en conjuntos de relaciones distintos y dar lugar a un abanico de prácticas distintas", (2002:2).

²⁶ El concepto de *habitus* se remonta a Aristóteles. *Habitus* es la traducción latina que Aquino y Boecio dan del concepto aristotélico *hexis*. Estos autores utilizan el concepto para relacionar la potencia y el acto –el *habitus* transforma la potencialidad en una capacidad concreta de realizar actos-, y para explicar la interiorización de lo externo, ligando la historia pasada a la actualización presente. Esta problemática es desarrollada por Husserl y Merleau-Ponty quienes teorizan el concepto como percepción y acción individual que será retomada por Bourdieu. Puede consultarse en la URL; <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>, (Martin, 2002). Una explicación más sofisticada del concepto por parte de Bourdieu se encuentra en su libro *Meditaciones Pascalianas* (Cit. Wacquant, 2005).

Cosas dichas...para investigar prácticas

Las prácticas no tienen reglas conscientes ni determinantes, sino principios prácticos, opacos a ellos mismos y sujetos a variación según la lógica de la situación o el punto de vista que se impone en ese momento para el *agente*. Por lo tanto, en la práctica los estímulos no existen como una verdad objetiva, sólo actúan como detonantes si encuentran a un agente condicionado para reconocerlos. El *habitus* para Bourdieu tiene que ver con el principio de incertidumbre:

“La teoría de la acción que propongo (con la noción de habitus) equivale a decir que la mayor parte de las acciones humanas tiene como principio algo absolutamente distinto de la intención, es decir, disposiciones adquiridas que hacen que la acción pueda y tenga que ser interpretada como orientación hacia tal o cual fin sin que pueda plantear por ello que como principio tenía el propósito consciente de ese fin” (1997: 166)

La temporalidad se constituye también en un factor fundamental, las prácticas tienen lugar aquí y ahora, en la incertidumbre y ambigüedad del ritmo de la vida real que imprime una dialéctica con la situación. Tal como lo dice Bourdieu:

“Reintroducir la incertidumbre es reintroducir el tiempo, con su ritmo, su orientación, su irreversibilidad, sustituyendo la mecánica del modelo por la dialéctica de las estrategias (...)”, (1991:169).

Son las prácticas continuadas las que establecen el *habitus* entendido como un sentido práctico o racionalidad práctica, o como un “sentido del juego” con unos esquemas incorporados que permiten a los sujetos responder de forma adecuada en la urgencia de la situación. No sirve ningún modelo que suponga una reflexión previa de todos los factores en juego, ni tampoco una teoría que reduzca el acto a mero automatismo. Según lo explica Martin con la metáfora de que a la técnica del sujeto que obedece reglas se impone la del bailarín:

“(...)-que sabe improvisar nuevos pasos de bailes porque ha incorporado prácticamente toda la técnica del baile- o la del luchador, metáfora que Bourdieu toma de Mead para criticar a los enfoques que él denomina intelectualistas”, (2002:4).

El *habitus* establecido en sentido práctico como necesidad social que deviene naturaleza, se *incorpora* por simple familiarización de manera implícita e inconsciente, de forma que lo que hacen los agentes tiene más sentido que lo que saben, y nunca saben por completo lo que hacen. Este “*tener incorporado*” es un factor clave en la teorización del *habitus* y su relación con el cuerpo. La *hexis* corporal como mitología política realizada y

Cosas dichas...para investigar prácticas

convertida en disposición permanente de la manera de hablar, caminar o sentir, en definitiva de ser:

“Y no acabaría nunca de enumerar los valores hechos cuerpo, mediante la transubstanciación que efectúa la persuasión clandestina de una pedagogía implícita, capaz de inculcar toda una cosmología, una ética, una metafísica, una política, a través de exhortaciones tan insignificantes como «ponte derecho» o «no cojas tu cuchillo con la mano izquierda» y de inscribir en los detalles en apariencia más anodinos del porte, del mantenimiento o de las maneras corporales y verbales los principios fundamentales del arbitrario cultural, situados así fuera del alcance de la consciencia y de la explicitación.... (...) El cuerpo cree en lo que juega: llora cuando mima la tristeza. No representa lo que juega, no memoriza el pasado, él actúa el pasado, anulado así en cuanto que tal, lo revive. Lo que se aprende por el cuerpo no es algo que se posee como un saber que uno puede mantener delante de sí, sino algo que se es.”, (Bourdieu, 1991:118- 125).

Así entendida, la lógica de la práctica solo puede ser dominada por quien está totalmente poseído por ella, es decir “*desposeído*”, porque, según Bourdieu, no hay *más aprendizaje* que el adquirido en los principios de percepción, apreciación y acción, que son la condición de todo pensamiento y toda práctica sensata. *Aprendido* de esta forma, el *habitus* produce un sentido práctico o racionalidad práctica que permite jugar con la urgencia que requiere el juego. Los esquemas incorporados por el agente social no son racionales ni irracionales, son razonables porque están objetivamente ajustados a la lógica de un determinado campo (Bourdieu, 1991).

Algo que parece fundamental en la adquisición y mantenimiento del *habitus*, según explica Martín (2002), es su utilidad para las instituciones sociales:

“Si las instituciones sociales funcionan es porque hay agentes socialmente producidos -con los habitus necesarios- para que funcionen, con las competencias prácticas y los intereses concretos sin los cuales la institución sería algo muerto”, (2002:5).

El *habitus*, como sistema de disposiciones adquiridas en la relación con un cierto campo, encuentra la eficiencia en las condiciones idénticas o análogas a aquellas en las que se ha producido. Pero la relación entre el *habitus* de grupo y el *habitus* individual no es una relación intercambiable a todas las prácticas. La relación que une los *habitus* de grupo es una relación de homología, de homogeneidad en la diversidad, en la que cada sistema de disposiciones individual es una variante estructural de los otros, (Bourdieu, 1991).

Otro aspecto destacable que señala Bourdieu es que las diferencias entre los *habitus* individuales reside en la singularidad de las trayectorias sociales, donde las primeras experiencias tienen un peso particular, de modo que el *habitus* tiende a asegurar su propia constancia y defensa contra el cambio, asegurándose así un medio al que está lo más adaptado posible. Wacquant lo explica de la siguiente manera:

“Las disposiciones son maleables ya que enmarcan dentro del cuerpo la influencia evolutiva del medio social, pero con los límites puestos en las experiencias primarias ya que es el habitus mismo el que filtra en cada momento (...)”, (2005: 62).

La permanencia recurrente en el *habitus* de los condicionamientos primarios explica también los casos en que las disposiciones funcionan a contratiempo y las prácticas están inadaptadas a las condiciones presentes porque están objetivamente adaptadas a condiciones caducas, (Bourdieu, 1991).

3.2. De capitales y prácticas

El capital es un concepto central en la obra de Bourdieu, aunque su definición, tal como señala él mismo, es algo borrosa:

“Instrumento de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos”, (1991: 109).

Al hablar de capitales Bourdieu hace continuas referencias al juego, capital es todo aquello que puede entrar en las *apuestas* de los actores sociales. Por su parte Gutiérrez (2002) lo explica como tener una buena carta en el juego, como una forma de poder que define las probabilidades de obtener un beneficio en un campo, y dice que puede definirse como:

“(...) el conjunto de bienes acumulados, que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden”, (Costa, 1976. Citado por Gutiérrez 2002: 35).

Martínez (1998) dice que por capital debemos entender cualquier tipo de recurso capaz de producir efectos sociales y, como tal, puede considerarse como sinónimo de poder. Y propone una definición sencilla y operativa que puede englobar las diferentes propuestas:

Cosas dichas...para investigar prácticas

"(...) en una relación de intercambio podemos decir que uno de los actores tiene poder frente a otro si puede conseguir aquello que el otro le pueda proporcionar entre el mayor número de actores y viceversa", (1998:3.)

Por lo tanto, hablar de capital no es referirse sólo a cosas materiales, porque el concepto de capital abarca a todo aquello que puede valorizarse.

Es en la obra *"La distinción. Criterio y bases sociales del gusto"* donde Bourdieu plantea que la posición en el espacio social de cualquier individuo, grupo o institución puede ubicarse mediante las coordenadas: volumen total de capital, la composición de ese capital y la evolución en el tiempo de ambas. En la composición del capital²⁷ distingue diferentes variedades: el capital económico; el capital cultural ligado a los conocimientos, la ciencia o el arte; el capital social relacionado con el conjunto de recursos actuales o potenciales unidos al círculo de relaciones estables; y el capital simbólico. Y estos diferentes capitales constituyen la gama posible de recursos y bienes de toda naturaleza que sirven a la vez de medios y de apuestas de inversión de sus poseedores, y son el principio a partir del cual se distinguen las clases sociales:

"Las diferentes especies de capital cuya posesión define la pertenencia a una clase y cuya distribución determina la posición en las relaciones de fuerza constitutivas del campo de poder y, al mismo tiempo, las estrategias que pueden adoptarse en esas luchas –"nacimiento", "fortuna" y "talentos" en tiempos pasados, capital económico y capital escolar en la actualidad- son simultáneamente unos instrumentos de poder y unas apuestas en la lucha por el poder, desigualmente poderosos en realidad y desigualmente reconocidos como principios de autoridad o signos de distinción legítimos según los momentos (...)", (Bourdieu, 1988b: 317).

A diferencia del capital económico, las otras formas de capital son más reconocidas como dones. Su interés no suele ser explícito ya que debe ser disimulado para que no se devalúe y se desenvuelven *en la oposición interés conocido y socialmente reconocido versus desinterés* (Bourdieu, 1983). Pero ello no impide el intercambio de valor entre capitales, como explica Martínez:

(...) se puede buscar el dinero más por el prestigio que le acompaña ("es un profesional que gana tantos millones al año, debe ser realmente bueno") que por el dinero en sí. Tanto el capital cultural como el social pueden buscarse por los

²⁷ El capital constituye para Bourdieu lo mismo que para Marx la base de dominación. Pero para Bourdieu existen diferentes tipos de capital que son de alguna manera intercambiables. La conversión más poderosa es la transformación en capital simbólico de cualquiera de las otras formas de capital, que de este modo, pasan a ser percibidas como legítimas, (Fernández, 2005).

Cosas dichas...para investigar prácticas

beneficios monetarios que reporta (estrategia más frecuente), aún a costa de cierta devaluación ("sólo estudian en la universidad para encontrar trabajo y ganar dinero", "sólo tiene amigos por el interés")", (1998:6).

Hay algunos aspectos en los diferentes capitales señalados que considero necesario exponer con cierto detalle porque son especialmente relevantes en la exploración de la práctica.

El *capital económico*, reconocido socialmente como capital, es el medio para ejercer el poder sobre recursos o personas (apropiación de bienes y servicios) que no tiene la necesidad de ocultar su dominación para que sea aceptada como legítima:

"(...) la economía económica resulta más económica en la medida en que permite ahorrarse el trabajo de elaboración simbólica que tiende objetivamente a disfrazar la verdad objetiva de la práctica", (Bourdieu, 1997; Cit en Martínez: 6).

En la práctica de las enfermeras de las UCIs el capital económico no parece que tenga una especial relevancia, sin embargo creo que es importante no olvidar que el mercado, con su colonización del "mundo de vida", hace que cada vez sea más frecuente que las relaciones sociales sean tratadas como mercancías, y se reduzcan los espacios sociales donde puedan darse formas de capital puramente desinteresadas, (Martínez, 1998).

El *capital cultural*, normalmente está unido al capital económico porque este le proporciona los recursos disponibles para su obtención en el tiempo. En función de su modo de adquisición y transmisión, puede presentarse en tres formas diferentes (Bourdieu, 1979):

Como *capital cultural incorporado* a las disposiciones mentales y corporales, ligado al cuerpo en forma de *habitus*, de disposiciones durables, como forma de hablar, de andar o de saber comportarse. Es una forma de capital que se destaca por su modo disimulado de adquisición, sujeta a los límites del cuerpo físico del que lo posee, no puede venderse de forma explícita en el mercado, ni comprarse, ni intercambiarse. Supone un proceso para el que el agente necesita el tiempo necesario para su adquisición y acumulación.

Como *capital cultural objetivado* en forma de bienes culturales como pueden ser los libros, ordenadores o cuadros, pero no sólo se refiere a ellos sino también tiene que ver con la posibilidad de disponer de los "medios de consumo"

Cosas dichas...para investigar prácticas

de esos objetos culturales, de las disposiciones y conocimientos que permitan apreciarlos de forma legítima. Lo particular por tanto de este capital es que la apropiación de bienes materiales no significa la apropiación de las predisposiciones que, como *habitus*, con él se relacionan y condicionan.

Y por último, como *capital cultural institucionalizado*, se asemeja al título de una propiedad intransferible, confiere a su portador un valor garantizado jurídicamente. Al estar reconocido por las instituciones políticas, como ocurre con los títulos académicos y oposiciones, certifica un valor homogéneo para todos los que lo poseen y es el requisito para participar en el campo.

El *capital social*, Bourdieu (1983) lo define como el capital agregado por los recursos actuales o potenciales que se disponen por pertenecer a un grupo, por la red de relaciones sociales más o menos institucionalizadas que se disfrutan. A través de estas relaciones se alcanza honorabilidad y respetabilidad que pueden procurar beneficios materiales o simbólicos. Su volumen dependerá del tamaño de la red de conexiones que pueda movilizar y de las otras formas de capital que el grupo posea.

Y, el *capital simbólico* que es la percepción y el reconocimiento de cualquiera de las formas de capital cuando son reconocidos como una posesión legítima, Bourdieu se refiere a él como:

“El capital simbólico es una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Bourdieu, 1997: 172-173).

En esta idea, Fernández (2005) señala que convertirse en capital simbólico cuando es percibido por agentes sociales dotados de un cualquier tipo de capital puede *habitus* capaz de conocerlo y reconocerlo, de conferirle algún valor. Y así lo explica Martínez:

“Sería cualquier forma de capital en tanto que no reconocida como producto de una acumulación arbitraria, no reconocimiento debido a los esquemas de percepción generados en el seno de los campos en los que ese tipo de capital produce efectos; por tanto, su posesión es percibida como natural”, (Martínez, 1998: 8-9).

Cosas dichas...para investigar prácticas

La estructura del *capital simbólico* tiene una gran estabilidad, porque se presenta como bien colectivo legítimo, que hay que conservar y aumentar, y se constituye en *poder simbólico*. Un poder invisible, que para Bourdieu es un poder legitimador que suscita el consenso tanto de los dominadores como de los dominados, un poder que construye mundo en cuanto supone la capacidad de imponer la visión legítima del mundo social y de sus divisiones (Fernández, 2005).

El *poder simbólico* no emplea la violencia física como forma de dominación, sino que utiliza lo que Bourdieu llama la *violencia simbólica*, y que define del siguiente modo:

“(...) esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas” (1997: 173).

La *dominación simbólica* se basa en el reconocimiento y el desconocimiento de los principios en nombre de los cuales se ejerce. Y se sustenta en creencias que no son explícitas ni producto de la elección deliberada del individuo, sino una adhesión inmediata, una sumisión *dóxica*²⁸ a ese mundo. La violencia simbólica actúa a través de las mentes y de los cuerpos, como un orden natural de las cosas:

“(...) los dominados son también dominados en su cerebro. Esto es lo que quiero recordar al recurrir a nociones como reconocimiento y desconocimiento”, Bourdieu (1988a: 50-51).

En cualquier análisis de la práctica entiendo que es fundamental reconocer las formas de violencia simbólica que utilizan los dominantes para imponer sus categorías y su visión del mundo a los dominados. Fernández respecto a esto plantea:

“Al aceptar un conjunto de presupuestos fundamentales, prerreflexivos, implícitos en la práctica, los agentes sociales actúan como si el universo social fuera algo natural, ya que las estructuras cognitivas que aplican para interpretar ese mundo nacen de las mismas estructuras de ese mundo”, (2005:15).

Y en la *violencia simbólica* hay dos aspectos señalados por Bourdieu que son de interés para este estudio: La que se ejerce como *habitus* en el lenguaje:

²⁸ Bourdieu con “*doxa*” hace referencia a la creencia primordial, una visión asumida, dominante, que ha conseguido imponerse y que garantiza una adhesión inmediata, una *sumisión dóxica* al orden establecido. “*La doxa es un punto de vista particular, el punto de vista de los dominantes, que se presenta y se impone como punto de vista universal*”, (Bourdieu, 1997:121).

Cosas dichas...para investigar prácticas

“Todo intercambio lingüístico contiene la virtualidad de un acto de poder, especialmente se produce entre agentes que ocupan posiciones asimétricas en la distribución del capital pertinente...” (Bourdieu-Wacquant, 1992) Cit. Fernández 2005: 20).

Y la violencia simbólica utilizada en la dominación masculina, considerada como el paradigma de la violencia simbólica por la manera en que se ha impuesto y soportado. Bourdieu se refiere a ella como:

“(...) violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término del sentimiento.”, (Bourdieu, 2000:11-12).

Los conceptos teóricos de Bourdieu sobre el capital, y en especial sobre capital simbólico y violencia simbólica los considero fundamentales como explicación de las prácticas sociales. Y en la práctica sanitaria, la medicina como grupo social se ha caracterizado, tal como explica Jiménez (2009), por apoderarse del capital simbólico y traducirlo con demasiada frecuencia en poder y violencia simbólica. Esta situación hace que en el escenario donde se desarrolla esta tesis, la UCI, se configuren formas de pensar, sentir y actuar de dominio y sumisión, que son características de un campo donde se disputa el capital simbólico.

Y no podemos olvidar que el capital en sentido Bourdiano es sinónimo de todo tipo de recursos que da poder y permite la dominación (Martínez, 1998).

3.3. Del campo de fuerzas y de luchas

Pensar en un campo es, para Bourdieu, pensar en un mundo de relaciones, de intereses compartidos entre los agentes comprometidos en el juego. Bourdieu define los campos como:

“(...) espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias”, (1988a:108).

Según Wacquant (2005) el término campo lo utiliza Bourdieu para referirse a las esferas de la vida social que tienden a formar microcosmos distinguibles dotados de sus propias reglas, regularidades y formas de autoridad.

Cosas dichas...para investigar prácticas

Como producto histórico, cualquier campo engendra el interés que necesita para su funcionamiento y los agentes se ponen en juego en él mediante una red de relaciones, de significados y fuerzas. Las condiciones de su funcionamiento, la posición que se ocupa en el campo, los diferentes intereses, el poder, *todo se pone en relación*. Y en función de la posición que los agentes ocupan en este espacio complejo, se puede comprender la lógica de sus prácticas y la percepción que tienen de sí mismos y de los otros agentes dentro de ese campo²⁹, (Bourdieu, 1988a).

En cada campo se establecen relaciones de fuerza entre los agentes, grupos o las clases sociales que dependen de la estructura del campo, del volumen de capital que poseen y del *habitus* incorporado. Las relaciones de fuerza dependen por lo tanto de la tríada capital-*habitus*-campo. En función de las relaciones de fuerza, en cada campo social se establecen unas reglas tácitas que definen el valor de los diferentes capitales y lo que se puede y no se puede hacer o decir. Pero los agentes sociales que están en posición desfavorable tienden a luchar para transformar las reglas y dar valor al capital en el que están más preparados (Brunet y Morell, 1998). Y todo ello convierte el campo social, en palabras de Bourdieu, en *un campo de fuerzas* y en *un campo de luchas*³⁰:

“(...) es decir a la vez un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a transformar o perpetuar su estructura, (1997:49).

O según lo explica Wacquant:

“Es un campo de batalla en el cual se disputa interminablemente sobre las bases de la identidad y la jerarquía”, (2005:64).

²⁹ Como es el caso de las clases sociales donde las personas que están situadas en un espacio social no son intercambiables, y es en función de cómo están situadas en ese espacio complejo que se puede comprender la lógica de sus prácticas y como se pensarán como miembros de una clase, (Bourdieu, 1988a: 58).

³⁰ Lo que se persigue en forma de lucha es el dominio de un cierto tipo de capital, o ganancia, entendido este como un conjunto de bienes que se pueden producir, invertir, consumir o perder. Uno de los aportes fundamentales de Bourdieu, según Gutiérrez, es el de extender la lógica económica al análisis de la práctica social. En este sentido puede decirse que a la vez que recupera a Marx, Bourdieu marca una ruptura con el marxismo al extender la lógica económica a cualquier campo social. Esto se expresa en la extensión de los conceptos de capital y de interés a campos diferentes que el económico. Con la noción de interés Bourdieu rompe con la visión encantada y mistificadora de las conductas humanas, que rechazan reconocer las diversas formas de beneficios no materiales que guían a los agentes que aparecen así como “desinteresados”, a la vez que sugiere la idea que esos agentes son arrancados de un estado de indiferencia por los estímulos enviados por ciertos campos y no por otros, (Bourdieu, Wacquant, 1992 citado en Gutiérrez, 2002).

Y el campo de batalla del ámbito sanitario, como cualquier otro campo social, tiene su forma particular de violencia que ejercen *todos* los agentes por el monopolio de la legitimidad, donde lo que está en juego es la nominación legítima, el punto de vista dominante. De igual modo, las enfermeras del campo de la UCI, como agentes sociales, luchan por la legitimidad de su posición y la autonomía en sus prácticas.

3.4. Interrogantes desde lo dicho y lo incorporado

Con los conceptos de la teoría de la práctica de Bourdieu explorados y teniendo en cuenta que el objeto de estudio es el conocimiento práctico de las enfermeras con experiencia en la UCI, he construido determinadas preguntas de investigación.

Sobre el campo UCI: ¿Cómo es la estructura interna del campo UCI? ¿Qué posición ocupan las enfermeras expertas en el campo? ¿Cómo es el reparto del capital? ¿Qué bienes ponen en relación? ¿Cuáles son los intereses? ¿Qué es lo que de antemano tienen asignado? ¿Cómo influye la institución?

Sobre el *Habitus*: ¿Cuáles son las formas de ver y actuar de las enfermeras expertas? ¿Cuáles son las disposiciones que orientan la percepción de la situación? ¿Cómo influyen las experiencias previas? ¿Hay entre las enfermeras formas de actuar, percibir o pensar compartidas?

Sobre el capital: ¿Cuál es el capital incorporado de las enfermeras expertas? ¿Cómo lo ponen en juego? ¿Qué tipo de estrategias utilizan en sus relaciones con el paciente, la familia, o con sus colegas? ¿Cómo y dónde se producen estas estrategias?

Y sobre el poder simbólico y la violencia simbólica: ¿Cuáles son las creencias en relación a lo que consideran posible o imposible las enfermeras expertas? ¿Qué se considera *normal* o *lógico* y que sirve a un grupo a expensas de otro? ¿Cómo se perciben, aprecian y actúan en relación a su poder? ¿Qué capacidad tienen para responder a la influencia socio-estructural que conforma las relaciones de *estatus* o género? ¿Cómo desafían la estructura institucional, reglas y prácticas en beneficio del paciente o la familia? ¿Cómo se autonomizan las enfermeras y conquistan su libertad?

3.5. Exploraciones en el campo enfermero desde tesis bourdonianas

Los trabajos, reflexiones e investigaciones que utilizan el marco teórico de Bourdieu son numerosos en todas las disciplinas y campos sociales, desde la antropología, la sociología, la pedagogía, el arte, la literatura a las ciencias de la salud por citar algunos. Pero mi atención se ha centrado principalmente en los trabajos realizados en los últimos años en el campo enfermero que han utilizado tesis bourdonianas.

Petersen (2003) aplica el modelo génesis y estructura del campo cultural enfermero e investiga la autonomía del campo como ciencia enfermera. Jørgensen (2003) y Larsen (2003) en la misma línea estudian el campo médico y el campo enfermero. Larsen (2005) utiliza la teoría para analizar el aprendizaje incorporado de estudiantes de enfermería. Bastidas et al. (2009) analizan alternativas al modelo educativo. Rhynas (2005) estudia la utilidad de la teoría de la práctica de Bourdieu en enfermería y considera su uso específicamente como un armazón para investigar las conceptualizaciones enfermeras de enfermedad y cuidado. Rischel y otros (2008) estudian las competencias profesionales.

El poder simbólico y las relaciones interdisciplinares los explora Sorensen (2003) en una institución psiquiátrica. Hall (2004) estudia la marginalización y vulnerabilidad de la práctica enfermera en valores como la confidencialidad y equidad, que relaciona con la violencia simbólica que ejercen instituciones que alteran su significado, y sugiere estrategias para proteger sus prácticas. Y Acebedo et al. (2011) utilizan la teoría de Bourdieu para reflexionar sobre el rol profesional con especial atención a los conceptos de *habitus* y violencia simbólica.

Lunardi, Peter y otros (2006) y Lunardi y otros (2007) exploran algunas relaciones entre la organización del trabajo de enfermería, las relaciones de poder presentes y su dimensión ética. Jiménez (2009) utiliza la teoría de Bourdieu como armazón argumental para investigar la construcción de una ética asistencial del cuidar en el campo de las urgencias y emergencias.

Lynam (2005) estudia las desigualdades de salud en función de los diferentes estratos sociales. Huppatz (2006) explorar las formas en que clase y género interactúan en los ámbitos profesionales. Carpiano (2007) explora el acceso a los servicios de salud en función del capital social, y la relación entre estructuras subjetivas, la percepción de calidad de vida en el barrio, y objetivas, la salud de los individuos. Lynam (2007) explora las maneras en que la cultura forma concepciones de salud e influye en las prácticas de salud de grupos inmigrantes. Stephens (2008) centra su estudio en las desigualdades

económicas y su relación con la gestión de la salud y sus consecuencias. Ernstmann et al. (2009) examinan la relación entre el capital social y la gestión de riesgos clínicos en los hospitales desde la visión enfermera. Lynam (2009) explora su contribución para entender las condiciones que contribuyen a las desigualdades en salud.

Estos trabajos ofrecen diferentes perspectivas que han sido centrales en mi trabajo para revisar la influencia de las estructuras que gobiernan la práctica enfermera, reconocer múltiples formas de dominación en las relaciones de género o clase y apreciar la influencia del capital, el *habitus* y la cultura compartida en el campo.

4. La práctica clínica enfermera de Patricia Benner

La filosofía de Patricia Benner³¹, tal como señala Brykczynski³², se caracteriza por su contribución a esclarecer la naturaleza del conocimiento práctico enfermero, entendido como un conocimiento que aumenta con el tiempo y que se desarrolla a través del diálogo con la situación del paciente y su contexto.

La obra de Benner, realizada con una perspectiva fenomenológica-hermenéutica, destaca por la complejidad de las descripciones y por la identificación y descripción de los significados implícitos en la práctica clínica. Así lo explica Brykczynski:

³¹ Patricia Benner es profesora emérita de la Universidad de California, San Francisco. Tiene una amplia trayectoria de investigación en el campo de la enfermería clínica, con numerosas publicaciones sobre el aprendizaje y práctica del cuidado. En su trabajo reconoce la influencia de Heidegger, Kikgaard, Gadamer y Merleau-Ponty por su visión fenomenológica y hermenéutica; de Richard Lazarus que la introdujo en el campo del estrés y del afrontamiento; y son también destacables las influencias filosóficas y éticas de Charles Taylor y Alistair MacIntyre; y de Dreyfus y Dreyfus de quien la autora adapta el modelo de adquisición de habilidades y competencias al campo de la enfermería. (Brykczynski en Tomey & Alligood: 2007: 154- 157). Director of a National Nursing Education Research Project for the Advancement in Teaching, en la Carnegie Foundation. En su última publicación *Book Highlights from Educating Nurses: A Call for Radical Transformation* (2010) plantea una nueva agenda para la educación enfermera producto del trabajo de investigación llevado a cabo desde esta fundación. La información sobre este último trabajo se puede encontrar en:

<http://www.carnegiefoundation.org/elibrary/educating-nurses-highlights> Consultado en Diciembre 2009

³² Karen Brykczynski realizó su investigación doctoral bajo el patrocinio de Benner en la Universidad de California sobre los dominios y competencias prácticas enfermeras. Su interés por el trabajo de Benner le ha llevado a continuar investigando en la línea de su trabajo, para identificar y describir el conocimiento y competencia de la enfermera especialista mediante investigación fenomenológica-interpretativa. Es la autora del apartado dedicado al trabajo de Benner del libro de Tomey & Alligood, *Modelos y teorías de enfermería*, manual de relevancia en nuestro país para el estudio de la teoría enfermera, y en relación al trabajo de Benner la única referencia que en la actualidad se edita en lengua castellana.

Cosas dichas...para investigar prácticas

“La filosofía de Benner de la práctica de la enfermería clínica ha proporcionado definiciones y descripciones detalladas de los conceptos para todas las prácticas de enfermería (...) La esencia de esta propuesta de investigación son unas descripciones complejas y matizadas de los contextos situacionales que disponen que los datos se recojan a través de un diálogo basado en la situación (...), (Bryczynski en Tomey & Alligood: 2007a: 154- 157).

En la filosofía de Benner, a la que me acerqué en la búsqueda de respuestas a dos cuestiones que consideraba centrales para mi estudio ¿cómo aprenden las enfermeras a practicar el cuidado profesional? y ¿cómo es la enfermería del profesional experto?, he encontrado claves que considero de vital importancia para la definición de enfermería como práctica de cuidado³³, y para comprender la génesis y el desarrollo del saber del experto y el *cómo* de su actuación. En mi acercamiento he tenido que considerar las ideas de investigadores como Schön (1998), Dreyfus (1986), Taylor (1985; 1993; 1996) o MacIntyre (1987), a los que la autora hace alusión como referentes en su investigación, así como las numerosas referencias que hacen de sus obras otros autores.

4.1. Puntos de vista de la práctica y el cuidado

La práctica

Benner y Gordon explican la práctica como una actividad cultural y socialmente constituida que da lugar a comportamientos incorporados, como una manera de *ser*:

“A practice differs from discrete behaviors, strategies, or techniques in that it is a culturally constituted, socially embedded way of being in a situation and with others. It only make sense to talk about being a good doctor, nurse, father, or mother because we have concrete practice and culturally transmitted visions that help us recognize and acknowledge excellence in these practice. (...) More than a collection of discrete behavior, a practice is defined as a coherent, socially organized activity that has –internal to it- a notion of good and a variety of implicitly or explicitly articulated common meanings”. (Benner and Gordon, 1996:43- 44)

³³ Para entender estas nociones me ha sido de gran ayuda el artículo de Spichiger; Wallhagen and Benner (2005) *Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective*. También se pueden encontrar explicaciones de estos conceptos en Gordon & Benner (1996) *Caring Practice en Caregiving. Reading in knowledge, Practice, Ethics, and Politics* de Gordon, S; Benner, P; and Noddings, N;; en de Benner; Tanner and Chesla (1996) *Expert in Nursing Practice*; y en *The primacy of caring* de Benner & Wrubel (1989).

Cosas dichas...para investigar prácticas

En el segundo de estos fragmentos ya plantean las autoras uno de los rasgos fundamentales de la práctica: *El componente implícito* en referencia a todos los comportamientos por los que socialmente es definida. Spichiger, Wallhagen y Benner (2005) señalan esta característica cuando dicen que los grupos sociales comparten significados y expectativas sobre lo que significa una determinada práctica, por ejemplo qué significa ser un *buen* padre, maestro o una *buen*a enfermera. Esta idea está en consonancia con la distinción hecha por Taylor entre comportamientos discretos y acciones humanas culturalmente construidas. Y con la definición de MacIntyre de la práctica:

“Por «practica» entenderemos cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los niveles de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente”.
(MacIntyre: 1987:233).

Una práctica así entendida supone ponerse en juego en una actividad compartida, en la que se involucran conocimientos y actividades significantes de una tradición, de un modo de saber y hacer. Desde esta visión MacIntyre (1987) explica la práctica como una actividad humana compleja que supone entrar en relación con los practicantes contemporáneos y también con aquellos que la han precedido, sobre todo con los que se han destacado y esforzado por sus logros, por hacer *buen*as prácticas. Esta idea implica que toda práctica social conlleva modelos de excelencia y de obediencia a reglas del conocimiento compartido.

Esta es una línea de pensamiento que plantea una dimensión ética, asumida en las conceptualizaciones de Benner, que incorpora la idea de compromiso con las normas de excelencia ofrecidas dentro de esa práctica, pero también con la creatividad de establecer nuevas normas en la actividad cooperativa.

Spichiger et al. (2005) hacen referencia también a la noción de *bienes internos* a la práctica, considerados por MacIntyre como el resultado de competir en excelencia y cuyos logros son un bien para toda la comunidad que participa en la práctica.

Desde esta explicación las autoras suscriben, junto a los filósofos Taylor y MacIntyre, la visión aristotélica de una ética de la virtud de carácter social, y cercana a la vida cotidiana que supone una motivación para la práctica. Una posición que Benner también refleja en su artículo *“A diálogo between virtue ethics and care ethics”* (1997). En la línea del pensamiento de MacIntyre (1987), el concepto de práctica implica que sus

Cosas dichas...para investigar prácticas

bienes solo pueden lograrse en relación con los demás practicantes y conlleva aceptar como *bienes internos* y modelos de excelencia las virtudes de justicia, valor y honestidad.

Esta imagen de la práctica es similar también a la visión de Dreyfus & Dreyfus o de Heidegger del práctico excelente³⁴ que implica que quienes participan de ellas, los que practican y los que las reciben, son capaces de reconocer la excelencia de una buena práctica, aunque les resulte difícil concretar sus rasgos o criterios de una manera formal:

“(...) Even though we may not be able completely to spell out the informal criteria for such roles, we can recognize another good practitioner, if we are ourselves practitioners, or appreciate and participate in caregiving with that practitioner because we are recipients of care.” (Benner and Gordon, 1996: 44)

Desde algunas de las explicaciones que desarrolla la autora (Benner, 1984; Benner y Gordon 1996), se pueden extraer algunos elementos que la caracterizan:

Una práctica no puede ser completamente objetivada ni formalizada, una práctica requiere acción y un razonamiento en transición entre las experiencias anteriores y las expectativas de futuro. Esto implica no sólo tener conocimiento teórico, sino también *ser guiado* en las decisiones por las necesidades de la situación en particular. La práctica desde esta perspectiva *es una construcción* en la que interviene la experiencia y la capacidad intuitiva³⁵ que se desarrolla con ella.

Una práctica, para responder a lo particular y lo nuevo de una situación, puede ser *innovada* según las habilidades y la historia del que la práctica. Además al incorporarse a la memoria, como producto de un continuo diálogo con la situación, se pueden generar nuevas formas de entender la práctica.

Una práctica siempre está *socialmente situada* y existe en relación a interacciones que demandan respuestas. Esta propiedad dialógica se vuelve determinante en el resultado de cada encuentro y en la relación en su conjunto:

“Because a practice is situated, particular, and responsive to another human being, it is always dialogical, existing in human interactions that demand responses. It cannot be defined separately from the being in and doing of the practice. (...)” (Benner and Gordon, 1996: 46)

³⁴ Las citas a Dreyfus & Dreyfus (1986) puede encontrarse en Benner, Tanner & Chesla (1996:253). Las citas a Heidegger pueden encontrarse en Benner & Gordon (1996:44) en Gordon Benner and Noddings (1996).

³⁵ *Experiencia e intuición* son conceptos señalados en la obra de Benner como centrales en la competencia práctica de los expertos. Se pueden encontrar explicaciones de estos conceptos en los apartados siguientes dedicados a la génesis del conocimiento práctico y al saber de los prácticos expertos.

Estas características de la práctica que subrayan Benner y Gordon, están en sintonía con la noción de Schön (1998) sobre el arte de la práctica y su concepción constructivista de las situaciones, que ha reflejado en sus estudios sobre la reflexión práctica en los que pone de manifiesto cómo piensan los profesionales cuando actúan.

El cuidado

Desde Nightingale (1860/1990) la enfermería es descrita como una práctica de cuidado. Sin embargo, qué significa cuidado y cuál es la práctica que lo identifica está menos claro.

En su revisión de la literatura, Morse et al (1990; 1991) exploraron los modos en que el cuidado ha sido conceptualizado e identificaron treinta y cinco definiciones explícitas o implícitas de este concepto. Tras su análisis describieron cinco características relacionadas con la naturaleza de cuidar: un rasgo humano, un imperativo moral o ideal, un afecto, una relación interpersonal y una relación terapéutica.

Halldorsdottir (1991) en su estudio presenta el cuidado como un continuum cuidar-descuidar, que se simboliza desde la percepción del paciente en cinco formas de *ser con el otro* de la enfermera: *biocida* llama a la relación que induce a la ira, la desesperación y falta de bienestar; *biostático* a la relación fría que trata al paciente como si fuera una molestia; *biopasivo* que se muestra apático o lejano; *bioactivo* la relación amable, preocupada y benevolente; *biógeno* que define como una actitud de apertura y receptividad en la que se mantiene una distancia creativa de respeto y compasión.

Sherwood (1997) investigó en su metasíntesis el cuidado desde la perspectiva de los pacientes. En la síntesis que realiza emergen cuatro modelos de cuidar: Interacciones curativas como la creación de un entorno curativo; el conocimiento enfermero como el conocimiento sobre las decisiones que toman; la respuesta intencional como la realización de intervenciones útiles; y los resultados terapéuticos como la satisfacción de necesidades físicas y afectivas.

Y Swanson (1999) en su metaanálisis de la literatura sobre los cuidados, realizó una revisión en profundidad para determinar el estado del conocimiento sobre el cuidado. Este estudio le llevó a identificar cinco niveles³⁶ diferentes cuando discute el concepto de

³⁶ Swanson en el nivel I identifica las personas con capacidad para cuidar; el nivel II las preocupaciones, compromisos, creencias y valores individuales que llevan a las acciones de cuidado; el nivel III las condiciones paciente- enfermera- organización que aumentan o reducen la probabilidad de transacciones

cuidar, que van desde la capacidad de las personas para cuidar hasta las consecuencias positivas y negativas del cuidar.

Las diferentes conceptualizaciones del cuidado muestran que, aunque ha sido extensamente descrito y explorado, no hay un punto de vista común del concepto ni de las habilidades enfermeras en él involucradas, y ello impone a los investigadores la necesidad de elegir y describir su perspectiva (Spichiger, Wallhagen & Benner, 2005).

Benner y sus colegas (Benner & Wrubel, 1989; Benner 1994a; Benner et al. 1996; Benner, 2003; Spichiger et al., 2005) se aproximan al concepto de cuidado desde un enfoque fenomenológico³⁷, como lo *que se muestra en sí mismo*. Desde esta visión el cuidado es definido como *ontológico*³⁸, con unas formas de cuidar que se constituyen en relación a lo que es importante para la persona y su mundo.

En la primera página del libro *The primacy of Caring* (1989), Benner y Wrubel plantean que en el cuidado es esencial entender que la persona vive en un mundo de distinciones de significado, donde unas cosas importan más y otras menos. Y el cuidado establece lo que *nos* importa y, por lo tanto, *nos* preocupa, convirtiéndose de esta forma en el elemento que une a las personas con sus proyectos e intereses:

“Care means that persons, events, projects, and things matter to people. Caring is essential if the person is to live in a differentiated world where some things really matter, while others are less important or not important at all. ‘Caring’ as a word for being connected and having things matter works well because it fuses thought, feeling, and action – knowing and being (...), (Benner & Wrubel, 1989:1).

de cuidados; el nivel IV acciones de cuidados, comportamientos o intervenciones terapéuticas; y el nivel V señala las consecuencias positivas o negativas del cuidar.

³⁷ Esta comprensión del cuidado está arraigada en las nociones de Kiekegaard (1983) y Heidegger (1927/1962) sobre las relaciones del *self*, esferas de existencia o estructura del mundo vivido. Para lograr entender los fenómenos en sus propios términos, se deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano, (Spichiger, Wallhagen & Benner 2005).

³⁸ En la tradición heideggeriana la existencia como *ser en el mundo*, encuentra su fundamento ontológico en el cuidado, y la diferencia óntico-ontológica es la diferencia entre los entes y el ser: *“El hombre es “cuidado”; todo lo demás, entendimiento, voluntad, deseo, pasiones, etc. proviene del cuidado (...) en la cuestión ontológica, la primera tarea a la que nos enfrentamos es la de la adecuada formulación de la pregunta, que no es en absoluto evidente, como sí ocurre en el caso de los entes, que son aquello que se nos presenta ante nosotros con una serie de atributos o propiedades”*

<http://www.heideggeriana.com.ar/comentarios/sauri-navarro.htm>.

Por lo tanto el término óntico, en contraste con el término ontológico, se refiere a las características descriptivas de una cosa como pueden ser las formas de actuar típicas de la UCI, se vuelve ontológico cuando el cuidado se ocupa de entender e investigar el ser.

Cosas dichas...para investigar prácticas

El cuidado *ontológico* refleja las conexiones de lo que importa a *ese* ser humano y lo que está experimentando en ese momento *en su mundo*. Benner & Wrubel (1989) y posteriormente Spichiger et al. (2005), señalan que el cuidado es ontológico en tres sentidos y lo explican de la siguiente manera:

“Caring is ontological in three ways: (1) it sets up what matters, and therefore also what is stressful, to a per-son and which possibilities are available for coping. Caring makes the career vulnerable to experiencing loss and pain, but may also result in joy and fulfillment; (2) caring enable persons to focus on the event or the one cared for. For caring persons in any given situation, certain aspects will show up as relevant, and these will enable them to recognize problems and possible solutions; and (3) caring sets up the ways in which giving help and receiving help are possible”, (Spichiger, Wallhagen & Benner 2005:306).

En este planteamiento del cuidado, la enfermera debe intentar colocarse en el punto de vista del paciente para entender a la persona en su enfermedad, qué le preocupa y qué le produce tensión o estrés. La naturaleza de cuidado establece las opciones de afrontamiento que están disponibles y son aceptables para la persona:

“Because caring sets up what matters to the person, it sets up what counts as stressful, and what options are available to the person for coping. This is the first way in which caring is primary. It determines both what will be stressful and what will count as coping. In this way caring (having things matter to one), puts the person in a place of risk and vulnerability. Relationships, things, events and projects do not show up as stressful unless they matter. If the person does not care, an event cannot be stressful. But the nature of caring is such that it also sets up what coping options are available and acceptable to the person”, (Benner & Wrubel, 1989:1-4).

Tal cómo explica Benner³⁹, esto es importante porque no se puede separar la vida de las personas de su situación clínica, y esto significa entender a qué son vulnerables, qué viven cómo una pérdida, qué les produce sufrimiento y qué les proporciona alegría o felicidad.

Esta visión del cuidado es fundamental, porque el concepto de ayuda puede entenderse de forma muy diferente según se ocupe la posición de dar o recibir. Y entiende que comprender lo que importa a la persona permite conectar con ella para re-integrarla a su mundo y cuidarla.

³⁹ Esta opinión fue expresada en el seminario sobre *“El desenvolupament i la saviesa de l'expertesa clínica”* dirigido por la Dra. Benner en Abril del 2007 organizado por la Escuela de Enfermería de Sta. Madrona de Barcelona.

La práctica del cuidado

La mirada fenomenológica del cuidado, como experiencia vivida de lo que importa, está arraigada en la *phronesis* porque, como cualquier otra práctica, surge de la experiencia y tiene un carácter único que relaciona al que cuida y al que es cuidado en su contexto.

Benner y col. encuentran que como *prácticas de cuidado* debemos entender *las actividades (de cuidado) en las que las personas se involucran con otras personas que les importan*, (Benner et al., 1996; Benner & Wrubel, 1989; Benner, 2003); Spichiger et al., 2005). Desde esta descripción las prácticas pueden encontrarse en lo privado y en lo público, en la cultura occidental el cuidado de los hijos es el paradigma de prácticas de cuidado en lo privado, y la enfermería es el paradigma de prácticas de cuidado en la esfera pública (Spichiger et al., 2005).

Algo que destaca en esta definición son los aspectos afectivos implícitos con los que se asume la importancia del compromiso con el otro. De esta forma el cuidado enfermero se traduce en práctica involucrada (Benner & Wrubel, 1989; Benner, 1994b; Benner et al., 1996; Benner, 2003)). La falta de compromiso con el otro, normalmente enfermo y vulnerable, conllevaría la pérdida de distinciones cualitativas significantes y la esteriotipación de los pacientes como objetos (Rubin en Spichiger et al., 2005:307). La idea de involucración con el otro es clave y una constante de reflexión sobre la buena práctica, porque la *phronesis* (sabiduría) no depende de ciencia objetiva sino del diálogo constante entre ciencia y práctica en el día a día. Un diálogo que, como elemento vivo y forma esencial de reconocimiento del otro, permite el desarrollo del conocimiento de la práctica del cuidado (Benner, 1997; Benner, 2000a; Benner 2000c; Benner et al., 2008).

4.2. Génesis y desarrollo del conocimiento práctico

En su primera obra *From Novice to Expert: Promoting Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, que puede ser considerada como un clásico sobre el aprendizaje de la enfermería, Benner (1984) realiza un estudio⁴⁰ de corte etnográfico en el que, con un

⁴⁰ De 1978 a 1981 Benner fue directora de un proyecto federal para el consenso, valoración, y evaluación intraprofesional con el nombre de AMICAE. Fue un estudio interpretativo y descriptivo que utilizó los cinco niveles de competencia descritos por los hermanos Dreyfus. En este estudio participaron más de 1200 enfermeras que realizaron cuestionarios y entrevistas con el propósito de distinguir diferencias de novel a experta. Esta investigación dio lugar a la publicación de *From Novice to Expert* (Benner 1984; Tomey, AM, Alligood, MR, 2007).

Cosas dichas...para investigar prácticas

enfoque fenomenológico-hermenéutico, describe el proceso de adquisición de habilidades que se desarrolla en la práctica para hacer posible que una enfermera debutante pueda convertirse con el tiempo en experta.

La autora explora los distintos niveles de este proceso adaptando el Modelo Dreyfus⁴¹. Un modelo situacional que describe cinco niveles en el desarrollo de habilidades: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. La ilustración siguiente refleja el modelo y cómo la enfermera comienza a ser capaz de ver elementos de la situación del paciente en su contexto a partir del tercer nivel de competencia.



Ilustración 1: Modelo de principiante a experto (Elaboración propia).

Y en este cuadro se señalan algunos aspectos que caracterizan a las enfermeras en cada uno de los niveles de competencia.

Novel	En este nivel se sitúan los estudiantes y los profesionales nuevos en un servicio, las situaciones a las que deben enfrentarse no les son conocidas. Se caracterizan, por lo tanto, por la falta de experiencia previa, una conducta en extremo limitada e inflexible y la necesidad de normas que guíen su actuación.
Novel avanzado	Estos profesionales ya poseen la experiencia para dominar aspectos de la situación que son recurrentes, sin embargo todavía se orientan por normas y por las tareas que deben de realizar. Tienen problemas para dominar la situación del paciente porque todavía no

⁴¹ Stuart Dreyfus y Hubert Dreyfus son profesores de la Universidad de Berkeley. Los hermanos Dreyfus (Dreyfus y Dreyfus, 1980) desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y pilotos en situaciones de emergencia. Hubert Dreyfus, profesor de filosofía, introdujo a Benner en la fenomenología, (Tomey, AM; Alligood, MR 2007).

Cosas dichas...para investigar prácticas

	reconocen aspectos clave de las necesidades del paciente según la disposición o respuestas que manifiesta.
Competente	La eficacia aumenta, pero la atención de estos profesionales se centra en la gestión del tiempo y en la organización de tareas, y no en las necesidades del paciente. Este estadio es considerado en el modelo como crucial en el aprendizaje práctico por la capacidad que se adquiere en el reconocimiento de patrones y en la discriminación de elementos que merecen o no la atención.
Eficiente	Según dejan que la situación les indique las respuestas, los profesionales pasan al estadio en el que perciben la situación como un conjunto. Es un salto cualitativo, porque han desarrollado la capacidad de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de lo que sucede. A medida que avanzan en este dominio desarrollan la capacidad de identificar el origen de los problemas y adquieren la <i>habilidad de implicación</i> .
Experta	Dominio intuitivo, anticipación, implicación, son las capacidades que identifican la práctica enfermera de estos profesionales. Poseen un dominio clínico basado en los recursos, y en una visión general orientada a la previsión de lo inesperado. <i>Conocen al paciente</i> , es decir: conocen los patrones típicos de respuesta y conocen al paciente como persona y tienen interés en conocer las preocupaciones y necesidades reales del paciente y su familia.

Ilustración 2: Competencias y habilidades de novel a experta (Benner, 1984)

En el desarrollo posterior de este trabajo, Benner et al. (1992;), se plantean las características que permiten reconocer el nivel de competencia del profesional y cómo se van produciendo los avances de nivel. Unos avances que se producen en cuatro transiciones: 1) se deja de confiar en principios y normas abstractas y se empieza a utilizar lo aprendido con experiencia; 2) el pensamiento analítico es reemplazado por la intuición; 3) se discrimina la información y se abandona la percepción de que todos los datos tienen la misma importancia; 4) se cambia la posición de observador imparcial, desde fuera de la situación, por una posición comprometida en la acción.

Las transiciones se activan con un *conocimiento práctico*⁴² que se adquiere en la acción y, aunque la adquisición de habilidades y aptitudes es más segura y rápida cuando se asienta en una base educativa sólida, se considera fundamental *la experiencia* para avanzar en el conocimiento práctico (Benner, 1984; Benner et al., 1996; Benner, 2000c).

El *concepto de experiencia* de Benner (1984), en la línea de lo señalado por Gadamer⁴³ (1988), no se refiere al mero discurrir del tiempo sino que se concibe como el

⁴² Este concepto, *conocimiento práctico*, es señalado ya en los trabajos de Schön (1998) como aquel que guía la acción de los prácticos expertos y que es producto de haber vivido muchas situaciones similares. La práctica se hace cada vez más repetitiva y espontánea y su saber tiende a hacerse cada vez más tácito, espontáneo y automático.

⁴³ Tal como explica Rodríguez para Gadamer la experiencia auténtica está caracterizada negativamente, ya que adquirimos experiencia sobre algo cuando nos damos cuenta de que no es como habíamos pensado y de que después de la experiencia conocemos mejor ese objeto. La negatividad de la experiencia no es un mero desengaño, sino que el carácter negativo es productivo, ya que transforma nuestro saber acerca del objeto "*Experiencia, tradición e historicidad en Gadamer*".

Cosas dichas...para investigar prácticas

resultado de cuestionar las nociones preconcebidas. En un planteamiento que proclama que las habilidades clínicas y el conocimiento práctico subyacente, son capacidades que se adquieren con el paso del tiempo como un producto de la historia y del modo en que el profesional se involucra en ella.

Este planteamiento es importante porque supone que cada profesional desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que establece su nivel de competencia. Nivel que puede mejorar cada vez que es puesto a prueba, sobre todo si se hace en el diálogo y la relación con otros:

“Caring knowledge also requires community and occurs in dialogue and relationship with the other. (...)” (Benner; Tanner; Chesla; 1996: 193-194)

En la misma obra Benner et al. (1996) señalan las diferentes *áreas* que hacen posible una experiencia de relación y diálogo que cree y transmita conocimiento clínico y cuidado: La identificación de signos y síntomas y su significado en la vida del paciente; El conocimiento del paciente y reconocimiento de sus repuestas, un aspecto que considera central para cumplir con el rol de defensa de los pacientes y guiarles en el uso de la tecnología; El conocimiento práctico de cómo funcionan los instrumentos clínicos, en el que una reflexión situada y dialogada facilita un mejor entendimiento de los equipos y sus riesgos; El reconocimiento de los expertos, un reconocimiento que ayuda a obtener perspectivas múltiples sobre una situación clínica que permiten paliar la visión de túnel y los juicios rápidos; La atención colectiva, que crea medidas esenciales de redundancia, que son más seguras y hacen posible conocer cómo los otros perciben los cambios en los pacientes; Y, por último, el aprendizaje de la experiencia de otros a través de narrativas, porque las historias son centrales para entender, tanto el juicio clínico como el juicio ético de los profesionales expertos.

De todo ello quiero destacar la importancia otorgada al establecimiento social del conocimiento práctico indispensable para el desarrollo de sistemas de enfermería con buenas prácticas. Y también la necesidad de establecer un diálogo compartido y cooperativo entre la teoría y la práctica, de forma que las situaciones clínicas, más complejas que las teóricas, se constituyan en un campo de investigación y desarrollo del conocimiento.

4.2.1. La practica enfermera experta

Benner, Tanner y Chesla publican en *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* y en *Clinical Wisdom in critical care: A thinking-in-accion approach*, los resultados de unos trabajos que consideran una extensión de *From Novice to Expert*. En estos trabajos las autoras utilizaron fenomenología interpretativa para explorar los dominios y habilidades que caracterizan a los profesionales expertos en unidades de cuidados intensivos. Benner y sus colegas describen de forma muy detallada lo que caracteriza el razonamiento y habilidades de los clínicos según van avanzando hacia niveles más altos de competencia, cómo se van desarrollando las transiciones entre los diferentes niveles y cuáles son los elementos que hacen posible adquirir la competencia experta.

Niveles previos al experto

Antes de explorar el saber del experto, me parece de interés detenerme en el desarrollo de los niveles previos al experto porque, según plantea Rubin⁴⁴ (1996), hay enfermeras que quedan fuera de este recorrido competencial, y el reconocimiento de la estructura que guía el crecimiento a niveles de experto ofrece la posibilidad de identificar (y quizás encontrar la forma de evitar) dónde pueden “*quedarse fuera*” de su desarrollo profesional.

Hay tres aspectos que las autoras consideran claves en este desarrollo que presentaré como respuesta de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo las enfermeras aumentan su *competencia clínica*?
- ¿Cómo aprenden la *habilidad de implicación*⁴⁵?

⁴⁴ Jane Rubin en el Capítulo 7 de *Expertise In Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, And Ethics* de Benner, Tanner, Chesla, (1996) “*Impediments To The Development Of Clinical Knowledge And Ethical Judgment In Critical Care Nursing*” describe un tipo de enfermera que queda fuera de la trayectoria de desarrollo de principiante-competente-eficiente-experto y el tipo de práctica que las caracteriza sugiere una manera común de trabajar de estos profesionales. Argumenta la autora que su forma de proceder no puede reducirse a una idiosincrasia personal de tipo psicológico, como actitud defensiva, o por causas sociales, sino que estas enfermeras tienen una estructura común que guía su práctica y que su conocimiento puede ayudar a prevenir y desarrollar las cualidades éticas, relacionales y clínicas del cuidar.

⁴⁵ La habilidad de implicación es explicada como la habilidad de conseguir un compromiso atento con la situación clínica del paciente y la habilidad de conseguir un nivel correcto de compromiso interpersonal con el paciente y familia (Benner, Hooper-Kyriakidis, Stannard D, 1999: 16)

Cosas dichas...para investigar prácticas

- ¿Cómo experimentan y ganan *capacidad de actuar* e influencia en las situaciones, (lo que las autoras llaman *agency*)⁴⁶?

Los niveles nóveles:

Las enfermeras avanzan en sus juicios y comprensión clínica sobre el reconocimiento de sus límites y la confianza en la experiencia y el juicio de otros. Estas estrategias les ayudan a reconocer la necesidad de ayuda, a obtener significados efectivos y a realizar acciones seguras:

“When situations arise where advanced beginners feel inept, they call in the expert to assess and advise. This strategy provides an effective means of providing for safe patient care (...)”, (Benner, Tanner, Chesla, 1996: 64)

La *habilidad de implicación* la aprenden exponiéndose al riesgo de una mayor intimidad y sintiéndose bien al mismo tiempo. Esta exposición y mirada ingenua, “*naive view*”, proporciona una ayuda natural al otro, que a veces no existe en la cultura de la unidad y ofrece una oportunidad de aprendizaje a las enfermeras con más experiencia.

En relación a la *capacidad de actuar (agency)*, tienen dificultades para reconocer las fronteras de su responsabilidad y pueden sentir una obligación moral de “hacer algo” en situaciones en que no es posible cambiar el curso clínico de los pacientes. Esta percepción, que sobrevalora el poder de la medicina, puede llevarles a sentirse frustrados y a no reconocer la necesidad de cambiar la orientación del cuidado hacia, por ejemplo, la atención al confort o al sufrimiento de los pacientes.

El nivel de competente:

Las enfermeras son capaces de ver interrelaciones éticas y clínicas en la situación del paciente que les impulsa a cuestionarse el conocimiento previo y la cultura de la unidad:

“The nurse struggles to learn to read the situation because typically his/her understanding is post hoc. The competence nurse experiences a crisis in trust about two sources of knowledge and guidance for practice that were previous unquestioned. (...)The combination of competing clinical and ethical goods, as

⁴⁶ “*agency* es definida como “ (...) *the way in which responsibility for care is taken up and includes how nurses influences clinical situations, given their particular clinical world*” (Benner, Tanner, Chesla, 1996:49) También se puede entender como la capacidad o el poder que permite al sujeto actuar sobre la estructura que influye sobre él.

Cosas dichas...para investigar prácticas

wells, the need to make judgments about these in relation to the patient' condition, create a crisis in the analytic way of being in the situation (...) The loss of confidence in the knowledge of others makes these nurses feel a new level of obligation to know about and manage clinical problem themselves" (1996: 86-102)

La *habilidad de implicación* se desarrolla en las enfermeras de forma experimental y existencial gracias a que, al encontrarse más confortables y con más desenvoltura en las tareas rutinarias, son capaces de utilizar su respuesta emocional para percibir mejor la situación del paciente:

"Component level nurses can now use their emotional response more reliably as indicators of distinctions, significance, and threat. (...) Learning the skill of involvement is necessarily experiential, and existential. One learns the comfortable and effective zone of engagement by getting it better and worse in different circumstances" (1996:89-91)

En cuanto a la *capacidad de actuar (agency)*, los cambios en el modo de *ver* son una fuente constante de reflexión y conflicto. Las enfermeras competentes pueden sentir ansiedad e hiper-responsabilidad ante los nuevos roles que entienden han de asumir, como por ejemplo contrastar perspectivas o aspectos del tratamiento cuando interfiere con el cuidado. Como se sienten intimidadas para tomar decisiones complejas, confían en estrategias analíticas y de planificación. Pueden aumentar su competencia mediante la identificación de problemas y ejercitándose en determinar lo que las autoras llaman la visión "*the big picture*" para capturar y aprender relaciones clínicas.

En el nivel de eficiente (Proficiency):

Las enfermeras comienzan a *ver* cambios relevantes en la situación clínica del paciente como producto de su involucración en experiencias pasadas. Conocen al paciente en particular y la conexión con sus preocupaciones les permite comprender y responder a los aspectos importantes de la situación. Es lo que las autoras llaman "*The development of engaged reasoning in transitions*", que requiere estar abierta a corregir suposiciones, a ver y escuchar antes que a la predicción, al control o la sugestión. Esta apertura *incorporada*, unida a la respuesta emocional de la situación que *notan*, les permite incorporar la habilidad de *saber cómo*, entendida esta como una comprensión de la situación y una manera de estar en ella. Sin embargo, la manera de responder no está equiparada a la manera de ver y, aún, necesitan pensar qué hacer ante la situación.

Cosas dichas...para investigar prácticas

El desarrollo de la *habilidad de implicación*, adquirida con la experiencia de cuidar a muchos pacientes a lo largo del tiempo, les permite estar a tono con la situación, en un nivel de respeto por el otro que, según las autoras, hace posible la excelencia en prácticas y relaciones tan complejas como son el cuidado de lo humano.

Sobre la capacidad de actuar (*agency*), las enfermeras, que son capaces de ver mejor la diferenciación del mundo clínico, los significados que emergen y la situación particular, adquieren una mayor flexibilidad que les permite liberarse de la hiperresponsabilidad del estadio de competente y de la necesidad de anticipar los cambios. Pero este emergente "*sense of salience*"⁴⁷ no es infalible y todavía sienten preocupación a perder significados importantes, o confusión cuando los resultados no son buenos. Aunque, para Benner y col., esta preocupación y confusión es una *respuesta emocional apropiada* hacia el desarrollo del comportamiento experto:

"The nurse feels satisfied when the outcomes are good and dissatisfied when things do not turn well. These appropriate emotional responses are at the heart of developing expert clinical and ethical comportment" (Benner, Tanner and Chesla, 1996:130)

Saber experto

En el capítulo seis de *Expertise in nursing practice* dedicado íntegramente a profundizar en el *saber* de la práctica enfermera experta, Benner, Tanner y Chesla (1996) señalan que las enfermeras en este nivel de competencia son capaces de *ver* los problemas prominentes de la situación y responder a ellos de manera *intuitiva*, sin necesidad de detenerse en el cálculo razonado:

"Expert practice is characterized by increased intuitive link between seeing the salient issues in the situation and ways of responding to them." (1996:142)

⁴⁷ Lo que las autoras llaman "*sense of salience*" con lo que definen la capacidad de *notar* aspectos relevantes simplemente porque se presentan sin necesidad de recurrir al razonamiento calculador. Esta característica junto a la capacidad de reconocer modelos completos son aspectos claves del saber *cómo* de la enfermera en estadio de *proficient* que la diferencian del estadio de competente, (Benner, Tanner and Chesla, 1996:128).

Cosas dichas...para investigar prácticas

Por *intuición* Benner et al.⁴⁸ (1996) entienden un juicio sin razonamiento, una aprehensión y respuesta directa sin el recurso de la racionalidad calculadora y que nace de la experiencia, lejos de la cualidad mágica o mística que se atribuye a las mujeres. Una *intuición* que se caracteriza por una comprensión inmediata de una situación clínica por la interiorización de experiencias similares. Tal como lo explica Brykczynski:

“(...) Las habilidades que proporciona la experiencia enfermera y el conocimiento perceptivo que las enfermeras desarrollan como responsables de las decisiones que toman a partir de la «gestalt de la situación, las conducen a seguir su intuición en la búsqueda de pruebas para confirmar los leves cambios que observan en los pacientes»” (2007a: 143)

En esta forma de hacer resalta la importancia de *conocer al paciente*. Conocer al paciente e involucrarse con él permite un aprendizaje y comprensión directos que resulta esencial para que las enfermeras expertas puedan comprobar sus intuiciones sin utilizar una racionalidad deliberada. El uso consciente de la racionalidad calculadora produciría la regresión a niveles de competencia inferiores. El juicio experto⁴⁹ no se limita a racionalizar la situación dentro de elementos sin contexto, sino que busca comprobar y mejorar intuiciones completas.

Otro aspecto que muestra la práctica experta son las respuestas emocionales de las propias enfermeras en el contexto de la situación particular. Benner cita el trabajo de Gardner para explicar la relación entre emoción, contexto y juicio:

“Un rasgo de la ciencia cognitiva es el intento deliberado de quitar énfasis a ciertos factores que pueden ser importantes para el funcionamiento cognitivo. Estos factores incluyen la influencia de los factores afectivos o emociones, la contribución de factores culturales o históricos y el rol del contexto en el que las

⁴⁸ Esta comprensión inmediata es a menudo el reconocimiento de un modelo. Las citas en las que las autoras apoyan esta afirmación son el estudio de Leners (1993) sobre informantes enfermeros experimentados donde plantea unas pistas iniciales que ella describía como contextuales y relacionales en su naturaleza. Scharaeder y Fischer (1987) que describen las pistas usadas por las enfermeras en sus intuiciones sobre neonatos, que aunque basadas en la fisiología no son fácilmente cuantitativas, se trata de modos como el movimiento, la postura y el tono. Y Rew (1988) que identificó tres aspectos de la intuición: 1) el conocimiento que es recibido de una manera inmediata, 2) percibido como una totalidad, y 3) al que no se llega a través de un proceso consciente, lineal y analítico. También Benner y Col han encontrado reconocimiento de señales que permiten a las enfermeras detectar el declinar de los pacientes (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987) y señalan que la intuición constituye una parte significativa de la práctica de la enfermera experta, (Benner, Tanner y Chesla, 1996).

⁴⁹ Esta explicación la entiendo en la línea del pensamiento de Polany (1958) del *virtuosismo profesional*, sobre el que sostiene que por definición no puede ser totalmente explicado porque abarca observaciones, distinciones, sentimientos, patrones de percepción, y matices demasiado sutiles para ser capturados, (Citado en Atkinson y Claxton, 2002:54).

Cosas dichas...para investigar prácticas

acciones o pensamientos particulares tienen lugar" (Gardner, 1985 Cit en Benner, Tanner and Chesla 1996: 8)

A diferencia de los modelos racional-técnicos en los que el clínico es un sujeto privado que se mantiene fuera de la situación, tocando la realidad solo a través de representaciones mentales⁵⁰, la práctica enfermera experta se ejecuta, como la vida real, en el contexto de una situación particular entre personas y las respuestas emocionales son aspectos sobresalientes del juicio clínico:

"(...) Rather than becoming uniform or standardized, emotional involvement varies considerably depending on the needs and openness of patient and family. (...) Nurses at the expert level know that they are not, and that they are not always wanted or available from the patient and family. (...) A vision of "treating everyone the same" is a distorted vision of "justice", since in situations of different levels of risk and vulnerability, responding to the vulnerability, needs, and possibilities at hands, is the relational ethical demand" (1996: 143-144)

Las autoras otorgan un rol sobresaliente a la emoción en el pensamiento e involucración de las enfermeras expertas con pacientes y familias. Enfrentándose a la concepción cartesiana de separación mente-cuerpo y a la visión Kantiana de la moral separada de las emociones⁵¹ que han sido el enfoque dominante del pensamiento occidental y han impregnado el pensamiento enfermero. Recurriendo a filósofos del desarrollo moral como MacIntyre (1981), Taylor (1993) o Gilligan (1982), científicos cognitivos como Rosch (1981) y Lakoff & Johnson (1999), estudiosos de la percepción como Merleau-Ponty (1962) y neurobiólogos como Damasio (2005; 1999), señalan que esta visión no se sostiene en la práctica, y afirman que estos científicos han mostrado en estudios empíricos que conocimiento, emoción y acción se constituyen mutuamente. Y, por lo tanto, hay que entender que emociones, sensaciones corporales, percepciones sensoriales y habilidades forman parte del conocimiento, del pensamiento racional y del juicio clínico y ético de las enfermeras expertas. (Benner et al, 1996; Benner, 2000a).

⁵⁰ Esta asunción se muestra desde el presupuesto de los modelos cognitivos según los cuales son las teorías y conceptos, a modo de representación, quienes guían la acción asumiendo, que para toda acción humana, especialmente la acción experta humana, hay una teoría en alguna forma de representación mental. Desde de esta tradición cognitiva, las emociones han sido consideradas como una subversión del conocimiento y la razón, más que la emoción, ha sido considerada como la facultad indispensable para adquirir conocimiento, lo racional contrastado con lo emocional. Lo que se pierde desde este planteamiento racional es el reconocimiento de que conocimiento y emoción se constituyen mutuamente, (Benner et al., 1996).

⁵¹ Según plantea la autora el racionalismo Kantiano propone que la moral proviene de principios abstractos y razonamiento consciente sobre ellos. Dentro de esta tradición filosófica, las emociones han sido consideradas como una subversión del conocimiento y la razón, más que la emoción, ha sido considerada como la facultad indispensable para adquirir conocimiento. (Citado en Benner, 2000a: 5-6)

Cosas dichas...para investigar prácticas

En la comprensión del mundo clínico destacan cuatro habilidades esenciales que desarrollan las enfermeras expertas: *Clinical grasp and response-based practice*, *Embodied know-ho*, *Big picture*, *Seeing the Unexpected*⁵², cada una de ellas puede ser pensada en relación a las otras y, por supuesto, todas son *una* en la práctica (Benner et al., 1996:154):

La primera (*Clinical grasp and response-based practice*) es la capacidad que tienen para capturar la situación clínica y la práctica basada en la respuesta. Su expresión más clara se encuentra en la necesidad que normalmente manifiestan las enfermeras expertas de disponer de un tiempo para comprender e integrar la situación⁵³ cuando asumen el cuidado del paciente. El término utilizado por Benner y sus colegas, "*settled in*", cubre un amplio rango de posibilidades, incluida la comprensión de la situación clínica, que incluye cómo es el paciente, sus modos de respuesta, las demandas inmediatas, sus preocupaciones. En esta consideración entra también el pasado inmediato, el presente, el curso probable de acontecimientos y la situación de la familia. Las enfermeras expertas, a la vez que manejan múltiples tareas de forma simultánea, establecen un diálogo continuo con la situación que les permite una respuesta fluida y rápida sin necesidad de recurrir a un pensamiento racional.

La segunda (*Embodied know-how*) es el *saber cómo* incorporado que permite la acción como una forma consustancial del experto, con respuestas naturales aplicadas a las situaciones. Es una habilidad que se aprecia en la manera en que atienden al paciente y familia, la preparación del entorno, las secuencias de las tareas y la visión para orquestar sus propias respuestas con las de los otros miembros del equipo. *Saber cómo incorporado* es también la capacidad de anticipar los eventos futuros para responder a las demandas concretas de la situación del paciente o de la familia.

La tercera (*Big picture*) es la visión global de la situación del mundo del paciente y del rol de la familia. Es además una visión expandida, "*peripheral vision*", que proporciona a las enfermeras un sentido de los tiempos y ritmos de la unidad, de las necesidades de otros pacientes que no están directamente a su cargo, o de las capacidades

⁵² En el capítulo de Brykczynski sobre la filosofía de Benner del libro de Tomey y Alligood (2007) en su versión en castellano se traducen estos aspectos por: 1) demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos; 2) asimilación del saber práctico; 3) visión general; 4) previsión de lo inesperado. Esta traducción en mi opinión no capta en los primeros puntos la intención de Benner y sus Col. por lo que tras consultar a expertos en lengua inglesa he optado por una traducción que se ajusta más a mi modo de entender la explicación que de ellos hacen las autoras.

⁵³ Las autoras utilizan los términos "*get settled*" y "*settled in*" para nombrar esta necesidad sentida por las enfermeras sobre obtener una comprensión e inmersión de la situación clínica, « (...) *needing time to "get settled"* » (Benner, Tanner, Chesla 1996: 146-147).

Cosas dichas...para investigar prácticas

de los otros miembros del equipo que hacen necesaria su participación. Una visión que convierte a las enfermeras expertas en profesionales flexibles dispuestas al cambio de roles y de funciones.

Y la cuarta (*Seeing the Unexpected*) es la visión de lo inesperado, al señalar esta habilidad parece que las autoras quieren remarcar la comprensión/percepción que las enfermeras expertas tienen para anticipar las respuestas del paciente particular basándose en su experiencia con pacientes de características similares. Un conocimiento práctico que les concede la posibilidad de sentir, de *notar*, las situaciones que no se revelan como se esperaba y movilizarse en busca de las señales que les ayuden a obtener una mejor comprensión de la situación.

En relación a la *capacidad de actuar*, "agency", el profesional experto nunca se *sitúa*⁵⁴ fuera de lo que acontece, ni considera los hechos como estáticos u objetivos, porque sabe que su acción, su razonamiento y la relación con el paciente y familia centrada en sus respuestas, influyen y median en nuevas respuestas (Benner et al., 1999). Y ejecuta las capacidades de ver, hacer, estar y ser de forma atenta y respetuosa con las personas y su mundo, como un aspecto del cuidado que vincula con acciones morales que crea nuevas posibilidades de involucración y compromiso con el paciente y familia (Benner y col. 1996).

Se distinguen en esta explicación algunas dimensiones fundamentales de la práctica ética enfermera que demanda no sólo *hacer* las cosas correctas, sino también *estar* en una *buena o correcta* relación hacia el otro (Benner & Wrubel, 1989; Løgstrup 1956/1971; Martinsen, 1989; Citado en Benner et al., 1996: 161). En este sentido las expertas elaboran prácticas de cuidado que animan y aumentan la fuerza interior del paciente que puede estar débil y vulnerable. También desarrollan *habilidades para la defensa de los pacientes*, comunicando sus preocupaciones y diseñando sistemas de prácticas que crean espacios de soporte o, cuando no les es posible hacerlo, demandando cambios en el sistema. Finalmente en la línea de pensamiento de Dworkin (1988; Citado en Benner et al., 1996:161) defienden la autonomía de las enfermeras expertas como un principio moral clave en la que se distingue la dimensión ética de *ser* con el otro.

⁵⁴ Según explica Brykczynki (2007a) Benner utiliza el término fenomenológico *estar situado* en el sentido de la interacción, interpretación y entendimiento de la situación de la persona, (Brykczynki, en Tomey & Alligood 2007:151).

Cosas dichas...para investigar prácticas

Otra característica central del experto es la capacidad de aprender de la experiencia. Una experiencia⁵⁵ que en línea con el pensamiento de Gadamer (1988) es considerada como un arte moral en sí misma, porque supone tener que volver sobre las propias expectativas para confrontarlas y aprender del fracaso. Un concepto que tiene mucho en común con las nociones de Aristóteles de *phronesis*, virtud y habilidad, y con la de *estar abierto a la emoción* que Benner y col. añaden como algo necesario para conectar con el otro y ser sensible a sus demandas. Una emoción que en el sentido de estar en armonía con la situación es, como se ha señalado, un elemento central para la agudeza perceptiva en la elaboración del juicio clínico y para el comportamiento ético experto.

La capacidad de abrirse a la experiencia, como arte moral, permite desarrollar a las enfermeras expertas tres peculiaridades que son fundamentales en la práctica del cuidado:

La primera es la *habilidad de implicación* con el sufrimiento y vulnerabilidad de los pacientes que impulsa a las enfermeras expertas a establecer una conexión con el paciente y familia que les permite responder a sus demandas de cuidado, y en la que encuentran la “gratificación” de ser capaces de tranquilizar o confortar. Una conexión que fomenta el compromiso de *abogacía*, de defender y proteger, al paciente. Aunque en relación a esta *habilidad* se ha instalado la creencia errónea, que comparten incluso las enfermeras expertas, de que existe un “correcto” nivel de implicación. Errónea, porque en un entorno humano es imposible establecer un nivel de involucración libre de contexto, pero que tiene una contribución decisiva en la reticencia que muestran las enfermeras a hablar abiertamente acerca de la naturaleza de sus interacciones, de su sentido de compromiso con el paciente y de cómo personalizan el cuidado. Y evidencia la influencia de la *cultura compartida* en las percepciones personales de las enfermeras. Como señalan Benner, Tanner, Chesla en la introducción de su trabajo:

“(...) examining the nature of the nurse's agency, by which we mean the sense and the possibilities for acting in a particular clinical situation, gave new insights about how perception and action are both shaped by a practice community”
(Benner, Tanner, Chesla, 1996: xiii)

La segunda es la manera en que las enfermeras expertas manejan la tecnología, controlando las respuestas del cuerpo del paciente y procediendo con miramiento y respeto para prevenir un uso innecesario. En esa práctica hacen distinciones cualitativas entre un

⁵⁵ Tal como señala Rodríguez en *Experiencia, tradición e historicidad en Gadamer* etimológicamente *expertus*, participio pasado de *experior*, poner a prueba, aprender por experiencia, saber por experiencia.
Pablo Rodríguez <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/contenidos.html> Consultado en Marzo del 2010.

uso justificable e intervenciones que prolongan el sufrimiento de los pacientes. Y su lucha está en legitimar el uso de la tecnología para que sea lo menos intrusiva posible y reconocer cuando su uso se vuelve excesivo. En esta evaluación destaca la relación que establecen entre la capacidad de infligir y controlar el dolor y el sufrimiento del paciente, siendo capaces de modificar sus objetivos si lo consideran necesario para el alivio del sufrimiento.

Y la tercera es la forma responsable en que las enfermeras expertas se relacionan con los otros miembros del equipo. Su saber y buen juicio sobre la situación clínica de los pacientes les permite tener posiciones “fuertes” ante los médicos u otras enfermeras para conseguir lo que consideran que necesitan los pacientes. Y *sienten* la obligación de actuar cuando creen que el tratamiento médico o la intervención de otra enfermera son inapropiados para del paciente. Estas acciones las abordan, en contraste con la hiperresponsabilidad de otros niveles de competencia, con una actitud prudente y una visión realista de las posibilidades, límites y capacidades de los otros. Además saben que la práctica del cuidado no puede ser hecha sin la contribución de los otros miembros del equipo, y su interés está en que se empleen todos los recursos posibles en beneficio del paciente.

4.3. Ideas y preguntas desde tesis Bennerianas

La teoría, como muestran Benner y col. (Benner, 1984; Benner et al. 1996; Benner, 2000b) y, en la línea de lo señalado por Schön (1998), Medina (Medina, 1999; Medina y Esteban, 2006; Medina y Prado, 2009) así como Claxton (Atkinson y Claxton, 2002), es un conocimiento académico. Y un conocimiento académico siempre es abstracto, acontextual, estable y rígido, al contrario del conocimiento práctico que es concreto, inestable, complejo, tácito y dependiente de la experiencia, saturado de vida real y, por ello, inmerso en un proceso constante de comprensión-transformación.

Con este planteamiento trataré de construir las preguntas de investigación desde los conceptos de Benner y col. que considero claves en el conocimiento práctico experto: el aprendizaje experiencial; lo encarnado y lo intuitivo; el rol de la emoción en la implicación; y la cultura compartida, y que presentaré en tres apartados:

El aprendizaje experiencial

Una disciplina como la enfermería, en la que resulta tan complejo capturar la situación clínica y responder a las necesidades y expectativas de los pacientes y familias, no puede reducirse a un conjunto de normas y principios con objeto de simplificar el trabajo. La mayor parte del cuidado enfermero de las personas y su mundo se desarrolla en un contexto específico, con prácticas *relacionales* y *situadas* que retroalimentan un saber práctico que se aprende en la *experiencia*, que en la mayoría de los casos es, según la definición de Gadamer, una negatividad productiva construida sobre fracasos y pérdida de certidumbres. Y este planteamiento de que el conocimiento práctico exige un aprendizaje experiencial requiere estar abierto, confrontar, replantearse expectativas y aprender del fracaso.

Que investigaré con las preguntas: ¿Qué historias cuentan las enfermeras que han marcado un antes y un después en su conocimiento? ¿Se puede ver en ellas la conexión entre estar abierto a lo nuevo o la confrontación con el fracaso y el conocimiento práctico que emerge? ¿Cómo ha cambiado su práctica? ¿Hay una conciencia del aprendizaje desde estas experiencias? y ¿Se puede identificar la práctica experta en el sentido de competencia experta?

Sobre el juicio y el comportamiento clínico y ético

Desarrollar un juicio y un comportamiento clínico y ético requiere la capacidad de saber *cómo estar y ser* con el paciente-familia y con los otros miembros del equipo. Esto implica una «*aprehensión inmediata*⁵⁶» de la situación, lo intuido, y un *saber cómo en la situación particular*. Para que un profesional tenga desarrolladas estas capacidades es necesaria una *habilidad de implicación* y un compromiso con la situación que sólo es posible adquirir con la *conexión emocional*.

Una *conexión emocional* con la situación del paciente, que permite desarrollar la agudeza perceptiva para percibir los cambios cualitativos en la respuesta clínica del paciente que resulta fundamental para el progreso del juicio clínico. Y que hace posible

⁵⁶ Este es el sentido que entiendo plantea Benner y que está en la línea de lo también señalado por Claxton "El Diccionario del Siglo Veinte de Chambers describe la intuición como «la *aprehensión inmediata*, sin la intervención de ningún proceso de de razonamiento» y como «la *aparición de acciones o juicios inspirados*, sin la asistencia del pensamiento», (Claxton, 2002:53).

Cosas dichas...para investigar prácticas

adquirir la *habilidad de implicación* que es clave en la evolución del juicio moral de *ser* sensible a la vulnerabilidad y sufrimiento del otro, y de las habilidades necesarias para fortalecer, proteger y defender al paciente, y orientar a otros en beneficio del paciente-familia y de la armonía en la unidad.

Que investigaré con las preguntas: ¿Se pueden distinguir la conexión que permite a las enfermeras expertas capturar la situación clínica? ¿Qué despierta la conexión emocional? ¿Qué indicios despiertan su sensibilidad? ¿Qué pistas les permiten reconocer la situación del paciente o la familia? ¿Reconoce las situaciones de riesgo y se anticipa? ¿Son capaces de adaptar sus repuestas a lo que sucede? ¿Son conscientes de cuándo se produce el momento en que los esfuerzos son inútiles? ¿Qué permite/ impide responder al paciente o la familia? ¿Establecen alguna manera de hacer lo más consciente posible a la familia de la situación del paciente? ¿En qué situaciones muestran fortaleza? ¿Cómo la muestran? ¿Tienen un ideal moral de actuar, en relación a lo que debería ser?

La cultura compartida:

Un profesional no puede llevar la práctica más allá de su experiencia, y para ir adquiriendo competencias necesita participar en culturas que contribuyan al avance de su juicio clínico y comportamiento ético. Unas culturas en la que, como señala MacIntyre (1987), se involucran conocimientos significantes de una tradición, de un modo de saber y hacer con modelos de excelencia, de buena práctica y de obediencia a reglas de conocimiento compartido. Que generen pautas de conducta, de compromiso y de involucración, en las que los profesionales se socialicen, compartan y aprendan de las enfermeras expertas lo que es una *buena* práctica. Y, como práctica no es ajena al entorno en que se desarrolla, por lo que precisa de instituciones que fomenten relaciones de equidad y autonomía que contribuyan a la generación de esas culturas.

Que investigaré con las preguntas: ¿Cómo asumen y “ganan” las enfermeras su autonomía? ¿Describen relaciones de equidad? ¿Entienden estas relaciones como cultura de la unidad? ¿Cómo entienden las normas? ¿Qué fuerza respalda sus acciones? ¿Cómo ayudan a otros miembros del equipo? ¿Cuándo están dispuestas a ver la perspectiva del otro y cuándo no?

4.4. Exploraciones desde la filosofía de Benner

Según señala Brykczynski (2007a), la filosofía de Benner ha proporcionado definiciones y conceptos detallados sobre la práctica de la enfermería clínica que han sentado las bases para estudiar las competencias, y dominios de la práctica en diferentes escenarios (Dolan, 1984; Huntsman, Lederer & Peterman; Ullery, 1984).

Balasco y Black (1988) y Silver (1986a; 1986b) utilizan el trabajo de Benner para diferenciar el desarrollo del conocimiento clínico y la carrera profesional.

Barnum (1990) plantea que la mayor contribución de Benner a la práctica enfermera es el descubrimiento de la utilidad del modelo de Dreyfus para describir el aprendizaje del conocimiento práctico.

Farrell y Bramadat (1990) utilizaron el análisis de casos paradigmáticos en un proyecto educativo, que realizaron en una escuela y un hospital, para mejorar la comprensión de habilidades de razonamiento clínico.

Crissman y Jelsma (1990) desarrollaron desde el planteamiento de Benner un programa de formación para ayudar a disminuir diferencias entre el personal.

Se han realizado adaptaciones y exploraciones de los dominios y competencias estudiados por Benner en la práctica clínica, (Alberti, 1991; Hamric, Whitworth & Greenfield, 1993; Greenwood and King 1995; Brykczynski, 1988; Bjørk, 1999; McCaughan & Parahoo, 2000; Meretoja & Leino-Klipi, 2003; Manias, 2003; Hoffman et al. 2004; Riley et al., 2005; Manley et al 2005).

Y también se han utilizado los dominios y competencias para profundizar en el conocimiento implícito en la práctica experta, (Fenton, 1985; Fenton & Brykczynski, 1993; Lindeke et al, 1997; Brykczynski, 2000; Brykczynski, 2007b; Bartel, 2010; Arreciado et al, 2011).

Pero los conceptos manejados por Benner de competencia, experiencia e intuición también han sido objeto de debate (English, 1993; Purkis, 1994; Cash, 1995; Darbyshire, 1994; Paley, 1996; Watson et al. 2002; Arbon, 2004; Gobet y Chassy, (2008); Lyneham et al, 2008; Rischel et al., 2008).

Balasco y Black (1988), señalan que la medición de la competencia ha sido difícil de definir. Watson et al. (2002) y Rischel et al (2008) también discuten los niveles de competencia y la experiencia adquirida por las dificultades en su medida y varias contradicciones, cuestionan su validez y llaman a explorar las competencias con estudios empíricos desde diferentes perspectivas.

Purkis (1994) plantea que el concepto de experiencia es estático porque excluye elementos sociales importantes para la comprensión de la práctica. Arbon (2004) argumenta que la comprensión de la experiencia debe incluir el contexto de vida de las enfermeras.

En cuanto a la intuición Paley (1996) ha criticado el concepto de intuición por su falta de claridad; Gobet y Chassy (2008) también discuten el papel de la intuición en la adquisición de experiencia y plantean una nueva teoría con base en la percepción y solución de problemas; Lyneham et al (2008) señalan la validez de la práctica intuitiva y llaman a fomentar en los niveles anteriores al experto la reflexión para su desarrollo.

Sin embargo, según explica Brykczynski, estos conceptos son fenomenológicos y las autoras nunca tuvieron intención de operacionalizarlos (2007a: 156).

5. La narrativa.... relatos de experiencia e investigación

En este apartado abordaré la narrativa como fenómeno de investigación de la práctica enfermera objeto de esta tesis.

Hablaré primero sobre los usos del término y el sentido que se le otorga cuando se trata de responder a la pregunta: *¿Qué es narrativa para esta tesis?* Y posteriormente en el apartado *Del encuentro entre experiencia e investigación narrativa* intentaré exponer su utilidad para, en el sentido que Toulmin⁵⁷ ha dado en llamar el *mundo del dónde y cuándo* aludiendo a la conexión del lenguaje con los lugares y momentos concretos de la vida cotidiana, interpretar y comprender un mundo tan extraordinario como la práctica enfermera experta en la UCIs.

5.1. ¿Qué es narrativa para esta tesis?

Contestar a la pregunta *¿qué es narrativa?* resulta muy fácil: una narrativa es un cuento, un relato, como mucho una novela. Bastante más complicado es tratar de explicar lo que es un cuento o un relato.

⁵⁷ En su obra *Regreso a la razón* pg. 275.

Cosas dichas...para investigar prácticas

Para hacer una aportación personal he necesitado realizar una aproximación a los cuentos, *Caperucita roja* y *Hansel y Gretel*, dos iconos de la cultura popular recopilados por los Hermanos Grimm, que me ha permitido reconocer en mis recuerdos de niña: el miedo al lobo, el abandono, la oscuridad del bosque y, a pesar de que sabía que ganarían los buenos, el desasosiego y el terror que sentía por la identificación con sus personajes infantiles; y, aunque en menor medida, también las *moralejas* que los adultos querían hacer sobresalir; y la sorpresa de encontrar en mi mirada de hoy, más *intelectual* aunque probablemente igual de ingenua, la profunda convicción de que la pobreza es terrible, hasta el extremo de ser causa del intento de infanticidio de Hansel y Gretel; y mi conservadurismo existencial al que contribuye “el no te apartes del camino” de la madre a Caperucita. Así que, a pesar de que los escuché o leí en una época de la infancia de la que me quedan muy pocos recuerdos, ambos cuentos aparecen *encarnados* y lo transmitido entonces está muy presente hoy en forma de valores y normas de funcionar, sentir y actuar. Por lo que me permito aventurar que un cuento infantil es un relato breve de una historia imaginaria, que sirve para entretener a los niños, y para *fixarles*, a través de la emoción, valores, y algún que otro conocimiento, necesarios para funcionar *adecuadamente* en la vida.

En el sentido más académico, la narrativa, sus significados y usos, se ha estudiado desde múltiples perspectivas.

En la definición de la RAE⁵⁸, encontramos que narración, del latín *narratĭo, -ōnis*, o su sinónimo el relato, tiene un carácter polisémico. La narración tiene que ver con el acto comunicativo de narrar e implica la existencia de un proceso interactivo entre el que narra y el que escucha. Se refiere también al género en cuanto al contenido, si es cuento o novela. Y, finalmente, puede considerarse una de las partes en que suele estar dividido el discurso retórico, en la que se refieren los hechos para esclarecimiento del asunto de que se trata y para facilitar el logro de los fines del orador. Con esta última acepción, que tiene que ver con la destreza del narrador, conecta Gudmundsdottir cuando dice:

“(...) la narrativa se refiere a la estructura, el conocimiento y las habilidades necesarias para construir una historia”, (1998:52).

⁵⁸ Según el diccionario de de la Real Academia Española.

Como señala Whyte⁵⁹ (1981), la raíz latina de las palabras *narrativa*, *narración* y *narrar* está vinculada con el conocimiento y la práctica profesional. Porque narración proviene de “*gnarus*” que tiene el significado de conocedor, experto, que tiene que ver con el conocimiento que se adquiere y transmite a través de la experiencia. Dice el autor que la narrativa podría ser una solución al problema que supone traducir *el saber en decir* y formar experiencia de una manera asimilable a las *estructuras* de significado humano.

Bolívar, Domingo y Fernández⁶⁰ (2001), que también se formulan la pregunta ¿qué es narrativa?, dicen que las personas nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás imaginando o contando historias. Estas historias son el modelo básico mediante el que organizamos el pensamiento y el conocimiento de la realidad, que equivale a decir que el lenguaje narrado es el que nos permite construir significados y experiencias del mundo en que vivimos.

La narrativa como estudio y forma de conocimiento se desarrolla sobre todo en el campo de la literatura y la crítica literaria, y sólo a partir de lo que han dado en llamar *Giro narrativo*⁶¹, en los años setenta del siglo anterior, el estudio de las narrativas irrumpe en las distintas disciplinas, entre ellas, aunque algo posteriormente, la enfermería. Convirtiéndose en una forma que tenemos los seres humanos para estudiar cómo experimentamos el mundo. White⁶² lo dice del siguiente modo:

“(el giro narrativo) tiene un impacto muy importante sobre el estudio de las ciencias sociales y humanas porque considerarlas, no como ciencias, ni siquiera como disciplinas, sino como discursos, nos permite entender porqué son posibles

⁵⁹ En la obra: *The Value of Narrativity in the Representation of Reality* señala Whyte: “The words “narrative”, narration, “to narrate”, and so on derive via the Latin *gnarus* (“knowing”, “acquainted with”, “expert”, “skilful” and so forth) and *narro* (“relate”, “tell”) from the Sanskrit root *gnâ* (“know”)”, (1981:5) Citado en Gudmundsdottir, (1998: 52).

⁶⁰ Estos autores estudian la narrativa en el campo educativo. La primera parte de su libro *La investigación biográfico-narrativa en educación* cuenta con un amplio apartado dedicado a la comprensión de *la narrativa*. Con citas a Connelly y Clandinin (1995), Bruner (1997) o Ricoeur (1996) los autores van desgranando y argumentando sus características y usos. Estas referencias son también utilizadas en la argumentación y construcción de este apartado.

⁶¹ El llamado *giro narrativo* ha llevado a cambiar la perspectiva tradicional positivista por una perspectiva interpretativa donde el foco de investigación está en el significado de la experiencia para los agentes. Los investigadores sociales desde este enfoque parten de la idea de que la gente estructura su experiencia a través de historias. MacIntyre (1981), Polkinghorne (1988; 1995), Sarbin (1986) Somers (1994), Bruner (1997), Ricoeur (1995), Denzin (2003), Connelly y Clandinin (1995), o Josselson, (2006) son algunos de los investigadores y filósofos más citados que argumentan en sus trabajos este uso. En el campo enfermero sobresale en mi opinión Patricia Benner y col. (1992) y en la última década cabe destacar obras como *Narrative Research in Nursing* de Holloway and Freshwater (2007).

⁶² Citado por Gorlier en:

http://www.fhuc.unl.edu.ar/ensenanza/posgrado/humanidades_cs_sociales/seleccion_textos_Gorlier.pdf
Recuperado Agosto 2010

Cosas dichas...para investigar prácticas

distintas interpretaciones del mismo fenómeno. Esto nos permite ver que lo que estudiamos, en las ciencias humanas y sociales, e incluso en gran parte las ciencias naturales, es el producto del modo en que describimos la realidad en el discurso [...] Tratamos esas disciplinas como discursos que crean sus propios objetos de estudio a través de procesos que están fundados en el lenguaje, pero que son más retóricos que gramaticales en su articulación y elaboración.”, (White, 1999: 1-2).

A la narrativa se la comienza a considerar una *buena* forma de aproximarse a experiencias y memorias individuales o colectivas, de abordar la configuración de la identidad y el mundo subjetivo, y de analizar discursos y representaciones de la experiencia y su componente simbólico. Al campo de estudio en su globalidad, tal como señalan Connelly y Clandinin (1995), se le llama *narratología*⁶³.

En el campo educativo, las intelectuales feministas figuran entre las primeras que reivindican la lógica de la narrativa como manera de conocimiento. La epistemología feminista⁶⁴ (Noddings, 1984, 1992; Gilligan, 1985) formula la defensa de una metodología distintiva, donde el pensamiento narrativo es una de sus bases. La narrativa como una forma de expresión de los valores claramente femeninos, que establecen conexiones y apoyan formas de colaboración en lugar de adherirse a sistemas y organizaciones con sistemas jerárquicos. Este rechazo de las relaciones jerárquicas conduce también a reivindicar la experiencia personal directa y el modo de conocer más cualitativo que cuantitativo que se expresa en la narratividad.

En el campo de la filosofía moral autores como MacIntyre (1981/1987) o Taylor (1996) señalan que el hombre ordena su experiencia y su identidad de manera narrativa. Taylor plantea que no sabemos todavía quienes somos verdaderamente y que, inevitablemente, hemos de entender nuestras vidas en forma de narrativa como una búsqueda. Y MacIntyre escribió:

“La historia narrativa de cierto tipo resulta ser el género básico y esencial para la caracterización de las acciones humanas”, (1981: 208).

⁶³ Aunque el giro narrativo en la investigación surge en respuesta a la objetivización positivista, la investigación narrativa puede remitirse hasta la poética de Aristóteles o las confesiones de San Agustín (ver Ricoeur, 1995.). Connelly y Clandinin argumentan que el enfoque narrativo ha tenido diversas aplicaciones en un gran número de campos de estudio incluida la educación, la antropología o la psicología. Algunas de las fuentes más citadas en los estudios narrativos son Bruner (1986) o Sarbin (1986) en psicología, o MacIntyre (1981) sobre la ética narrativa. (Ver Connelly y Clandinin, 1995: 12).

⁶⁴ Se utiliza en estas referencias el apartado de «*Feminismo y narratividad* » en Bolívar, Domingo y Fernández (2001:66).

Además para MacIntyre la *narratividad* se inscribe en la recuperación del sentido comunitario frente al individualismo, pues las historias y relatos comunes, transmitidos por los agentes como tradiciones culturales, son los que crean comunidades de sentido y creencias en las que se inscribe cada persona.

El filósofo Ricoeur⁶⁵ (1999) vincula identidad con narración. Sin narración, dice el autor, no hay identificación posible ni del individuo, ni de las comunidades. Ricoeur vincula también tiempo⁶⁶ y narración porque el tiempo resulta humano en la medida que se expresa en forma narrativa, y el relato es significativo en la medida que describe los rasgos de la experiencia temporal.

El sociólogo Denzin (2003) sugiere que vivimos en el momento de la narración en las ciencias humanas y sociales, porque todo lo que estudiamos está dentro de una representación narrativa o relato. Para este autor la narrativa muestra cómo las personas otorgan significados culturales en su vida diaria, y cómo estos significados y actuaciones forman experiencias de injusticia, prejuicios y estereotipos.

En el campo de la psicología⁶⁷ cabe destacar la obra de Polkinghorne, *Narrative Knowing and the Human Sciences* por su excelente revisión de la narrativa en el ámbito terapéutico. Y para esta tesis también han sido reveladores los trabajos de Bruner (1997; 2006) donde subraya, desmarcándose del campo de la psicología cognitiva, que vivimos en un mar de relatos y que el problema es obtener conciencia de lo que hacemos, de la naturaleza de la construcción del significado, de su conformación cultural y del papel esencial que desempeña en la acción humana. Presenta la visión de que la cultura es un sistema simbólico producto de la historia, que permite afirmar que estamos constituidos por la propia cultura y que *no nos podemos pensar* al margen de ella. Y señala que la narración es el principal instrumento de esta construcción simbólica del mundo, y, parafraseando a Goodman⁶⁸, advierte que «*la realidad se hace, no se encuentra*», y que el significado no se otorga en vacío, sino *en y a través de la acción*.

⁶⁵ Tal como explican Gabilondo y Aranzueque en la introducción al libro de Paul Ricoeur *Historia y narratividad*, el autor: "(...) *afronta el problema de la identidad como una categoría de la práctica, en el sentido de que la cohesión de una vida implica su mutabilidad, la de quién es tanto el lector como escritor de su propio vivir...*" (1999: 24).

⁶⁶ En *Tiempo y narración* Ricoeur plantea, según señala Maceiras en la introducción al texto, la trama narrativa como el medio privilegiado para esclarecer la experiencia temporal, "*la narratividad determina, articula y clarifica la experiencia temporal*", (1995:26).

⁶⁷ La obra de autores narrativos en el campo de la psicología puede consultarse en:
<http://web.lemoyne.edu/~hevern/narpsych/nr-basic.html>

⁶⁸ Nelson Goodman, *Ways of Worldmaking*. (Indianápolis: Hackett, 1978) (ed. En español: *Maneras de hacer mundos*, Madrid: Visor, 1990) (Cit. en Bruner 1997: 38).

Cosas dichas...para investigar prácticas

Respecto al mundo clínico mencionar nuevamente al filósofo Toulmin (2003), que, siguiendo el pensamiento de Aristóteles, considera que los procedimientos *clínicos* pertenecen al mundo heracliteano del *dónde* y el *cuándo*. En este planteamiento del autor la comprensión de los *casos* es inseparable de cómo entendemos las narrativas, porque es en ellas donde tienen cabida las preocupaciones cotidianas que pertenecen a dicho mundo.

Estas ideas impregnan también el campo de la medicina⁶⁹. Y, tal como señala Ansín (2006), existe hoy un movimiento que reclama que la narrativa, al favorecer una comprensión más holística de la situación del paciente, se convierta en un elemento importante para la educación médica y para la acción terapéutica.

En la práctica enfermera, Benner y Wrubel (1989) señalan que las acciones de cuidado, como no se pueden separar del contexto particular en el que tienen lugar, no pueden transformarse en el tipo de conocimiento libre de contexto, pero sí pueden ser *narradas*. Una narración que puede ser considerada como un *universal particular* o caso paradigmático que ilustra el cuidado. Esta idea me parece relevante porque presenta la oportunidad de la narrativa para captar un conocimiento universal dentro de historias particulares.

El modo en que se vincula lo universal con lo concreto es explicado también por investigadores de metodología cualitativa como Erickson (1989). Y desde la teoría del desarrollo moral también se han hecho propuestas con un enfoque feminista que reivindican una ética del cuidado, o preocupación por los otros, unida a un modo de pensar contextual y narrativo, (Gilligan, 1985). La misma Gilligan⁷⁰ también plantea que cuando hay conflicto entre diferentes responsabilidades surgen lenguajes morales distintos: el lenguaje de la imparcialidad o la justicia y el lenguaje relacional.

⁶⁹ El movimiento *Narrative based medicine* surge, tal como explica Ansín (2006), como respuesta ante el malestar social ante la deshumanización de la práctica médica. Destacar las publicaciones de Greenhalgh (1999) (pionera de la MBE) y Greenhalgh and Hurwitz (1999) suscritas al enfoque narrativo para el estudio e investigación en Medicina. En nuestro país comienzan a surgir voces en este sentido como la pg <http://www.somosmedicina.com/2009/10/medicina-basada-en-la-narrativa.html> o artículos como el citado de Ansín.

⁷⁰ Gilligan en su libro *In a different voice: psychological theory and women's development*, traducido al castellano por *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, analiza la idea de que los niños y las niñas tienen un desarrollo moral diferenciado y que este hecho lleva a que las mujeres tengan una interpretación más contextual de la moralidad en relación a la situación particular y al cuidado del otro.

5.1.1. Dos significados

Por lo dicho hasta ahora, la narrativa se presenta como una experiencia expresada como un relato y, además, como un enfoque de investigación en las ciencias humanas y sociales para construir sentido por medio del análisis de los hechos relatados.

Esta ¿dualidad? la han puesto de manifiesto Connelly y Clandinin (1995) al considerar la narrativa como *fenómeno* que se investiga y como *método* de investigación:

“Es igualmente correcto hablar de «Investigación sobre la narrativa» o de «investigación narrativa». Entendemos que la narrativa es tanto el fenómeno que se investiga como el método de investigación. Narrativa es el nombre de esa cualidad que estructura la experiencia que va a ser estudiada, y es también el nombre de los patrones de investigación que van a ser utilizados para su estudio”, (1995:12).

Estos mismos autores, para preservar la distinción entre los diferentes usos de la narrativa, llaman *historia o relato* al fenómeno y *narrativa* a la investigación. Al ser ambos usos objeto de interés en este estudio, con el fin de diferenciarlos y evitar confusiones, he asumido esta distinción. Y, por lo tanto, se entenderá por relato: el texto⁷¹ de las historias que cuentan las enfermeras de casos memorables de su experiencia práctica; y por investigación narrativa: lo que contaré (y el proceso por el que llego a contar lo que cuento) sobre ellas, con *mi* particular visión de la experiencia, atendiendo a las preguntas que desde la teorías de la práctica seleccionadas *se me han ido* planteando.

A estos dos significados concretos, que entienden la narrativa como una condición ontológica de la vida social y, a la vez, como una forma de conocimiento de la práctica enfermera, se puede añadir que, en línea con otro de los sentidos que le atribuyen Connelly y Clandinin al considerarla como un *uso* que se ajusta a un fin, la narrativa es el lenguaje adecuado y un excelente mediador en la construcción de la práctica del cuidado.

Y por último, decir que me aproximo al relato de las historias que cuentan las enfermeras, para abordar la investigación narrativa del conocimiento de su práctica, con el espíritu de lo dicho por Walter Benjamin sobre *El narrador*:

⁷¹ Se utiliza aquí la definición de *texto* dada por Ricoeur en su libro *Historia y narratividad*: “Llamamos texto a todo discurso fijado por la escritura” (1999:59). Esta definición lleva al autor a la distinción entre *explicación* y *comprensión*., y, partiendo de Dilthey, a un nuevo concepto de *interpretación*, como *hermenéutica reflexiva*, en la que la interpretación de un texto desemboca en una *apropiación*, en una lucha contra el distanciamiento respecto al sistema de valores sobre el que se establece el propio texto. Esta argumentación de Ricoeur es objeto de estudio en el apartado de este trabajo: Del encuentro entre narración e interpretación.

“Un rasgo característico de muchos narradores natos es una orientación hacia lo práctico (...) la cualidad presente en toda verdadera narración. Aporta de por sí, velada o abiertamente, su utilidad; algunas veces en forma de moraleja, en otras en forma de indicación práctica, o bien como proverbio o regla de vida. En todos los casos, el que narra es un hombre que tiene consejos para el que escucha (...) El consejo no es tanto la respuesta a una cuestión como una propuesta referida a la continuación de una historia en curso” (1991: IV)

5.2. Del encuentro relatos de experiencia e investigación narrativa

Tal como señalan Connelly y Clandinin (1995), la investigación narrativa, al igual que otros métodos cualitativos, no puede confiar en criterios de validez, fiabilidad o generalización que son característicos de otras formas de investigación. Tampoco, según los autores, podemos encontrar en las narraciones relaciones de causa-efecto, aunque podamos tener *la ilusión de causalidad*⁷². Entonces ¿De qué se trata?, ¿Cómo es esta investigación? ¿Qué es lo que proporciona a la investigación narrativa verosimilitud? ¿Qué es la verdad narrativa⁷³? O, en preguntas de Bruner⁷⁴ ¿Qué hace aparecer algo como un hecho cuando uno se lo encuentra? ¿Qué la caracteriza y cuáles son sus componentes? Las respuestas a estas preguntas, que recojo en *La verdad narrativa y Características de la narrativa*, pueden ser de gran ayuda para comprender el *cómo* de esta investigación.

5.2.1. La *verdad* narrativa

Reconocida la idoneidad de la investigación narrativa para este trabajo, mi interés *ahora es* comprender e interpretar los relatos de las enfermeras de acuerdo a lo que es considerado por los investigadores narrativos como *verdad narrativa*. Y esto me plantea

⁷² Se refieren los autores al principio hermenéutico citado por Crites “según el cual una secuencia de eventos mirados hacia atrás tiene la apariencia de una necesidad causal, mientras que mirados hacia adelante, tienen el sentido de una anticipación del futuro teleológica o intencional”. (Crites, 1986: 168, Citado en Connelly y Clandinin 1995: 32).

⁷³ Este concepto ha sido trabajado por Spence (1982) en su obra *Narrative Truth and Historical Truth*. Según el autor esta verdad narrativa está ligada al sentido de *continuidad*, al cierre de la historia es decir a su *conclusión*, y al modo en que todo encaja, lo que Spence llama *finalidad estética*. Estas cualidades asociadas son según el autor las que dotan al relato de *convicción*.

⁷⁴ Dice Bruner en su artículo *What is a narrative fact?*, haciendo alusión a esta pregunta, que no es una cuestión trivial (1998: 23).

Cosas dichas...para investigar prácticas

algunas dudas: ¿Cómo se unen? ¿En qué se diferencia una interpretación ingenua⁷⁵ de otra que no lo es? ¿Qué consideraré una buena narrativa y una buena interpretación?

Las primeras respuestas comienzan a aparecer en la línea argumental que plantean Connelly y Clandinin:

“Es importante no pretender incluir el lenguaje de los criterios de la investigación narrativa dentro del lenguaje creado para otras formas de investigación. (...). Lo que está sucediendo actualmente es que cada investigador debe buscar y defender los criterios que mejor se aplican a su trabajo”, (1995:32)

Y remarcan que los criterios en el campo de la investigación narrativa aún están poco desarrollados, y, a excepción de algunos que ya han sido identificados como la claridad, la verosimilitud y la transferibilidad, hoy por hoy cada investigador debe definir cuáles son los más adecuados a su trabajo.

Así como en Bruner (1998), que dice que la verosimilitud ofrece a la narrativa lo que la verificación ofrece a la ciencia y la lógica, y que no podemos olvidar que la tesis básica del constructivismo es que el conocimiento es «correcto» o «incorrecto» dependiendo de la perspectiva que hayamos decidido tomar, por lo que lo mejor que podemos aspirar es a ser conscientes y cuestionarnos nuestra propia perspectiva. Y si el conocimiento depende de la perspectiva que se toma ¿Qué conocimiento guía la elección de la perspectiva? O, en preguntas de propio autor: ¿Qué pasa con la cuestión del valor? ¿No es *más que* una cuestión de preferencia?

Argumenta Bruner, haciendo referencia a la psicología cultural, que el constructivismo es una expresión profunda de la cultura democrática, porque, si bien exige que seamos lo más conscientes posible de cómo desarrollamos nuestro conocimiento y qué valores nos llevan a adoptar nuestras perspectivas, no podemos pretender que haya una sola forma correcta de construir significados. Entiendo que esta interpretación es igual de válida en el campo enfermero, tanto en lo que se refiere a la construcción del conocimiento práctico de las enfermeras, como en las elecciones que guían la interpretación en la investigación del conocimiento narrativo. Esto no quiere decir, tal como señala Schön (1998:205), que todas las interpretaciones que dan lugar a actos de cuidado sean

⁷⁵ Chalmers (1982) llama *“Inductivismo ingenuo”* a la defensa que hacen algunos investigadores de que los enunciados observacionales del observador están libres de teoría, que no contienen prejuicios, ni a priori están influenciados por sus expectativas subjetivas, cuando hoy día esta presunción como ya se ha venido argumentando en este estudio esta afirmación es insostenible. Tal como señala Medina la observación y la interpretación de datos sin un marco que los guíe es poco menos que imposible: *“Ningún investigador se pone a buscar nada sin alguna noción previa de las propiedades que posee aquello que busca, de ser así, no lo reconocería en caso de encontrarlo”*, (Citado en Medina 2005:32).

Cosas dichas...para investigar prácticas

equivalentes, esto sería aceptar el relativismo, sino que uno construye desde su *yo* actual, desde *su* conocimiento y expectativas. En esta línea argumental, Medina plantea que si apelamos a la hermenéutica como teoría de la interpretación, es una falacia pensar en una descripción libre de interpretación porque captamos los hechos a partir del conocimiento y de las expectativas que, a la vez, nos van constituyendo. En palabras del autor:

"(...) de un "background" del que no podemos desembarazarnos porque nos constituye y hace que percibamos los hechos y fenómenos de una forma y no de otra", (2005b:32).

El trabajo hermenéutico se inicia con la interpretación y requiere la posterior comprensión. Sin embargo, como es un proceso que depende de un conocimiento que también está en construcción, forzosamente se produce la ruptura, la pérdida de comprensión, que nos lleva a la búsqueda de una nueva interpretación y su posterior comprensión. Y este, dicen los investigadores narrativos, es el argumento del trabajo hermenéutico.

Angulo lo explica así:

"Esto significa que frente a la interpretación, la comprensión y su ruptura y la nueva búsqueda de comprensión, son el verdadero justificante del trabajo hermenéutico, su alfa y su omega", (1988:126, Cit. en Medina, 2005:33).

En este sentido me parece de interés el planteamiento de Peshkin que refiriéndose a las cualidades personales del investigador narrativo y los *yoes* que afrontan el trabajo, escribe:

"Cada investigador lleva consigo a su lugar de trabajo por lo menos a dos personas: el yo humano que generalmente es en las situaciones cotidianas, y el yo investigador que nosotros forjamos para nuestras propias situaciones de investigación...Detrás de este yo están las múltiples disposiciones personales de uno...Debido a lo desconocido y a los inesperados aspectos del campo de investigación, no sabemos cuál de nuestras disposiciones estará comprometida", (1985: 270, Cit. en Connelly y Clandinin, 1995:41)

Una idea ontológica que considera el acto de comprender como la forma en que los seres humanos tenemos de conocer. Así lo explica Gadamer:

"La interpretación no es un acto complementario y posterior al de la comprensión, sino que comprender es siempre interpretar, y en consecuencia la interpretación es la forma explícita de la comprensión", (1988: 378).

Cosas dichas...para investigar prácticas

Y ¿cómo asegurarnos que la interpretación lleva a la comprensión? Gadamer plantea que la explicación narrativa está guiada por un sentido de totalidad. Esto supone que, aunque haya que concretar los detalles de la experiencia, no debe perderse nunca el sentido de globalidad. El autor lo dice así:

“El movimiento de la comprensión va constantemente del todo a la parte y de esta al todo. La tarea es ampliar la unidad del sentido comprendido en círculos concéntricos. Es criterio para la corrección de la comprensión es siempre la congruencia de cada detalle con el todo. Cuando no hay tal congruencia, esto significa que la comprensión ha fracasado”, (1988:361).

Y Bruner al explicar la *composición hermenéutica* se plantea la pregunta ¿qué significa decir que la comprensión de la narración es hermenéutica? Y responde:

“En primer lugar, implica que ninguna historia tiene una interpretación única. Sus significados imputables son en principio múltiples.... El objetivo del análisis hermenéutico es aportar una explicación convincente y no contradictoria de lo que significa un relato, una lectura que se atenga a los detalles particulares que la constituyen”, (1997:156).

Para que este esfuerzo hermenéutico⁷⁶ sea posible hacerlo en la comprensión del detalle y del todo, Gadamer recomienda:

“El comprender debe pensarse menos como una acción de subjetividad que como un desplazarse uno mismo hacia un acontecer de la tradición, (...)”, (1988:360).

Con lo que se puede interpretar que la comprensión de un texto no es un procedimiento o un método mediante el que nos desplazamos hacia el psiquismo del autor del relato, sino que comprendemos entrando en la perspectiva de cómo ha llegado a esa opinión y cómo esta se une a la comunidad a la que pertenece el autor. Mi desafío está en ver si soy capaz, como enfermera, de captar el sentido del texto que procede de una tradición que comparto, y, como investigadora, entender los aspectos simbólicos de la historia narrada. Estas palabras de Gadamer presentan una posición similar:

⁷⁶ Gadamer se pregunta ¿Cómo se inicia el esfuerzo hermenéutico? Y ¿Qué consecuencias tiene para la comprensión la condición hermenéutica de la pertenencia a una tradición? A lo cual responde que: *“La anticipación de sentido que hace referencia al todo solo llega a una comprensión explícita a través del hecho de que las partes que se determinan desde el todo determinan a su vez ese todo. (...) Este proceso de construcción está dirigido por una expectativa de sentido procedente del contexto de lo que le precedía. (...) Esto significa entonces que la expectativa cambia y que el texto se recoge en la unidad de referencia bajo una expectativa de sentido distinta”, (1988:360-361).* En esta explicación de Gadamer distingo el movimiento de comprensión del círculo hermenéutico del todo y la parte.

Cosas dichas...para investigar prácticas

“La anticipación de sentido que guía nuestra comprensión de un texto no es un acto de subjetividad sino que se determina desde la comunidad que nos une con la tradición (...) comprender significa primariamente entenderse con la cosa, y solo secundariamente destacar y comprender la opinión del otro como tal”, (1988:361-364).

Ricoeur que nos previene de la predisposición a encajar la narración en nuestros arquetipos culturales cuando tenemos bloqueos en la comprensión:

“(...) buscamos explicaciones cuando el proceso narrativo se bloquea y con el fin de “seguir adelante” en nuestro proceso de comprensión. Estas explicaciones serán aceptables si encajan con los arquetipos narrativos culturales, que dirigen nuestra competencia para comprender las nuevas historias”, (1977: 869, Cit. Muñoz, 2010).

En esta idea señalar la importancia de estar, según palabras de Ricoeur, en el lenguaje del *hacer* y la tradición cultural de la que procede la narración, porque obrar es siempre *obrar con* otros. En este *hacer con*, Ricoeur aborda la relación entre inteligencia narrativa e inteligencia práctica, y cómo esta última es fundamental en el objetivo de comprensión de una historia:

“Dominar la red conceptual en su conjunto, y cada término como miembro el conjunto, es tener la competencia que se puede llamar comprensión práctica (...) términos que sólo tenían una significación virtual en el orden paradigmático – simple capacidad de uso- reciben una significación efectiva gracias al encadenamiento a modo de secuencia que la intriga confiere a los agentes, a su hacer y a su sufrir, (1995:117- 119).

La comprensión práctica según Ricoeur se refiere a los recursos simbólicos que comparten los agentes de un campo práctico, de forma que comprender una historia es comprender el lenguaje del hacer y la tradición cultural sobre el tipo de tramas que se cuentan.

Por otra parte, Gadamer argumenta que hay que mantenerse en una posición intermedia:

“La posición entre extrañeza y familiaridad que ocupa para nosotros la tradición es el punto medio entre la objetividad de la distancia histórica y la pertenencia a una tradición. Y este punto medio es los verdaderos topos de la hermenéutica. De esta posición intermedia que está obligada a ocupar la hermenéutica se sigue que su tarea no es desarrollar un procedimiento de comprensión, sino iluminar las condiciones bajo las cuales se comprende”, (1988: 365).

Para mantenerse en esta posición intermedia que propone Gadamer es necesario estar atento a las opiniones y prejuicios propios que pueden ensombrecer las condiciones en que tiene lugar la comprensión. Y si queremos recuperar lo que está en juego en el texto, el mismo autor nos recuerda que, aunque es importante no perder de vista las preguntas de investigación, no hay que olvidar que la esencia de la interpretación es abrir y mantener abiertas las posibilidades que se ofrecen en el propio texto. Y, si queremos comprender la voz de los participantes, su lenguaje y comentario interpretativo, hay que procurar la clarificación de los significados de la experiencia descrita en el texto.

Tampoco hay que olvidar que lo que importa en este estudio son las *cosas* vividas por los participantes que tienen relación con los pacientes y familias, los sentidos singulares que expresan, la lógica particular de la argumentación que despliegan y el conocimiento que transmiten de sus modos de práctica. Y que la buena historia es aquella que consigue poner en lenguaje el modo de hacer de los clínicos, y la buena interpretación-comprensión aquella que consigue hacer consciente el *saber* de su práctica.

5.2.2. Características de la narrativa

Hay algunas características de la narrativa que quiero resaltar porque juegan un papel relevante en el proceso de interpretación y comprensión de las historias de las enfermeras.

Una primera característica que me parece de interés, según destacan Bolívar et al.⁷⁷ (2001) siguiendo el pensamiento de Bruner, es que *el conocimiento narrativo está basado en una epistemología constructivista e interpretativa*. Esto significa que en la narrativa el lenguaje no se limita a organizar la experiencia, sino que la construye en la forma en que los humanos dan sentido a su vida y su mundo. El lenguaje es así un mediador no solo de una historia, sino también de la vida. El modo de responder, de comprometerse con los otros, los pensamientos y sentimientos, todo está construyéndose en un relato. El *yo* entra en diálogo con su historia, el mundo subjetivo construyéndose de modo interactivo, un *yo* que lee e interpreta su experiencia y la de los otros. Según lo cuentan Bolívar et al:

⁷⁷ La explicación de estos autores, aunque está orientadas al mundo educativo y los relatos de experiencias docentes, es muy clara y con numerosas referencias que me han facilitado la búsqueda y comprensión de la narratividad como fuente de conocimiento y de investigación narrativa para la comprensión de las experiencias vividas y relatadas por las enfermeras.

Cosas dichas...para investigar prácticas

"(...) el enfoque narrativo da prioridad a un yo dialógico (naturaleza relacional y comunitaria de la persona), donde la subjetividad es una construcción social, interactiva y socialmente conformada en el discurso" (2001:22).

Al hilo de la anterior, otra característica es que la narrativa *es una estructura central que posibilita la construcción individual y social de significados*. Polkinghorne⁷⁸ lo explica así:

"La narrativa es un esquema de significado por el que los humanos le otorgan significado a su experiencia personal de temporalidad y acciones personales (...)" (1988:11)

En este planteamiento los significados son construidos a través del diálogo, de modo que la misma narrativa es la que actúa como mediadora en la construcción de sentido. El lenguaje como mediador del funcionamiento de la experiencia de pensar, sentir y actuar, y la narrativa como el medio de expresar y representar esa experiencia, asimilándola a formas y patrones culturales que configuran el actuar humano en un sentido determinado. Bruner⁷⁹ (1997; 2006) lo cuenta así:

"Poblamos nuestro mundo con caracteres extraídos de géneros narrativos, damos sentido a los acontecimientos asimilándolos a la forma de la comedia, la tragedia, la ironía". (1997:155)

Destacar aquí lo que este autor considera uno de los *universales*⁸⁰ de las realidades narrativas, *La particularidad genérica*, en la que plantea que las narraciones tratan de casos particulares que se pueden ajustar en esquemas genéricos más amplios por similitudes en el texto, argumento o en la forma en que son narradas:

⁷⁸ Citado en Bolívar, Domingo y Fernández (2001:23).

⁷⁹ La elección de este autor está motivada por su interés en como los seres humanos construimos significados, interés que guía y es transversal en su obra. Jerome Bruner, tal como se reconoce en la contraportada de su libro *Actos de significado* (1991/2006) si bien es considerado como uno de los padres de la revolución cognitiva, es hoy también uno de sus críticos al considerar que la psicología cognitiva se ha enredado en problemas técnicos. El autor reclama la construcción de una ciencia mental en torno a los significados.

⁸⁰ Con el concepto de universales Bruner hace alusión a las maneras en que las construcciones narrativas dan forma a las realidades que crean. Señala el autor nueve universales: 1. Una estructura de tiempo; 2. Particularidad genérica; 3. Las acciones tienen razones; 4. Comprensión hermenéutica; 5. Canonicidad implícita; 6. Ambigüedad de la referencia; 7. La centralidad de la problemática; 8. Negociabilidad inherente; 9. La extensibilidad histórica de la narración. Puede consultarse su desarrollo y composición en el cap.7, *La construcción narrativa de la realidad* en su obra *La educación, puerta de la cultura* (1997:149-177 traducido de *The Culture of Education*, También en la Pg.: www.kaosenlared.net/noticia/biografia-de-jerome-bruner puede encontrarse una biografía del autor, que me parece de interés por la información crítica que aporta sobre la traducción al castellano de esta obra, y por la aclaración de algunos conceptos que parecen ser erróneos en la traducción.

Cosas dichas...para investigar prácticas

“Las narraciones tratan de (o se actualizan en) casos particulares. Pero la particularidad parece solo el vehículo de la actualización narrativa. Pues las historias particularares se construyen como ajustadas a géneros o tipos (...) Las historias como totalidades y sus «funciones» constitutivas son...elementos de tipo más inclusivo. (...) Los detalles particulares de una narración se logran al cumplir su función genérica.” (Bruner, 1997:153)

Benner, Tanner y Chesla en su obra *Expertise in Nursing Practicem* ético, tras estudiar las narrativas clínicas de enfermeras, plantean agrupaciones en relación a su significado: Historias que capturan la importancia de una práctica, que muestran episodios clínicos significativos, y Narrativas de aprendizaje, que incluyen y exponen habilidades correlativas, áreas ciegas, prejuicios, exclusiones o nuevas posibilidades para el comportamiento clínico, y señalan que la identificación del tema en la investigación orienta las preguntas de análisis.

Enlazada con estas agrupaciones de significado cabe señalar otra característica de la narrativa: *el encadenamiento de acontecimientos en una trama argumental que configura el relato*. Este encadenamiento hace posible que los elementos que pueden aparecer independientes en la trama, se unan, se organicen y cobren vida en un relato temporal con sentido. Y tal como señala Ricoeur⁸¹ (1995), esta unidad de sentido que se configura en la trama o argumento es la que hace posible que el relato obtenga la categoría de historia, en la que se define el sentido de los diferentes componentes de la narración: la disposición de los hechos, el modo en que se cuentan, el modo en que están presentes en la memoria, lo que se recalca, lo que se omite o el posicionamiento como individuo, que hacen que todo cobre sentido en la historia.

También es importante lo que dice Maceiras, haciendo alusión a Ricoeur, en la presentación del tomo I de *Tiempo y narración*:

“(...) la narración identifica al sujeto en un ámbito eminentemente práctico: el del relato de sus actos” (1995:27)

O en palabras del propio Ricoeur:

⁸¹ Aunque es conocida desde la Poética de Aristóteles, Ricoeur utiliza en su obra *Tiempo y narración*, el análisis de la trama considerando el concepto aristotélico de construcción de la trama *“la trama es la representación de la acción”* (50a, 1) como el germen de su desarrollo posterior. La trama como un modelo de concordancia y discordancia incluida. Dice Ricoeur que es su tarea y responsabilidad extraer las implicaciones temporales del modelo, la noción de *“todo”* como eje del análisis que sigue y que está en la obra de como *“Un todo es lo que tiene principio, medio y fin”* (50b, 26) y pensar en los universales engendrados por la trama que provienen de la sabiduría práctica, los universales de la trama provienen de su ordenación, el encadenamiento causal donde reside lo verosímil. Se busca también la concordancia discordante mediante el análisis del efecto sorpresa. Citado en Ricoeur *Tiempo y narración I*, 1995:85- 92).

Cosas dichas...para investigar prácticas

“La historia narrada dice el quién de la acción. Por lo tanto la propia identidad del quién no es más que una identidad narrativa.” (1996:997)

“Las acciones implican fines, cuya anticipación no se confunde con algún resultado previsto, sino que compromete a aquel de quien depende la acción. Las acciones además, remiten a motivos, que explican por qué alguien hace o ha hecho algo (...)” (1995:116)

Y Bruner en la descripción de otro de sus universales de las realidades narrativas, *Las acciones tienen razones*, señala:

“Lo que hace la gente en las narraciones nunca es por casualidad, ni está estrictamente determinado por causas y efectos; está motivado por creencias, deseos, teorías, valores u otros «estados intencionales» (...) pero....nunca determinan plenamente el curso de la acción... Siempre hay algún elemento de libertad implicado en la narración; alguna agencia que puede inmiscuirse en una supuesta cadena causal. La agencia supone elección.” (1997:155-156).

Otra característica de la narrativa es el tiempo narrativo, lo que Bolívar et al., llaman: *Temporalidad*. Esta característica es señalada por los investigadores narrativos como una dimensión esencial de la experiencia vivida, porque la conciencia de nuestra vida está estructurada temporalmente. Bruner habla de *la estructura del tiempo cometido* como un universal narrativo, porque la narración segmenta el tiempo a través del desarrollo de acontecimientos cruciales. Y Ricoeur lo expresa del siguiente modo:

“(...) El mundo desplegado por toda obra narrativa es siempre un mundo temporal..., el tiempo se hace tiempo humano en la medida que se articula en un modo narrativo”, (1995: 39).

Connelly y Clandinin (1995) dicen, haciendo alusión a Welty (1979), que el tiempo y el espacio, que en construcciones escritas se convierten en trama y escenario, crean la cualidad de la experiencia narrativa. Además, siguiendo a Carr (1986), proponen iniciar la investigación relacionando la estructura temporal con dimensiones de la experiencia humana:

“En términos generales el pasado transmite significatividad, el presente transmite valores, y el futuro transmite intención” (1995:38)

Una última característica, señalada por Bolívar et al. (2001), que deseo remarcar es que *las narrativas individuales y culturales están interconectadas*, porque lo individual se constituye socioculturalmente y en consecuencia el propio relato es dependiente de la

tradición cultural. Goodley et al⁸² (2004), en relación a los relatos de vida, explican así esta característica:

“(...) nuestras formas elegidas de narración nos dicen mucho de los individuos y la colectividad, de lo público y lo privado, de lo estructural y lo personal y de los mundos reales y ficticios. Las historias ocupan un lugar central en el conocimiento de las sociedades... Las narraciones están siempre politizadas, estructuradas, culturizadas y socializadas (...) (p.p. viiii-x)

La propia cultura utiliza las narraciones para proporcionar modelos en los que sentirse identificado. Bruner lo cuenta así:

“(...) Es a través de nuestras propias narraciones como principalmente construimos una versión de nosotros mismos en el mundo, y es a través de sus narraciones como una cultura ofrece modelos de identidad y acción a sus miembros.” (1997: 15)

También Benner et al., (1996) consideran que las memorias narrativas son creadas en comunidad, a través del diálogo con los otros, de modo que ofrecen la posibilidad de sentirse identificado, aprender e incorporar perspectivas múltiples.

W. Benjamin argumenta esta característica en su ensayo *El narrador*:

“El narrador toma lo que narra de la experiencia, la suya o la transmitid, Y la torna a su vez en experiencia de aquellos que escuchan su historia” (1991: IV)

Y Bruner cita un universal que tiene que ver con la interconexión cultural narrativa: *La Canonicidad implícita*. Este universal implica que para que la narración merezca ser contada debe ir en contra de las expectativas y romper con lo previsto, pero, paradójicamente, estas rupturas se desarrollan en estructuras convencionales y nos vinculan a lo ordinario, a lo que se acostumbra. Y señala:

“Pero la convención y la canocidad son fuentes prodigiosas de aburrimiento. Y el aburrimiento como la «necesidad» en el proverbio también es padre de la invención. (...). En consecuencia, el narrador innovador se convierte en una figura cultural poderosa siempre que sus relatos partan de cánones narrativos convencionales y lleven a hacernos ver algo de lo que «nadie se había dado cuenta antes»” (1997:158-159)

⁸² Cit. por Andrew C. Sparkes y José Devís. En su estudio: *“La investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte”*.

Cosas dichas...para investigar prácticas

Estas características de la narrativa son significativas en este estudio en tres aspectos: En primer lugar, para buscar historias y la conexión de temas y argumentos narrativos. En segundo lugar, porque las historias particulares de las enfermeras nos pueden revelar un modelo ejemplar innovador de práctica enfermera en las UCIs. Y por último, porque, aunque las características de este estudio no permiten establecer ninguna conclusión de ámbito cultural, probablemente permitirá ver si hay temas recurrentes que sean indicios de la existencia de patrones culturales propios de las enfermeras de las UCIs.

SEGUNDA PARTE

La UCI....Estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

Connelly y Clandinin señalan que el escenario es el componente clave a describir en la narración, porque establecer el contexto del escenario como ambiente físico y humano puede tener más dificultad que dibujar otros componentes. Así lo cuentan:

“Establecer el contexto del escenario puede ser más problemático para el escritor que fijar los otros dos componentes porque el contexto está fuera de la vista y requiere una búsqueda activa durante la recogida de datos. (1995:37)

O en palabras de Bourdieu:

“El lugar puede definirse decididamente como el punto del espacio físico en que están situados, “tienen lugar”, existen, un agente o una cosa. Vale decir, ya sea como localización, ya, desde un punto de vista relacional, como posición, rango en un orden.” (1999b:119)

Y en consecuencia, hablar de un escenario como las Unidades de cuidados intensivos (UCI), no sólo es hablar de un espacio físico, sino también es hablar de un espacio social, de una red de relaciones de los agentes en el campo. Un espacio que ocupa una posición claramente diferenciada del resto de servicios del hospital. Una especie de universo propio con reglas determinadas por la gravedad de los pacientes y la alta tecnología, que los profesionales que lo habitan consideran desafiante y una marca de distinción (Rubio y otros, 2002); Pallares (2003).

Así explica Pallares el lugar que ocupa la UCI en la estructura hospitalaria:

“Una constante en todas es que están aisladas del resto de la estructura del hospital. No se puede irrumpir en su interior como si fuera cualquier otro servicio, ya que la organización hospitalaria ha creado un complejo sistema de barreras supuestamente protectoras o disuasorias para penetrar en ellas”. (2003:32).

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

Y así describe Rubio y col. la experiencia de trabajar en la UCI:

“(...) nos consideramos privilegiadas por el hecho de poder trabajar en un servicio que por su complejidad humana y técnica nos plantea un reto constante en nuestro trabajo.... Por otra parte, el contacto intenso y continuado con la muerte y el sufrimiento humano....y la necesidad de incorporar las constantes innovaciones técnicas hacen de la unidad de cuidados intensivos un servicio altamente estresante...” (2002:55-56)

Un espacio social de relaciones de equipo y construcción de una atención humanizada, del que Rubio y col. hacen una valoración positiva de la comunicación interdisciplinaria y la aprecian como un valioso instrumento de calidad de atención y satisfacción profesional. Sin embargo, también señalan las autoras la escasez de tiempo y recursos humanos y materiales, y la responsabilidad que en ello tienen las instituciones:

“(...) la humanización requiere tiempo, personal y medios suficientes; es también evidente que el compromiso institucional con la humanización de la atención obliga a contemplarla en la planificación de recursos...” (2006: 152)

En definitiva un espacio físico que, como espacio social reificado⁸³, refleja y expresa lo que importa a los agentes, sus jerarquías, sus formas de filiación y de interacción social, y cómo reafirma y *protege* (o no) espacios morales que armonicen un quehacer y comunicación efectivas, como formas de expresión y respeto que se orienten en la curación y dignidad de personas que se encuentran en un proceso de vida o muerte (Benner, 2002).

6. Espacio social, lugar de relación... evolución de un lenguaje

Tal como lo explica Pallares (2003), en España las UCIs son deudoras de la ideología que, a finales de la década de los sesenta e inicio de los setenta, centraba su atención en servicios hospitalarios especializados, en los que la UCI se organiza como especialidad médica independiente. Y los médicos de estos servicios se atribuyeron la máxima representatividad (en el campo de la medicina y por extensión a los otros campos incluido el cuidado enfermero) y centraron su atención exclusivamente en el ámbito científico y biofísico, estableciendo con pacientes, familias y profesionales un tipo de

⁸³ Concepto utilizado por Bourdieu para describir el espacio social físicamente realizado, objetivado. En el capítulo “*Efectos del lugar*” de su libro *La miseria del mundo* (1999b:120).

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

relaciones hegemónico y dominador que no dejaba resquicio a cualquier otra interpretación del espacio y el tratamiento del paciente que no fuera la suya.

Señala Bourdieu (1999b:120) que en una sociedad jerarquizada no hay espacio que no esté jerarquizado y exprese las jerarquías. Y en la UCI el modo de ver del que domina se pone de manifiesto en el diseño del espacio, en la distribución de bienes, y en la posición que cada agente ocupa en el campo. Estas estructuras espaciales se traducen en estructuras mentales (Bourdieu, 1999b), y ambas (estructura física y mental) tienen su expresión en el lenguaje que se utiliza, que nos muestra y permite reflexionar sobre la visión de los agentes y las relaciones que la sostienen.

El lenguaje adoptado en las UCIs en muchos aspectos todavía es un lenguaje objetivo-científico que describe la comprensión cartesiana del cuerpo, clasificando y analizando al paciente como a un objeto. Y, como lenguaje de la racionalidad moderna, muestra la voluntad de dominio de la mirada médica y, como "ciencia", se torna en criterio de verdad y racionalidad⁸⁴. Que, según plantea Benner (2004b), muestra una manera de ver que está más enfocada en la enfermedad que en el sufrimiento del paciente y familias.

Pero también es un lenguaje que se va adaptando a los cambios que se producen en las estructuras básicas desde las que se comprende y valora. Y los cambios en el enfoque de atención de la UCIs se reflejan en los diferentes nombres adoptados: Desde UVI (*Unidad de Vigilancia Intensiva*) en la primeros años de su creación o UMI⁸⁵ (*Unidad de Medicina Intensiva*); hasta UCI (*Unidad de Cuidados Intensivos/Unitat de Cures Intensives, en Cataluña*) o ICU (*Intensive Care Unit*) en el mundo anglosajón, que es asumido en la actualidad a nivel institucional⁸⁶ y por las asociaciones profesionales⁸⁷. Un cambio de nombre que representa la evolución del enfoque de atención hacia modelos más humanistas. De forma que se pasa de un sistema centrado en la vigilancia y tecnología, a otro que busca armonizar el uso de sofisticada tecnología con el cuidado de las personas y

⁸⁴ En « *El nacimiento de la clínica* » describe Foucault (1966) el cambio de mirada de la medicina moderna que se refleja en el lenguaje, y sitúa históricamente este cambio radical del estilo de medicina en la comprobación que le facilita la autopsia para estudiar la enfermedad. Producto de este enfoque queda la mirada atenta, la observación con método de la enfermedad y el cambio de lenguaje centrado en lo objetivo, el cuerpo como objeto que se puede observar y medir.

⁸⁵ Con el nombre, Unidad de Medicina Intensiva, se presentan estos servicios en su página web en dos hospitales de nuestro entorno, en uno, solo para la unidad de adultos, para lo bebés utilizan *Unitat de cures intensives neonatal*. Consultadas en Octubre 2011.

⁸⁶ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>. Consultado en Octubre 2011.cc

⁸⁷ Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

<http://www.seeiuc.com/portal.htm> Con el nombre de "*Conoce la UCI desde dentro, súbete al autobús de la medicina intensiva*" se presenta la unidad en la pg. web de la asociación de Medicina intensiva Semicycuc <http://www.facebook.com/video/video.php?v=1723373205104>. Consultadas en Octubre 2011.

su mundo, en el que se procura atender todo lo que puede ser significativo en el proceso de curación del paciente.

7. Espacio y entorno... evolución de un diseño

La UCI, como espacio físico donde los pacientes graves *habitan*, es considerada actualmente uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud. Prueba de ello es la expansión⁸⁸ que este tipo de servicios ha tenido desde la década de los setenta, debida a la demanda que produce la expectativa de un aumento de la supervivencia ligada a una mayor especialización de los profesionales, mayor atención y alta tecnología.

Esta atención, sin embargo, es cuestionada por diferentes aspectos: el alto coste, que en ocasiones produce escasos beneficios; el entorno de alta tecnología poco saludable; la insatisfacción ante la soledad y el aislamiento de pacientes y familias; el estrés laboral⁸⁹; la inutilidad de algunos tratamientos en pacientes muy graves y con edades muy avanzadas; y los límites de lo que es ético como esfuerzo terapéutico (Méndez, 2003; Del Barrio et al., 2007; Gálvez y Munumel, 2010). Que moviliza a los profesionales a una *valoración* y *modificación* constante de las estructuras físicas (diseño) y de los modos de hacer, en un intento de domesticar un entorno altamente tecnológico para que resulten factibles unas relaciones que estén en conexión con la vida humana y sean más saludables para pacientes, familias y para ellos mismos (Benner, et al., 1999; Fontaine, 2001). Como resultado, a lo largo de las últimas décadas se han producido cambios en el diseño de las *unidades de cuidados Intensivos*⁹⁰ que se pueden relacionar con las *necesidades de los profesionales*, que se producen por la evolución de su *mirada*, y con las *demandas de pacientes y familias*, que con una mayor educación reclaman derechos y papeles más activos en la toma de decisiones y en las normas de acceso a la unidad.

⁸⁸Expansión tanto en número como en formas de cuidado progresivo como las Unidades de cuidados intermedios o semicríticos gestionadas también por profesionales de cuidados intensivos.

⁸⁹ Numerosos trabajos consideran al personal de enfermería como grupo vulnerable al estrés laboral especialmente en unidades de críticos como el realizado por García Grau et al. (2004) en las UCIs de Cataluña donde señalan que la incidencia del síndrome de Burnout es alta y lo asocian a la alta ratio enfermera/paciente >2 como fuente de desmotivación y conflictos interpersonales. Otros estudios dan a la enfermería niveles de estrés laboral que consideran más razonables, aún así siguen anotando niveles de insatisfacción que pueden representar una amenaza, (Solano et al, 2002).

⁹⁰ La primera vez que se acuña el nombre de Unidad de Cuidados Intensivos con profesionales propios fue en el Hospital Johns Hopkins Bayview de EEUU. En la década de los setenta la mayoría de los hospitales en el área occidental disponen de una UCI. En España la primera Unidad de Cuidados intensivos se crea en 1965, en el Hospital Giménez Díaz (La Concepción) (Asiain, 2006).

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

Para apreciar estos cambios seguiré la explicación de Fontaine (2005) y Fontaine y Prinkey (2001) porque entiendo que en su descripción hay un buen encaje de necesidades y condiciones, y presenta una evolución en el diseño que entiende el ambiente como componente de curación, y en el que reconozco el interés de las enfermeras de las UCIs de nuestro entorno.

Explican Fontaine y col. que desde la década de los cincuenta hasta la actualidad se pueden describir tres tipos de diseños, que denominan de primera, segunda y tercera generación, y prevén en una cuarta generación lo que será el futuro el diseño y la atención en estas unidades.

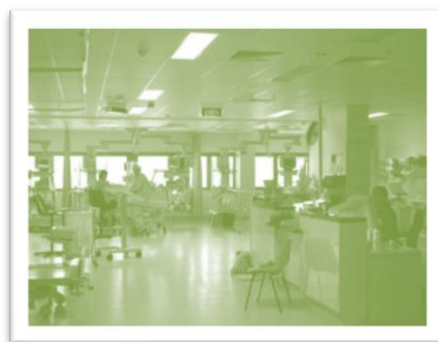
Las UCIs de *primera generación* se establecieron en la década de los cincuenta del siglo pasado con el objetivo de favorecer la estrecha vigilancia de los pacientes más graves del hospital. Este control significaba que los pacientes debían estar “lo más cerca posible” de las enfermeras. La arquitectura⁹¹ de las UCIs, dió lugar a un diseño abierto en el que la enfermera desde una posición central podía tener a la vista a todos los pacientes, sin particiones entre ellos, a lo sumo unas cortinas que se cerraban en momentos puntuales de atención, con iluminación día y noche, todo estaba organizado para facilitar la vigilancia constante. Esta estructura, si bien asegura la ventaja de la proximidad de la enfermera, adolece de claras desventajas: el paciente carece de toda privacidad, tiene que soportar el ruido de los equipos de la unidad o la luz brillante día y noche. Esta contaminación acústica y lumínica, que se justifica porque lo que más preocupa son las medidas de vigilancia, aumenta la desorientación y vulnerabilidad del paciente que oye todo cuanto ocurre alrededor, incluidos los procedimientos y el dolor del paciente de la cama contigua del que sólo le separa una cortina, y acrecienta el nivel de ansiedad y preocupación que vive en primera persona. Además, el paciente está aislado de la familia a la que se anima a no visitarle.



⁹¹ Las fotos que aparecen para representar los avances en el diseño han sido seleccionadas de internet según mi propia asociación con las características señaladas en las diferentes etapas del diseño descritas por Fontaine (2005) y las considero fotos anónimas para proteger la necesaria privacidad.

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

Las UCIs de *segunda generación* surgen en la década de los setenta del siglo pasado (casi ochenta en nuestro país) y se caracterizaron por cubículos o habitaciones individuales como consecuencia del interés en la lucha contra la infección y quizás una mayor sensibilización hacia la privacidad del paciente. Su estructura con frecuencia tenía una configuración cuadrada con los cubículos a ambos lados de un pasillo y con una estación central de enfermería abierta en tres o cuatro lados. Los cubículos o habitaciones individuales no tienen ventanas y esto, aunque mejoró el nivel de privacidad, supuso un aumento de la incidencia de delirio al carecer el paciente de elementos que le sitúen en tiempo y espacio. Las enfermeras se esforzaban en orientar al paciente y, para aumentar su percepción de control, situaban relojes y calendarios a su vista. El ruido y la iluminación continuaban siendo un problema, las normas de entrada familiar eran estrictas, las medidas orientadas al bienestar del paciente eran secundarias, y el centro de atención era el tratamiento y control de la enfermedad, el uso de tecnología en ayuda del paciente y la prevención de la infección.



Las UCIs de *tercera generación* surgen en la década de los ochenta del siglo pasado y llegan hasta el momento presente, en ellas se procura resolver algunos de los problemas de las generaciones anteriores. Tal como señala Fontaine (2005), una mayor sensibilidad de los profesionales hacia el bienestar y confort del paciente como componentes de curación, y una mayor educación de los pacientes que demandan estas medidas, son aspectos que contribuyen a que el diseño de estas unidades comience a cambiar. Habitaciones individuales, ventanas para la luz natural y un mayor control del paciente de la luz artificial contribuyen a favorecer el ciclo sueño-vigilia y la orientación. Las habitaciones dispuestas a menudo en un semicírculo⁹² o círculo con puertas correderas de vidrio, aunque disminuyen la privacidad, aumentan el control de la enfermera desde la estación central. Una medida de seguridad



⁹² Un ejemplo típico de esta geometría simple incluye un diseño clásico de semicírculo con ocho camas alrededor. La limitación viene por la accesibilidad de visión y también por el hecho de que todas tengan ventana lo cual da lugar a una gran variedad de diseños.

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

que da a los pacientes la percepción de que la enfermera está cerca. Se relajan las normas de acceso familiar e incluso se anima su presencia y a participar en aspectos concretos del cuidado del paciente. Así y todo, a menudo su diseño todavía está más orientado a facilitar el uso de la tecnología que a facilitar al paciente *todos* los componentes que afectan a la salud y su recuperación.

Finalmente la UCIs de *Cuarta Generación*, aquellas que se proyectan para este nuevo siglo, los esfuerzos van dirigidos a optimizar el entorno del paciente, como una actualización de las medidas de Nightingale (1860/1990), facilitar el sueño, fijar los niveles de iluminación y ruido para facilitar un ambiente de calma y reposo con las mínimas interrupciones, unos ratios enfermera-paciente que permitan una atención personalizada, y asegurar la presencia y participación familiar con el control del paciente cuando sea posible.

Algunas propuestas abogan por unidades que no superen los ocho o nueve pacientes, habitaciones individuales con puertas correderas de vidrio, cortinas o persianas de privacidad, mínimo aparataje al lado del paciente centralizándolo en la estación de enfermería, una ventana exterior hacia el paciente para que pueda ver o sentir el aire libre (o acceso al aire libre), la iluminación controlada por el paciente cuando sus condiciones lo permitan, en las paredes uso de color y posters que tengan sentido para el paciente de modo que creen un ambiente hogareño, y áreas previstas para la familia en las habitaciones de los pacientes. Un diseño que esté en sintonía con lo señalado por Benner en relación al potencial curativo de la ética relacional, con prácticas tales como la domesticación del entorno, el tacto o la presencia (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard ,1999).



7.1. Una aproximación a dos UCIs del entorno

Aunque la descripción de Fontaine se publica en el 2005, las UCIs de tercera generación son el modelo de las UCIs de nuestro entorno. En las dos UCIs que he

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

visitado⁹³, se simultanean elementos de estructura, ritmos de ambiente y normas de segunda, tercera y, como agradable sorpresa, con algún elemento de la cuarta generación.

La primera

Esta UCI es un espacio renovado hace once años que está en la segunda planta de un hospital que cuenta con construcciones recientes y otras de principios del siglo pasado en continua renovación.

La puerta de acceso a la unidad desde la sala dedicada a la familia está abierta, un letrero en la puerta anuncia que los familiares pueden entrar en cualquier momento desde las 13:30 a las 22 h, y que el número de visitantes será el que consideren conveniente, aunque se les recomienda que, para respetar la tranquilidad de paciente, no estén más de dos personas en la habitación. La unidad tiene una estructura rectangular con una estación de enfermería situada en el centro de uno de los lados, cuenta con nueve habitaciones: cinco a la vista desde la estación y cuatro a los lados sin visibilidad. Los colores son verdes, azules y grises en tonos pastel que dan una sensación de luz cálida. Las habitaciones son amplias, al lado del paciente puede sentarse de forma confortable un familiar, tienen un mostrador de lado a lado y el aparataje detrás de la cama tiene un tono bajo. Una gran ventana a la vista del paciente, con vistas del edificio de enfrente y de lo que parece un patio central del hospital, la luz artificial puede ser regulada por el paciente.

En el momento de la visita es el cambio de turno, hay tres enfermeras y un enfermero hablando (en parejas) de los pacientes, el tempo y tono es tranquilo, solo interrumpido por las alarmas que suenan en los monitores de la estación y el trajinar de dos auxiliares y dos enfermeras más. El ratio enfermera/paciente es de 1:3, aunque en momentos puntuales de mayor presión asistencial pueden pasar a un ratio de 1:2. Hace un año que su política es de puertas abiertas desde el mediodía hasta la noche, la enfermera responsable de la unidad lo cuenta con orgullo, como un logro propio, y añade que por la mañana pueden entrar los familiares media hora y, en los pacientes coronarios, si el paciente y familia quieren, pueden participar en las tareas de higiene y aseo, también cuenta que la familia puede llamar por teléfono a la enfermera a cualquier hora del día o la noche. En el momento de la observación hay dos pacientes con familiares dentro de la

⁹³ Información y observación obtenida en dos Unidades de Cuidados Intensivos de nuestro entorno. No hay nombres porque de lo que hablo es de mi apreciación y esta siempre debe estar sometida a criterios éticos de privacidad.

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

habitación. Las enfermeras me dicen que al principio temían que los familiares no se controlaran y sentirse invadidas en su trabajo, pero no ha sido así y notan que el paciente está más tranquilo cuando está su familia.

Hay varias dependencias más en la unidad: una sala donde están los médicos de la unidad, una sala abierta en un lado de la unidad para la preparación y almacenaje de medicación y una habitación pequeña de materiales para la higiene, todo limpio y ordenado.

Se puede concluir que es una unidad de tercera generación con algún elemento de la cuarta en la atención a la familia, y con el punto débil en el ratio enfermera/paciente que puede comprometer la dedicación y la actuación pausada que requiere el cuidado de pacientes de la UCI.

La segunda

Se trata de una UCI de un hospital de construcción muy reciente⁹⁴. Situada en una zona considerada semisótano (por debajo de la planta de acceso al hospital) con un diseño minimalista que se puede calificar de aséptico, el color de paredes y de toda la sala es blanco y gris, de fácil limpieza, no hay nada que pueda considerarse “hogareño”. Su estructura es rectangular con una estación central enfermera y veintidós habitaciones individuales con puertas acristaladas dispuestas a ambos lados, diez para pacientes críticos y doce para semicríticos.

En las habitaciones cabe justo la cama y el aparataje, este último, situado detrás del paciente, ocupa una parte importante de la habitación, ni un reloj, ni un calendario (la enfermera me dice que a veces les cuelgan algún dibujo de un nieto), no hay ventanas en las habitaciones y la luz no puede ser regulada por el paciente, sí hay entradas de luz en la unidad que le dan un aspecto luminoso, el personal (me dicen) está atento a mantener ambientes de sueño y vigilia. Desde la estación de enfermería no se tiene a todos los pacientes a la vista, aunque esto no es señalado como un problema porque el ratio enfermera-paciente (1:2) les permite estar a pie de cama.

Aunque los profesionales se mueven con calma y el tempo es tranquilo, ruidos, alarmas, algunas tan novedosas como las que avisan que viene un robot, y las voces del personal, que tienen un tono elevado para un hábitat de pacientes críticos, son el sonido de la unidad.

⁹⁴ Inaugurado en el 2010-2011

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

La familia puede entrar de visita tres veces al día y, como no disponen de una sala para ellos, su espacio de espera es un pasillo (amplio) compartido por zonas con otros servicios. La inexistencia de una habitación de espera familiar es sentida como una pérdida por la enfermera responsable de la unidad, aunque en menor medida de lo esperado, porque no hay quejas de la familia y porque se suele utilizar el despacho de información cuando tienen un duelo.

Hay otras dependencias: una sala amplia para los médicos; una habitación de almacenaje pequeña para las necesidades, aunque cuentan que disponen de otra que está demasiado lejos de la unidad; y una sala de reuniones fuera de la unidad de escasa utilidad para las enfermeras que necesitan estar cerca del paciente.

La enfermera que me muestra la UCI está contenta de su moderna estructura (puertas automáticas, robots de servicio...), aunque cuando le pregunto el porqué de habitaciones sin ventanas (y sin posibilidad de haberlas), la inexistencia de sala para la familia y la falta de zonas de almacenaje, me contesta que nadie les consulto sobre su diseño.

En el diseño de las dos unidades visitadas todavía se mantienen características de segunda y tercera generación (curiosamente, de forma más evidente en el hospital de más reciente construcción). Y evidencian que, aunque se han desarrollado múltiples estrategias para mejorar la seguridad del paciente en la UCI, todavía no somos muy conscientes del impacto que tiene el diseño en el cuidado de los pacientes, que la voz de las enfermeras se escucha poco (o nada) a la hora diseñar las nuevas unidades y, por lo visto en la UCI descrita más antigua, las enfermeras necesitan tiempo para adaptar espacios y ambientes a las necesidades de cuidado.

Por eso, estoy convencida de que es hora de reivindicar que el diseño de las UCIs debe hacerse con la aportación del personal sanitario. Y que las enfermeras deben desempeñar un papel activo en la planificación de los espacios, en la distribución de las habitaciones y la unidad de paciente (Williams, 2001). Reflexionar y tomar conciencia de ello puede ser una manera de recuperar la voz (hacerla valer) y contribuir a la evolución de diseños más acordes con ambientes de curación y que cada vez estemos más interesados en lo que Benner llama "*Ver a la persona más allá de la enfermedad*" (Benner, 2004b).

8. La vivencia de enfermar... y vivir en la UCI

La enfermedad, sobre todo si es grave y se ingresa en una UCI, interrumpe y desorganiza por completo el ritmo de la vida, obliga a detenerse y a permanecer en cama, a recurrir a otros (profesionales, familia) y depender de sus decisiones. Te enfrenta a la amenaza del dolor y a la pérdida de la vida. Pone en crisis la relación con el propio cuerpo, que hasta ahora funcionaba sin apenas dar cuenta que existía, y te incapacita para las necesidades más elementales, como la eliminación o lavarse por uno mismo. Hace perder la intimidad e incluso la identidad y destroza la autoestima. Así lo cuenta, en el trabajo de Bertrán, una paciente ingresada en la UCI:

"Estar allá dependiendo de otros, una persona que ha sido tan activa es muy duro, muy difícil. Lo más traumático para mí la hora del baño porque ser tratada como un pollo, a toda carrera, te movían para todos lados, a una velocidad y una cosa que uno no queda bañado, quedaba empapado e indispuerto" (2008:93)

Y Gálvez, enfermera con trece años de experiencia que se declara enamorada de este servicio y del trabajo en UCI, tiene sus dudas sobre el trato de los pacientes:

"Este mundo está lleno de paradojas, y una de las más grandes diría yo que es la existencia de un nuevo tipo de amor: el "amor tecnológico"... Nadie absolutamente se dirigía al enfermo, nadie le pidió permiso para ingresarlo en un UCI, para cuidarlo "tanto" ". (2008:216)

Sin embargo, el ingreso en una UCI y la vivencia de la enfermedad es diferente para cada persona, y depende no sólo de su gravedad, sino también de las experiencias previas, de la imagen que reciba de la familia, de su capacidad para afrontarlo y de la respuesta de los profesionales. Porque el paciente también percibe su enfermedad en las miradas, gestos y contactos de las personas con las que se relaciona, que le transmiten una imagen de su situación y posibilidades (Benner and Wrubel, 1989).

Así describe Diego Japón su primera impresión al ser ingresado en la UCI donde trabajaba como enfermero:

"Al poco rato, cuando pude abrir los ojos por primera vez me encontré, situado en un sitio diferente, familiar pero muy diferente, rodeado de nuevas caras que yo suponía que eran enfermeras, enfrascadas en una rutina que yo casi podía predecir en cada momento. Así me encontré, de la noche a la mañana, y nunca mejor dicho, arrancado de mí casa, de mí familia y de mí vida. Entregado a una

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

situación y unas personas que por muy familiares que me resultasen no dejaban de ser extraños". (2002:24-25)

Y así cuenta Marta Allué, antropóloga y estudiosa durante años del mundo hospitalario, el despertar en la UCI:

"Mi primera reacción al despertar fue la confusión. Me sentí atrapada dentro de un espacio muy pequeño: dentro de un cuerpo inerte que me envolvía pero que no sentía que me perteneciera. Ese envoltorio que percibí como ajeno fue el primer límite conocido de mi nueva existencia. A los pocos minutos pude entrever alguna cara familiar. Las enfermeras habían dejado entrar a mi marido para que presenciara el acontecimiento. Ese fue el segundo límite... Después me introduje de nuevo dentro de aquel cuerpo desconocido tratando de buscar aquella intimidad de quien solo reconoce de sí mismo su pensamiento". (1997:30)

Dicen Benner y Wrubel (1989) que las enfermeras de la UCI intentan transmitir al paciente un sentido de la situación, dándole información tan rápidamente como es posible, sobre las limitaciones del cuerpo, las restricciones o los tubos que llevan, hasta que adquiere algún orden de cómo experimenta su cuerpo. Y esto es así porque, si bien para la enfermera la situación (el escenario y lo que ocurre) está bien definido y le resulta familiar, el paciente por el contrario está desubicado, la enfermedad lo llena todo, y la vivencia y el afrontamiento dependerán de cómo entienda y se involucre en la situación. Señalan también estas autoras que en las descripciones que hace la persona de su situación se encuentran pistas sobre cómo está involucrado y lo que puede necesitar.

También plantean Benner y Wrubel (1989) que la enfermera no puede tenerlo todo bajo control y, aunque pretenda alejarse para no sufrir, tiene que ocuparse de las tareas de cuidado. Y no le queda otro remedio que estar ahí: afrontar la amenaza y la realidad del sufrimiento; efectuar intervenciones de riesgo que pueden provocar sentimientos profundos y contradictorios; y vivir las muertes (o recuperaciones) que suelen provocar sentimientos de impotencia (o de omnipotencia), que pueden ser depresivos o sentidos con angustia y ansiedad. Así reflexiona Gálvez sobre la muerte de los pacientes:

"(...) nosotros no podemos impedirles morir, ni siquiera podemos impedirles sufrir por tener que abandonar una vida que aman así como a sus seres queridos. No podemos impedir el sufrimiento que forma parte del camino de la vida de cada uno, pero deberíamos intentar que éste no se viva en el abandono y en la soledad, sino en el encuentro. Si compartir las emociones disminuye los miedos, ¿por qué no dejamos que nuestros moribundos se expresen emocionalmente?". (2008:216)

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

Otro aspecto destacable es la interpretación que pueden hacer los pacientes del entorno y de la tecnología que les rodea, porque es posible, como dicen Benner y Wrubel (1989), que a través del condicionamiento social se pueda crear un "vudú", es decir, que literalmente estamos asustando a la persona y contribuyendo con la "alta tecnología" a una percepción de gravedad que contribuye al empeoramiento. Las autoras llegan a plantear la pregunta ¿Hasta qué punto el temor y la ansiedad a la enfermedad coronaria contribuye a la muerte? Y afirman que poner a los pacientes en ambientes extraños y muy técnicos, (de palabra y obra), puede estar contribuyendo a aumentar el miedo (terror) con el resultado de daño físico-emocional.

Por el contrario, también existen pacientes que perciben la tecnología como un recurso fiable contra la enfermedad y la muerte, y un ambiente aséptico de alta tecnología les transfiere confianza y seguridad. Solano y Siles, en su narración de las vivencias de miedo y temor del paciente coronario, dan cuenta de la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza que transmite la tecnificación del entorno:

"Yo tengo mucha confianza en la ciencia y la tecnología, uno se siente reconfortado y tranquilo, a mi me ofrece mucha confianza". (2005: 31)

En la vivencia de Marta Allué vemos la complejidad de la respuesta humana en estas situaciones:

"Las máquinas no nos molestan, indican que estamos vivos (...). Cuando por fin salimos de la UCI la ausencia de esos sonidos nos atemoriza más que el silencio, porque el silencio es soledad". (1997:31)

En un artículo de Rubio y col. (2002), inmovilidad, incertidumbre, soledad y miedo a la muerte son temas recurrentes en las vivencias relatadas por los pacientes:

"La inmovilidad es... si no se pasa no se puede contar...". "Lo que más eché de menos en la UCI, una de las cosas más importante es poder estar acompañado...las horas que estas muy solo son muy angustiosas. A los médicos les dices esto y te dicen que hay una normativa...". "Yo lo veía por una ventanilla no lo podía tocar ...y la verdad...no sé si es egoísmo o qué, pero ya me iba bien, porque pensaba...si lo ves por una ventanilla y todo se acaba... Yo, la sensación que tengo es de desesperación total". "Y te dicen que harán lo que puedan... ¿Harán lo que puedan? ¿De qué harán lo que puedan?...". (2002:58)

Similares sentimientos transmite Diego Japón en la vivencia que cuenta:

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

(...) estaba pendiente de todos y cada uno de los movimientos, de todas y cada una de las palabras, las reacciones. Porque uno no puede evitar hacerse multitud de preguntas extrañas que si no se responden, van creando en ti una especie de hueco que te arrastra a la búsqueda desesperada de una respuesta. (2002:25)

Y Siles y Solano dan testimonio de la vivencia de ansiedad, temor y soledad:

"A mí se me pasan muchas cosas por la cabeza, pues el vecino se ha muerto de un infarto". "Si te encuentras mal pues, como estoy tan solo aquí pues estoy agobiado porque estando bien esta uno sólo", (2005: 31-32).

También resulta clave en la evolución y cuidado del paciente la manera en que la familia entiende la difícil situación que *están* viviendo. Y es necesaria la creación de un entorno físico y emocional de comunicación, que permita a las familias unas relaciones a tono con las necesidades. Porque, tal como plantean Benner, Hooper-Kyriakidis and Stannard (1999), la familia puede ser incapaz de afrontar el sufrimiento de su familiar; puede sentir abandono por parte del paciente o sentirse culpable y responsable de no dedicarle suficiente tiempo; pueden también sentirse agobiados por las responsabilidades familiares y encontrarse impotentes ante la complejidad de la situación.

Zaforteza y col. (2003; 2004) exponen la disparidad de criterios de las enfermeras españolas respecto a las normas de acceso familiar. Unas sienten la necesidad de flexibilizar las normas⁹⁵, sobre todo en pacientes conscientes, porque lo consideran un derecho del paciente y familia, y porque estar acompañados les tranquiliza y favorece el cuidado. Sin embargo, para otras el paciente no necesita la familia, porque consideran que la presencia de la familia angustia más que tranquiliza a los pacientes y puede obstaculizar su trabajo:

"... a veces yo creo que somos demasiado estrictos, que nosotros a veces lo hacemos, si hay poco trabajo y tal, y todo son coronarios, a lo mejor dejamos estar a la familia más tiempo dentro. Porque, sinceramente, ¡el enfermo está mucho mejor!, tiene a la familia, está tranquilo, hablan un rato... pero, que, no sé, no

⁹⁵ En España la mayoría de las unidades de cuidados intensivos tienen una política restrictiva de acceso familiar (Velasco et al, 2005). Las visitas (así las llaman lo que da idea de cuál es el objetivo) suelen ser tres accesos de una hora. En las tres UCI de nuestro entorno en dos hay horario de acceso (3 sesiones de 30' y de 1 h.), y en otra hay política de puertas abiertas desde el 2010. En las UCI que el acceso es restringido la norma está sujeta a la interpretación enfermera y generalmente se opta por la flexibilización sobre todo en procesos terminales y en una de ellas también cuando el paciente está consciente. Se ve en estas UCI un claro cambio en la tendencia de cuidado en la presencia familiar. (Estos datos han sido obtenidos en entrevistas a enfermeras y responsables de enfermería de estas unidades, en Octubre del 2011).

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

puedes poner un cartel fuera que diga "familia del enfermo coronario (ríe) entrará una hora y familia del enfermo sedado y relajado entrará media hora"... ¡o a lo mejor sí que se podría hacer!" (2004:4)

"... y claro, se lo transmiten porque el paciente está la mar de bien. Entran las familias, se pone taquicárdico, ya todo pita, se descontrola... yo creo que es porque ellos (se refiere a los familiares) están nerviosos en aquel momento..." "... El enfermo tiene más necesidad de nosotras que la familia y el momento que entra (la familia) y los momentos, los minutos que nosotras hablamos con ellos son más que suficientes" "..., quieras que no, tú estás trabajando y está ahí una persona que está todo el rato viéndote y si en ese momento hay una parada o cualquier cosa, te puede influir también...". (2003: 42)

Dice Zaforteza, haciendo alusión al trabajo de Ryan (1988), que las enfermeras perciben a las familias como sujetos pasivos y perturbadores. Y que la expectativa es que sean lo más pasivos posible con el fin de poder controlarlos y, así, prevenir su interferencia con las rutinas de la unidad. En todo caso, el control de la entrada y del tiempo de permanencia permite a las enfermeras tener una herramienta de premio/castigo que les confiere poder sobre las familias.

En el campo de la medicina también hay voces que reconocen que la atención a la familia se tendría que mejorar, porque, tal como es ahora, la UCI es para ellos un lugar poco accesible. Así lo dice Montejo, coordinador de la UCI Doce de Octubre de Madrid:

"Creemos que muchas veces se podría abrir más nuestras áreas de trabajo y que los familiares, sobre todo en estos momentos que suelen ser tan duros, estén lo más cerca posible del paciente" (2011)

Otra cuestión relevante que vemos en el trabajo de Zaforteza (Zaforteza y col., 2003), es la necesidad que sienten las enfermeras de participar en la toma de decisiones sobre la información a la familia y estar presentes en el momento de información médica y conocer de primera mano lo dicho a la familia, para no entrar en contradicción y reforzar, o ampliar, cualquier información que necesiten. La falta de competencia en este campo, que impide que se desarrolle sobre la base de una relación más cercana y el uso de un lenguaje menos técnico y comprensivo, provoca entre las enfermeras un profundo sentimiento de frustración y enfado que lo manifiestan así:

La UCI...estructura física, espacio social, ¿lugar de curación?

“... nosotros no podemos contar NADA del enfermo, eso lo debe contar el médico, nosotros no podemos decir NADA (remarca el nada con el tono de voz)... y lo único que podemos decir es «está más o menos igual...», «está igual que esta mañana...», “... y que, de hecho, como a TI te preguntan, yo creo que es el momento de estar ahí para dirigir un poco también las preguntas que ellos no se atreven a hacerle al médico, y creo que eso también es importante, a la hora de tú estar ahí para apoyar... en algunas circunstancias MÁS quizás sí que creo que sería necesario”; “...porque por pequeñas que sean las cosas que tú les digas, por pequeño que sea el detalle es mucho para ellos y lo agradecen mucho”; “.... a la familia le gusta mucho que tú entres a explicarles cómo ha pasado la mañana o la tarde...” ; “... y cuando entras y les explicas todo lo que ha hecho (el enfermo), la verdad es que quedan súper satisfechos”; ...y no se atreven a preguntar ni saben cómo deben preguntar,... y con nosotros, tienen más facilidad en comunicarse... porque nosotros...hablamos normal ¿no?” (2003:44-4 5).

Como conclusión, la unidad de cuidados intensivos la entiendo como un escenario en el que se lucha por mantener la vida, y no se puede negar que este es uno de sus logros, pero también contiene algunos elementos que acrecientan la confusión, el delirio o el sufrimiento que, como plantea Benner (1999), pueden hacer decrecer la respuesta inmune y la capacidad de lucha del paciente. Porque el lenguaje de la UCI está lleno de alarmas, monitores que parpadean, bombas, luces brillantes (a veces día y noche), máquinas sofisticadas, catéteres y líneas venosas, todo ello aderezado con un trasiego de gente y ruidos constantes, que imprimen con demasiada frecuencia un ritmo que se aleja de la calma necesaria para afrontar situaciones de extrema gravedad, sufrimiento y, en ocasiones, muerte del paciente.

De todas formas, estoy convencida de que el funcionamiento de las UCIs depende también de la involucración de las enfermeras, que, como todos los demás agentes que actúan en ese campo, están sujetas a ideologías, tensiones y formas de mirar que van a marcar el tono de su evolución. Y un escenario donde la reflexión se haga desde la perspectiva de la ética del cuidado y de la no violencia, además de favorecer el desarrollo moral, tiene la capacidad de transformación de lo cotidiano. Parece ser que en eso estamos.

TERCERA PARTE

Método y trabajo de campo Relato de una práctica de investigación

Es el momento de presentar la metodología desde la que he desarrollado este estudio y decidido a qué he dado importancia y cómo lo he atendido. Por todo el trabajo hecho, tengo la impresión que ha pasado mucho tiempo y que mi fondo, (*background* se suele utilizar), ha crecido y mi mirada es menos ingenua. Aún así, soy consciente de que el terreno en el que se extiende mi estudio no se resuelve con la aplicación técnica de un método, por el contrario, tal como señala Schön, transita en la metáfora del pantano, en la incertidumbre y complejidad de la práctica profesional y de la investigación que se desarrolla con personas.

“(...) en la variopinta topografía de la práctica profesional existen unas tierras altas y firmes desde las que se divisa un pantano. En las tierras altas los problemas son fáciles de controlar, se resuelven con la aplicación de la teoría y la técnica con base en la investigación. En las tierras bajas del pantano los problemas son confusos y poco claros, se resisten a la solución única” (Schön, 1998).

Esta investigación se inspira en la fenomenología, en la filosofía hermenéutica y en la teoría social, cuyo interés es la comprensión de un sujeto constructor y negociador de significados, inmersa en un contexto y en una cultura desde la que se forma y responde a las demandas de la situación.

Desde esta síntesis de ideas planteo la aproximación metodológica al objeto de estudio, *el conocimiento práctico de las enfermeras expertas en UCI desde la narrativa*, en una matriz de investigación cualitativa con un enfoque hermenéutico en el que interesa, por un lado, la voz de las enfermeras sobre las percepciones e interpretaciones acerca de historias significativas de su práctica en la UCI y, por el otro, la voz de esta investigadora en el proceso de analizar y dar sentido a los datos con un método interpretativo y dialéctico de naturaleza infragmentable, cíclica y global.

Método y trabajo de campo

Señalo infragmentable porque, aunque en el análisis de datos he recurrido a la segmentación e identificación de temas principales, he seguido un proceso circular y dialéctico en todas las operaciones llevadas a cabo.

En todo momento he buscado la orientación del trabajo de forma narrativa, no he tenido la intención de describir eventos sino explorar y tratar de explicar relatos e historias completas con una trama que los convierte en narración. Es en esta conexión con la narratividad donde quizá he encontrado el mayor grado de complejidad porque, como es puesto de manifiesto por Connelly y Clandinin, la investigación narrativa procede en múltiples niveles, “*múltiples yoes*”, de los participantes y del investigador:

“(...) como personas ocupadas en vivir, contar, re-contar y re-vivir historias a lo largo de todo el proceso de investigación” (1995:40).

Como señalan estos autores, cuando vivimos el proceso de investigación, somos una sola persona que está obligada a moverse más allá del relato vivido y explicar el relato de investigación.

El proceso de investigación lo he realizado en cuatro años⁹⁶ en las etapas que se reflejan en el esquema siguiente:

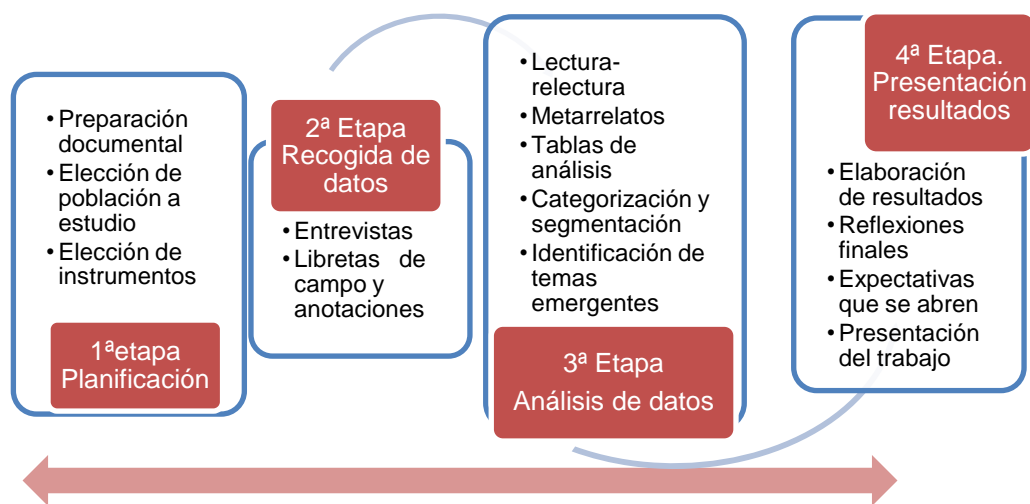


Ilustración 3: Proceso de investigación y presentación. (Elaboración propia)

⁹⁶ Este estudio se inicia en el 2008

9. Aspectos metodológicos

9.1. Reflexiones anteriores a iniciar el proceso de dar sentido a los datos

El cantautor catalán Joan Manuel Serrat en una entrevista dada al periódico el País⁹⁷ dice:

“(…) en algunos sentidos manipulamos los recuerdos para no ser profundamente desgraciados [pues si no] nos obligaría a cargar con pesos desproporcionados como son los errores, las maldades que uno ha cometido, las estupideces y nuestros propios demonios (...). Cuando uno se enfrenta a un espejo en el que puede ver sus propios recuerdos descubre que no son otra cosa que memoria manipulada y adaptada a uno mismo” (2002).

Estas palabras de Serrat me hacen tener presente que la necesidad de protegerse, de preservar el *yo* del daño, condicionan cualquier exposición (tanto en la palabra hablada, como en la escrita). Las enfermeras entrevistadas y yo misma, vemos y hablamos desde nuestro *mundo*, según el *yo* construido, y con recuerdos que en algunas de sus interpretaciones pueden estar *manipulados*. Espero que esto no suponga un obstáculo insalvable y al abordar la interpretación y comprensión sea capaz de encontrar elementos de contraste que me permitan valorar los datos y determinar el sesgo que pueda producirse.

Desde la prudencia que me sea posible, confiaré en los principios de pertinencia y coherencia del argumento narrativo (Bolívar et al, 2001) que configuran su credibilidad y verosimilitud como buenos criterios de elaboración del relato. Por otra parte, también tengo que prestar atención a que el exceso de coherencia argumentativa puede ocultar una *no* vida, una percepción idealizada o incluso falseada de lo que uno vivió (McEwan y Egan, 1998).

La manera de racionalizar cómo se complementan la voz del que habla y la del investigador la encontramos en la aproximación a los conceptos de primer y segundo orden: emic y etic. Esta es una distinción que se utiliza en ciencias sociales y humanas para referirse a lo descrito en términos significativos (consciente o inconscientemente) por el

⁹⁷ Serrat, Joan Manuel. Manipulamos los recuerdos para no ser desgraciados. El País, Madrid, (Espectáculos), 05 de Octubre de 2002. Entrevista concedida a Aurora Intxausti.

Método y trabajo de campo

agente participante (*emic*) y la interpretación y comprensión del agente (*etic*) que la investiga (Harris, 1979; Van Manen, 1983; Medina 2005b).

El siguiente esquema refleja este modo de análisis:

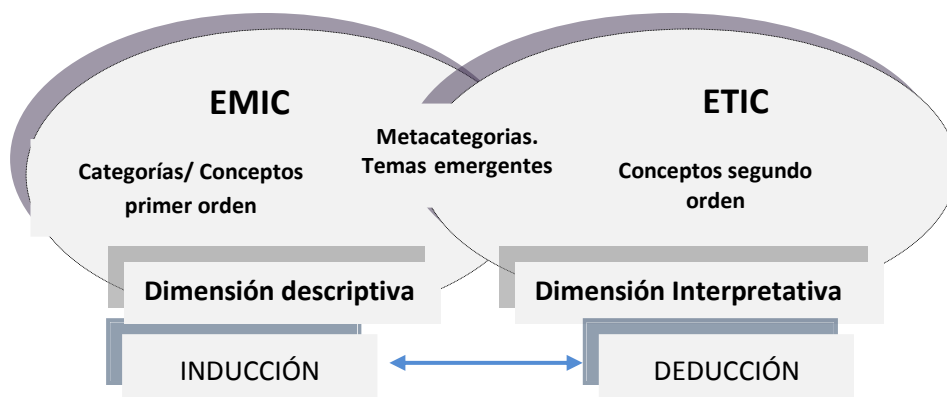


Ilustración 4. Dimensiones interpretación/ comprensión (Medina, 2005b:56)

En un primer nivel de análisis se presenta en este esquema la voz de las enfermeras segmentada en unidades de significado, identificadas y agrupadas en categorías descriptivas de primer orden o *emic*. En un segundo nivel, en una labor de interpretación, van emergiendo temas, categorías y metacategorías. Y por último, y ya relacionando lo encontrado con el marco teórico construido, la interpretación explora las categorías de segundo orden, lo que Medina (2005b) llama también vectores cualitativos, donde se trata de identificar ejes o vectores que son transversales en todo el discurso, que lo atraviesan y lo conforman, como patrones subyacentes a los datos del primer orden. De importancia en el esquema me parece la intersección, la dialéctica buscada entre la voz de los participantes (*emic*), su punto de vista, su modo de entender y argumentar, y el modo en que lo ve el investigador que, desde el yo construido (*etic*), busca en el trabajo interpretativo entender y comprender al otro.

Esta descripción del proceso analítico me plantea la duda de si tal segmentación me permitirá encontrar los temas que emergen. Temo perder en los cortes el sentido de la historia tal como plantea Benner (1994c). También tengo dudas sobre cómo explorar las categorías de segundo orden.

Me resulta útil revisar un artículo de Raglianti (2006) donde da una definición de las observaciones (que yo entiendo como conceptos) de segundo orden:

Método y trabajo de campo

"(...) la observación de segundo orden observa, mediante sus propias distinciones, las distinciones con las que un observador de primer orden observa. (...). Una observación de segundo orden, entonces, atribuye sentido al sentido que se expresa en la comunicación que observa" (2006: 78).

En la lectura de un metarelato de Briones (2009) sobre una experiencia de observación, y en dos manuales: El de Coffey y Atkinson *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*, y el de Morin y otros, *Educación en la era planetaria*, encuentro algunas respuestas que me ayudan a calmar la incertidumbre acerca de cómo atribuiré sentido a los datos. Briones realiza una reflexión y crítica continua sobre la dimensión *realidad y sujeto* de investigación, como un continuo volver sobre lo observado y lo vivido, como una manera de estar en distintos grados de conciencia de la realidad percibida:

"En este observar, voy haciendo preguntas sobre lo que veo, desplegándose otras focalizaciones y éstas otras preguntas y así sucesivamente" (2009:17).

La autora, mediante citas a Ibáñez y Medina, llega a la conclusión de que todo es real porque desde el momento en que creemos, individual o cooperativamente, en algo, ese algo se convierte en real. La realidad depende así totalmente del modo en que la examinamos, lo que me lleva a comprender que no existe una única realidad sino tantas como interpretaciones se hacen de ella.

"(...) la verdadera realidad no existe...La realidad es, por supuesto, "tal y como es"; pero sólo porque nosotros somos "tal y como somos". Si cambiamos, también cambia la realidad. La realidad es lo que resulta construido por nuestra existencia y depende por lo tanto de esta. Y sólo está en nuestras manos, la posibilidad de construirla de otra forma. La realidad es, por supuesto, pero además "es" de una determinada forma, tiene un determinado contenido, presenta ciertas propiedades, cierta estructura. El discurso sobre la realidad no es un discurso sobre el ser, es un discurso sobre un determinado modo de ser y es ese modo de existencia el que se denomina realidad (Ibáñez, 2001: 52).

"La observación y recolección de datos sin un marco interpretativo que los guíe es poco menos que imposible. Los "hechos" observados durante el trabajo de campo sólo pueden calificarse de "relevantes" o irrelevantes por referencia a un marco interpretativo previo al hecho observacional. Ningún investigador se pone a buscar nada sin alguna noción previa de las propiedades que posee aquello que busca, de ser así, no lo reconocería en caso de encontrarlo. "...Tenemos un "background" del que no podemos desembarazarnos porque nos constituye y hace que percibamos los hechos y fenómenos de una forma y no de otra" (Medina, J.L; Cruz, L 2007, Cit. Briones, 2009: 5).

Método y trabajo de campo

Y nuevamente con Ibáñez, señalando a Richard Rorty, dice:

“(...) no hay ninguna vía de acceso a la realidad que no pase por nuestro conocimiento de la realidad. ¿Cómo acceder a la realidad con independencia del conocimiento que tenemos de la realidad para saber así cuál es la relación, correspondencia, isomorfismo u otra, entre ambos? Nadie sabe” (Ibáñez, 2001 Cit. Briones 2009: 5).

Estas ideas *me gustan*, me liberan del temor a la interpretación arbitraria, y me conectan con la idea asumida en este estudio de que el investigador es el que da vida al discurso y, por lo tanto, no puede aislarse de lo que está estudiando.

Me pregunto sin embargo si esta forma de metarelato, en la que ya me reconozco, será útil también como camino de investigación para engranar método y teoría. En la lectura del libro de Morin y otros encuentro la siguiente afirmación:

“(...) el camino se inicia a partir de algo y también prefigura un fin. (...) Una teoría no es el conocimiento, permite el conocimiento. Una teoría no es una llegada, es la posibilidad de una partida (...) la teoría está engramada (...). Se establece una relación recursiva entre método y teoría”. (2003:25). “El método es lo que enseña a aprender. Es un viaje que no se inicia con un método, se inicia con la búsqueda del método. (...) implica un ejercicio permanente contra la ceguera y el anquilosamiento generado por las convenciones y clichés acuñados por la organización social” (2003:32)

Este es el sentido del pensar recursivo, que vuelve sobre los conceptos, en el que método y teoría se entrelazan en una suerte de pensamiento complejo y más próximo al arte de interpretar, en palabras de Morin y otros el método como:

“(...) pleno empleo de las cualidades del sujeto, implica la presencia ineludible del arte y la estrategia en el pensamiento complejo” (Morin y otros. 2003:35).

Enlazando con esta idea del análisis como arte en relación a lo que *se ve*, Coffey y Atkinson, en el capítulo tres de *Narrativas y relatos* de su libro *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*, argumentan que al pensar en los datos de nuestros relatos podemos permitirnos una manera creativa de interpretarlos porque son géneros que pueden considerarse altamente estructurados en la forma de transmitir la información y, al mismo tiempo, se pueden considerar como géneros específicos, creativos y artísticos. Y, tras una explicación sobre las formas y funciones narrativas, concluyen:

“(...) el análisis narrativo es un enfoque especialmente valioso para el análisis de los datos cualitativos pues complementa y contrapone la “cultura de la

Método y trabajo de campo

fragmentación” (...) “una de las fortalezas de pensar en los datos como narrativas es que abre la posibilidad de una gran variedad de estrategias analíticas. (...) nos permiten además pensar, más allá de nuestros datos, sobre las maneras como se manejan y construyen cultural y socialmente los relatos e historias” (2005:111).

Este planteamiento, de que en la exploración tienen que ir al unísono el análisis del contenido de los datos y la búsqueda de la forma de la historia narrada, invita a explorar cómo usan los participantes el lenguaje, el significado de las metáforas, dominios⁹⁸, máximas, frases hechas, clases particulares de explicaciones como excusas o justificaciones, o las formas en que negocian o establecen relaciones de poder. Tal como señala Coffey y Atkinson este tipo de análisis nos ofrece también la oportunidad de pensar las experiencias de los actores sociales en sus propios términos. Y me conecta con las estrategias, descritas por Benner (1994c) o Van Manem (2003), que utilizan la fenomenología interpretativa para transformar la experiencia vivida en un texto que busca comprender su naturaleza. Y también con la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002) que busca procesos sociales básicos con una técnica de comparación constante. E incluso me conecta con el Interaccionismo simbólico (Blumer, 1982) y su búsqueda de lo micro, las palabras como símbolos que se utilizan para significar cosas.

En todo caso el análisis de los datos implica selección, y las ideas analíticas se desarrollan y ensayan en el proceso de redactar. Tal como lo explican Coffey y Atkinson:

“No usamos la literatura para que nos dé conceptos y modelos ya hechos. Más bien usamos la literatura para desarrollar perspectivas sobre nuestros propios datos, basándonos en comparaciones, analogías y metáforas” (2005: 148).

Una de las preguntas que se formulan estos autores resulta muy adecuada en esta búsqueda del enfoque analítico: ¿Cuál es “la unidad narrativa”, debemos construir nuestro relato en términos de actores individuales?, porque una respuesta afirmativa implicaría que la unidad narrativa está conformada por estos individuos y sus interacciones. Este es un enfoque posible para este estudio: centrarse en los relatos que cuentan el conocimiento práctico de un número pequeño de actores clave que representen el modo de hacer de las enfermeras con experiencia en la UCI.

Asumo que es el autor el que determina sus diferentes ángulos analíticos y el que necesita (*debe*) reflexionar y tomar decisiones estratégicas sobre la dirección de su texto. Considero importante tener la valentía de dejarme fluir en el análisis, entrelazando los

⁹⁸ Como conjunto de símbolos que comparten un significado (Coffey y Atkinson 2005:124).

Método y trabajo de campo

datos de los relatos con las ideas que me sugieren y seleccionando lo que estime de interés para mi estudio con una actitud abierta a nuevas preguntas. Comprendo que los cortes del texto estarán siempre enraizados en mi particular realidad y, sin embargo, espero estar atenta a los niveles de análisis señalados y comprender el comentario interpretativo, no como un modo de hacer teoría (esta sería la pretensión de la *Grounded Theory*) sino como una forma de acercarme a su sentido. No buscaré, por lo tanto, que el comentario sea más *verdad* que el texto en sí mismo. Y procuraré llevar a cabo la tarea de entender la experiencia descrita en el texto en una constante revisión de (mis) pre-conceptos⁹⁹ construidos en un determinada (y particular) tradición de sentido.

La pregunta con la que quiero iniciar la búsqueda de cómo las enfermeras con experiencia en el cuidado crítico experimentan su mundo, es: ¿qué me permite conocer este texto? El resto de las preguntas, que, como arte de pensar, confío me guíen en el análisis para profundizar en la historia y en el planteamiento de los temas emergentes, las seleccionaré atendiendo a su adecuación al tema de la historia, entendiendo este como el nudo central del relato y en torno al cual espero destapar los aspectos temáticos. Estas preguntas ya han sido planteadas en el marco teórico y volveré sobre ellas en el apartado de trabajo de campo. El modo de análisis en el que me reconozco es un trabajo “mayoritariamente inductivo” y, por lo tanto, procuraré que los datos hablen por sí mismos. Y, también, es un modo interpretativo y dialéctico porque pretendo aproximarme al acontecimiento preguntándome *cómo* y *porqué* se asocian sentimientos e ideas y cuáles pueden ser los orígenes o circunstancias de esa relación.

Así pues, partiendo de las preguntas construidas, procuraré estar abierta a que en la interpretación emerjan nuevas preguntas como resultado de un ir y venir dialéctico inductivo-deductivo, que he representado en el siguiente esquema (Ilustración 5), y que espero me permitan fluctuar entre lo macro y lo micro del discurso, y articular el análisis de los relatos y la escritura del informe de investigación.

⁹⁹ Según lo dice Vorraber “*Es preciso practicar permanentemente lo que Gadamer llama revisión de los pre-conceptos que fueron construidos en un determinado horizonte de sentido, en una determinada tradición. Y alerta que esta es una tarea hermenéutica infinita*” (Vorraber, 1997 :135)

Método y trabajo de campo

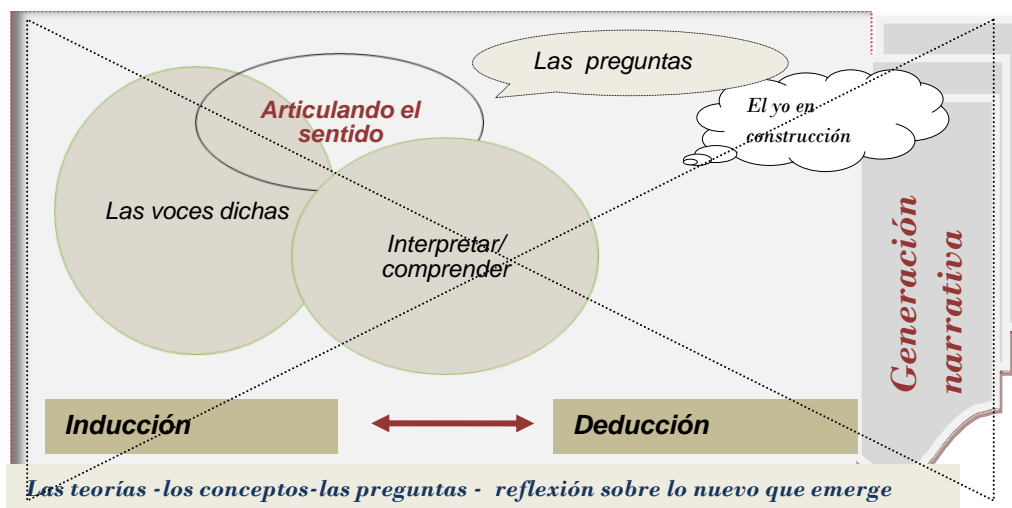


Ilustración 5: Análisis, comprensión y generación narrativa. (Elaboración propia)

9.2. De cómo dotar de credibilidad al estudio

Mi propósito es proceder acorde con el esfuerzo hermenéutico señalado por Gadamer (1988) de comprensión del detalle y del todo, sin perder de vista el sentido de totalidad narrativa del estudio al que hace referencia Polkinghorne¹⁰⁰ (1988), y cumplir con los criterios de claridad, verosimilitud y transferibilidad a los que aluden Connelly y Clandinin (1995). El cumplimiento de estas condiciones lo procuraré llevar a la práctica con:

La confrontación con algunas de las enfermeras participantes sobre la naturaleza y el significado de las ideas expresadas en los detalles y escenas de sus narraciones.

La realización de una continúa re-lectura y revisión del análisis de los datos y del informe de investigación con las preguntas planteadas en el marco teórico, y con las que vayan surgiendo en el desarrollo del estudio, incorporando, de principio a fin, un cierto *sentido de convicción*¹⁰¹ entre lo comprendido y lo escrito.

La revisión realizada por mis colegas y otros expertos, para comprobar si la metodología cualitativa utilizada y el modo de proceder es digno de su confianza,

¹⁰⁰ "en un "cambio desde el principio hasta el fin"" (p.116) op.cit Connelly y Clandinin, (1995:33).

¹⁰¹ Spence (1982) nombra este criterio como una cualidad de "la verdad narrativa" op.cit Connelly y Clandinin, (1995:35).

Método y trabajo de campo

y si existe concurrencia de miradas¹⁰² en la medida que mis resultados sean también significativos para ellos.

La auditoria de mis directores de tesis sobre el modo de proceder en la interpretación y el acuerdo de que el informe constituye una buena narración, clara y verosímil.

10. Acceso al escenario y recogida de información

Como se trata de estudiar el conocimiento práctico de enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico y su familia en unidades de cuidados intensivos, el ámbito de estudio se circunscribe a estas unidades. Y sin ninguna preferencia previa respecto al tipo de UCI, ya que, según se establece en el segundo apartado de este punto, la elección viene dada exclusivamente por los criterios de selección de profesionales con experiencia.

10.1. Aspectos éticos de la investigación

Con objeto de velar por los principios de buena práctica, he procurado respetar los criterios de permiso y confidencialidad, y conferir valor social a mi trabajo.

Para atender lo primero, he pedido el consentimiento informado de las participantes y, con su previa aceptación, las entrevistas han sido grabadas. El anonimato se ha mantenido en todo momento en el manejo de los datos, se han suprimido los nombres reales y los relatos se nombran como R1, R2; R3... Los nombres, que ha sido necesario utilizar para mantener el sentido del texto, siempre son inventados.

El segundo es un aspecto que lo he contemplado desde el principio, ya que, de acuerdo a lo que es propio a mi actividad profesional en la docencia, he procurado un trabajo que contribuya a la mejora del conocimiento de la práctica y, por lo tanto, se le pueda atribuir un valor social. Y, concretamente, esta investigación aspira a poner de manifiesto el conocimiento práctico de las enfermeras con experiencia en la UCI, y entre sus objetivos está la posibilidad de establecer estrategias para transformar la práctica cotidiana en el campo de la clínica.

¹⁰² Este modo de participar ha sido planteado por Peshkin, (1985). Op. Cit Connelly y Clandinin, (1995:34).

10.2. Las fuentes y recogida de datos

Para la obtención de los relatos he revisado diecinueve entrevistas, nueve realizadas por mí y las otras diez por alumnas del Máster en Ciencias de la enfermería de la URV en el marco de la asignatura¹⁰³ “Cuidados y nuevas demandas de salud” de la que soy profesora. Tras una primera exploración de temas y nivel de competencia, he seleccionado once entrevistas que son representativas de lo que he considerado “Mundo experto, una tarea en transición”¹⁰⁴. Contar con la colaboración de las alumnas del máster me ha permitido ampliar el campo de estudio a relatos de enfermeras con muchos años de trabajo y experiencia en UCIs de hospitales de gran complejidad de Barcelona, incluida una UCI de neonatología.

En cuanto a la realización de las entrevistas, aunque se ha dispuesto de una guía (Anexo, 2) que recoge a priori las cuestiones sobre las que me interesaba profundizar, se ha adoptado un formato más parecido a una conversación normal que a una entrevista estructurada. Aunque de entrada una guía de preguntas da una cierta seguridad, la práctica ha supuesto que, exceptuando la pregunta de inicio, las preguntas apenas se han utilizado y se ha procurado seguir la línea marcada por la enfermera entrevistada. Entiendo que las entrevistas hechas se pueden considerar como entrevistas abiertas dialogadas en profundidad. La pregunta con la que se ha iniciado la entrevista ha sido:

¿Puedes contarme una historia de tu práctica en la UCI que recuerdes especialmente?

La idea que me ha llevado a interesarme por esta pregunta, en línea con pensamiento de Benner (1991,1994c), es que las historias de la práctica que las enfermeras guardan en la memoria son aquellas que son significativas en el *presente*. Asumiendo que son momentos importantes por lo que representan de aprendizaje o de reafirmación del conocimiento práctico que ilustran la manera de percibir, sentir y actuar de la enfermera. Tras la pregunta de inicio, se ha tratado de seguir la entrevista con la mínima interrupción

¹⁰³ En el momento de este estudio se han publicado dos artículos derivados del trabajo realizado en esta asignatura (Bartel, 2010; Arceciado et al, 2011), y dos más están pendientes de publicación.

¹⁰⁴ Las características de las prácticas que se muestran en estos relatos me han llevado a plantear diferencias en el nivel competencial de las enfermeras expertas y cuya explicación se aborda en el apartado que lleva por título “Mundo experto, una tarea en transición” del siguiente capítulo: *De prácticas y narrativas*.

Método y trabajo de campo

posible por parte de la entrevistadora, sólo las necesarias para clarificar algún sentido o detalle particular de la historia contada.

Todas las entrevistas han sido realizadas teniendo en cuenta que las condiciones ambientales y de contexto fueran lo más favorables posibles para la relación y la profundización en la historia. Las entrevistas han sido grabadas y transcritas literalmente. El tiempo de duración de cada entrevista ha sido entre una y dos horas.

En cuanto a los criterios de selección, he considerado importante que todas las enfermeras entrevistadas respondan a los mismos criterios:

- Enfermeras con más de cinco años de trabajo en unidades de cuidados intensivos.
- Reconocidas por su buena práctica por sus colegas. La pista que se da a las enfermeras para la elección de compañeras con la competencia buscada ha sido: "*Si tuvieras a un familiar próximo (hijos, pareja, padres...) ingresado en la UCI ¿quién os gustaría que le cuidara?*"

El criterio de más de cinco años de experiencia en la unidad está en relación a los criterios descritos por Benner en su estudio sobre los niveles de competencia (Benner, 1984), adaptado del modelo de adquisición de habilidades desarrollado por los hermanos Dreyfus y Dreyfus (1980), que consideran que cinco años es el tiempo mínimo necesario de trabajo en una misma unidad para contar con las habilidades que caracterizan la práctica experta.

El segundo criterio, *reconocidas por su buena práctica por sus colegas*, viene a responder al *concepto de experiencia*¹⁰⁵ que, en la línea de lo señalado por Gadamer (1988), no se refiere al mero paso del tiempo, sino al resultado de cuestionar las nociones preconcebidas, y que en el caso de la enfermera experta le ha permitido adquirir un conocimiento concreto, tácito, intuitivo y ético que le proporciona la capacidad de *situarse* y responder de forma sensible, rápida y fluida a la situación. Como soy consciente de que en cada comunidad hay una cultura compartida de lo que son buenas prácticas, la pregunta la he planteado con un claro componente afectivo como un recurso que sirviera para seleccionar, como así ha sido, enfermeras con altos niveles de competencia, tanto en lo que se refiere al carácter más técnico de los cuidados como al relacional. La riqueza de sus matices y la profundidad de sus testimonios dan buena cuenta de ello.

¹⁰⁵ En el apartado del marco teórico dedicado al trabajo de Benner se puede consultar un desarrollo en mayor profundidad de este concepto.

Método y trabajo de campo

Todos los relatos seleccionados corresponden a enfermeras que están dentro del rango de experiencia descrito (Tabla 1). Todas son mujeres, por lo tanto están hechos desde esta *condición* (igual que su interpretación, hecha desde mi *condición de mujer*). El ratio hombre/mujer en las UCIs de las que provienen las participantes, al igual que en el resto de unidades, es de una relación aproximada 1/20. Aunque me hubiera *gustado* disponer de algún relato de un enfermero, he preferido no forzar la petición y mantener el criterio de elección descrito. El R1 trata una historia de una UCI neonatal, en el R2 una de sus historias tiene lugar en la unidad de semicríticos y en el R3 hay una historia de un niño crítico en una ambulancia con soporte vital avanzado (SVA)¹⁰⁶, las otras historias tienen lugar en UCIs de adultos.

Tabla 1: Relatos enfermeras/años experiencia en UCI

Relato	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
Años	25	20	20	18	7	29	21	8	20	10	7
UCI	Neonat	Adult. Semicr	Adult SVA	Adult	Adult	Adult	Adult	Adult	Adult	Adult	Adult

10.3. Proceso de análisis y comprensión de los datos

En el proceso que he utilizado para elaborar la información recogida pueden distinguirse cuatro niveles que conforman operaciones de análisis diferentes:

1. Identificación de historias y temas.
2. Categorización de unidades de significado.
3. Reagrupación en núcleos temáticos.
4. Identificación de ejes cualitativos e integración de resultados.

¹⁰⁶ Ambulancias dotadas con un equipo asistencial: médico, enfermera y técnico de transporte sanitario.

Estos niveles no son momentos totalmente diferenciados de operaciones distintas, por el contrario se configuran en un solo proceso recurrente, inductivo-deductivo y circular.

10.3.1. Identificación de historias y temas

Cada entrevista la he leído varias veces con el fin de identificar historias y temas, y obtener así una *visión global* del relato y de la competencia que muestra la enfermera. Con la intención de asegurar que la explicación esté guiada por el sentido de globalidad, (Gadamer, 1988; Connelly y Clandinin, 1990; 1995), he buscado expresiones o detalles significativos y el sentido del texto en su conjunto. Y ello ha sido importante en la investigación porque ha permitido conocer el tipo de situaciones que son importantes para las enfermeras que han podido marcar un antes y un después en su práctica, y ha ofrecido una perspectiva global que ha resultado muy útil para armar las preguntas de investigación en torno a ella.

En los once relatos seleccionados, he identificado veintidós historias y algunos comentarios significativos sobre la práctica del cuidado y las relaciones paciente-familias-enfermera y del equipo.

Para explorar la relación del relato con la competencia asignada, ha sido de utilidad tener como referencia la descripción¹⁰⁷ de Benner, Tanner, & Chesla, (1996) sobre las narrativas que capturan la importancia de la práctica y muestran episodios significativos, y las narrativas de aprendizaje.

10.3.2. Categorización de unidades de significado

He realizado la interpretación de las historias desde la perspectiva de los temas identificados. El esfuerzo interpretativo¹⁰⁸ ha estado orientado al desarrollo de descripciones *densas* (Geertz, 1992), de los significados que dan sentido a lo relatado por

¹⁰⁷ Una explicación más detallada de esta agrupación de temas y subtemas se puede encontrar en *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics* de Benner, Tanner, & Chesla, (1996: 236).

¹⁰⁸ En este análisis también me ha sido de gran ayuda, para no perder de vista el yo siempre presente en la interpretación, la realización de metarelatos en los que he tratado de plasmar la propia experiencia del texto. En el anexo 1 se encuentran algunos ejemplos.

Método y trabajo de campo

las enfermeras sobre sus prácticas. Para ello, me he fijado en sus preocupaciones y respuestas, en el tipo de acciones que realizan, y en el conocimiento y creencias que las sostienen. En el análisis he recurrido con frecuencia a las preguntas que me había formulado en el marco teórico. En la tabla dos pueden verse las preguntas que me han sido de utilidad en la interpretación de los datos y que he ido adaptando o replanteado según el tema:

Tabla 2: Una síntesis de las preguntas que guían la interpretación

¿Qué tipo de historia cuenta? ¿Se puede ver en ella la conexión con el recuerdo que emerge?
¿Ha cambiado su práctica? ¿Cómo influyen las experiencias previas? ¿Hay en las enfermeras una conciencia del aprendizaje desde estas experiencias? ¿Se pueden distinguir la conexión que les permite capturar la situación clínica? ¿Qué despierta la conexión emocional? ¿Qué pistas les permiten conocer/reconocer la situación del paciente o la familia? ¿Realiza distinciones cualitativas? ¿Es capaz de adaptar sus repuestas a lo que sucede? ¿Reconoce las situaciones de riesgo? ¿Cómo procura confort? ¿Y del momento en qué los esfuerzos son inútiles? ¿Qué permite/ impide responder al paciente o la familia? ¿Muestra una posición de franqueza y conexión? ¿Cuál es el tipo y nivel de involucración que manifiesta? ¿Qué grado de vulnerabilidad percibe? ¿En qué situaciones muestra fortaleza? ¿Cómo entienden las normas? ¿Cómo ayuda a otros miembros del equipo? ¿Cuándo está dispuesta a ver la perspectiva del otro y cuando no? ¿Es capaz de negociar perspectivas en defensa del paciente? ¿Describe relaciones de equidad? ¿Cuáles son las creencias sobre lo que considera posible o imposible? ¿Qué se considera normal o lógico y que sirve a un grupo a expensas de otro? ¿Cómo se percibe, aprecia y actúa en relación a su poder? ¿Qué capacidad tiene para responder a la influencia de las relaciones de estatus o género? ¿Cómo desafía la estructura institucional, reglas y prácticas en beneficio del paciente o la familia?

En el proceso de construcción de las descripciones de las categorías no he utilizado ningún sistema previamente construido para encajar las unidades de significado, por lo que se puede decir que ha sido un proceso mayoritariamente inductivo, que se ha construido con los planteamientos del marco de referencia sobre las preguntas cualitativas indicadas, que recogen fundamentalmente el qué y el cómo de la actuación de las enfermeras.

He identificado treinta y cinco categorías que considero reúnen las unidades de análisis relevantes para el estudio. El sistema utilizado me ha permitido modificar y redefinir el análisis en función de lo que iba surgiendo. De forma que a medida que aparecían nuevos significados, comprobaba si podía incluirlos en alguna de las categorías

Método y trabajo de campo

existentes o hacia necesario crear una nueva categoría. Este proceso acabó cuando consideré que podía dar por comprobada la saturación con una relectura en la que no encontré nuevas categorizaciones.

En las tres columnas de la tabla siguiente se recogen: la descripción de categorías, el número de unidades de significado relacionadas con la categoría en cada relato, y el total de cada categoría que da una aproximación visual de su frecuencia.

	Definición de la categoría	Relatos/ Unidades significado	Total 490
1.	Alejan la percepción del riesgo en los pacientes: Captan el temor y reconocen el riesgo percibido por el paciente ante la inmovilidad, la agitación, o la inseguridad ante tratamientos o cambios. Y, desde una posición de franqueza, responden y adaptan sus respuestas a la situación.	R2:4 R4:6 R5:2 R6:1; R7:1 R8:1; R9:1	16
2.	Apoyo al equipo y capacidad de influir en las decisiones: Descripciones de cómo apoyan a otros miembros del equipo. De cómo se relacionan con los profesionales noveles. La manera en que gestionan el error y la necesidad de cambios en el tratamiento o el modo de cuidar. O el modo en que se implican en el aprendizaje del otro. De cómo consensuan modos de acción basándose en el conocimiento que tienen del paciente, familia y equipo. De cómo gestionan las relaciones de poder.	R1:2 R2:3 R3:1 R6:3 R7:3 R9:1	11
3.	Apoyo a la familia en las transiciones: De cómo apoyan a la familia con franqueza y conexión en las transiciones de los diferentes tipos de trayectorias; desde pensar en la recuperación hasta aceptar limitaciones o la muerte del paciente.	R2:2; R3:4 R5:4; R7:4 R10:3; R11:4	21
4.	Apoyo retirada respiración mecánica: Describen con detalle y haciendo distinciones cualitativas, la importancia de la práctica enfermera para el éxito del proceso de “destete”.	R2:1 R5:2 R6:1; R7:1	5
5.	Apoyar y situar a la familia: Conectan a la familia con la situación y la hacen partícipe de la recuperación y cuidado del paciente, mediante la información e incorporación en lo cotidiano. Y lo llevan a cabo reconociendo los riesgos, manteniendo la calma, y consiguiendo que estén en contacto físico con su ser querido y en contacto entre ellos mismos.	R1:4; R2:5 R3:4; R4:1 R6:1 R8:3 R9:2	20
6.	Capacidad para influir en la vivencia de las familias: Describen el conocimiento, el camino y el manejo de los tiempos en la relación con las familias, para influir en sus percepciones, y detectar y calmar su miedo y desconfianza. Y cómo reconocen los límites de la ayuda cuando el sufrimiento es extremo.	R1:7; R2:2 R7:1; R9:1 R11:1	12

Método y trabajo de campo

7.	Características de la familia llevan a la conexión y sensibilidad: Características de la familia que motivan la conexión y la sensibilidad con su sufrimiento y necesidades. Tales como: familias amables, unidas o extrovertidas; familia conocida (por alguien del equipo); o la percepción de <i>feeling</i> con el paciente o familia.	R2:1; R3:3 R5:5; R8:5; R9:2; R10:2 R11:1	19
8.	Compasión e implicación ante el sufrimiento del paciente: Hacen valoraciones sobre el sufrimiento, lo que les preocupa y los límites de la intervención humana. El tiempo dedicado y la proximidad física con el paciente que sufre provocan daño y compasión que motivan la implicación en acciones y cambios en la orientación del cuidado. Cuando el sufrimiento es extremo les lleva a actuar en defensa del paciente.	R2:4 R4:2; R5: 1 R7:2; R8:1 R9:1 R10:1 R11:1	13
9.	Conciencia del saber: Se muestran conscientes de su saber y de cómo utilizarlo en beneficio del paciente y familia. En la consideración de los que es importante se dejan guiar por la intuición adquirida por experiencias en situaciones similares.	R1:3; R2:2 R6:8; R7:1 R9:3; R10:1 R11:1	19
10.	Conciencia de lo que supone <i>etiquetar</i> al paciente o familia: Reconocen y procuran que valoraciones hechas desde creencias y prejuicios de una cultura compartida, por ejemplo: “padres conflictivos”, “etnia gitana”, “histérica” o “sidoso”, no lleven al equipo a razonamientos que justifiquen la falta de distinciones cualitativas o el no cuidado.	R1: 5 R2:2 R6:3 R7:1	11
11.	Conciencia de la vulnerabilidad sentida por el paciente: Narran cómo se dan cuenta de la vulnerabilidad que siente el paciente ante la gravedad de su situación o ante acciones y tratamientos. Y, desde su posición de poder, tratan de aumentar en ellos la percepción de control.	R2:2 R4:3 R7:1 R:9:3	9
12.	Conectar, situar, y tranquilizar al paciente que ha perdido la capacidad de comunicarse: En pacientes que no pueden comunicarse, con parálisis facial, intubados con poca sedación o traqueotomizados, describen patrones típicos de respuesta de la preocupación que expresan al no ser comprendidos o de los miedos que anticipan. Y responden a la necesidad del paciente, dedicándole tiempo o situándole para que tenga una imagen clara de lo que puede esperar en cada momento de su enfermedad y de las intervenciones que se le realizan.	R4:5 R5:4 R9:4	13
13.	Conexión emocional con el sufrimiento de la familia: El daño sentido por la conexión emocional con el sufrimiento de la familia les alienta una respuesta atenta a confortar y dar confianza.	R1:2; R2: 4 R3:4; R8:2 R10:1; R11:2	15

Método y trabajo de campo

14.	Satisfacción por lo hecho: Relatan historias o episodios significativos de buena práctica que producen una satisfacción que estimula el recuerdo. Satisfacción cuando han sentido que han ayudado y confortado al paciente o a la familia, o cuando han sido capaces de sobreponerse a su propia vulnerabilidad en situaciones extremas con pacientes o familias.	R1:2; R2:2 R3:1; R4:2 R5: 1 R6:2; R7:2 R8:1; R9:4 R10:1; R11:1	19
15.	Conexión con el paciente en coma: Ejemplifican con riqueza de detalles cómo cuidan la conexión con el paciente en coma (o sedado), y lo justifican en el recuerdo de su voz que suelen tener los pacientes cuando despiertan o en el “por si acaso lo notan”.	R6: 1 R9:2	3
16.	Confortar y cuidar el cuerpo: Señalan el cuidado del cuerpo del paciente como una prioridad de su atención. Lo relacionan con conceptos como bienestar, control de estímulos ambientales, prevención de lesiones y cuidado paliativo. Hacen descripciones detalladas de cómo atienden el dolor, tocan, masajean e incluso hacen la cama. Sienten el confort físico del paciente como propio y viven con satisfacción el tiempo dedicado al bienestar del paciente.	R2:3 R4:1 R5:1 R6:1 R8:1 R9:4 R10:2	13
17.	Conocer a la familia: Conocen a la familia como personas y conocen sus patrones típicos de respuesta. Señalan distinciones cualitativas y el tiempo dedicado a reconocer los modos de respuesta: el miedo; la desconfianza; las ideas negativas o las expectativas esperanzadas.	R1:6; R2:2 R3:3; R4:1 R6:1; R7:1 R8:3; R9:2 R10:1; R11:3	23
18.	Conocer al paciente: Dan detalles significativos que muestran su conocimiento del paciente como persona y patrones típicos de respuesta del proceso clínico que está siguiendo, de las expectativas de curación y del afrontamiento. Algunas hacen interpretaciones sobre el afrontamiento que parecen más asociadas a su vivencia personal que a su experiencia profesional.	R1:2; 2:7 R3:2; R4:7 R5:4; R6:2 R7:3; R8:1 R9:2; R10:2 R11: 1	33
19.	Conocimiento clínico y compromiso con el paciente: Describen conocimiento clínico relevante sobre las respuestas del paciente. Conocimiento que a veces relacionan con el juicio y con la intuición adquirida por la experiencia. Y que les impulsa al compromiso de emitir su opinión y a la acción fundamentada sobre trayectorias y tratamientos clínicos del paciente.	R1:3 R2:6 R4:7 R6:3 R7:1 R8:1 R9:3	21
20.	Del agradecimiento al alago: Valoran el agradecimiento como reconocimiento de que han sido capaces de confortar. Y les genera reafirmación y contento que motiva el recuerdo, la conexión y el cuidado. Por el contrario, el halago les hace vulnerables, y lo describen como una forma de opresión de la familia, que pasan del halago al enfado cuando no cumplen las expectativas. Y como una estrategia de los médicos para mantener relaciones de opresión/sumisión.	R2:3 R5:1 R7:1 R9:2 R10:4	11
21.	Desapego en la relaciones con el equipo: Diferencian las acciones de los otros (del equipo) y las suyas propias. Parece relacionado con la hiperresponsabilidad, el perfeccionismo, y la incapacidad de controlar las consecuencias de lo que el otro hace.	R9: 3	3

Método y trabajo de campo

22.	Disposición a considerar al otro: Vivencian la disposición al cuidado como un hábito incorporado de una predisposición personal al compromiso con el otro y de ideal de hacer el bien.	R1:1; R2:3 R3:4 R6:2 R7:2	12
23.	Edad joven, daño y disposición: Cuando el paciente es joven sienten un daño especial por las expectativas que se rompen y el sufrimiento de los padres. Identifican joven con lucha por la vida. Y describen acciones para salvar su vida y prevenir lesiones, como estar muy pendientes, hablarles o asegurar la presencia familiar.	R2:2; R3:1 R4:1; R5:4 R6:2 R9:4 R10:3	18
24.	Enlace juicio clínico y juicio ético: Descripción de situaciones en las que se muestra el enlace entre JC y JE. Son conscientes de la agresividad de algunos tratamientos y del uso de medidas de sujeción que pueden violentar al paciente. Aunque las justifican en la salud y seguridad del paciente, procuran compensarlas con información, medidas de confort o estando allí. Entran en conflicto cuando se sienten partícipes de tratamientos más allá de lo que consideran razonable, y en el dilema de luchar o no por la vida cuando ven un mal pronóstico.	R2:1 R6:2 R7:1 R9:2 R10:1	7
25.	Estar en momentos críticos aumenta la conexión: Consideran que la conexión e implicación con el paciente y familia se refuerza con las vivencias compartidas de momentos críticos, como el ingreso, el empeoramiento o la muerte.	R5:2 R8:1 R10:3 R11:1	6
26.	Implicación y abrirse a la experiencia Describen situaciones en las que su preocupación por lo sucedido o el encuentro de nuevas formas de hacer, les lleva a plantear cambios en la unidad. Valoran también las dificultades como una forma de crecimiento profesional.	R1:1 R2:2 R3:3 R6:1	5
27.	Presencia familiar, normas y poder: Adaptan las normas de presencia familiar a partir de distinciones cualitativas de lo que necesita el paciente y familia. No parecen conscientes de la relación de poder que muestran al manifestar que están dispuestas a “dejar” ampliar el horario y favorecer la presencia familiar si “lo consideran” bueno para el paciente y familia. En un caso se condiciona la presencia familiar al trabajo médico. En el lenguaje se detecta un cambio del <i>dejar al ofrecer</i> .	R2:3; R3:3 R4:8; R5:2 R6:4; R7:4 R8:2; R9:4 R10:2	32
28.	Razonamiento en transición y respuesta adaptada: Describen cómo la situación les informa y cómo ven lo inesperado. Y cómo adaptan sus respuestas a las distinciones cualitativas que realizan entre diferentes patrones de respuesta del paciente y la familia.	R1:3; R2:3 R3:1; R4:4 R5:1; R7:2 R8:1; R9:3	18
29.	Reconocer el afrontamiento de la familia: Dan cuenta de distinciones cualitativas en el afrontamiento de la familia de la situación. Hacen valoraciones sobre la capacidad de la familia para percibir e interpretar la situación. Y utilizan la información para modificar la percepción de la familia en lo que consideren beneficioso para ellos y para el paciente. Algunas veces actúan desde la prepotencia del “yo sé, tú no sabes”.	R1:4; R2:4 R3:6; R4:1 R6:1; R7:1 R9:3; R11:1	21

Método y trabajo de campo

30.	Reconocer transiciones y trayectorias de vivir a morir: Hacen valoraciones y distinciones cualitativas ricas en detalles sobre el deterioro del paciente, la evolución clínica y las necesidades del momento. Describen el declive del cuerpo cansado y el abandono a la muerte. Narran y ejemplifican cómo cambian sus prioridades del cuidado centrado en salvar una vida a los cuidados paliativos. Cuando el paciente es joven y abandona la lucha, sienten pena y se plantean el derecho del paciente y el respeto por la decisión.	R2:3 R4:1 R7:1 R8:1 R10:10	15
31.	Relación y distancia emocional: Perciben indefensión cuando se producen situaciones de crítica o enfado de familias de pacientes que no van bien. En este caso, viven la relación con el paciente y familia como una carga, y manifiestan la necesidad de situarse al margen, mantener la distancia y desapego emocional, o incluso cambiar de paciente. Lo justifican en el temor a la falta de eficacia por cansancio, en la presión familiar, en máximas como “a todos por igual” o en la sensación de que no hay nada que puedan hacer para cambiar la situación.	R2:1 R8:1 R9:5 R10:1	8
32.	Relaciones de poder y lucha por el capital legítimo: Se mueven en la controversia de aceptar con sumisión el <i>orden natural de las cosas</i> , con relaciones de inequidad con el estamento médico, o rebelarse contra la opresión y luchar por la equidad y, sobre todo, por intervenir en decisiones de diagnóstico y tratamiento cuando sienten indefensión del paciente.	R2:3 R5:2 R6:1 R7:1 R9:5 R11:1	13
33.	Relato terapéutico: Expresan pena (o lloran) por el daño sentido: sobre todo ante el fallo, por muertes de paciente que consideran vidas inacabadas, y por el sufrimiento de las familias con las que se identifican. Cuando muere el paciente expresan necesidad de hablarlo, de compartir la experiencia del dolor con el grupo que se identifican. El relato en sí mismo se convierte en un acto terapéutico.	R4:2 R5:2 R10:3 R11:3	10
34.	“Sentirse bien-sentirse mal” Narraciones en las que cuentan una conexión emocional ambivalente con la situación, por ejemplo: por un lado, pena por el sufrimiento del paciente y familia, por otro lado, satisfacción con lo hecho. La emoción va cambiando en función de la propia interpretación y vivencia de lo que sucede. De forma que la satisfacción e insatisfacción se re-crean e integran, construyendo una destacada experiencia que motiva el recuerdo.	R1:1 R3:1 R5:2 R10:1 R11:1	6
35.	La vivencia del error: Narran historias de fallos en la atención al paciente o familia. Cuando el fallo es propio lo viven con pena y culpa, y cuando es un fallo de otro con enfado. En ambas situaciones sienten la necesidad de encontrar la causa del problema para evitar que se repita. El error reconocido constituye un extraordinario motivador del recuerdo y el aprendizaje.	R1:4 R2:3 R3:1 R5:3 R7:1	12

10.3.3. Reagrupación en núcleos temáticos

El trabajo posterior de búsqueda de elementos comunes de significado y similitudes teóricas en estas categorías, me ha permitido agruparlas en cuatro núcleos temáticos diferentes:

1. Comprensión de la situación del paciente y de la familia
2. Conexión emocional y desarrollo de la habilidad de implicación
3. La manera en que manejan el cuidado del paciente y el apoyo a la familia
4. El modo de trabajar con los otros miembros del equipo

Constructos con los que he intentado captar el cómo y el porqué de las prácticas que muestran en sus relatos las enfermeras. Un aspecto que es necesario señalar es que a pesar de esta agrupación diferenciada, necesaria para estructurar el estudio, no se pueden considerar temas cerrados porque, como es propio en todo lo humano, todos ellos están estrechamente relacionados.

En las tablas que aparecen a continuación se presentan los núcleos temáticos definidos, las categorías y unidades de significado afines:

Tabla 3. Núcleo temático: Comprensión de la situación paciente/familia

Comprensión de la situación del paciente y de la familia	
Este tema refleja la aprehensión de la realidad que han adquirido las enfermeras por experiencias previas. Y la <i>praxis</i> se muestra en el conocimiento que tienen de los patrones típicos de respuesta y de los aspectos personales del paciente y de la familia, y en la capacidad de percepción del temor, la vulnerabilidad y las diferentes trayectorias o afrontamientos. Por otro lado, también incluye algún relato en el que parece que la interpretación de la situación del paciente o familia parece estar condicionada por la proyección de su propia situación personal.	Total Unidades Significado 141 28,7 %
Categorías	U. Significado
Conciencia del saber	19
Conciencia de la vulnerabilidad sentida por el paciente	9
Conocer a la familia	23
Conocer al paciente	33
Conocimiento clínico y compromiso con el paciente	21
Reconocer transiciones y trayectorias de vivir a morir	15
Reconocimiento del afrontamiento familia	21

Método y trabajo de campo

Tabla 4. Núcleo temático: Desarrollo conexión emocional/implicación

Desarrollo de la conexión emocional y la implicación	Total Unidades Significado
Este tema recoge aquellos aspectos que pueden mostrar la conexión emocional y el vínculo afectivo que permiten a la enfermera desarrollar la habilidad de implicación en lo que es importante para el paciente o familia. En ella obtienen la “gratificación” de ser capaces de tranquilizar o confortar, y cuentan con pena y como un fracaso del cuidado, las experiencias en las que no han sido capaces de hacerlo. Por otro lado, también incluye manifestaciones de que en ocasiones sienten la conexión y la implicación como una carga que les impulsa a poner distancia emocional en la relación.	165 33,6%
Categorías	U. Significado
Características de la familia llevan a la conexión y sensibilidad	19
Compasión e implicación ante el sufrimiento del paciente	13
Conexión emocional con el sufrimiento de la familia	15
Satisfacción por lo hecho	19
Conciencia de lo que supone <i>etiquetar</i> al paciente o familia	11
Del agradecimiento al alago	11
Disposición a considerar al otro	12
Edad joven daño y disposición	18
Estar en momentos críticos aumenta la conexión	6
Implicación y abrirse a la experiencia	5
Relación y distancia emocional	8
Relato terapéutico	10
“Sentirse bien-sentirse mal”	6
La vivencia del error	12

Tabla 5. Núcleo temático.: El cuidado al paciente/familia

La manera en que manejan el cuidado del paciente y familia	Total Unidades Significado
Este tema recoge descripciones del <i>saber cómo</i> que muestran las enfermeras en las narraciones de su actividad cotidiana. Descripciones que reflejan la conciencia, la intuición, el conocimiento y el juicio que guían decisiones, estrategias de apoyo y acciones de cuidado que procuran el confort físico y emocional del paciente y familia.	160 32,6%
Categorías	U. Significado
Alejan la percepción del riesgo en los pacientes	16

Método y trabajo de campo

Apoyar y situar a la familia	20
Apoyo a la familia en las transiciones	21
Apoyo retirada respiración mecánica	5
Capacidad para influir en la vivencia de las familias	12
Conectar, situar, y tranquilizar al paciente que ha perdido la capacidad de comunicarse	13
Conexión con el paciente en coma	3
Confortar y cuidar del cuerpo	13
Enlace juicio clínico y juicio ético	7
Presencia familiar, normas y poder	32
Razonamiento en transición y respuesta adaptada	18

Tabla 6. Núcleo temático: Apoyo a los otros miembros del equipo

El modo de trabajar con los otros miembros del equipo	Total
Este tema incluye descripciones de cómo las enfermeras se involucran con los otros miembros del equipo. Cómo ayudan a los nóveles a tomar decisiones y proteger su autoestima. Cómo actúan soslayando relaciones de poder en beneficio del paciente o familia. Y, además, recoge experiencias de competitividad, actitudes de distancia en la relación y sumisiones o luchas por el capital que consideran legítimo.	Unidades Significado
	27
	5,5%
Categorías	U. significado
Apoyo al equipo y capacidad de influir en las decisiones	11
Desapego en la relaciones con el equipo	3
Relaciones de poder y lucha por el capital legítimo	13

10.3.4. Identificación de ejes cualitativos e integración de resultados

En el proceso de realización del análisis de los datos he encontrado cuatro aspectos comunes que atraviesan el discurso de las enfermeras y actúan como ejes que dan estructura a los relatos sobre su saber y estilo de práctica. Ejes que he denominado:

1. El recuerdo y construcción de experiencia
2. Lo que motiva el cuidado

Método y trabajo de campo

3. El saber incorporado, un capital en beneficio del paciente/familia y la identidad enfermera
4. Conocimiento-desconocimiento del poder y relaciones de opresión

Estos ejes se relacionan entre ellos y constituyen el sentido de mi estudio. Que entiendo que el recuerdo es evocación de lo que importa en el presente. Y, en sentido ontológico, lo que importa es lo que crea preocupación y motiva el cuidado. Un cuidado practicado por generaciones de enfermeras que han ido constituyendo el saber *encarnado* de una profesión de “mujeres” históricamente oprimida. Alrededor de los cuatro ejes señalados, y teniendo en cuenta el marco teórico construido, he estructurado mi interpretación de los aspectos que he considerado relevantes en los relatos para obtener un significado del conocimiento práctico de las enfermeras de las UCI que participan en este estudio.

QUARTA PARTE

De prácticas y narrativas

En el eje “*el recuerdo y construcción de experiencia*” se responden las interrogantes sobre *aprendizaje experiencial*. En las respuestas a estas interrogantes encontramos una interpretación sobre el tipo de historias que cuentan las enfermeras, lo que les ha llevado al recuerdo, la conexión emoción-recuerdo-conocimiento, y lo que representan en el momento que se cuentan.

¿Qué tipo de historias cuentan las enfermeras que han marcado un antes y un después en su conocimiento? ¿Se puede ver en ellas la conexión entre estar abierto a lo nuevo o la confrontación con el fracaso y el conocimiento práctico que emerge? ¿Cómo han cambiado su práctica? ¿Hay en las enfermeras una conciencia del aprendizaje desde estas experiencias? ¿Se puede identificar en sus relatos la práctica experta en el sentido de competencia?

En los ejes “*lo que motiva el cuidado*” y “*el saber incorporado, un capital en beneficio del paciente/familia y la identidad enfermera*” se responden las interrogantes sobre *juicio y comportamiento clínico y ético*. En las respuestas de estas interrogantes se abordan los aspectos que sostienen y muestran el razonamiento; la intuición; el papel que juega la emoción para conectar con el mundo del paciente y los modos en que se implican con el paciente y familia; así como el enlace entre el juicio clínico y ético que les empuja a cuestionarse el modo de sus prácticas y la utilidad de algunos tratamientos, y a plantearse la defensa del paciente.

¿Qué pistas les permiten reconocer la situación del paciente o la familia? ¿Se puede distinguir la conexión que permite a las enfermeras capturar la situación clínica? ¿Reconocen las situaciones de riesgo? ¿Son capaces de adaptar sus repuestas a lo que sucede? ¿Son conscientes de cuando se produce el momento en que los esfuerzos son inútiles? ¿Qué les permite/impide responder al paciente o la familia? ¿Establecen alguna manera de hacer conscientes a la familia de la situación del paciente? ¿Qué despierta la conexión emocional? ¿Qué indicios despiertan su sensibilidad? ¿En qué situaciones muestran fortaleza? ¿Cómo la muestran? ¿Tienen un ideal moral de actuar, en relación a

De prácticas y narrativas

lo que debería ser? ¿Qué fuerza respalda sus acciones? ¿Cómo ayudan a otros miembros del equipo? ¿Cuándo están dispuestas a ver la perspectiva del otro y cuándo no?

En los ejes “*el saber incorporado, un capital en beneficio del paciente/familia y la identidad enfermera*” y “*conocimiento/desconocimiento del poder y relaciones de opresión*” se responden las interrogantes sobre el campo (de juego) de la UCI. En las respuestas de estas interrogantes se aborda la posición de las enfermeras en el campo y cómo entienden la cultura de la unidad, el capital del saber incorporado y de la red de relaciones que en un momento determinado las enfermeras pueden movilizar, las formas de dominación, explícitas y no explícitas, que las sustentan, y cómo se reflejan en el lenguaje que utilizan:

¿Qué posición ocupan las enfermeras en el campo? ¿Qué bienes ponen en relación? ¿Cuáles son los intereses? ¿Qué es lo que de antemano tienen asignado? ¿Cómo asumen y “ganan” las enfermeras su autonomía? ¿Cómo entienden las normas? ¿Qué tipo de estrategias utilizan en sus relaciones con el paciente, la familia, o con sus colegas? ¿Cómo y dónde se despliegan estas estrategias? ¿Cómo se perciben, aprecian y actúan las enfermeras en relación a su poder? ¿Qué capacidad tienen para responder a la influencia socio-estructural que conforma las relaciones de estatus o género? ¿Cómo desafían la estructura institucional, reglas y prácticas en beneficio del paciente o la familia?

En todos los ejes se encuentran respuestas a las interrogantes sobre el *habitus* conformado por disposiciones interiorizadas (inconscientes) de las que sólo tenemos noticias a través de los actos. En las respuestas de estas interrogantes podemos encontrar descripciones de las formas de actuar, percibir y pensar de las enfermeras:

¿Cuáles son las formas de ver y actuar? ¿Cuáles son las disposiciones que orientan la percepción de la situación? ¿Cómo influyen las experiencias previas? ¿Cuáles son las creencias de las enfermeras sobre lo que se considera posible o imposible? ¿Hay entre las enfermeras formas de actuar, percibir o pensar compartidas?

11. Recuerdo y construcción de experiencia

Este tema me parece de especial interés porque *aquello* que suscita el recuerdo sirve para mostrar lo que preocupa al narrador en el presente y, en sentido ontológico, esta

De prácticas y narrativas

preocupación puede ser un elemento de conexión hacia nuevas maneras de comprender el cuidado.

El recuerdo en las historias de las enfermeras normalmente tiene su origen en la satisfacción sentida al haber conseguido confortar o ayudar al paciente y familia, o, en el lado contrario, por la insatisfacción sufrida ante la vivencia del error (propio o de otros) en su atención. En ambas circunstancias es una conexión emocional lo que da lugar al recuerdo de la historia, en la que reproducen sentimientos de alegría, pena o enfado que se vivieron con lo sucedido.

La experiencia autentica en términos gadamerianos (1988) está caracterizada de una *negatividad productiva*, en el sentido de que adquirimos experiencia sobre algo cuando al experimentarlo no resulta como habíamos pensado y, si hay una respuesta emocional adecuada, nos promueve una reflexión posterior que sirve al desarrollo de conocimiento experto y ayuda al replanteamiento de prácticas. La negatividad de la experiencia no es entonces un mero desengaño, sino que el carácter negativo es productivo y orienta nuevos planteamientos en el modo de hacer las cosas. Cuando los resultados los entienden como buenos para el paciente el sentimiento de satisfacción sirve para reafirmar el conocimiento práctico adquirido. Y desde estos planteamientos se puede afirmar que la experiencia se construye con la conexión emocional de sentirse mal por *la vivencia del error y la satisfacción con lo hecho*.

La "satisfacción por lo hecho/vivencia del error" se vincula también con el fenómeno "*sentirse bien-sentirse mal*", descrito por Rodero y otros (2010) como una emoción que va cambiando en función de la propia interpretación y vivencia de lo que sucede, de forma que la satisfacción e insatisfacción se recrean e integran, construyendo una destacada experiencia que motiva el recuerdo. En todo caso lo que se recuerda es emoción viva en el momento presente con una manifiesta influencia en el replanteamiento o confirmación de prácticas de cuidado.

Atendiendo al planteamiento de Benner, Tanner and Chesla (1996), la conexión emocional no está al margen de la experiencia previa porque conocimiento y emoción se constituyen mutuamente. Tal como plantean estas autoras, estar emocionalmente *a tono* con la situación es una característica de las enfermeras con altos niveles de competencia que les permite captar lo que está sucediendo, y que sólo se puede alcanzar estando abierta a la experiencia. Nos encontramos, por lo tanto, en un proceso dialéctico de desarrollo competencial en el que es necesario exponerse para avanzar. Las historias que se recuerdan se pueden considerar imágenes que muestran la competencia y, asimismo, recreaciones de

De prácticas y narrativas

situaciones que han servido para generarla (y con potencial para seguir haciéndolo cada vez que se relatan).

Expuestas las ideas que sustentan este eje, presentaré en el primer apartado las historias que se cuentan en cada relato; en el segundo procuraré argumentar el vínculo que tiene la conexión emocional con el recuerdo y el conocimiento; en el tercero trataré de relacionar los relatos de las enfermeras con el nivel de competencia que muestran las prácticas que describen; y en el último realizaré la agrupación y valoración de las historias según los tipos de narrativas descritas por Benner, Tanner and Chesla (1996).

11.1. Historias, temas y tramas

Para facilitar la exposición del estudio, he considerado de interés poner un título a las historias que contienen los relatos de las enfermeras. Títulos que sirvan de orientación, “*de qué va la historia*”, e informen sobre “la preocupación esencial de la enfermera”. En cada historia he recopilado los temas que muestran, aquello que ha sido (y es) importante para el narrador y ha podido marcar su conocimiento y el modo de entender la práctica.

En el cuadro siguiente se señalan los títulos de las historias que contienen los diferentes relatos (R) y los temas que sobresalen:

Tabla 7: Historias y temas

<i>Relatos</i>	<i>Historias</i>	<i>Temas que sobresalen</i>
R1	<i>“Descuidado de un bebe prematuro”</i>	<i>Implicación en el vínculo afectivo padres-bebes. Prejuicio y desconfianza en las relaciones equipo-familia.</i>
R2	<i>“Ella esperaba de mí que la salvara”</i>	<i>Implicación, familia y el juego de sentirse valorado.</i>
	<i>“Una relación normal”</i>	<i>Relación con la familia, implicación y distancia.</i>
	<i>“Yo me muero de miedo”</i>	<i>La conexión emocional crea espacios de protección para el paciente.</i>
R3	<i>“En defensa de un ser humano”</i>	<i>El daño sentido, compasión y no abandono de una paciente.</i>
	<i>“Y fue la mejor madre del mundo”</i>	<i>La apertura a la experiencia y normas de presencia familiar.</i>
R4	<i>“Ell era el seu nen... Cuidar cuando el sufrimiento es extremo.”</i>	<i>Sentido y sensibilidad ante el sufrimiento. Normas y presencia familiar.</i>
R4	<i>“Dos niños pequeñitos extranjeros...”</i>	<i>Conexión emocional y vulnerabilidad.</i>
	<i>“Cuánto tiempo puede durar esto”</i>	<i>Conexión y preocupación por un paciente inmóvil y despierto.</i>
R5	<i>“Una muerte no esperada”</i>	<i>Elaboración de la pérdida inesperada de un paciente. Identificación en el daño con la familia.</i>

De prácticas y narrativas

R6	<i>“Ningú en sabia res...”</i> <i>“Aquella noia no s’havia de morir”</i>	<i>Involucració en el diagnòstic i satisfacció</i> <i>Implicació i lluita per salvar una vida.</i> <i>Un abans i un després en el saber reconegut.</i>
R7	<i>“Una dona marroquí...”</i> <i>“Volem que es seguissin les normes, ...”</i> <i>“Famílies...”</i> <i>“Mira doctor... aquí s’ha de fer alguna cosa”</i>	<i>Compromís i sensibilitat amb el d’altre d’una cultura diferent.</i> <i>Normes de presència familiar</i> <i>Normes de presència familiar i suport a la família quan el pacient mor</i> <i>Sensibilitat i implicació davant el patiment del pacient</i>
R8	<i>“Feeling...”</i>	<i>Connexió emocional, implicació i distància en la relació amb el pacient i família</i>
R9	<i>“Supe salirme con la mía”</i> <i>“El se agarró a mí...yo luche mucho por ella”</i> <i>“Lo que hace es «estar» pendiente”</i>	<i>Entre la competitivitat i la vulnerabilitat en la relació amb la família</i> <i>Sentiment de responsabilitat i perfeccionisme. Connexió, vulnerabilitat i opressió familiar.</i> <i>El valor de estar amb el pacient.</i>
R10	<i>“Abandono y muerte de una paciente joven”</i>	<i>El dany sentit. Involucració i distància en la relació.</i>
R11	<i>“Tenía ganas de llorar...me identificaba muchísimo”</i>	<i>La transició a cures paliatives i percepció de la família de falta de lluita. Connexió emocional, identificació i distància.</i>

Con la interpretació sobre els temes i les trames de les diferents històries, que se irà estenent a mesura que avança la presentació, he pretès donar una imatge global del sentit de les històries; de lo que vivencien les infermeres i del coneixement que mostren en les descripcions de les històries.

En el primer relat (R1) la infermera, amb 25 anys d’experiència en una UCI neonatal, narra una història, *“El descuidado de un bebe prematuro”*, que considero un cas paradigmàtic sobre la habilitat d’implicació, i el saber *cómo* fomentar una relació de confiança, que permeti a uns pares carregats de culpa i por, establir un vincle afectiu sà amb els seus bebès prematurs. També és una història de un fallot en el cuido (de altres) i de satisfacció per la reparació del dany, que situa la connexió emocional en el fenomen *sentirse bien-sentirse mal*. Y en la que se puede apreciar el sentido y sensibilidad ejercido por la enfermera, frente a la desconfianza de los padres, y el prejuicio del equipo hacia unos padres etiquetados como *“molt especials i conflictius”*, i su preocupación por las consecuencias que puede tener en el cuidado y en la vida de los padres y los bebès:

De prácticas y narrativas

“Andreu, un nadó bessó, prematur de 800gr. que havia fet un petit empitjorament (l'altre bessó pesa 1500 gr). Hi havia el pare al davant... Tenien una desconfiança brutal en tothom, i això m'ha sorprès molt, no m'ho podia creure... Però clar, com que els pares són “molt especials i conflictius”, doncs anem passant i ja s'espavilaran i això és el que a mi em preocupa, que davant d'uns pares problemàtics actuem així...” (R1).

En el relato dos (R2) la enfermera, con 20 años de experiencia en una UCI de adultos, narra cinco historias con gran riqueza de detalles y distinciones cualitativas. También hace comentarios significativos sobre relaciones con el equipo y sobre atención a pacientes sedados o en proceso de retirada de la ventilación mecánica que muestran su dominio de las relaciones en beneficio del paciente y un gran bagaje de experiencia.

La primera historia, *“Ella esperaba de mí que la salvara”*, trata sobre la vivencia de un fracaso en la conexión con la familia (hija de una paciente). El halago inicial de la familia se convierte en enfado, rabia y fuerza opresiva hacia la enfermera cuando esta no cubre sus expectativas. Es una historia de aprendizaje de la habilidad de implicación, la relación con la familia es vivida como producto de su necesidad personal y es llevada más allá del cuidado, y de desilusión por no haber sabido comunicar adecuadamente la transición de cuidados de recuperación a paliativos:

“(...) ella no veía que dejaba en mis manos cuidados paliativos, no dejaba en mis manos que salvara a su madre..., no le supe transmitir que eso es lo que le estaba haciendo, cuidados paliativos, no, no le supe transmitir, este mensaje yo no se lo supe dar...” (R2H1).

La segunda historia, *“Una relación normal”*, puede considerarse continuación de la anterior y su recuerdo va asociado a la expresión de satisfacción por el aprendizaje adquirido, que le permite establecer una relación adecuada con la familia. El principal interés de la enfermera es resaltar la habilidad aprendida que le permite la implicación con la familia sin resultar herida. Es una historia que muestra *cómo* establecer relaciones que apoyen, sostengan la confianza y eviten relaciones de poder. Cuenta cómo manejar la angustia de los familiares ante la *impotencia* de no poder hacer *algo* por la paciente y la importancia de la franqueza con la familia para que puedan asumir la transición del paciente a un proceso de muerte. Sin embargo, la preocupación y esfuerzo por mantener una relación equilibrada (*normal*) con la familia, que se refleja en la necesidad de ofrecerles la imagen de que los otros miembros del equipo comparten su involucración y

De prácticas y narrativas

sus decisiones en el cuidado del paciente, nos da pistas del temor a las expectativas de la familia y de lo difícil que resulta la habilidad de implicación:

“(...) Yo tenía muy claro, y la familia no depositó en mí como esta vez. Yo intenté tener una relación normal, entraba les saludaba, cómo están y a lo mejor les explico “me ha dicho la compañera de la noche que hoy la Teresa ha estado muy bien, ha pasado mejor noche, Teresa no se ha ahogado tanto, pues haciéndoles un poco partícipes de lo que ha pasado...” (R2 H2).

La tercera historia, “*Yo me muero de miedo*”, es una historia significativa del *saber cómo* en la práctica enfermera y de la satisfacción de ser capaz de reconocer y calmar el temor del paciente. Muestra el conocimiento sobre el tipo de cuidado y la conexión que crea espacios de protección y seguridad para un paciente joven con lesión medular. La enfermera percibe el miedo y la desconfianza que genera en el paciente la jerga y el descuido con que se habla a su alrededor cuando se usa la grúa para moverlo. Y muestra un *saber* adquirido en situaciones similares que le permite reconocer la situación del paciente, y actuar para darle seguridad y protección:

“(...) me acuerdo de un chico que tenía una lesión medular, pero no era completa y teníamos que utilizar la grúa, (...) hay gente que se ponen cinco al lado de una grúa y hablan de cosas que no son la grúa y al final aparece el _ ¡ah!, ¿por dónde lo cojo por dónde lo cuelgo? _ y él que está allí estirado _ ¿por dónde lo cojo por dónde lo cuelgo?, ¡no, eso no! _ yo me muero de miedo ahí colgado, a mí no, a mí no me levantáis con eso...” (R2 H3).

La cuarta historia, “*En defensa de un ser humano*”, es un caso muy representativo de implicación con el paciente y de relaciones de poder en el equipo. Su recuerdo está asociado a la *satisfacción con lo hecho*, sentida por haber sido capaz de no abandonar y buscar los límites del esfuerzo terapéutico en una paciente sin posibilidades de recuperación, y con un deterioro físico y sufrimiento tan extremo e injustificable, que mantenerse a su lado produce verdadero dolor. Es una historia sobre la compasión y el conflicto ético de sentirse partícipe de un maltrato, también es una historia de rebelión y enfrentamiento con el equipo *en defensa de un ser humano*, en la que se ponen de manifiesto las luchas de poder relacionadas con el género y el estatus:

“(...) pensaba en una historia que me afectó, que me sentí orgullosa de lo que hice, la otra me ha servido para cambiar.... Yo me planteé ahí, que eso me lo he planteado muchas veces en mi vida, cuidar a un paciente y pensar _bueno, soy una

De prácticas y narrativas

mano ejecutora, ...estoy aquí..., sufriendo de verla... me estás diciendo.... que tengo voz sin voto, me estás diciendo eso_ no... (R2 H4).

La quinta y última historia de este relato, “*Y fue la mejor madre del mundo*”, es también un recuerdo asociado a la *satisfacción con lo hecho*. Trata de cómo la apertura a la experiencia de la enfermera, hace posible la presencia de una madre de etnia gitana al lado de su hijo accidentado. La enfermera actúa por las posibilidades que detecta para la recuperación del paciente, alejándose de normas y prejuicios, utilizando la intuición y la buena relación con el médico en beneficio del paciente:

“(...) Este pobre estaba así, me daba mucha pena, con dieciséis añitos, ... _cuidado con la familia de este porque son gitanos_... _ la vi que sabía lo que decía, además con tanto entusiasmo, no estaba vencida... Estuve tan contenta cuando le vi...le di dos besos _ostras que contenta estoy de verte_ gracias a verle te da ilusión de hacer cosas...” (R2H5).

En el relato tres (R3) la enfermera, con 20 años de experiencia en una UCI de adultos, narra una historia, “*Ell era el seu nen....Cuidar cuando el sufrimiento es extremo*”, de apertura a la experiencia y replanteamiento de normas, que se mueve entre la satisfacción y la insatisfacción. Trata sobre el saber *cómo* acompañar a una familia en el sufrimiento por su único hijo gravemente herido en un accidente, de cómo la ayuda hace posible que la madre y la novia asuman los cambios e integren nuevos papeles, y de la pena sentida por no haber sabido encontrar la manera de aliviar el sufrimiento del padre. Trata también del replanteamiento de normas de presencia familiar y del cambio que ha supuesto la experiencia de esta historia en la relación de ayuda a las familias de otros pacientes:

“(...) el noi va arribar acompanyat de tres persones: els pares, era fill únic, i també va venir la núvia,... vaig tenir la percepció probablement, dir segurament, que el noi requeria tenir a prop la mare i la noia, que era important per a ell i també per a la família... Ell era el seu nen, era la persona que havia cuidat tota la vida, que en aquells moments la necessitava més que mai... amb el cas del pare sempre m'ha quedat el dubte de si vam fer-ho prou bé... veure tota l'evolució em va fer pensar que realment estàvem fent una cosa molt malament amb els nostres malalts...” (R3).

De prácticas y narrativas

En el relato cuatro (R4) la enfermera, con 18 años de experiencia en una UCI de adultos, narra dos historias.

La primera historia, *“Dos niños pequeñitos extranjeros....”*, ocurre en la ambulancia medicalizada del SEM, y ello, si consideramos que la pregunta es acerca de un episodio significativo de su práctica en la UCI, nos da una idea de la gran conexión emocional que tiene con esta historia. Es una historia en la que la enfermera muestra su satisfacción por ser capaz de superar un estado personal de vulnerabilidad para atender a un niño accidentado, esforzarse por salvar su vida sin conseguirlo y afrontar la muerte. Cuenta cómo se sobrepone a su propia vulnerabilidad y se preocupa por las respuestas emocionales del niño asustado, y cómo cambia el trato dependiendo de lo que sucede dando respuestas rápidas y adaptadas a la situación:

“(...) hay una historia que me toco mucho. Puede ser porque yo en aquellos momentos no estaba en un momento muy fino de mi vida... había dos niños, dos niños pequeñitos extranjeros... cuando llegamos estaba hablando, explicaba, se le veía bien aparentemente y en un corto periodo de tiempo pasó de eso a sufrir un paro cardiorrespiratorio y a morirse, entonces fue una historia que me toco mucho,... vas al accidente y te olvidas de ti, ...” (R4 H1).

La segunda historia, *“Cuanto tiempo puede durar esto”*, trata sobre la conexión con un paciente con una parálisis progresiva, intubado y despierto que quiere comunicarse aunque le resulta difícil. Es una historia sobre distinciones cualitativas e interpretaciones de las necesidades del paciente, donde la principal preocupación de la enfermera es la angustia del paciente por el progreso de la parálisis y la incertidumbre del pronóstico. Los juicios reiterativos de las respuestas del paciente plantean el tema de una proyección personal en la situación. Es también una historia en la que se evidencia la gratificación que supone que los pacientes salgan bien y lo reconfortante que resulta la gratitud de pacientes y familias:

“Es un Sr joven de 58 a que ingresó hace 4 días por una parálisis,... es muy difícil entenderlo porque tiene parálisis facial,... y es muy difícil comunicarse intenta expresarse de muchas maneras,... Ahora mismo lo que más me preocupa, incluso se lo he comentado a la médico que lo lleva es su parte psíquica... sobre todo creo que tiene preocupación por su estado y cuanto tiempo puede llevar esto... Intentas estar por él... son de estos enfermos que requieren mucho rato pasar a su lado,... porque está despierto, está angustiado,... en algunos casos sobre todo cuando el paciente lleva mucho tiempo en la UCI se crea una relación con su familia, incluso de amistad y luego vienen a verte, pero sobre todo te alegras cuando son los enfermos que vienen a verte...” (R4 H2).

De prácticas y narrativas

En el relato cinco (R5) la enfermera, con 7 años de experiencia en la UCI, además de narrar una historia, hace algunos comentarios significativos sobre cómo calmar a pacientes con dificultad en respirar o sobre el *cómo* apoyar al paciente en la retirada de la respiración mecánica.

La historia *“Una muerte no esperada”* trata sobre cómo enfrentar la muerte inesperada de un paciente joven que conmociona a la familia y a todos los miembros del equipo sanitario. Que desencadena un sentimiento de culpa por no haber sido capaz de anticipar el desenlace, de pérdida y vida inacabada, y de identificarse en el dolor con la familia. También aparece la conexión emocional-implicación que es favorecida por determinadas características de la familia y la relación existente en el confort enfermera/familia. Y se evidencia un poder jerarquizado con normas opresivas que se muestran interiorizadas en comentarios como *“les dejan”* o *“les toca”*:

“(…) las cosas, a ver, no pintaban tan, la verdad, no pintaban tan que ya a los 4 días este muchacho no iba a estar ya con nosotros...fue quitarle la mascarilla, bueno, me giré para dejar los utensilios estos en el mostrador que hay que lo oigo como un gemido, un grito, me giro y estaba totalmente engarrotado... .. Muy mal, muy mal,... y le pasa esto. Bueno, no sé, me da escalofríos, la verdad. Y bueno, nada, el muchacho se murió. Con esta familia estuvimos hasta las siete de la mañana. O sea, pienso que lo necesitaba la familia, y yo creo que un poco hasta nosotros... los médicos nos dieron permiso para que lo sentáramos... pero tampoco nos toca decirle que lo van a entubar...” (R5).

El relato seis (R6) es de una enfermera con 29 años de trabajo en la UCI que narra dos historias y otras situaciones de la práctica que tienen como tema central la importancia de la implicación en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

La primera historia, *“Ningú en sabia res...”*, trata sobre el compromiso de la enfermera para facilitar el diagnóstico y un mejor tratamiento de un paciente joven. Cómo busca en la entrevista con la familia la información que le permite deducir que la raíz del problema está en el contexto en que había ocurrido y en el mundo del paciente. Desde el principio al fin de la historia transmite compromiso y fuerza, en la que se evidencia la importancia que le da al conocimiento del paciente como guía en el diagnóstico, y la necesidad de implicarse en la toma de decisiones:

“(…) fa molts anys, un nen de 18 anys que va ingressar a (xxxxx) pensant-se que era un brot psicòtic al cap de 24 hores va ingressar a l’UCI per convulsions, es va trigar moltíssim temps a diagnosticar-lo i em va impressionar perquè va ser a

De prácticas y narrativas

través de la meva entrevista amb la família que es va aconseguir saber on estava l'inici del problema, era un problema de tòxics,... I ningú en sabia res, ni els metges ni els psiquiatres...No, va ser a la tercera nit que el cuidava, que parlant amb la família ho vaig esbrinar.” (R6H1).

La segunda historia, “*Aquella noia no s’havia de morir*”, aborda también el tema de la implicación en el diagnóstico y tratamiento. Una implicación que impulsa a la enfermera a poner en juego todo su saber e intuición para salvar la vida de una joven. Lo fundamental del tema es la fuerza y lucha cuando ya se ha dado por perdida toda esperanza de recuperación. Es una historia sobre curación y trascendencia, que marca un antes y un después en la práctica porque le permite reconocer el capital del saber incorporado y el poder simbólico que conlleva para utilizarlo en beneficio del paciente:

“(...) el cas d’una noia de 20 anys, jo no estava d’acord amb el criteri mèdic, i els vaig atabalar tantíssim, era una noia que va ingressar per una insuficiència renal i una fallada multiorgànica, i van donar una ordre amb què no hi estava d’acord, no la veia clara i va ser una lluita important, molt important...” (R6H2).

El relato siete (R7) es de una enfermera con 21 años de experiencia en la UCI que narra varias micro-historias y algunos comentarios significativos.

La historia “*Una mujer marroquí...*” ejemplifica el fomento del cuidado y la conexión con el paciente y su familia. Muestra la sensibilidad de la enfermera para comprender lo que significa estar gravemente enferma en una anciana de una cultura distinta y que no entiende el idioma en que es atendida. Y cómo solventa las barreras de comunicación: involucrando a la nuera para que le ayude a reconocer los gestos de pudor y lo que se percibe como cuidado o no en la cultura de la paciente, y saltándose las normas cuando es útil para calmar su angustia o miedo:

“(...) una nit ens va ingressar una Sra. marroquí, amb un MPOC complicat, i estava amb una BIPAP, molt apurada i no entenia res de castellà ni català, ni res, i les normes ja saps que diuen...va entrar un rato la nora,...li vam dir que si es volia quedar amb nosaltres....imaginat una dona gran que s’està ofegant i que no entén res del que li fem...” (R7 H1).

La historia “*Voliem que es seguissin les normes, ...*” trata de cómo, con la excusa de la igualdad de trato, se puede actuar con prepotencia con un paciente “famoso” al que se

De prácticas y narrativas

le pretende imponer de forma rígida y ejemplar las normas de presencia familiar. El reconocimiento y apertura a la experiencia le permiten a la enfermera superar el prejuicio y anteponer la necesidad que percibe en el paciente de la presencia familiar:

“(...) va estar ingressat (un paciente famoso), primer volíem tots que es seguissin les normes, estàvem obsessionats,...em vam adonar que era molt poruc...” (R7 H2).

La historia “*Familias...*” es un título que abarca pequeñas historias que tienen a la familia como foco de atención. Tratan de cómo garantizar su presencia al lado del paciente, y de cómo estar ahí y atender su pena, sobre todo en el momento de afrontar la muerte del ser querido:

“(...) penso que és molt necessària la família per a que es senti bé...i ho agraeixen...la família que vol estar. Hi ha altres famílies que no volen estar...i s’ha de respectar....., tampoc has d’inmiscuirte massa, simplement has de respectar el dol i la pena de la família. Aquesta idea que tenim les infermeres de que ho hem de salvar tot, potser ens ho hauríem de revisar i reflexionar una mica...” (R7 H3).

La última, “*Mira doctor... aquí s’ha de fer alguna cosa*”, es un conjunto de micro-historias sobre la implicación de la enfermera en el diagnóstico y tratamiento cuando juzga que falta resolución por parte de la medicina. Que muestra un nivel de compromiso y conciencia del saber incorporado que la empuja a reclamar una respuesta ágil a la situación clínica del paciente. También se muestran diferencias de opinión entre médicos y enfermeras respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico para no llevar los esfuerzos por salvar la vida más allá de lo humanamente razonable.

“(...) aquell Sr. un mal que es moria i al entrar de nit li vaig dir al metge: mira, aquí s’ha de fer alguna cosa... els metges no acaben de veure clar la limitació de l’esforç terapèutic, i tu veus que no hi ha res a fer, i a vegades fins que no els hi diem: bé, però què estem fent?...” (R7 H4).

El Relato ocho (R8) es de una enfermera con 8 años de experiencia en la UCI que narra una historia, “*Feeling...*”, de una paciente que presenta múltiples e imprevistas complicaciones que ponen en riesgo su vida. La paciente y su familia tienen unas características que impulsa a la enfermera a una conexión especial, que ella misma

De prácticas y narrativas

denomina “*feeling*”, que motiva el cuidado. También se plantea el tema del nivel óptimo de involucración con pacientes y familias:

“(...) És una historia de fa temps però justament en una senyora en la que, no ho se, he tingut feeling,... llavors penses pobra família com pot assimilar, bueno i ella també... hi ha pacients que mira, jo crec que inconscientment te marques una barrera perquè no t’afecti, perquè si t’afecta no podries treballar... (R8).

El relato nueve (R9) es de una enfermera con 20 años de experiencia en UCI que narra tres historias y otros comentarios significativos sobre la conexión con pacientes que tienen dificultades en comunicarse.

La primera historia, “*Supe salirme con la mía...*”, trata sobre la relación con la familia de una paciente que es sentida como intrusiva y exigente. La enfermera no busca la conexión con la hija del paciente y actúa desde la manipulación. Sin embargo, aunque el lenguaje es duro, la enfermera reconoce la ansiedad, la sobreprotección y la obligación de estar allí que siente la hija por ser médico, y procura tranquilizarla asegurándole que el paciente va a estar bien cuidado. La hija lo recibe como un permiso para relajarse y se siente agradecida, agradecimiento que produce en la enfermera la satisfacción del reconocimiento:

“(...) Teníamos un señor y la hija era sanitaria, no conseguíamos que se fuera del servicio y tampoco podías echarla... Supe salirme con la mía... saber ir, llevártelos a tu terreno sin ofender, sin que se sientan heridos, es importante... Que se fuera tan contenta con lo que le dije que me diera la razón... supongo que la respuesta se la di, no tanto meditada, sino, entre comillas, para quitármela de encima.” (R9, H1).

La segunda historia, “*El se agarró a mí...yo luce mucho por ella*”, trata sobre la relación con la familia de un paciente que es vivida por la enfermera con excesivo apego porque es un familiar lejano. Trata de la habilidad de equilibrar la implicación con la familia de la paciente para no sentirse abrumada por la responsabilidad. Es también una historia sobre la implicación en el cuidado de la paciente, de lucha por su vida y de la utilidad del saber incorporado que proporciona el haber vivido experiencias similares. Y es una historia de enfrentamiento con el poder del equipo médico por los tratamientos y cuidados. Un enfrentamiento que siente justificado por la defensa de los pacientes y por la necesidad de evitar que traspasen los límites de sus competencias:

De prácticas y narrativas

“(…), me agarraba y poco menos que tenía que tenía que salvarla y yo no puedo salvar a nadie,... Siempre vale la pena luchar por el que sale y por ella luchamos, luchamos,... llevo 8 años, con que me dejen decidir... sé que no han de cuestionar mis cuidados, que yo ya estoy capacitada para moverlo...” (R9 H2).

La tercera, “*Lo que hace es «estar» pendiente*”, es un compendio de micro-historias sobre pacientes que denomina: “*en coma*”, “*sedado*”, “*traqueo*” o “*tubo*”, en una jerga de cultura compartida que puede producir la imagen de falta de sensibilidad. Sin embargo, son historias de implicación en las que se valora estar pendiente de los pacientes, con detalles como la importancia que le da a las prácticas seguras para evitar que se caigan, y donde se narran escenas de paciencia y calma extraordinarias para comunicarse con ellos y conocer lo que necesitan:

“(…) Hicieron un estudio de un medicamento y al tiempo el estudio dijo que los pacientes que llevaban ese medicamento duraban más, pero el medicamento no hacía nada, lo que hacía era el estar encima de los pacientes... atender por ejemplo a los de traqueo, igual es que estoy más rato mirando cómo vocalizan para entenderles...” (R9H3)

El relato diez (R10) es de una enfermera con 10 años de experiencia en UCI que narra una historia, “*Abandono y muerte de una paciente joven*”, de una mujer joven que abandona la lucha por salvar la vida. El impacto emocional de este abandono lleva a la enfermera a adoptar la postura, en la que se reafirma constantemente, de respetar la decisión y apoyar a la paciente y familia en la transición a la muerte. Es una historia en la que se aborda el tema del relato terapéutico por la gran carga emocional sentida y la necesidad de compartirla con el grupo:

“(…) esta chica empezó progresivamente, todo y con la intubación y todo lo que se hacía, empezó a complicarse... fue una detrás de otra una detrás de otra. ... Íbamos adelante. Pero, como fue todo un curso de complicaciones tras complicaciones, llegó un momento que ella se abandonó... que era una persona joven, y que como persona joven tenía que luchar para salirse, pero por otro lado consideraba que tenía que respetar la decisión que ella había tomado... a veces nos falta un poco el hablar sobre estos temas... Tendríamos que juntarnos todas y hablar..., a veces cansa y a veces necesitamos cambiar de personas (...).” (R10).

Por último, en el relato once (R11) la enfermera, con 7 años de experiencia en UCI, narra una historia, “*Tenía ganas de llorar*”, sobre la relación con los familiares de una paciente joven que sienten que se ha renunciado a luchar por su vida porque es una persona que tiene una importante minusvalía física y psíquica. La enfermera conecta con el sufrimiento de la familia y les acompaña en el proceso de muerte. La profunda emoción sentida le hace plantearse lo adecuado de su implicación y práctica enfermera:

“(...) había una chica de treinta y algo de años, más o menos, con buena calidad de vida según la familia pero se la veía, tanto físicamente como psicológicamente, especial... la familia había luchado mucho desde pequeña para que viviera... lo que tenía mucho miedo era que, como no tenía buena calidad de vida según todo el mundo... y ellos creían que sí... esta familia pues nada, se agarraba a lo que fuese... que como podía ser que nadie las trataba bien, que nadie las cuidaba, que si ellos decían pues opérala y les decían que no,... lo mal que ellos se sentían porque no la consideraban como persona, no?... tenía como ganas de llorar porque me identificaba muchísimo...” (R11).

11.2. Emoción, recuerdo y experiencia

En las historias se puede distinguir que la emoción tiene un importante significado en la construcción de experiencia y es el principal motivo del recuerdo de las enfermeras.

La emoción suscitada por la *satisfacción con lo hecho* sobresale como motivo de recuerdo de historias de episodios significativos de buena práctica, en el sentido benneriano¹⁰⁹, que proporcionan la oportunidad de construir experiencia. *Una satisfacción con lo hecho* que motiva el recuerdo de historias que hablan de cómo las enfermeras se han abierto a nuevas actuaciones y experiencias, y del modo en que se han involucrado con el paciente o su familia.

Las actuaciones que han producido el recuerdo de logro y satisfacción con lo hecho (R7/ H1; R2/H4) están relacionadas con la protección de la vulnerabilidad y con el propio

¹⁰⁹ En la línea de pensamiento de MacIntyre (1987), *La buena práctica* está constituida según Benner por actos significantes que tienen una perspectiva social, comunitarista y moral, y no son actos mecánicos. Supone ponerse en juego en una actividad compartida en el que se involucran saberes y actividades significantes y de un modo de saber y hacer. En Spichiger, Wallhagen y Benner (2005) o el apartado dedicado a los conceptos desarrollados por esta autora puede encontrarse una mayor descripción de esta idea y de la teoría filosófica que la sostiene.

De prácticas y narrativas

sufrimiento ante el daño sentido por la situación del otro, e, incluso, con la lucha para no seguir siendo “la mano” de un abuso en el tratamiento:

“(...) em vaig sentir molt, molt satisfeta... va ingressar una Sra. marroquí, amb un MPOC complicat, ... no entenia res de castellà ni català, ... vam decidir, tot i que estava fora de les normes, deixar estar a la nora tota l'estona amb ella...” (R7 H1).

“(...) una historia que me afecto, que me sentí orgullosa de lo que hice, ... Yo me planteé ahí, que eso me lo he planteado muchas veces en mi vida, cuidar a un paciente y pensar _bueno, soy una mano ejecutora... estoy aquí... sufriendo de verla... maltratando gente... sentía que yo estaba formando parte de esto... _bueno, pues ahora quiero hacer algo..._ se limitó el esfuerzo terapéutico y duro nada, ese mismo fin de semana se murió, pobre, ...” (R2 H4).

Una emoción que resulta de estar ahí e implicarse en el sufrimiento de una situación dramática. Que se puede reforzar con alguna connotación personal, como ocurre en el relato cuatro (R4), que siente la satisfacción de ser capaz de sobreponerse a su historia personal para ayudar al otro:

“(...) hay una historia que me toco mucho... no estaba en un momento muy fino de mi vida... la recuerdo mucho porque ese niño me afectó, ... siempre te afecta más que cuando es un adulto... me ayudó, ...vas al accidente y te olvidas de ti, ...” (R 4 H1).

En otras historias la emoción se refuerza por la satisfacción del agradecimiento y el reconocimiento del otro. Aunque, como ocurre en el R9, no haya mucha conciencia de su relevancia en una historia en la que aparentemente prevalece la prevención y vulnerabilidad:

“(...) me acuerdo de... un señor y la hija era sanitaria, no conseguíamos que se fuera del servicio y tampoco podías echarla... no me dejaba trabajar con seguridad a mí. Cuando te cuestionan todas las cosas que estás haciendo... Que me agradeciera, que fuera capaz de decir públicamente que a veces teníamos razón... supongo que la respuesta se la di, no tanto meditada, sino, entre comillas, para quitármela de encima...” (R9).

A veces es una *emoción especial* que se siente con pacientes de determinadas características, como la juventud en el relato seis (R6) o un *no sé* que alienta al “*feeling*” del relato (R8). Y otras, como ocurre en el relato (R5), es por el vínculo afectivo que se establece con pacientes o familias con las que se tiene mucho contacto personal:

De prácticas y narrativas

"(...) un cas de fa molts anys, un nen de 18 anys que va ingressar... es va trigar moltíssim temps a diagnosticar-lo i em va impressionar..." (R6).

"És una historia de fa temps però justament en una senyora en la que, no ho se, he tingut feeling..." (R8).

(...) su familia constaba de su mamá, bueno, de su madre, de ochenta y largos años, y tenía tres chavales, tres chicos... yo recuerdo este chico,..., la familia... (R5).

La emoción por la *vivencia del error* en el cuidado provocado por *fallo de otros* o por *fallo propio* es otro aspecto que sobresale con fuerza en muchos de los relatos. La conciencia del fallo conecta con la emoción *sentirse mal* y se constituye, no sólo como un elemento ensayo/error del aprendizaje profesional, sino como toda una experiencia de vida. Nussbaum (2001) argumenta que las emociones y el juicio que dirigen la atención al sufrimiento del otro nos brindan un camino al reconocimiento de nuestro propio mundo, a lo que nos preocupa o nos produce felicidad. Por su parte Benner y col. (1996) plantean que *sentirse mal* ante un error es un sentimiento moralmente apropiado que está a tono con la situación.

Además, este *sentirse mal* por la *vivencia del error* puede impulsar, como ocurre con la enfermera del relato uno (R1), a una acción comprometida con el equipo para conseguir que las cosas se hagan bien:

"(...) uns pares que estan com aquests, tan malament, no poden cuidar bé als seus fills, al contrari, en realitat els estan maltractant i nosaltres ho estem consentint. Em sembla molt fort. No entenia com podien estar d'aquella manera després de una setmana d'estar en la unitat... Encara estic copsada... Jo ho vull parlar a la propera reunió que fem cada dijous tot l'equip... Jo el que faré serà expressar el que he sentit davant d'aquests pares i a veure quina solució es pren..." (R 1).

En el relato dos (R2) la emoción se produce por la decepción que percibe en una familia a la que no ha sabido comunicar la trayectoria seguida en el final de la vida de su ser querido. Un *sentirse mal* que lleva a la enfermera a replantearse modos de involucrarse con la familia:

"(...) ella esperaba más de mí de lo que yo le podía dar... ella esperaba que la salvara ... Yo es que me di cuenta tarde, de esto me di cuenta cuando se murió ... Muy mal, entonces me sentí muy mal porque... sentía que la había decepcionado... A partir de esta experiencia... estoy segura que he hecho eso, que era involucrar más, involucrarme igual pero marcar una distancia con la familia, pero que esa

De prácticas y narrativas

distancia no signifique estar menos pendiente de ellos, sino siempre apoyar mis decisiones en el equipo..." (R2 H1).

En el relato tres (R3) es una emoción sentida por la frustración e impotencia por no haber sabido ayudar a un padre abatido por el dolor ante la gravedad de las secuelas de un hijo. Este *sentirse mal* por no ser capaz de confortar, está en sintonía con el planteamiento de Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard (1998) cuando dicen que las enfermeras unen su confort emocional con el confort del otro:

"(...) sempre he pensat que amb el pare podríem haver fet les coses d'una altre manera,..." (R3).

En el relato (R7), la emoción viene de la pena y de una percepción de fracaso en el soporte a la familia que se enfrenta a la muerte de su familiar. Una historia que se recuerda como una vivencia de fracaso en el cuidado que se atribuye a la falta de tiempo para establecer una relación con la familia:

(...) no saps si fas prou... perquè és tan fred... estan allí plens de tubs... i potser voldries abraçar a la família o tocar-los-hi l'esquena, però tampoc no saps com fer-ho!... potser els coneixia poc... no havíem pogut fer molta relació" (R7H3).

En el relato cinco (R5) hay una fuerte emoción porque a una vivencia del error se une un sentimiento de pérdida ante una muerte no esperada. Este sentirse mal produce una necesidad de reparación que empuja a elaborar la experiencia de fracaso con el empeño de que sirva para construir experiencia:

"(...) Recogí el libro que estaba leyendo y vi que le quedaba menos de un capítulo, cuatro o cinco hojas, (...), me entraron ganas de leerle, aunque ya no estaba, esas pocas hojas. Porque digo, encima se ha ido sin haber leído esto. Me acordaba de la Fórmula 1 y pensé: en buena hora le dije yo que no trajera la tele. O sea, me sentí muy mal por ello. ¿Ves?, de eso si que he aprendido esto, a hacer mientras estás y a aprovechar el día a día lo que se pueda..._ me debes una de esas batas, que le dijiste que nos ibas a dar_. Y, vamos, porque no había diez que si no le doy... todo el carro." (R5).

Las líneas entre satisfacción y *sentirse mal* por el error a veces se entrelazan, como ocurre en el relato cinco (R5), en el que la emoción de *sentirse mal* se vive en el amparo que ofrece el grupo, que siente dolor por las mismas causas, entiende y hace las cosas de la misma manera; y se alivia en alguna medida con la satisfacción que encuentra en el agradecimiento y reconocimiento de la familia:

De prácticas y narrativas

"(...) *estuvimos con él todos. Todos salimos aquella noche muy mal. Muy dolidos, muy mal. No con... bueno, nosotros cumplimos con lo que teníamos que hacer pienso. A nivel físico, a mí me quedaron algunas coletas, como por ejemplo lo de la tele, que se me quedó clavado, ¿vale? Pero, pienso que tratamos a la familia como se debía, la familia nos agradeció una y otra vez que gracias por todo, con lo cual pienso que muy mal no lo hicimos...*" (R5).

El análisis interpretativo de las historias me ha mostrado que la emoción, de *sentirse bien por la satisfacción con lo hecho o sentirse mal por la vivencia del error*, es la causa que motiva las memorias narrativas y experiencia de la práctica de las enfermeras. Y, además, me ha proporcionado suficientes indicios para que empiece a tomar fuerza la idea de que recrear las memorias narrativas en el presente da lugar a nuevos planteamientos e interpretaciones, que permiten construir experiencia personal, que cuando se comparte, como dice Benner (1991; 2000c; Benner, Tanner and Chesla, 1997), sirve de aprendizaje para otros.

11.3. Mundo experto, una tarea en transición

Como era de prever, las enfermeras en sus relatos evidencian que poseen muchas de las características señaladas por Benner (1984; Benner, Tanner y Chesla, 1996) en el nivel de competencia de experta. Sin embargo, he encontrado diferencias y algunos matices en el modo de sus prácticas que me han llevado al planteamiento de que existe un *continuum* dentro de lo que considero "*Mundo experto*".

Cinco de los once relatos estudiados (R1, R2, R3, R6, R7) los situé en el nivel más alto de competencia, y me referiré a ellos como relatos de *Ser experta*, porque considero que en la mayoría de las prácticas que relatan se muestra una implicación con pacientes y familias, un juicio y un *saber cómo* de las enfermeras que está en sintonía con las características señaladas por Benner como experta.

El relato nueve (R9) lo he llamado: *De ser experta a situarse fuera*¹¹⁰, porque es un relato de una enfermera en el que se muestran unas prácticas con altos niveles de competencia y otras que parecen enquistadas en patrones culturales y unas relaciones muy

¹¹⁰ Este concepto me parece apropiado a la idea que se introduce de *algunas* prácticas que muestran las enfermeras que parecen enquistadas en patrones culturales, y es diferente del concepto "*quedarse fuera*" que utiliza Rubin (1996) para referirse a enfermeras que se han quedado al margen del desarrollo competencial.

De prácticas y narrativas

competitivas, que en algunas situaciones la sitúan fuera del marco de competencia de la experta.

El relato (R4) lo veo *a un paso del ser experta*, porque, si bien la mayor parte del relato refleja prácticas expertas, todavía hay juicios que parece que se sostienen más en la propia vulnerabilidad que en el conocimiento adquirido con la experiencia.

Por último cuatro relatos (R5, R8, R10, R11) estarían *unos pasos más atrás*, porque, aunque se relatan algunas prácticas expertas, la mayoría de las prácticas muestran una conexión que se sustenta en la identificación con las características del paciente o familia, y una acción que se apoya en la norma sin pasar por el razonamiento y la intuición propios de las prácticas expertas.

Tabla 8: Relatos/competencia establecida

<i>Relatos : años UCI/ Historias</i>	<i>Mundo experto</i>
<p><i>R1: 25 a. UCI neonatal / (1H) "El descuidado de un bebe prematuro"</i> <i>R2: 20 a. / (5 H y otros comentarios significativos) "Ella esperaba de mí que la salvara"; "Una relación normal"; "Yo me muero de miedo" "En defensa de un ser humano"; "Y fue la mejor madre del mundo"</i> <i>R3: 20 a. / (1H) "Ell era el seu nen...Cuidar cuando el sufrimiento es extremo."</i> <i>R6: 29a. / (2 H) "Ningú en sabia res..."; "Aquella noia no s'havia de morir"</i> <i>R7:21a. / (4 micro-historias y otros comentarios): "Una mujer marroquí..."; "Voliem que es seguissin les normes,..."; "Familias..."; "Mira doctor... aquí s'ha de fer alguna cosa"</i></p>	<i>Ser experta</i>
<p><i>R 9: 20 a. / (3 H + microhistorias) "Supe salirme con la mía" "El se agarró a mí..." "Lo que hace es «estar pendiente»"</i></p>	<i>De ser experta a situarse fuera</i>
<p><i>R4: 18 a. /(2H) "Dos niños pequeñitos extranjeros ... "; "Cuánto tiempo puede durar esto"</i></p>	<i>A un paso</i>
<p><i>R5: 7 a. / (1H y otros comentarios significativos): "Una muerte no esperada"</i> <i>R8: 8 a. / (1H): "Feeling..."</i> <i>R 10: 10 a. / (1 H y otros comentarios significativos): "Abandono y muerte de una paciente"</i> <i>R 11: 7 a. / (1H): "Tenía ganas de llorar"</i></p>	<i>A unos cuantos pasos</i>

En *todos* los relatos las líneas establecidas entre niveles de competencia son sutiles y responden más bien al *continuum* señalado, en el que algunas prácticas tienen un alto nivel de competencia mientras otras, con áreas poco claras que podrían ser objeto de revisión y nuevos aprendizajes, son claramente de un nivel inferior. Watson et al. (2002) en su revisión de la literatura sobre el nivel de competencia ya plantean dificultades en su medida. Pero entiendo, en la línea de lo explicado por Brykczynski (2007a), que hay que asumir estos niveles *como en consonancia con la experiencia ganada* por la historia vivida y sin intentar operativizarlos.

Todos los relatos que he señalado con el más alto nivel de competencia pertenecen a enfermeras que tienen más de 20 años de trabajo en la UCI. Los años de trabajo se muestran, por lo tanto, como un factor relevante en la adquisición de la competencia experta. Otra evidencia que aparece en la mayoría de los relatos, es que a medida que aumenta el número de años de experiencia también lo hace la descripción de distinciones cualitativas acerca de lo que sucede, con un discurso y recuerdo más rico.

Sin embargo, tal y como plantean Dreyfus & Dreyfus (1980) y Benner, Tanner y Chesla (1996), los años, aunque necesarios, no son un argumento definitivo, porque hay relatos de enfermeras con muchos años de experiencia que en algunos aspectos muestran altos niveles de competencia y en otros es como si estuvieran ancladas en prácticas poco desarrolladas de una *cultura compartida*¹¹¹. Por eso, es necesario enfocar la investigación en los aspectos cualitativos que permiten identificar en los relatos las prácticas expertas y las que no lo son.

11.4. Tipos de narrativas y su encaje en la agrupación de Benner, Tanner y Chesla

Para acabar este tema, sobre el recuerdo y construcción de experiencia, me parece de interés contrastar los resultados y temas de las historias con la agrupación funcional de

¹¹¹ La visión de *cultura compartida* que se adopta en este estudio responde a la idea de práctica descrita por MacIntyre (1987). En algunos relatos aparece el riesgo de que los profesionales asuman con la cultura compartida unas reglas y unos modos de hacer poco sujetos a juicio y, en muchas ocasiones, justifican formas poco *apropiadas* de hacer las cosas. Si bien no hay que olvidar que cualquier cultura compartida, que establece los modos de práctica, no es ajena al entorno en que se desarrolla y está sujeta al desarrollo y evolución de los profesionales.

De prácticas y narrativas

narrativas que hacen Benner, Tanner, y Chesla (1996), que puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 9: Agrupación Narrativas Benner, Tanner, y Chesla (1996)

Historias que capturan la importancia de una práctica	<i>Narrativas de curación y transcendencia</i>
	<i>Narrativas sobre cómo se ha salvado una vida a través de la acción hábil, rápida y el uso apropiado de la tecnología</i>
	<i>Narrativas que muestran el fomento del cuidado y conexión entre paciente y seres queridos o paciente y enfermera</i>
	<i>Historias de presencia o de no abandono de los pacientes</i>
Narrativas aprendizaje	<i>Aprender la habilidad de implicación</i>
	<i>Estar abierto a la experiencia</i>
	<i>Narrativas de desilusión</i>
	<i>Historias de enfrentar la muerte y el sufrimiento</i>
	<i>Narrativas de liberación</i>

Para ver si los temas encontrados se corresponden con las narrativas de este estudio he utilizado esta agrupación como encuadres amplios que engloben el sentido funcional de las historias. Este intento de agrupar historias en relación a su función me parece de gran interés, porque su comprensión puede ser un elemento clarificador de la práctica. En las agrupaciones explicaré brevemente las sub-agrupaciones para que pueda entenderse mejor el encaje de los temas en esta propuesta.

Historias que capturan la importancia de una práctica

Representan la comprensión de lo que significa *ser* una enfermera. Son historias de memorias narrativas que muestran episodios clínicos significativos y capturan la importancia de una práctica y el valor trabajo. Y, como se muestra en la Tabla 10, se dividen en cuatro subtemas diferentes.

En *Narrativas de curación y transcendencia* están relacionadas dos historias: “*El descuido de un bebe prematuro*” y “*Aquella noia no s’havia de morir*”. Esta relación que, como no he encontrado una explicación de lo que las autoras entienden por este subgrupo, la he hecho según mi comprensión de que estas narrativas reflejan un ideal del cuidado en sentido biógeno, como actos de vida que protegen y apoyan al paciente y

De prácticas y narrativas

familia, y tienen transcendencia porque se proyectan en la vida de la persona que cuida y de la que es cuidada. Son historias que narran una acción decidida, hábil e intuitiva, que se sostiene en un profundo saber, que facilita la curación y trasciende el cuidado del momento, proyectándose a las condiciones futuras de pacientes, familia y equipo.

La historia *"El descuido de un bebe prematuro"* es una narrativa de curación y transcendencia porque la enfermera consigue establecer la conexión padres-bebes como un acto de cuidado de la relación y del desarrollo del vínculo afectivo.

Y la historia *"Aquella noia no s'havia de morir"* es una narrativa de curación y transcendencia por el cambio sentido en las relaciones de poder que promueve la enfermera en el equipo, de forma que hace posible un mayor respeto del *saber* y unas relaciones de equidad. Y es también una muestra característica de *Narrativas sobre cómo se ha salvado una vida a través de la acción hábil, rápida y el uso apropiado de la tecnología*, en la que la acción hábil de la enfermera lleva a salvar la vida de una paciente. Lo fundamental de esta historia está en la implicación que le proporciona fuerza para seguir luchando por la paciente cuando ya se ha dado por pérdida toda esperanza de recuperación, y en este sentido vuelve a conectar con la curación y transcendencia. La riqueza de esta historia permite encontrar también algunos aspectos relacionados con la narrativa de aprendizaje de *Estar abierta a la experiencia*.

En *Narrativas que muestran el fomento del cuidado y conexión entre paciente y seres queridos o paciente y enfermera* se relacionan once historias: *"El descuido de un bebe prematuro"*, *"Ell era el seu nen..."*, *"Y fue la mejor madre del mundo"*, *"Una mujer marroquí"*, *"Yo me muero de miedo"*, *"Cuanto tiempo puede durar esto"*, *"Lo que hace es estar pendiente"*, *"Feeling..."*, *"Tenía ganas de llorar"*, *"Abandono y muerte de una paciente"* y *"Familias..."*. Esta última son pequeñas historias con abundantes distinciones cualitativas sobre la conexión familia-paciente o familia-enfermera, sobre todo en el momento de afrontar la muerte, y en la que también hay experiencias de aprendizaje que recojo en su agrupación.

En *Historias de presencia o de no abandono de los pacientes* se relacionan seis historias: *"El descuido de un bebe prematuro"*, *"Lo que hace es estar pendiente"*, *"El se agarró a mí...yo luche mucho por ella"*, *"En defensa de un ser humano"*, *"Mira doctor... aquí s'ha de fer alguna cosa"* y *"Ningú en sabia res..."*. Son historias en las que la involucración de la enfermera con el paciente en situación de extrema vulnerabilidad hace posible prevenir el daño o salvaguardar la vida.

De prácticas y narrativas

Narrativas	Ser experta	De ser experta a situarse fuera	A un paso	A unos cuantos
De curación y trascendencia	2 "El descuidado de un bebe prematuro" "Aquella noia no s'havia de morir"			
Cómo se salva una vida...	1 "Aquella noia no s'havia de morir"			
Fomento del cuidado y conexión P/F/E	6 "El descuidado de un bebe prematuro" "Y fue la mejor madre del mundo" "Una mujer marroquí" "Yo me muero de miedo" "Ell era el seu nen..." "Familias..."	1 "Lo que hace es «estar pendiente»"	1 "Cuánto tiempo puede durar esto"	3 "Abandono y muerte de una paciente" "Feeling..." "Tenía ganas de llorar,"
Presencia, no abandono de los pacientes.	4 "El descuidado de un bebe prematuro" "En defensa de un ser humano" "Mira doctor... aquí s'ha de fer alguna cosa" "Ningú en sabia res..."	2 "El se agarró a mí...yo luche mucho por ella " "Lo que hace es «estar.»"		

Ilustración 6: Narrativas que capturan la importancia de una práctica (Agrupación de Benner, Tanner, & Chesla, 1996)

Narrativas de aprendizaje

Se agrupan aquí aquellas narrativas que muestran el aprendizaje que se puede adquirir en una vivencia de fracaso. Estas narrativas de aprendizaje están relacionadas, según las autoras, con las posibilidades de renovar el comportamiento clínico y ético que se ofrecen en el momento del descubrimiento de alguna de las *áreas ciegas* que han sido creadas por prejuicios y exclusiones. Y, como se muestra en la Tabla 9, se dividen en cinco subtemas diferentes.

Con *Aprender la habilidad de implicación* se relacionan historias en las que las enfermeras cuentan cómo ha sido necesario abandonar posturas paternalistas y salvadoras para desarrollar la habilidad de reconocer en cada situación cuál es el nivel adecuado de involucración con pacientes y familias. Una habilidad que requiere compromiso, ser capaz de exponerse y dedicar tiempo a la relación.

En las historias "*Ella esperaba de mí que la salvara*" y "*Una relación normal*", que pertenecen a un mismo relato, la preocupación esencial de la enfermera es abordar la

De prácticas y narrativas

involucración con la familia con franqueza pero sin sentirse vulnerable por sus expectativas. La primera es una historia de la frustración sentida por no haber sabido transmitir a la familia la situación real del paciente. La segunda historia es descripta como señal del aprendizaje adquirido con el fracaso de la primera historia.

En la historia "*Tenía ganas de llorar...*", aunque su tema principal es el *afrentamiento de la muerte y el sufrimiento*, también aparece el *aprendizaje de la habilidad de implicación* en las dudas sobre qué es adecuado en la relación con el paciente y familia, que se le presentan a la enfermera cuando el sufrimiento le hace sentirse vulnerable.

"*Feeling...*" es una historia similar a la anterior en la que la enfermera al sentir su vulnerabilidad se cuestiona lo que está bien, los límites y distancia adecuados con la familia. Y, en este sentido, a ambas también se las puede agrupar en narrativas de liberación.

"*En defensa de un ser humano*" y "*Ningú en sabia res...*" narran experiencias de éxito de *Aprendizaje de la habilidad de implicación* y son, junto a "*El descuido de un bebe prematuro*" y "*Mira doctor...*", historias paradigmáticas para aprender en ellas la habilidad de implicación de unas enfermeras que elaboran sus juicios éticos y comprometen sus acciones desde la involucración y defensa del paciente.

En *Estar abierto a la experiencia* se incluyen las historias "*Volíem que es seguissin les normes, ...*", "*Y fue la mejor madre del mundo*", "*Una mujer marroquí...*", "*Aquella noia no s'havia de morir*" y "*Ell era el seu nen...*". En las que se muestra cómo las enfermeras se alejan de prejuicios y encuentran nuevas formas de mirar el mundo. Y, más allá de las normas, ensayan nuevas prácticas que permitan la conexión y presencia familiar.

Las historias "*Aquella noia no s'havia de morir*" y "*Ell era el seu nen...*" también son narrativas de liberación porque la consciencia de su saber aporta a las enfermeras nuevas posibilidades en la relación con el equipo médico y en el comportamiento clínico y ético.

En *Narrativas de desilusión* se incluyen historias de expectativas defraudadas que permiten a las enfermeras descubrir los límites del conocimiento formal, del conocimiento de los otros y del suyo propio.

Con esta agrupación guardan relación cinco historias. En "*El descuido de un bebe prematuro*" la decepción es sentida por la falta de cuidado y prejuicios que detecta en los otros. "*Esperaba de mí que la salvara*", aunque se trata de una historia sobre aprender

De prácticas y narrativas

la habilidad de implicación, es también una historia en la que la pena sentida por el fracaso de una relación con la familia ayuda a descubrir a la enfermera los límites en el conocimiento del otro. En *"Ell era el seu nen..."* por la decepción sentida al no haber podido ayudar al padre. *"Famílias..."* porque en algunas de sus historias dan muestra de la pena y desilusión de la enfermera por sentirse incapaz de consolar a familias que no han tenido tiempo de conocer como personas. *"Tenía ganas de llorar"*, además de una historia de conexión con la familia y de afrontamiento en la muerte, es también la historia de la desilusión sentida por la enfermera ante la impotencia de no poder hacer nada por consolar y aliviar el sufrimiento.

En *Historias de enfrentar la muerte y el sufrimiento* se agrupan historias en las que las enfermeras tienen que enfrentarse a la muerte y al sufrimiento para acompañar y confortar a los pacientes y familias.

Hay seis historias relacionadas: *"Famílias..."* y *"Ella esperaba de mí que la salvara"* muestran cómo las enfermeras afrontan el sufrimiento de la familia por la pérdida de un ser querido; en *"Dos niños pequeñitos, extranjeros..."* se muestra el reconocimiento de trayectorias y la respuesta atenta a atender el sufrimiento; por su parte, *"Abandono y muerte de una paciente joven"*, *"Una muerte no esperada"* y *"Tenía ganas de llorar..."* son historias en las que las enfermeras aprenden a aceptar el sufrimiento por la muerte del paciente con el que han establecido la conexión emocional necesaria para el cuidado.

Narrativas de liberación abarca gran variedad de historias sobre los miedos humanos a los que se deben enfrentar las enfermeras, tales como el miedo al riesgo, a la vulnerabilidad, a la intimidad, a la invisibilidad o a la responsabilidad. También se recogen historias que tienen que ver con el *estatus* de inequidad del sexismo¹¹², y con la marginalidad de la voz del cuidado frente a la alta tecnología. Que, por este motivo, pueden unirse a las *narrativas de desilusión* y, también, alzarse como narrativas que construyan nueva experiencia, que sirvan para que las enfermeras descubran la importancia de su voz y les ayuden a liberarse de prejuicios, malentendidos y de la tiranía de normas y protocolos que limitan las prácticas de cuidado.

Con estas *Narrativas de liberación* se relacionan las siguientes historias: *"Aquella noia no s'havia de morir"*, *"Dos niños pequeñitos, extranjeros..."*, *"Una muerte no esperada"*, *"Ella esperaba de mí que la salvara"*, *"Una relación normal"*, las dos últimas por el miedo que reflejan a sentirse vulnerables ante la familia. También *"Ell era el seu*

¹¹² La enfermería como profesión de mujeres.

De prácticas y narrativas

nen...”, “Abandono y muerte de una paciente joven”, “Tenía ganas de llorar...” y “Feeling...” guardan relación con esta agrupación por la conexión afectiva que se ve a lo largo de ellas, por algún recuerdo muy emocional en la primera, y por la identificación con el sufrimiento de la familia en la segunda y tercera.

En esta agrupación también se pueden incluir “*Supe salirme con la mía*” y “*El se agarró a mí...yo lucho mucho por ella*”. Son historias de una misma enfermera en las que busca los límites y la distancia en la conexión, y donde el cuidado de las familias, aunque obtiene buenos resultados, se vive como una sobrecarga. La historia “*Supe salirme con la mía*” es una narración paradójica, en la que, por un lado, hay preocupación por la familia por el reconocimiento que hace de la importancia de no provocarles sufrimiento, (...) *llevártelos a tu terreno sin ofender, sin que se sientan heridos, es importante*”, y, por el otro, hay una relación de poder que justifica en la *legitimidad* de una cultura compartida y que parece utilizar como acción defensiva para proteger su vulnerabilidad. Que he considerado como *narrativas de liberación* por la híper-responsabilidad y vulnerabilidad que traspiran, por necesidad de que *todo esté controlado y hecho desde su modo de ver las cosas*, y por el conflicto de competencia en el que entra con familiares y miembros del equipo. Pero, sobre todo, podrían encuadrarse como narrativas de *responsabilidad e identidad*¹¹³, que no se contemplan en la agrupación funcional de narrativas de Benner, Tanner, y Chesla (1996) que he utilizado en este estudio.

Narrativas	Ser experta	De ser experta a situarse fuera	A un paso	A unos cuantos
Aprender la habilidad de implicación	<p style="text-align: center;">4</p> <p>“Ella esperaba de mí que la salvara” “Una relación normal” “En defensa de un ser humano” “Ningú en sabia res...”.</p>			<p style="text-align: center;">2</p> <p>“Tenía ganas de llorar” “Feeling...”</p>

¹¹³ En el trabajo de Margaret Urban Walker (1998) he encontrado tres tipos de narrativas de: identidad, relación y valor, que pueden servir de agrupación a estas historias. Walker explora la moral como la práctica de la responsabilidad expresiva de nuestras identidades, valores y vínculos con los demás. El enfoque de Walker es feminista y permite un análisis de las dimensiones de poder inherente a la experiencia moral de las enfermeras.

De prácticas y narrativas

Estar abierto a la experiencia	5 "Volíem que es seguissin les normes..." "Y fue la mejor madre del mundo" "Una mujer marroquí" "Ell era el seu nen..." "Aquella noia no s'havia de morir"			
De afrontar la muerte/sufrimiento	2 "Familias..." "Ella esperaba de mí que la salvara"		1 "Dos niños pequeñitos extranjeros..."	3 "Abandono y muerte de una paciente" "Una muerte no esperada" "Tenía ganas de llorar,"
Narrativas de desilusión	4 "El descuidado de un bebe prematuro" "Esperaba de mí que la salvara" "Ell era el seu nen..." "Familias..."			1 "Tenía ganas de llorar"
Narrativas de liberación	4 "Aquella noia no s'havia de morir" "Ella esperaba de mí que la salvara" "Una relación normal" "Ell era el seu nen..."	2 "Supe salirme con la mía" "El se agarró a mí...yo luche mucho por ella"	1 "Dos niños pequeñitos extranjeros..."	4 "Tenía ganas de llorar" "Feeling..." "Una muerte no esperada" "Abandono y muerte de una paciente"

Ilustración 7: Narrativas de aprendizaje
 (Agrupación de Benner, Tanner, & Chesla, 1996)

Lo cierto es que he podido comprobar en los resultados que, como entienden las autoras, las agrupaciones narrativas en base a su función no pueden ser entendidas como compartimentos cerrados ya que muchas de las historias se relacionan con más de una agrupación. Y aunque la asignación de las historias a diferentes agrupaciones narrativas es un buen punto de partida para comenzar a comprender prácticas en los relatos, es obligado reconocer la complejidad de esta red de relaciones. Para tratar de paliar esta dificultad he elaborado dos cuadros (Ilustración 6 y 7) donde se asocia las historias con las agrupaciones narrativas que están relacionadas y el nivel de competencia asignado.

En la ilustración 6 de la agrupación: *Narrativas sobre lo que constituye y sostiene la importancia de una práctica*, la sub-agrupación más destacada en todos los grupos de experiencia es la que recoge historias de *Fomento del cuidado y conexión entre paciente y seres queridos o paciente y enfermera*.

De las otras sub-agrupaciones destaca que con *Historias sobre la presencia y no abandono del paciente* sólo hay historias de enfermeras con los más altos niveles de competencia, *ser experta y ser experta a situarse fuera* (enfermera con veinte años de

De prácticas y narrativas

experiencia), lo que pone de manifiesto la asociación que existe entre la capacidad de realizar estas prácticas y un alto nivel de competencia.

En la ilustración 7 de la agrupación: *Narrativas de aprendizaje*, destaca que en la sub-agrupación *Aprender la habilidad de implicación* se recogen historias de enfermeras con muy diferente nivel de competencia. Pero sólo en dos historias de enfermeras con el más alto nivel de competencia, "*Ella esperaba de mí que la salvara*" y "*Una relación normal*", este aprendizaje de la habilidad de implicación se hace de forma consciente, el resto son historias de enfermeras que están adquiriéndola sin ser todavía conscientes de que es una habilidad que se aprende en la práctica.

En la sub-agrupación *Estar abierto a la experiencia* solo aparecen historias con el más alto nivel de competencia. Poniendo en valor el concepto de experiencia de Gadamer (1988), que considera que sólo es posible adquirir experiencia sobre algo cuando, al experimentarlo, somos capaces de percibir que no es como habíamos pensado y damos una respuesta emocional adecuada a la frustración sentida.

Lógicamente, en una profesión que se dedica al cuidado de pacientes y familias en la UCI, la sub-agrupación *Historias de afrontar la muerte y el sufrimiento*, está presente en las historias de las enfermeras de casi todos los niveles de competencia, en el único grupo que no aparece, *Ser experta a situarse fuera*, lo hace de forma indirecta en la historia "*El se agarró a mí...yo luche mucho por ella*".

Las *Narrativas de liberación* están presentes en todos los niveles de competencia y tienen que ver con la expresión de miedos o vulnerabilidad, con la excepción de las historias "*Aquella noia no s'havia de morir*" y "*Ell era el seu nen...*" en las que la liberación es consecuencia de vivencias que permiten a la enfermera reconocer el valor de su *saber*. En las historias de los grupos con menos nivel de competencia, *A un paso* y, sobre todo, *A unos cuantos pasos de ser experta*, las narrativas están relacionadas con la implicación y son en sí mismas actos terapéuticos.

Por último, sin la pretensión de formular una agrupación narrativa nueva que obligaría a desviarse de la particularidad de este estudio. En la tabla siguiente presento una agrupación en función del papel que juegan las historias en sí mismas, y que nos da una idea de la utilidad que tiene recordarlas, los valores que transmiten y cuáles son los intereses y preocupaciones que hoy ocupan a las enfermeras de la UCI.

De prácticas y narrativas

<i>Historias</i>	<i>Narrativas</i>
<i>"Descuidado de un bebe prematuro"</i>	<i>Historias de implicación y cuidado</i>
<i>"Ningú en sabia res..."</i>	
<i>"Aquella noia no s'havia de morir"</i>	
<i>"En defensa de un ser humano"</i>	<i>Narrativas de defensa del paciente</i>
<i>"Mira doctor... aquí s'ha de fer alguna cosa"</i>	
<i>"Y fue la mejor madre del mundo"</i>	<i>Historias de presencia familiar</i>
<i>"Ell era el seu nen... Cuidar cuando el sufrimiento es extremo."</i>	
<i>"Voliem que es seguissin les normes,..."</i>	
<i>"Familias..."</i>	
<i>"Una mujer marroquí..."</i>	<i>Narrativas sobre conexión emocional y cuidado</i>
<i>"Yo me muero de miedo"</i>	
<i>"Lo que hace es «estar» pendiente"</i>	
<i>"Cuánto tiempo puede durar esto"</i>	
<i>"Ella esperaba de mí que la salvara"</i>	<i>Narrativas de aprender la implicación con la familia</i>
<i>"Una relación normal"</i>	
<i>"Feeling..."</i>	
<i>"Una muerte no esperada"</i>	<i>Relato terapéutico</i>
<i>"Dos niños pequeñitos extranjeros ..."</i>	
<i>"Abandono y muerte de una paciente joven"</i>	
<i>"Tenía ganas de llorar...me identificaba muchísimo"</i>	
<i>"Supe salirme con la mía"</i>	<i>Narrativas de responsabilidad e identidad</i>
<i>"El se agarró a mí...yo luche mucho por ella"</i>	

Ilustración 8: Historias y función narrativa (Elaboración propia)

12. Lo que motiva el cuidado

Este tema me parece de especial interés porque lo que motiva el cuidado, en las enfermeras expertas, nos puede dar una valiosa información sobre aspectos relevantes, valores y principios morales que sustentan el desarrollo de buenas prácticas de cuidado.

Aunque me ha resultado difícil agrupar la variedad de *motivos que activan el cuidado* encontrados en las unidades de significado, después de varias revisiones he podido

distinguir dos componentes significativos: *Disposición a cuidar al otro*; y *daño y compasión*.

12.1. La disposición a cuidar del otro

La idea de *La disposición a cuidar del otro* aparece en los relatos tres y seis, en los que las enfermeras la describen como una predisposición a ser sensible al otro, como una actitud personal, como una capacidad *natural* que unos tienen y otros no:

(...) jo crec que les infermeres som cuidadores d'una forma intrínseca, la capacitat de cuidar es una actitud, es una predisposició, es una manera de ser, una manera de ser a la vida, que s'és o no s'és. Ho comprovo amb els meus fills, un és cuidador, té la capacitat de mirar a l'altre i pensar què necessita, es preocupa i espontàniament, li surt cuidar a l'altre..., l'altre no és així (R3).

"Penso que són coses innates en la forma de ser de la persona, no és només la part tècnica, són actituds que un té..." (R6).

Esta *disposición natural a cuidar* probablemente sea una de las razones que lleva a elegir una profesión como la enfermería. Pero a esta disposición hay que incorporar la explicación de Bourdieu sobre la ecuación *habitus, capital, campo* que produce prácticas. De forma que hay que entenderla como cualquier otra habilidad humana, con sus componentes personales y de aprendizaje, uno nace con un buen oído para la música o dotado con un buen toque de balón, pero para que llegue a ser músico o futbolista es necesario que las condiciones de *habitus, capital y campo* lo hagan posible. En esta idea de que no hay una naturaleza humana que determine a los individuos, considero que *la disposición a cuidar de otro* agrupa habilidades que tienen un carácter idiosincrásico y componentes de experiencia y encarnación de lo social.

Algunos cortes de los relatos de las enfermeras en el nivel más alto de competencia muestran de forma muy clara esta *disposición al cuidado del otro*. Por ejemplo en estos párrafos del relato uno (R1):

"Com sabeu ara estic fent atenció domiciliaria però hi ha dies que entro a la unitat per parlar amb les mares o per ajudar a les meves companyes en situacions de molta feina, aquell dia vaig entrar a la unitat perquè havia marxat la xxx a volar, i hi havia molta feina. La unitat de neonats de l'Hospital de....assumeix els trasllat en helicòpter de tots els nadons que neixen a Catalunya fora d'un hospital de nivell 3 i sempre hi ha una infermera de la unitat assignada per a sortir a volar

De prácticas y narrativas

si és necessari, però que quan marxa a volar no és reemplaçada per una altra, sinó que la seva feina s'ha d'assumir per part de la resta de l'equip... Hi havia el pare al davant, ho vaig preparar tot, em vaig presentar al pare i li vaig explicar el que li anava a fer al seu fill, em vaig apropar a la incubadora i llavors ell em va agafar pel braç amb força i em va apartar. Em vaig quedar molt parada però vaig pensar que com que no em coneixia potser pensava que jo no sabia com havia de tractar al seu fill. Llavors jo, tranquil·la i amb una expressió el més amable que vaig poder, me'l vaig mirar i li vaig dir: "tranquil que encara que no em coneguis gaire jo fa molt temps que treballo en aquesta unitat i sé perfectament com he de fer les coses" (R1).

Donde la enfermera explica una historia en la que podemos reconocer su *disposición al cuidado* como un hábito incorporado en su práctica cotidiana. Disposición que se puede apreciar en detalles como: el modo en que se presenta; el valor que da a ese acto, reconociendo y situando al investigador respecto a su persona y las características del entorno; la manera en que se presenta al padre de forma atenta y respetuosa, hablando enseguida de lo que le preocupa y obviando la desconfianza del padre que entiende relacionada con el hecho de no conocerla; y en la forma de tranquilizar al padre que denota una habilidad adquirida en el trato frecuente con padres de un bebe prematuro. Una disposición que es la unión entre predisposición y *habitus* incorporado, de una manera de ser y un *saber* en un campo, la UCI neonatal, que le permite tener ese sentido de *saliencia*¹¹⁴ que caracteriza al profesional experto.

En todos los grupos de experiencia es frecuente que *La disposición a cuidar del otro* se encuentre favorecida por las características del paciente. Características como pertenecer a una "familia unida" y "agradable" o la "edad joven" que activa "la lucha por la vida" que en el relato seis (R6) y ocho (R8) activa un pensamiento esperanzado y positivo que motiva el cuidado:

"(...), evidentment va estar amb la família fins el moment que se la van endur, durant hora i mitja o així, només deixen passar quatre persones però vam veure que era una família molt unida, hi havien el germans, molts nebots, molt unió no, i això crec que és important,..."(R8)

"(...) un señor joven,....Normalmente trabajamos con gente más mayor quizá por la edad, la implicación no tiene el mismo grado que con una persona joven,..." (R5)

¹¹⁴ Capacidad fuertemente intuitiva descrita por Dreyfus y Dreyfus, (1980).

De prácticas y narrativas

(...) jo veia una noia de 20 anys que se n'anava i va ser una implicació personal i professional... tenia 20 anys i no es podia morir... (R6)

(...) tenía 20 años y con 20 años hay que luchar siempre el cerebro es muy... no lo conocemos, es un gran desconocido, hay muchas cosas que sí sabemos pero hay cosas que no y lo rige todo, es el ordenador, es todo, memorias... y por ella luchamos, luchamos era un uno por cien, pues a luchar por ese uno por cien (R9)

“(...) Jo he estat tota l'estona amb ella intubada i sedada... quan vaig estar en ella amb baixa sedació l'últim dia, tenia l'instint o l'esperança de que se'n sortiria, o il·lusió digues com vulgues no... A part de les ganes que tenia de que se'n sortís però no se és la visió general de la senyora... la pacient ja no està xocada, estava a bon nivell hemodiàmic i a nivell respiratori, encara que li costa el destete,... suposo que després de totes les complicacions de la senyora me fa ràbia que tingué mala sort, ... bueno tothom se mereix sortir-se'n...” (R8)

Por otra parte, aunque la enfermera fundamenta sus opiniones en su *saber* sobre respuestas clínicas de la paciente, este pensamiento esperanzado que produce *ilusión* puede llevarla a no reconocer síntomas que indican el declive del paciente, lo que supondría un no cuidado. Reconozco los límites del relato en la imposibilidad de falsar (por falta de observación en la práctica) al carecer de elementos de contraste, sin embargo cabe señalar que dada la experiencia de estas enfermeras hay que suponerles un *sentido de saliencia* que les permite reconocer lo importante. Además, y atendiendo a la diferenciación entre *verdad narrativa*¹¹⁵ y *verdad histórica* (Spence, 1982), en este análisis la verdad que importa es la verdad narrativa porque es la que logra captar la experiencia personal de lo vivido, en este caso, por la enfermera. Y esta verdad narrativa hay que entenderla como una construcción o creación de la historia en el presente más que como una reconstrucción del pasado.

Por último, otro aspecto significativo, que se puede ver en los relatos cinco (R5) y diez (R10), es que *estar presente en momentos críticos del paciente*, como el ingreso o

¹¹⁵ Spence distingue la *verdad narrativa* de la *verdad histórica* y sostiene que la interpretación como búsqueda de sentidos y significados es “engañosa” porque siempre tiene éxito. Pero el objetivo en la verdad narrativa no es adecuarse a una realidad oculta, sino como narrativa a cerca de uno mismo el logro es la coherencia, la verdad narrativa está guiada por un sentido de convicción. Tal como la describe Spence: “la verdad narrativa se puede definir como el criterio que usamos para decidir si una determinada experiencia –que se recuerda durante una sesión de psicoanálisis– ha sido capturada a nuestra satisfacción; depende de la continuidad y el cierre, y en la medida en que el ajuste de las piezas se lleva a cabo con una finalidad estética. La verdad narrativa es lo que tenemos en mente cuando decimos que tal o cual es una buena historia, que una explicación dada conlleva convicción, que una solución a un misterio debe ser [must be] verdad. Una vez que una construcción dada ha adquirido el rango de verdad narrativa, se vuelve tan real como cualquier otro tipo de verdad, esta nueva realidad se convierte en una parte importante de la cura psicoanalítica” (1982:178).

cuando surgen complicaciones, genera un vínculo que favorece el compromiso y la involucración con pacientes y familias que constituyen una poderosa motivación del cuidado.

"(...) hay algo que con esta familia me impactó, quizás porque coincidió que yo lo ingresé, estaba yo cuando este chico ingresó, este señor ingresó, y también cuando por ejemplo murió, que acabó muriendo..." (R5).

"Y coincidió también que la noche que se murió también estaba yo, coincidió que yo la ingresé y que se murió también en mi turno,... fue un cúmulo de coincidencias. Entonces a mi me afectó..." (R10).

12.2. Compasión, sufrimiento y daño

La *compasión* ante el sufrimiento del paciente y el *daño sentido* son componentes emocionales que sobresalen en las historias de las enfermeras como activadores del cuidado.

La *compasión*, asociada a la humanidad, a la ternura o a la solidaridad ante el sufrimiento del otro está presente en todas las historias. Dice Nussbaum¹¹⁶ (2001) que las personas compasivas encuentran motivaciones para ayudar a otro por el que sienten compasión. Y en su estudio de la compasión la define como una emoción sentida ante el sufrimiento o desgracia ajena y se plantea su desarrollo cognitivo en tres niveles de experiencia: 1) la valoración que se hace del *grado del sufrimiento*, es decir se considera que el sufrimiento de la persona es intenso, grave y no trivial; 2) la *creencia de que no se lo merece*, el juicio sobre el que *no se lo ha buscado*; y 3) que la autora nombra como *juicio eudomonista*¹¹⁷, se refiere a la valoración dentro de los propios objetivos como un fin que merece la pena ser promovido.

Nussbaum hace también una diferenciación de esta capacidad humana (la compasión) con la empatía, y señala que la empatía es más fácil con las personas que nos son cercanas, lo que la convierte en un motivo moral en ocasiones poco fiable, mientras que la compasión forma parte de las emociones y juicios que se establecen en la idea del sí

¹¹⁶ "I have claimed that, other things being equal, the compassionate person will acquire motivations to help the person for whom she has compassion", (Nussbaum 2001, p. 342).

¹¹⁷ El Término aristotélico es EUDAIMONIA: que pone la felicidad humana como virtud, como bien supremo del hombre y centro de las preocupaciones éticas.

<http://www.e-torredabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiagriega/Aristoteles/Felicidad.htm>

De prácticas y narrativas

mismo, constituido por el contexto y el modo en que se evalúa y se compromete con él. En esta explicación la autora entiende que reconocer la propia vulnerabilidad es un elemento importante de acercamiento a la experiencia del otro y un camino para evitar la omnipotencia.

Y esta compasión por un paciente con el que establecen una conexión emocional las enfermeras la conectan con un *daño sentido*. Como un sufrimiento moral equivalente a la pena y, también, como un sufrimiento físico equivalente al dolor. Un daño sentido que relacionan con otra acepción de la palabra daño, que lo define¹¹⁸ como efecto de dañar y tiene como sinónimos¹¹⁹: dolor, mal, perjuicio o herida que se ocasiona, y lo entienden de acuerdo con la ética de Aristóteles que distingue entre daños involuntarios y excusables y daños voluntarios e inexcusables, y explica cómo las acciones humanas son percibidas en relación a sus intenciones.

Una *Compasión* y *daño sentido* que, según las definiciones expuestas, se constituye en elementos esenciales para el cuidado y que podemos identificar en las palabras que describen la angustia y extrema tristeza que las enfermeras perciben en la familia:

“(...) el padre muy angustiado muy nervioso... me dijo es mi hija” (R9).

“(...) sabia que casi sempre tenien molta por, (R1).

“Como esa familia entendía..., ya no le hacen nada... ahí la dejan como morirse, ¿no? ...” (R11).

“(...) pobrecita, tenía un montón de hijos más...” (R2 H5).

“(...) una senyora gran dons trista i es ficava a l'altre costat i li agafa la mà d'esquena perquè no veiés que realment estava plorant... (R8).

“El hijo bloqueado, vale, allí llorando pero sin expresar nada, la mujer sí, deshecha...” (R5).

“(...) estaban todos, le cogieron la mano, la acariciaban...” (R11).

O en un ser desvalido o asustado:

“(...) dos niños pequeñitos extranjeros... llorando, asustados...” (R4H1).

¹¹⁸ En el diccionario de la Real academia española en su vigésima segunda edición.

¹¹⁹ Estos sentidos del término pueden encontrarse en el diccionario de sinónimos WordReference.com

De prácticas y narrativas

“(...) imaginat una dona gran que s’està ofegant i que no entén res del que li fem...” (R7).

“(...) Este pobre estaba así, me daba mucha pena, ..., quedó como un esqueleto, pobre crío...” (R2H5).

O en el declive de un paciente joven:

“(...) Me dolía que en lugar de ir a mejor, este chico iba a peor...” (R5).

Y en otras que cuentan cómo actúan para mitigar el sufrimiento:

(...) i tot això jo ho cuidava i de seguida això es reconduïa, aconseguia que acceptessin als seus fills com eren i es vincuessin amb ells adequadament, amb amor... (R1).

(...) te les adelantas, entonces ellos se sienten como comprendidos (R2H3).

(...) que no está solo que haya algo conocido, aunque sea una voz (R9).

O en la preocupación por aliviar en el paciente el daño que causan algunas medidas:

(...) tienes que contarles, todo el día estamos agrediéndoles, ...les tocamos cuando no lo esperan, que susto, ... (R9).

(...) “si no quitamos esto, vamos a hacer que esto este peor y entonces si esto está peor cuando necesites la mascarilla no la podemos volver a poner de verdad, ahora tenemos que descansar... pues un poco también le quitas importancia pues _claro lleva tantas horas” (R2H2).

O por un sufrimiento extremo que se valora sinsentido, como ocurre en la historia *“En defensa de un ser humano”*:

(...) estoy aquí 4 horas en contacto con esta persona, sufriendo de verla (R2H4).

Que ocasiona a la enfermera un *daño sentido* que le aporta una fuerza de asertividad, un enfado “justificado” y un posicionamiento firme en defensa del paciente:

(...) Yo me planteé ahí, que eso me lo he planteado muchas veces en mi vida, cuidar a un paciente y pensar _bueno, soy una mano ejecutora... Entonces un día me harté de estar allí dentro... (R2H4).

(...) i a lo millor pobre home té 80 anys i una neo terminal...i tu penses què volen? ... ens sentim una mica “enrabiades” en aquest tema... (R7H4).

De prácticas y narrativas

En este *daño sentido* se entiende por qué las enfermeras unen su confort emocional con el confort del paciente. Este fenómeno, descrito por Benner, Hooper-Kyriakidis, Stannard D (1999), es un desafío de moral y ética relacional porque, tal como señalan las autoras, las enfermeras ofrecen medidas de confort en medio de procedimientos dolorosos y se defienden y defienden al paciente contra el sufrimiento innecesario¹²⁰.

Esta necesidad de *confortar para sentirse confortado* de un *daño sentido*, puede explicar porqué las enfermeras se sienten tan gratificadas con el agradecimiento, y ser, en sí misma, un elemento motivador del cuidado.

Sin embargo, el *daño sentido* en el estrecho contacto emocional con los pacientes puede ser vivido también como una carga excesiva y llevar a las enfermeras a poner temporalmente un distanciamiento físico:

(...), hay pacientes que agotan y es bueno cambiar..., te absorben.... Respirar hondo, intentar ver el porque, intentar hablarlo, parece que te absorben tu energía para salir ellos y te carga, te cuesta... (R9)

"(...) La verdad es que llevar siempre una misma persona, a veces cansa y a veces necesitamos cambiar de personas..., una temporada sin llevar y luego retomas el cuidado de otra visión..." (R 10).

Esta expresión "*retomar el cuidado desde otra visión*" la he oído otras veces y puede ser una forma de *cultura compartida* de las enfermeras para aligerar el vínculo con el paciente y reducir el *daño sentido*.

También la crítica y el descontento de la familia puede propiciar el alejamiento y distancia, como ocurre en una pequeña historia del relato nueve R9, en la que se puede apreciar la frustración de no ser capaz de transmitir a la familia su dedicación, y, quizás, un alejamiento para evitar la conexión con el sufrimiento de la familia:

(...) luchamos mucho por esa chica y la familia nos criticó, ella no salió muy bien, ella quedó en silla de ruedas, y la familia nos criticó,... nosotros estamos orgullosos de lo que hicimos, el bebé está bien y ella era también lo que nos hacía luchar más....No podías hacer nada, al final huyes, porque por mucho que les

¹²⁰ La prevención del sufrimiento innecesario causado por el sobretratamiento se la conoce como *Prevención cuaternaria* en referencia a las acciones que se toman para evitarlo, su máxima es *primum non nocere*. Aunque la mayor parte de sus acciones están dirigidas hacia la prevención del sobrediagnóstico y sobremedicación en la atención primaria dentro de sus actividades está también el evitar el intervencionismo tecnológico en el sistema sanitario. La *prevención cuaternaria* lleva a la prestación de cuidados en ambientes más cercanos, con menos tecnología, es decir cuidados necesarios con la menor intervención posible, (Gérvás, 2006).

digas, es una continua queja y lo más fácil es culparte a ti. La familia..., no se fiaron de nosotros,...” (R9)

Por su parte, Daniela Riboli (2009) habla de *estar ahí en contacto con el mal del otro sin hacerse daño*.

13. El saber incorporado, un capital en beneficio del paciente, familia y la identidad enfermera

En alguno de los apartados anteriores ya se apunta el *saber* como una *aprehensión* de la realidad; como un *capital* incorporado por experiencias previas, que actúa desde la incertidumbre y que, como *praxis* (narrada), se manifiesta en errores, satisfacciones, certezas, creencias y opiniones compartidas que conforman un modo de ser y actuar. Es este un *saber* que hace posible ver lo que importa y se constituye en catalizador del cuidado. Esta idea está en sintonía con la consideración de Benner (1984), en su estudio del tránsito de novel a experta, de que el novel *ni siquiera ve que no ve*. Por lo que es razonable pensar que la *capacidad de ver* de la que nos habla esta autora es imprescindible para la práctica del cuidado. Capacidad perceptiva que se muestra en las historias de las enfermeras que se distinguen por su experiencia y que cuentan, en la mayor parte de sus prácticas, con ese *sentido de saliencia* (Benner; Tanner y Chesla (1996); Dreyfus y Dreyfus, (1980)), de percibir lo que es importante en un momento dado para el paciente y familia o en las relaciones con el equipo.

El tema que abordaré en este apartado es cómo *es* el *saber incorporado* que les permite a las enfermeras ver lo que es importante para la práctica del cuidado. Y, para ello, lo he estructurado en dos sub-apartados que se corresponden con los componentes del saber incorporado: *Conciencia/intuición y juicio* y *Saber cómo...la sustancia de lo cotidiano*, que se distinguen en el análisis de las categorías.

El nexo entre ambos sub-apartados es la ética y estética de las relaciones que, como se puede apreciar en sus relatos, gobiernan los juicios y acciones de las enfermeras. Son conceptos que describen las relaciones que narran las enfermeras, porque en ellas se reconoce una forma ética de ser en lo cotidiano, y una forma estética de actuar que se

De prácticas y narrativas

desenvuelve con la armonía y el sentido propios de la belleza y nos permite apreciar cosas que son difíciles de expresar (Siles y Solano¹²¹, 2011).

Este estudio de *los saberes* no se realiza directamente desde el *conocimiento en acción* señalado por Schön (1998), sino que se lleva a cabo desde su narrativa¹²² (lo que Schön llama reflexión sobre la reflexión en la acción). Esta es una aclaración que creo necesaria porque, tal como señala Bourdieu, la principal fuente de conocimiento práctico no es la narrativa sino *la reflexión en la acción* que es lo que permite jugar el juego en la urgencia del juego en una suerte de experimentación *in situ*. El autor en su libro sobre "*El sentido práctico*" dice:

"Pasar del esquema práctico al esquema teórico después de la batalla, del sentido práctico al modelo teórico, (...) es dejar escapar todo aquello que hace a la realidad temporal que se está haciendo" (1991:130).

Lo que aquí se explora es el *conocimiento narrativo*, identificando los temas que permitan vincular el planteamiento de Bourdieu sobre cómo los agentes describen el *saber* cómo capital con el que entran en juego, con los aspectos del juicio clínico y dominios de la práctica de las enfermeras expertas en UCI descritos por Benner, Hooper-Kyriakidis and Stannard (1999). De forma que nos permita reconocer nociones de *buena* práctica. En palabras de Benner:

"Public storytelling is recommended as a way to explore notions of the good and ethical concerns" (1991:1).

¹²¹ Tal como explican Siles y Solano haciendo referencia a Gadamer (1996) "*el conocimiento estético de los cuidados supera en inmediatez al potencial de comunicación de la hermenéuticaLa estética de los cuidados se ocupa de la parte del conocimiento común (sensible) que deviene de la práctica de los cuidados y que está muy relacionado con las capacidades perceptivas integradas en los cinco sentidos del ser humano*"(2011:8)

¹²² Asumo la llamada a la prudencia que hace Rodríguez en su trabajo "*Del sujeto y la verdad*" sobre el intento de reconstruir narrativamente el saber práctico: (...) *No se trata de poner en cuestión de manera escéptica, el carácter absoluto o no del saber logrado mediante la reflexión de las propias vivencias, sino de discutir la capacidad de la reflexión para recoger el sentido de la experiencia vital tal y como es vivida por el sujeto histórico. No es la validez universal del conocimiento logrado mediante la reflexión sino su originariedad, su posibilidad de ser la noticia primera y válida que la vida fáctica tiene de sí misma lo que resulta cuestionado. (...) La conversión de una vivencia espontáneamente vivida en una vivencia mirada, resultado de la vuelta reflexiva sobre sí, supone una alteración en el modo de ser de la vivencia que no la deja en absoluto incólume, pues tanto la posición del yo ante ella, de la que se distancia como observador, como el estatuto de la propia vivencia, que pasa ahora a ser objeto, cambian radicalmente respecto del modo como en el interior de la vivencia no reflexiva ambos se daban*" (Rodríguez García, 2004).

De prácticas y narrativas

También merece especial atención el saber como *capital simbólico* (*poder simbólico* o *capital denegado*, reconocido como legítimo por quien lo posee), porque es al que de continuo las enfermeras hacen referencia en sus relaciones con los otros.

Un matiz diferencial que reconozco, sobre todo en relatos de enfermeras muy expertas, es que la lucha por el poder sólo la ven necesaria cuando se trata de defender al paciente. Y aspiran a un poder que no es sinónimo de dominio, ni se manifiesta en violencia, por el contrario, pretenden una autoridad compartida, que no siempre consiguen, que redunde en beneficio del paciente. Es una forma de *empoderarse* y entender el poder, que puede interpretarse desde los planteamientos del *feminismo de la diferencia* y del *feminismo posestructuralista*.

Los colectivos y mujeres defensoras del *feminismo de la diferencia*¹²³ proponen la configuración de nuevas identidades (subjetividades) en torno a la diferencia sexual (categoría que no tiene reconocimiento en el orden existente), y parten de una práctica vivida de un modo tácito por muchas mujeres: la experiencia de inadecuación, de malestar con un sistema androcéntrico, es decir, con un sistema hecho a partir de la experiencia de los varones (Mayobre, 2004). Con estas ideas ponen en cuestión el poder como “dominio”¹²⁴ porque es el que ha permitido transformar las diferencias en desigualdades, y aboga por una *ética del poder* desde la que se postula un nuevo orden simbólico con valores alternativos que expresen otras formas de conocimiento o el “agenciamiento” de nuevas subjetividades femeninas a la hora de combatir la dimensión simbólica de la dominación masculina (Braidotti, 2004). La práctica de las relaciones que postulan es una práctica basada en los deseos y en los recursos personales, que se apoya en la responsabilidad personal y en la competencia para pensar y juzgar de las personas. En el centro de esta *praxis* ponen la autoridad en oposición al poder, porque, mientras este se

¹²³ El *feminismo de la diferencia* nace a mediados de los años 70 en Estados Unidos y Francia. Y entiende las relaciones hombre-mujer no en clave de lucha, ni de interés, sino de diferencias en la representación simbólica y el modo de dar significado a las cosas, diferencias en el modo de sentir, percibir o intuir por el hecho de *ser* hombre o mujer. Asumir la diferencia (que no la desigualdad) lleva a la pluralidad, mientras que asumir la igualdad, significa alienarse junto al modelo dominante (androcéntrico) y el pensamiento único. Mujeres exponentes de este movimiento son las psicoanalistas francesas Luce Irigaray, Luisa Muraro, la librería de mujeres de Milan y el colectivo filosófico Diótima. Este colectivo de la Universidad de Verona pretenden crear -parodiando el título de la obra de Virginia Woolf: *Una habitación propia*- un pensamiento propio, una representación simbólica de la realidad que responda al modo de ser, de pensar y de sentir las mujeres. En España la feminista de la diferencia más relevante es Victoria Sendón de León aunque hoy aboga por lo que llama “feminismo holístico”

¹²⁴ En el artículo “Qué es el feminismo de la diferencia” por Victoria Sendon
http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/purificacion_mayobreis/feminmo.pdf

limita a reproducir códigos y normas existentes, la autoridad es relacional sostenida en una capacidad de mediación y de hacer crecer (Mayobre, 2004).

Pero, el *feminismo posestructuralista* plantea el serio inconveniente de que la mistificación de la tradición y de la diferencia femenina impide remontar los roles con que las comunidades definen las identidades de sus miembros, (Jiménez¹²⁵, 2004). Y Judith Butler¹²⁶ afirma que el sexo y la sexualidad, lejos de ser algo natural, son como el género, algo construido. En este pensamiento todo cuerpo es cultural y guarda las inscripciones narrativas de la historia a la que pertenece, y es por ello que se puede afirmar que la identidad es construida dentro de una cultura. Este modo de entender la identidad explica el poder como una construcción del individuo:

“El poder actúa sobre el sujeto por lo menos de dos formas: en primer lugar, como aquello que lo hace posible, la condición de su posibilidad y la ocasión de su formación, y, en segundo lugar como aquello que es adoptado y reiterado en la «propia» actuación del sujeto” (1997:24-25).

Desde esta visión el poder no es inequívoco, por el contrario, el mismo poder que engendra el conflicto también trasmite las contradicciones para superarlo. Tal como explica Féminas (2003) el pensamiento de Butler, cuando el sujeto se torna resistencia, se constituye en agencia, (término que subraya la capacidad de acción de los individuos), implicada en las relaciones del poder con el que rivaliza. Esta visión desafía el concepto de que el sujeto esté ligado a las condiciones del poder social que le son impuestas. Para Butler, en la línea del pensamiento de Foucault, el poder en una de sus facetas es formativo o productivo¹²⁷, y es esta producción (como saber) la que permite articular otras formas de relación.

¹²⁵ Jimenez Perona apoyándose en citas a Butler, plantea la necesidad de diluir el falso dilema entre igualdad y diferencia, y aboga por mantener la igualdad como principio abierto e indeterminado, como condición de libertad y como capacidad para tejer interactivamente, y en un contexto, el propio yo. Trabajo presentado en las Jornadas sobre políticas feministas (2004) En http://riff-raff.unizar.es/files/politicas_feministas.pdf

¹²⁶ Judith Butler, filósofa considerada como la representante de la vanguardia feminista, sin embargo ella misma no se considera feminista sino postfeminista en una etapa postmoderna. Para ella el modelo del feminismo va de la mano de la ilustración que ha entrado en crisis, no solo por ser un proyecto inacabado, sino irrealizable. De Foucault toma la idea de: *“que no hay dos elementos que puedan distinguirse: el sexo como lo biológico y el género como lo construido. Lo único que hay son cuerpos que ya están construidos culturalmente”* (Femenias, 2003. En <http://www.comadresfeministas.com/>).

¹²⁷ Prado lo explica así: *“Butler constituye la prometedora posibilidad de un tercera vía. Nos referimos al conocido como feminismo de la igualdad, ilustrado o humanista (inspirado en la obra de Simone de Beauvoir y que todavía mantiene los principales presupuestos ontológicos y epistemológicos de la filosofía moderna) y a su falso opuesto, el denominado feminismo de la diferencia sexual (fundamentalmente francés e italiano). ...falsa oposición o dilema porque comparten mucho más de lo que pudiera parecer*

Son dos diferentes formas de entender el poder: la “femenina” del *feminismo de la diferencia* y en la “formativa o productiva” del *feminismo posestructuralista*, que se pueden reconocer en algunos relatos de las enfermeras.

13.1. Conciencia, intuición y juicio

Este tema trata sobre cómo las enfermeras interpretan y construyen en sus relatos la situación y problemas del paciente/familia.

*Conciencia*¹²⁸ debe entenderse en este estudio como un *modo de saber* sinónimo de consciencia, conocimiento, de reflexión para sí mismo o entendimiento enfocado a este fin¹²⁹, y con la dimensión ética/moral de esta palabra que implica estar tranquilo “con lo que uno hace” en este caso “con lo que uno ve”. Este aspecto ético de la atención se relaciona también con la conexión emocional descrita por Benner y col. (1996; 1999) como *estar a tono con la situación* y que explica la relación entre emoción, contexto y juicio.

En la valoración que las enfermeras hacen de pacientes y familias, a la conciencia se le suma la *intuición* tal y como es descrita por Claxton (2002): “*una forma de saber*” con componentes de pericia, de aprendizaje implícito, sensibilidad, creatividad y cavilación. Y que Damasio¹³⁰ (1994) describe como el “pegamento” que cohesiona nuestro intelecto consciente con nuestras acciones inteligentes. Ambas, *conciencia* e *intuición*, se configuran en los relatos como componentes del *juicio* con el que las enfermeras buscan leer e interpretar *aquello* que ven.

Conciencia, intuición y juicio responden a categorías que se repiten en todos los relatos y que se configuran como temas por derecho propio. Son las unidades temáticas (categorías) más numerosas dentro de la agrupación *saber incorporado*. Y los temas que

...ambas consisten en la absolutización de uno de los dos polos de la no cuestionada oposición binaria Identidad-Diferencia ...(humanista en un caso, biologicista en el otro)según un modelo jurídico opresor-oprimido que se niega a reconocer la faceta positiva o productiva del poder en todo su alcance” (Prado, 2004: 79)

¹²⁸ Estas dos entradas de la palabra *conciencia* han sido extraídas del diccionario de sinónimos WordReference.com.

¹²⁹ No en el sentido de los fines últimos de una acción con sus tensiones y pulsiones en sentido libidinal aunque soy consciente de la influencia de este aspecto en la acción misma de contar. Serrano haciendo alusión a Bourdieu explica así este sentido libidinal al que me refiero “*En sentido amplio el individuo no puede desprenderse de sus intereses, en un ser interesado en sí y en los otros, en lo imaginario y en lo simbólico. El sujeto no puede desprenderse del interés de su imaginación, de lo simbólico o de la actuación política y estética, ya que se encuentra en todos estos registros*” 2007:131

¹³⁰ Citado en Claxton (2002: 56)

sobresalen tratan sobre cómo las enfermeras *conocen al paciente, a la familia y a los compañeros del equipo*, y cómo utilizan este conocimiento para adaptar normas y decisiones en beneficio del paciente, de la familia y de la relación entre ellos.

13.1.1. ¿Qué significan conocer al paciente y conocer a la familia?

Las enfermeras en sus relatos muestran que *conocen al paciente* como respuesta clínica y emocional al problema de salud que vive, y conocen al paciente y familia como personas.

Esta forma de conocer tiene mucho que ver con lo descrito por Jenks (1993) y Tanner, Benner, Chesla, and Gordon (1993). Las enfermeras describen con gran riqueza de detalles quiénes son los pacientes, su edad, qué les ha sucedido, teniendo en cuenta los patrones de respuesta habitual y lo que ven e interpretan de los pacientes y sus familias, y cuáles son sus intereses, preocupaciones o deseos. Cuentan cómo este conocimiento les permite reconocer lo que sucede, anticiparse a riesgos y confían en este conocimiento para entablar relaciones con los pacientes que permitan calmar los miedos del momento y favorecer su evolución, o anticiparse y adaptar el cuidado en las transiciones a cuidados paliativos.

Este conocimiento tan rico en detalles está presente en todos los relatos, por ejemplo en la historia “*Ell era el seu nen...*” del comienzo del relato tres (R3):

“Era un noi jove que va tenir un accident molt greu, amb un traumatisme cranial i medul·lar. Era un noi que va arribar massa tard per poder aplicar, jo crec, de forma adequada, tot el cuidatge per tal d’evitar lesions medul·lars residuals... El noi va arribar acompanyat de tres persones: els pares, era fill únic, i també va venir la núvia, que era una noia molt fàcil de tracte, molt extrovertida, molt propensa a expressar els sentiments, la seva forma de veure les coses, etc. Tenia una facilitat de paraula molt important. En el relat de la seva relació amb el noi, ella ja manifestava la seva il·lusió perquè anaven a casar-se en uns pocs mesos. Ella sempre manté la il·lusió i l’esperança de que realment els seus projectes de vida es complirien. L’altre personatge important era la mare, que era una persona més silenciosa que la núvia, era una persona jo crec, molt reflexiva però amb una capacitat de cuidar molt gran. Ell era el seu nen, era la persona que havia cuidat tota la vida, que en aquells moments la necessitava més que mai...” (R3).

Conocer la respuesta clínica y emocional del paciente es fundamental para el juicio y la práctica que utiliza la respuesta del paciente para anticipar y prevenir riesgos. En la

De prácticas y narrativas

historia “*Cuanto tiempo puede durar esto*” del relato cuatro (R4), la enfermera señala de forma sensible los aspectos que más le preocupan del paciente, la inmovilidad y las dificultades en la comunicación, e identifica como una prioridad del cuidado la necesidad de dedicarle tiempo para que pueda comunicarse:

(...) es un Sr joven de 58 a que ingresó hace 4 días por una parálisis, no se sabía muy bien el origen y parece que era un síndrome de Guillen Barre. Es un Sr que estuvo los dos primeros días consciente y después hubo que intubarlo porque no respiraba el solo y ahora mismo está intubado, está despierto con muy poquita sedación y es un Sr que te da más trabajo no la parte física sino la psicológica porque es un Sr que intenta expresarse de muchas maneras, es muy difícil entenderlo porque tiene parálisis facial, conserva movilidad de las manos pero bastante disminuida y es muy difícil comunicarse. Intentas estar por el pero es difícil entenderle y son de estos enfermos que requieren mucho rato pasar a su lado, no en el hecho de hacerle las técnicas que al fin y al cabo son las mismas que en otro enfermo sino porque está despierto, está angustiado, quiere hablar, comunicarse y muchos impedimentos para comunicarse. Me preocupa sobre todo por el enfermo, el que no se pueda comunicar, cuesta entenderle” (R4 H2).

La intuición, entendida como certeza sin evidencia explícita, es un saber clave a la hora de conocer e interpretar patrones de respuesta para elaborar modos de interrelación que respondan a las necesidades del momento y prevenir riesgos. Este saber, tal como vemos en la historia “*El descuido de un bebe prematuro*”, se muestra crítico para fomentar el vínculo afectivo en padres de bebés prematuros, a los que la culpa, el miedo y el sufrimiento les hace difícil afrontar la situación:

“(...) sabia que en aquell moment jo no tenia cap autoritat sobre aquell pare, en el sentit que ell no em coneixia i no tenia la confiança suficient en mi.... Estava molt enfadat, es volia enganxar amb mi, per això no el vaig tocar, cosa que faig molt habitualment quan parlo amb els pares, sobretot a nivell de contenir emocions, però jo veia que si l’hagués tocat per a ell hauria estat una agressió, i per això no ho vaig fer... Llavors la mare va dir: clar és que el Joan li ha pres la salut al seu germà. I el pare va repetir:” sí, li ha pres la salut a aquest pobre”. I em va mirar amb una mirada que em va recordar molt a uns pares que teníem d’un nadó amb una malformació que els pares volien que es desconnectés. Era una mirada de desconfiança, d’odi, de por, una cosa terrible, estava amb el nen al braç però amb una actitud molt negativa... el pare va dir: “que li passa ara?” I jo li vaig respondre: “doncs passa que estava molt bé amb tu i ara s’ha enfadat perquè vol estar amb tu”. Es va quedar absolutament desarmat i em va mirar amb uns ulls que no tenien res a veure amb els que em miraven abans. Vaig pensar que llavors

De prácticas y narrativas

ja tenia l'autoritat per a poder parlar amb ells, sabia que ja podrien confiar en tot allò que jo els digués a partir d'aquell moment." (R1).

Vemos en estos cortes la *sensibilidad y conexión emocional* de la enfermera cuando es capaz de entender que el rechazo del padre tiene su origen en el sufrimiento y en la desconfianza de no conocerla. Vemos también las *distinciones cualitativas* que realiza y *el juicio* que demuestra cuando se plantea cómo ayudar al padre en esta situación, cuándo es oportuno tocar o no tocar al padre, y la importancia de entablar la relación situándole en todo momento respecto a su actuación. Una *intuición* que se revela cuando interpreta el cambio en la mirada del padre y usa el imperfecto "sabía" como una prueba de su capacidad de anticipar. Se deja llevar por su *intuición* para relacionarlo con experiencias previas y detectar la distorsión de los pensamientos de los padres hacia sus bebés, y reconoce los riesgos que estos pensamientos entrañan para los bebés. En las respuestas de los padres sabe apreciar el nivel de influencia y la autoridad que le reconocen, y cómo utilizarlos en beneficio del aprendizaje de los padres a relacionarse con los bebés.

Conocer a los pacientes, involucrarse con ellos en descubrir lo que tienen, y responder a lo que les preocupa y necesitan, lo relacionan las enfermeras con una intuición y un saber adquiridos con la experiencia. En la narración del relato seis (R6) la enfermera muestra esta *conciencia reflexiva*, su modo de conocer, las distinciones cualitativas y la importancia que atribuye al *saber* en la curación:

"Al principi de la meva professió era intuïció i amb els anys és intuïció, vivències, i l'experiència de molts anys de viure moltes situacions. ... per exemple quan un malalt està agitat, tu no pots prejutjar que està agitat per la seva biografia, però tu pots esbrinar què fa que aquella persona estigui agitada, a part de la medicació; crec que això és el que més costa a la nostra professió, el fet de no saber com actuar davant d'aquestes situacions, no jutjar a les persones, és que aquest és tal... per això està agitat. No, si un malalt està a l'UCI i està agitat és perquè alguna cosa està passant sigui personal, pel problema de salut, per la medicació que no l'han ajustat bé, o pel que sigui, el que no pots fer és haloperidol i au!... perquè així no es pot curar la gent, i normalment quan detectes alguna cosa, al final és una evidència, vol dir que allò està condicionant la curació de la persona..." (R6).

Conocer al paciente y a la familia como personas es esencial porque hace posible que los cuidados atiendan a lo que necesitan. Tal como vemos en la historia "*Una mujer marroquí...*" del relato (R7), *conocer como persona a la paciente* le permite a la enfermera reconocer su vulnerabilidad, protegerla del desconocimiento del idioma y diferencia

De prácticas y narrativas

cultural, preservar su intimidad y actuar, saltándose las normas de presencia familiar, en beneficio de la relación paciente-familia-enfermera:

“(...) bé, primer va entrar un rato la nora, era una noia joveneta, molt agradable, i vam notar que amb ella s’entenia molt bé. I vam decidir, tot i que estava fora de les normes, deixar estar a la nora tota l’estona amb ella, i que ens fes d’intermediària...” (R7 H1).

La relación con la familia juega un papel clave en el *conocimiento del paciente como persona*. Tal como vemos en el relato cuatro (R4) donde la enfermera cuenta cómo utiliza a la familia para conocer hábitos de vida del paciente y adaptar la atención desde ellos:

“(...) yo normalmente les pregunto si viene la familia a verle, si están con él: siempre hay algún caso que no tiene familia o les visitan poco, y luego como era antes, si llevaba una vida normal, trabajando, sus hábitos normales, si le gusta la radio. Cuando empiezan a comer que hábitos tienen de comer, porque muchas veces te dicen dieta cardioprotectora, pero bueno a ver que le gusta o que no le gusta porque a veces le traen una dieta que puede tomar, pero a veces hay una cosa que le gusta más y también la puede tomar. Si era una persona que dormía mucho o a veces dices es que no duerme nada y ya no dormía mucho por la noche, no nos podemos emperrar en que duerma ocho horas si igual en su casa dormía cuatro, entonces saber un poco cuáles eran sus hábitos antes de ingresar...” (R4).

En otras ocasiones *conocer a la familia* es importante para ayudarla en las transiciones de manera que puedan asumir la situación del paciente. En la historia “*Ell era el seu nen...*” del relato tres (R3) podemos ver la dedicación y la estrategia de la enfermera para que la madre asuma la situación de su hijo:

“(...) des de el principi vaig tenir la percepció probablement, dir segurament, que el noi requeria tenir a prop la mare i la noia, que era important per a ell i també per a la família, però que per a ell també era important... veure tota l’evolució que va fer la mare amb el reaprenentatge del cuidado... com a mida que van anar passant els dies, veure com anava retrobant al seu fill...” (R3).

O en el relato once (R11), donde *conocer a la familia* le permite a la enfermera facilitarles la toma de decisiones:

“(...) Depende de cada familia, la verdad es que ellos buscaban que alguien les apoyase en su decisión, que alguien viese a su hija como ellos la veían y creo que eso lo encontraron en mí,...” (R11).

De prácticas y narrativas

Y cuando no tienen ocasión de conocer a la familia, las enfermeras expresan frustración, incertidumbre y un sentimiento de pérdida.

"(...) no he tenido contacto, es una cosa que hemos perdido porque hace unos años si entraban las familias..., entonces tenía más relación con ellos y cuando llevan muchos días estas más con ellos y los conoces mas... (R4).

(...) i jo els coneixia poc... em va quedar la sensació de que no els havíem consolat prou... (R7).

En todo caso, en muchas de sus historias las enfermeras dan cuenta de que *conocer al paciente y familia* es fundamental en las decisiones que toman. Y es esencial para prevenir riesgos y adaptar las respuestas a las necesidades de pacientes y familias, y contribuye a que la enfermera se reconozca en su identidad profesional.

13.1.2. ¿Qué significa conocer al equipo?

El *conocimiento de los miembros del equipo y la relación con ellos* es un capital que utilizan las enfermeras expertas para organizar y asegurar las prácticas de cuidado.

Las enfermeras expertas a la hora de establecer las prioridades del cuidado tienen en cuenta el nivel de competencia de las compañeras y el riesgo y gravedad de los pacientes.

En el relato seis (R6) la enfermera pone varios ejemplos de cómo reorganiza la asignación de pacientes y asume la responsabilidad de su cuidado cuando ve que están agitados o cuando se les va a retirar el tubo de respiración asistida. Da muestras de ser consciente de la tranquilidad que aporta a la compañera con menos experiencia y el beneficio para el paciente (menos riesgo y posibilidades de éxito) que supone contar con una enfermera con experiencia. Además en este relato vemos también el interés en conocer a sus colegas y la capacidad de reconocer los límites de su competencia. Un conocimiento que *sólo* utiliza en beneficio del paciente, del profesional con menos experiencia y, supongo, de su propia tranquilidad:

"Quan a la unitat un malalt es descentra o s'agita sempre l'agafo jo, pels anys d'experiència i perquè tinc capacitat de tranquil·litzar-los.... Faig que els meus companys agafin els malalts que em corresponen que necessiten menys atenció i aplico llei de prioritats... delego amb el meus companys, ells sempre m'han ajudat,... si el procés de la retirada de la ventilació es fa correctament això és un

De prácticas y narrativas

èxit per al malalt i per al professional, perquè s'eviten dies d'ingrés, seqüeles per al malalt; per mi és molt important fer-ho ben fet... Jo treballo amb moltes persones joves i tu veus els que arribaran a tenir aquesta intel·ligència intuïtiva,... ja els veus com s'amoïnen, com es preocupen pel malalt, si li està passant alguna cosa, em comentem no sé el que li està passant a aquest malalt, però alguna cosa passa, molt bé doncs anem a veure el que li està passant (R6).

Algo que también destaca en las enfermeras expertas, que considero una muestra del alto bagaje y desarrollo moral adquirido, es el compromiso que asumen en el aprendizaje de enfermeras nóveles. En el mismo relato (R6) podemos ver cómo la enfermera reconoce la falta de cuidado de una enfermera novel, que etiqueta a una paciente como "histérica" y la confronta con una ocurrencia que la hace reflexionar, y es consciente que esta confrontación le puede servir como experiencia. Una actuación que no busca nada más que prevenir el abuso que implica el etiquetaje de los pacientes por parte de los nóveles y contribuir a que ganen experiencia:

"(...) estic trobant gent jove que jutgen directament: aquest és un "sidós"... un exemple de fa 48 hores, una infermera que va acabar el curs passat em dona el canvi de torn d'una malalta de 18 anys i em diu que és una "histèrica", i li contesto que a una histèrica no l'ingressen en una UCI, aquesta persona està ingressada per una pneumònia, aquella mateixa nit la malalta va acabar intubada. L'endemà aquesta infermera em va dir "¿sabes? nadie me havia dicho una cosa así, ahora cuando la he visto me he quedado muerta, esto me lo tengo que trabajar". A aquesta infermera segurament aquest fet li servirà d'experiència..." (R6).

Las enfermeras expertas muestran en sus relatos que tienen un conocimiento del equipo que les permite distinguir las etiquetas y prejuicios incorporados que pueden condicionar su práctica. Un conocimiento que utilizan para valorar la situación y elaborar una estrategia para organizar la relación equipo-familia en beneficio del paciente.

En la historia "Y fue la mejor madre del mundo" del relato (R2) se cuenta una historia en la que la enfermera *sabe* por experiencia los prejuicios que pueden tener los miembros del equipo (enfermeras y médicos) ante una familia de etnia gitana, habla con el médico responsable, cuenta los motivos a sus compañeros y organiza toda la relación para que no haya problemas en que la madre pueda estar con su hijo para favorecer su recuperación:

"(...) Hablé con el Dr..., que es el que llevaba la unidad, - este caso sí que lo consulté con más gente por la historia de que eran gitanos, es un problema, igual

De prácticas y narrativas

dejo entrar a la madre y entran 30, en una unidad en la que todo el mundo ve _entran 30 y a mí no me dejan entrar_ era un problema. _... le dije _ que te parece a mí me ha dado la sensación de que esta chica se va a portar bien y va a respetar las normas porque va a ver como una gran cosa que la dejemos_ ... quedamos en que yo hablaría con ella y pactara..." (R2 H5).

Otro aspecto en el que se distingue el conocimiento que tienen las enfermeras expertas del equipo es lo atentas que están de la actuación de médicos jóvenes de cara a prevenir el error. La importancia que tiene para ellas preservar la buena relación y que estos jóvenes médicos mantengan la percepción de control sobre su trabajo, les lleva a tener interiorizadas (parece que ritualizadas) formas establecidas de resolver el problema, como la que se ve en el relato (R2) donde la enfermera cuenta con detalle la estrategia elaborada para evitar el enfrentamiento en la prevención de un error médico:

"(...) Cuando veo algo que no está bien, ya sé que la manera no es ir allí y decir _mira esto te has equivocado_ no, eso es ya como un enfrentamiento, es como con la familia, no hay que enfrentarse. Entonces es ver si lo ha querido poner, ... _mira es que he estado leyendo esto y no sé si lo has querido poner o no te has dado cuenta y lo has puesto_ y entonces le hago volver a leerlo, les digo _es que normalmente se pauta un gramo cada seis horas y como tú has puesto dos no sé si lo has puesto por lo que sea, porque tienes tus criterios, o porque no te has dado cuenta y has puesto uno en lugar de dos_ pues mira consúltalo con tu adjunto, pero yo creo que es uno_ entonces él lo consultará con su adjunto yo no he tenido enfrentamiento para nada y lo he ayudado y a la vez he ayudado al paciente" (R2).

No puedo acabar este apartado sin mencionar que en varias historias aparece la *creencia*, que suele ser *compartida* por enfermeras con mucha experiencia que han desarrollado un ideal de perfeccionismo y de híper-responsabilidad, de que es inevitable que haya enfermeras que *trabajen mal*. Esta percepción, junto a la vivencia de *no poder hacer nada para solucionarlo*, les empuja a marcar una distancia emocional en las relaciones de cooperación y comunicación que establecen con sus colegas, probablemente con objeto de calmar la ansiedad o preocupación que les produce la mala práctica.

Una *creencia* que se muestra en el relato nueve (R9), donde la enfermera, aunque considera importante la relación entre el equipo de enfermeras para conocer a los pacientes, da por sentado que es inevitable que haya enfermeras con mala práctica y apunta una solución en la unificación de criterios (entendiendo como protocolos). Mostrando, como ha ocurrido en otros resultados, un ir y venir constante entre el cuidado atento y la solución técnica igualadora con pocos matices. Sin embargo da la impresión, por la posición ética

De prácticas y narrativas

que muestra en un momento del relato: “(...) *aunque no sean los tuyos, pues entras a ayudar a los box,..*”, que sus ideas son más producto de una *posición* defensiva que de una convicción real:

“(...) La enfermera que le preocupa algo, lo comenta con los demás, por mucho que hablemos la persona que no quiere trabajar bien, no va a trabajar bien...hay catorce pacientes y llevas dos, pues puedes saber de diez, porque aunque no sean los tuyos, pues entras a ayudar a los box, sabes de los demás también vamos, o sea que si hablamos. Pero cuando eres capaz de conocer a alguien más que no son los tuyos es porque te relacionas, tanto con ellos, como con las enfermeras. La enferma que le preocupa algo, lo comenta con los demás, por mucho que hablemos la persona que no quiere trabajar bien, no va a trabajar bien. Tenemos nuestro trabajo y cada uno tiene que estar a lo suyo. La idea es unificar criterios.” (R9).

Cómo cierre de este tema sobre *conciencia, intuición y juicio* quiero volver a señalar la importancia que tienen las relaciones interpersonales en el desarrollo de este saber, por eso es necesario que las enfermeras dispongan de tiempo para establecerlas, porque es la única forma de adquirir el *conocimiento sobre el paciente, familia y equipo* que les permite tomar las decisiones apropiadas para el cuidado y el buen clima de la unidad.

13.2. Saber cómo,...o la sustancia de lo cotidiano

Hablo del *saber cómo* de la acción en la práctica, de ese saber tácito del que habla Polanyi¹³¹ (1967), un *saber cómo* de las enfermeras expertas que se sustenta en la capacidad de percibir la realidad, en una sensibilidad especial para detectar sentimientos y emociones, en el reconocimiento que hacen sus manos y en unos sentidos alertas a capturar los más pequeños detalles. Un *saber cómo* que se ejerce de forma inconsciente, como respuestas naturales y espontáneas a las situaciones de su práctica.

Un *saber cómo* del que resulta imposible hacer una descripción precisa, y que me he limitado a identificar examinando en los relatos de las enfermeras *cómo* describen su acción, *cómo* la unen al juicio y *son guiadas* por él, *cómo* explican la forma en que reconocen la situación del paciente, *cómo* anticipan eventos o *cómo* describen posibilidades de respuesta de pacientes, familias y de los otros miembros del equipo. En un

¹³¹Cit. En Schön 1998:58

De prácticas y narrativas

análisis que aborda la práctica reflexiva descrita por Schön (1998) cuando los profesionales hablan de su práctica, que vincula el arte de la práctica con el carácter investigador, y muestra, siguiendo los planteamientos de Benner, la comprensión narrativa de las enfermeras, el razonamiento en transición que desarrolla en los clínicos la capacidad de tener en cuenta la secuencia, el desarrollo, el cambio y hasta el matiz de una acción según cambian las condiciones del paciente.

Las enfermeras utilizan una descripción muy detallada del *cómo* de unas prácticas que se llevan a cabo en situaciones y momentos particulares. No es mi pretensión agrupar estas prácticas en dominios (entiendo que el trabajo de Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard (1999) de más envergadura que este ya ha esclarecido este aspecto), pero sí los he utilizado como referencia. Mi interés se ha centrado en la sustancia de las prácticas cotidianas que cuentan las enfermeras en sus relatos. Haciéndolo he tenido la impresión de que estas prácticas, aunque siempre es posible agruparlas con una finalidad pedagógica o de investigación, están tan ligadas a la vida real que hay tantas como momentos y modos de hacer.

En definitiva, lo que voy a señalar en este apartado es lo visto en las unidades de significado sobre estos *saberes que se ejecutan de forma cotidiana* para cubrir momentos *críticos* en la atención enfermera a los pacientes de las UCIs.

13.2.1. El cómo del apoyo al vínculo padres-bebes

Este *saber cómo* se sitúa en la historia “*El descuido de un bebe prematuro*” del relato uno (R1) que muestra como la enfermera atiende el miedo, la culpa y la desconfianza de unos padres de unos bebes prematuros (uno de ellos está en la incubadora por bajo peso) que todavía no se atreven a tocar. En el relato se distingue el *saber cómo* de una acción que utiliza el contacto físico para estimular el vínculo afectivo padres-bebes. La enfermera cuenta cómo *ella* hace de soporte físico de ese vínculo, se coloca entre los padres que tienen los bebes en brazos, les refuerza en su posición de padres, y muestra cómo reconoce el miedo de los padres y encauza sus emociones hacia la conexión con el bebe. Es paciente con los padres, actúa con la confianza de unos valores incorporados, sosiega, tranquiliza y da seguridad tanto a los padres como a los bebes. Y está muy atenta a la respuesta de los padres, dándoles pistas concretas del bienestar de los bebes, apaciguando sus miedos y aumentando la relación de confianza:

De prácticas y narrativas

“(...) quan ja havia fet les cures al nadó i li havia de canviar el llençol, li vaig dir: “Mira pare ara farem una cosa que no sé si a tu t’agradarà però al Andreu segur que sí”. Li vaig dir a la mare que tenia l’altre bessó en braços, que s’acostés i llavors li vaig dir al pare que li donaria al Andreu perquè també el pugues tenir en braços i estar els quatre junts una mica. Després vaig saber que al Andreu no l’havien agafat mai en braços. Li vaig donar el nen i tot seriós em va dir: _segur que això és bo pel nen? Estic segura que sí_, li vaig contestar. Un cop vaig tenir els dos pares junts amb els nens en braços, em vaig posar entre els dos, per darrere, els vaig posar la meva ma sobre l’espatlla de cada un d’ells i els vaig dir: _mireu que bé que están_, encara que jo sabia que ells no ho veien lo bé que estaven, no podien, tenien massa por.” (R1).

13.2.2. Conectar, calmar y situar al paciente que no puede comunicarse

Las enfermeras describen en sus relatos *cómo se comunican con pacientes que han perdido la capacidad de hablar* y pedir aquello que necesitan. Son pacientes con parálisis facial, intubados con poca sedación que se mantienen despiertos o están traqueotomizados. Es un *saber cómo* que las enfermeras expertas basan en el reconocimiento de patrones típicos de respuesta, sobre el temor que expresan los pacientes al no ser comprendidos y en los miedos que anticipan.

En los comentarios que hace la enfermera en la historia *“Cuánto tiempo puede durar esto”* del relato cuatro (R4), vemos cómo identifica en el paciente estos temores y muestra una notable sensibilidad a las dificultades que ve y anticipa en el paciente. Da importancia a responder al paciente de forma sincera (posición de franqueza), situándole para que pueda tener una imagen precisa de lo que puede esperar en cada momento de su enfermedad y de las intervenciones que se le realizan. Aunque a veces parece que sienta que la carga es excesiva y tiene la tentación de abandonar, *“yo procuro no mentirles, es mi función, pero es el médico el que debería explicarle todo...”*, es evidente su interés por comprender al paciente y su esfuerzo por responder a lo que necesita:

“(...) es muy difícil entenderlo porque tiene parálisis facial, conserva movilidad de las manos pero bastante disminuida y es muy difícil comunicarse... está despierto, está angustiado, quiere hablar, comunicarse y muchos impedimentos para comunicarse... tenemos unas plantillas con las cosas más habituales que les pueden pasar, que si tienen dolor, si quieren cambiar de posición, si quieren saber algo. Son unas plantillas con unos dibujos y entonces el va señalando lo que quiere, a veces hacemos un abecedario con una pizarrita y van señalando lo que

De prácticas y narrativas

quieren decirte... intento volver a preguntar, porque a veces vas a lo que es más básico e igual es otra preocupación y entonces le digo _volvamos a empezar_ le vuelvo a sacar la pizarra para que me ponga las letras, lo que intenta explicarme, volvemos a empezar... sobre todo creo que tiene preocupación por su estado y cuanto tiempo puede llevar esto...yo procuro no mentirles, es mi función, pero es el médico el que debería explicarle todo: se le explica pero no sé hasta dónde entienden o no entienden, los partes médicos son muy técnicos, entonces yo intento, yo intento explicarle la verdad, que es un proceso que es largo” (R4 H2).

Este interés por conseguir que el paciente esté conectado le lleva a pedir a la familia objetos de su vida cotidiana que pueden vincularlo con su mundo:

“(...) le hemos pedido a la familia que le traiga una radio, porque es un Sr. que le gusta mucho y eso también le ayudará a tener más contacto con lo de fuera, que le distraiga, que le ayude a pasar un poquito las horas. También les hemos dicho que le traigan su colonia, aunque tenemos la de aquí es para tener más recuerdos de lo suyo (R4).

El *saber cómo* entender al paciente también se muestra en los comentarios que hace la enfermera en el relato nueve (R9) sobre pacientes con traqueotomía. En ellos podemos ver detalles de unas prácticas cotidianas que se realizan con energía y sentido del humor, en las que se puede apreciar una paciencia extraordinaria para conectar con el paciente y un cuidado realizado con esmero y cariño. Y sin olvidar estar atenta a los riesgos:

“(...) por ejemplo a los de traqueo, igual es que estoy más rato mirando cómo vocalizan para entenderles... no me voy hasta que no les entiendo, y me da rabia cuando ellos tiran la toalla y hay que empezar ... _¡Otra vez! Venga que no te entiendo, que no pasa nada. Tú te tienes que acostumbrar a mí y yo a ti y para entenderte nos tenemos que acostumbrar_... Les preguntamos, ¿es referente a ti?, o si es referente a mí... cada persona vocaliza de una manera y te tienes que acostumbrar, y cuando ya llevas unos días con ellos pues ya les entiendes y sabes lo que quieren... Contentos, satisfechos, con una sonrisa, y cuando no, pues eso, a veces no lo consigues. Me da mucha satisfacción cuando me dicen que los entiendo, que los sigo con la mirada, hay que mirarlos a la cara, hay que insistir...les decimos, _ como no te comunicas.... Haremos lo que nos dé la gana, que somos muchas mujeres aquí_... (Risas, ¡ji, ji!, ¡ja, ja!)”... empezar a ponerse su radio, pero nunca con cascos, porque si pasa algo lo oímos todos” (R9).

Un aspecto que se revela en estos comentarios es la falta de distinciones cualitativas en expresiones como “que los pacientes responden de tal o cual modo”. Parece un indicio de un *saber narrativo* que funciona sobre unos patrones típicos de respuesta, que entrañan

el riesgo de establecer unas máximas que, aunque sostenidas en la experiencia, pueden impedir distinciones en el paciente en particular.

En el relato seis (R6) la enfermera cuenta con gran riqueza de detalles su interpretación de la vivencia con *pacientes agitados*, una población particular de pacientes con patrones de respuesta similares, y describe su forma de calmarles y situarles. Y muestra la elaboración de estrategias de distracción guiadas por la intuición, que lleva al extremo de “*seguir-los el joc*” a pacientes que tienen alucinaciones, en un intento de entrar en el mundo en que ellos están viviendo, que ahora es su realidad:

“(…) la forma de parlar-los, la meva veu els tranquil·litza, els distrec, els parlo, els explico coses, els situo, i es tranquil·litzen, no he de posar gairebé mai medicació per sedar-los... per exemple quan tenen al·lucinacions tinc una facilitat extrema per seguir-los el joc, per exemple si veuen mosques els dic: “tiraré flit i les matarem, no passa res, tancarem la porta i no tornaran a entrar... coses en què la gent no hi pensa. Heu de pensar que el malalt quan ho explica és que ho està vivint com si fos real, tinc molts mecanismes per tranquil·litzar-los, o la forma com veuen els llums...” (R6).

13.2.3. *Situar y aliviar al paciente en las transiciones de la respiración mecánica*

Las enfermeras muestran en sus relatos que son conscientes de la importancia que tiene la experiencia en las transiciones de respiración mecánica.

En la *transición a ventilación mecánica*, el interés de las enfermeras está en calmar la angustia (por falta de aire) y no aumentar la ansiedad de los pacientes. Cuando la decisión de intubación ya está tomada las enfermeras describen como prioritario la búsqueda de la tranquilidad del paciente. Que a veces se hace, como se narra en el relato cinco (R5), no abrumándoles con detalles sobre la colocación del tubo y transmitiéndoles sólo la información de que les van a sedar y respirarán mejor, que les tranquiliza. Otras veces, como ocurre en el relato cuatro (R4) con un paciente con una parálisis progresiva, hay un deseo de no engañar, aunque tampoco se nombra la palabra intubación, y de resituar al paciente tras la intubación.

“(…) Lo que se le intenta hacer es tranquilizar, decir que ahora te vamos a dormir y ya verás como respiraras mejor, pero tampoco nos toca decirle que lo van a intubar, si que les dices, ahora vas a descansar, te dormirán, pero el hecho de

De prácticas y narrativas

decirle que les van a intubar, pues les aplana, pero sobretodo que descansen y que respirarán mejor. Normalmente todo este tiempo, cuando ya están agotados, no acostumbran a recordar la situación.” (R5).

“(…) yo le digo, que es un proceso largo, que ahora mismo está muy bien, está estable, está bien de Ctes no tiene fiebre, ...que es un proceso que requiere todos los pasos hasta que el pueda volver a respirar.... yo intento explicarle la verdad, que es un proceso que es largo..., le he explicado que le iban a sedar para que no tuviese dolor y estuviese cómodo. Pues se ha quedado dentro de su preocupación más tranquilo... Sobre todo no engañarle... Intentas, para centrarlos, cuando se despiertan un poco después de la intubación donde están, si no lo recuerdan, cual es la situación, qué es lo que llevan porque de estar con sus gafitas nasales, de repente se despiertan con el tubo, la sonda, un montón de catéteres, pues explicarles un poquito lo que hay y intentar que no tengan dolor... Yo creo que él no engañarlos también es importante, no son tontos, son enfermos, entonces explicarles que no es un proceso que mañana se acabe y que estará bien, sino que la cosa se puede alargar, de forma positiva, explicándole que ahora mismo está bien, que el problema es el ventilatorio que es el problema que lo tiene con la ventilación mecánica, pero que es un proceso largo que va a tener que estar tiempo” (R4).

La coincidencia en ambos relatos de evitar la información explícita sobre la intubación, plantea la duda, a la que no he podido dar respuesta¹³², de si es producto de la experiencia que les ha enseñado que es mejor no anticipar porque, como dice la enfermera, “*les aplana*”, o es una estrategia para no tener que afrontar el miedo del paciente.

En *la retirada de la ventilación mecánica* las enfermeras muestran un claro conocimiento de las relaciones que la facilitan. En el relato (R6) la enfermera describe con detalle, y haciendo distinciones cualitativas, las actitudes que mantiene y la ayuda que facilita que al paciente se le retire con éxito la ventilación mecánica. Es consciente del valor del trabajo enfermero y de lo que significa estar al lado del paciente en esta situación, de la relevancia que tiene para el éxito del destete, “*weaning*”, el estar tranquila y totalmente centrada en paciente:

¹³²No he encontrado ninguna referencia explícita sobre cuidados que apoyen esta transición. Si he encontrado un estudio fenomenológico sobre la experiencia de esta transición a largo plazo en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, donde las autoras ponen de manifiesto la necesidad de explorar e investigarla para mejorar su comprensión sobre los síntomas y su manejo profesional. La transición la califican como un momento de desafío psicológico, físico y espiritual, una experiencia subjetiva compleja por lo que supone de dependencia tecnológica, (Briscoe and Woodgate, 2010).

De prácticas y narrativas

“(…) quan a un malalt se li fa weaning (se li retira progressivament la ventilació mecànica) o sigui, ha de deixar de respirar amb una màquina i ha de començar a respirar per ell sol, depèn del professional que hi ha, el pacient té més possibilitats de sortir-se'n o que el tornin a intubar. Si estàs tranquil, no t'angoixes, no t'atabales, saps valorar la situació, aquest malalt possiblement no tornaran a intubar-lo, però si tu tens sobrecàrrega de feina, estàs nerviosa i et poses a cridar, el pacient es neguiteja i s'angoixa i probablement acabarà un altre cop intubat. Vull dir que el nostre treball és molt important, no tant la part tècnica, com estar amb el pacient, acompanyar-lo i així evitar complicacions. Vull dir, si fas les coses ben fetes, el tenir cura, estar tranquil·la en aquell moment és molt important. La fase de treure'l de la màquina i llevar-li el tub, si no estàs preparat per fer-ho possiblement allò fallarà i el pacient es tornarà a intubar, és tornar enrere... hi ha uns passos que has de seguir, però si estàs allà amb ell i els segueixes amb ell, aquell malalt tirarà endavant. Si tu, pels motius que sigui, perquè tens molt de treball, fas els passos obligatoris però no estàs amb el malalt, allò tira enrere i per al malalt és... aquí la infermera es molt important, molt important... Per mi és important que un malalt que ha estat intubat, que porta 30 dies intubat i s'ha decidit que ha de deixar la màquina, és més important que prendre unes constants a un pacient...” (R6).

Un aspecto que me parece de gran relevancia es la afirmación que hace esta enfermera (de gran experiencia) de que el éxito del destete depende en gran medida de cómo esté el profesional, es decir que si la enfermera está preocupada por otras cosas o tiene demasiado trabajo hay más posibilidades de que falle el “weaning”, con *todo* lo que esto implica en la recuperación del paciente. Esto, que parece que es parte de la *cultura compartida* de todos los profesionales, ¿se tiene en cuenta a la hora de programar y realizar *la retirada de la ventilación mecánica* de los pacientes? No he encontrado ninguna referencia explícita, sí hay estudios que concluyen que un trabajo colaborativo previamente preparado (Henneman y col. 2001) o la autonomía de las decisiones enfermeras (Rose y col. 2007) proporcionan mejores resultados en el destete. En todo caso estamos ante una dimensión ética de la práctica del cuidado que puede ser aprendida por otros en este *saber cómo* narrativo.

En el relato (R5) la enfermera aborda *cómo confortar al paciente con mascarilla*. Es una práctica en la que se pretende aliviar el discomfort físico y emocional que produce la falta de aire y la sensación opresiva de la mascarilla, y salvar las dificultades de comunicación que tiene el paciente. Estar ahí, darles tiempo para que puedan decir lo que les molesta o necesitan, asegurarles que es temporal, son algunos modos de hacer que

De prácticas y narrativas

describe la enfermera en los que se puede apreciar (nuevamente) que *la calma* es un valor muy importante en el práctica del cuidado:

“(...) normalmente a todos agobia porque luego refieren que están bien porque claro les entra mucho aire y cuando les sacas, me refiero en el momento de ponerla, da mucha ansiedad en ese aspecto ya que no puede hablar y eso es lo que les agobia más, porque claro no les entiendes, entre el tubo de oxígeno, la mascarilla toda apretada no pueden hablar, entonces les crea más ansiedad no poderse comunicar contigo,.... tranquilizarlos sobre todo, _pues ya sabemos que ahora no puedes hablar, pero luego_ como al principio se alterna, no es una cosa que llevan siempre, _cuando la saque me explicas lo que me tienes que decir_ porque a lo mejor es media hora, una hora y si ves de que no hay manera pues intentas acercarte, que hable, entonces intentas entender lo que te dice.” (R5).

13.2.4. De cómo dar confianza o garantizar la seguridad del paciente inmovilizado

En la historia “*Yo me muero de miedo*” del relato dos (R2), la enfermera narra un caso que considero paradigmático *de cómo dar seguridad y confianza al paciente inmovilizado*. La enfermera narra en un razonamiento en transición (*como si estuviera allí*) la interpretación de los temores y cómo actuar para conseguir el mayor bienestar emocional y aumentar la sensación de control de un paciente joven con una lesión medular que tienen mucho miedo a que le muevan con una grúa. Y como va tranquilizándole con la garantía de su experiencia, atenta a las interpretaciones que puede hacer de lo que está escuchando y sin descuidar las acciones para evitar riesgos:

“(....) yo te prometo y te aseguro que tú no te vas a caer de aquí para nada, para nada, o sea esta grúa es tan segura, yo te digo que jamás en mi vida he visto caer a alguien de esta grúa, llevo 20 años aquí y nunca se me ha caído un paciente de una grúa, que vas a ser el primero, que vas a estrenar, pues venga vamos a ver, Pepe engancha la grúa en los distales, ahora engancha la grúa en los proximales_ entonces el otro dice bueno pues a lo mejor_ yo miro y veo que hace así, pero que no te vean inseguro, que no digas _hay parece que se tuerce, no_ son tonterías pero _parece que se tuerce por aquí_ no, ¿parece que se tuerce? Haz así y cámbialo, pero no lo digas, darles seguridad...” (R2 H3).

En el relato nueve (R9) la enfermera cuenta cómo actuar con pacientes que han sufrido un traumatismo. Mostrando una práctica que se apoya en patrones típicos de

De prácticas y narrativas

respuesta, donde la preocupación principal es hacerles conscientes de su situación, explicándoles por qué llevan un tubo, cómo están y lo que pueden esperar:

“(...) El paciente traumático es como si estuviera en un sueño, iba por la calle y hay que recordarle el porqué no puede hablar... Tienen miedo de que no puedan volver a hablar, pero nadie les ha contado que van a volver a hablar y claro tienen miedo. Empiezo de cero, les explico porque llevan un tubo, la técnica que es, que en 24 h. se cierra, que es temporal. A veces te escuchan y a veces no atienden, se creen que están soñando, que son pesadillas... Poco a poco van viendo la situación, se les tiene que ir contando” (R9).

En los relatos nueve (R9) y siete (R7) se evidencia la preocupación de las enfermeras cuando tienen que inmovilizar a un paciente. Es una práctica que presenta dos aspectos muy diferenciados: el primero es de dimensión ética por la limitación de la autonomía del paciente, y el segundo tiene que ver con el cuidado de que no se caigan o no se extuben.

En el relato (R9), aunque las palabras “yo lo voy a desatar, es una promesa que yo les hago” indican una preocupación por lo que supone para el paciente la inmovilización, se manifiesta claramente que son prioritarias las medidas que garantizan la seguridad del paciente. Y, probablemente, esta preocupación por la seguridad es la razón por lo que no aparece ningún planteamiento sobre la posibilidad de tratar lo que motiva la sujeción con otras medidas, ni sobre el dilema (Velasco, 2005) que puede suponer un atentado contra la autonomía del paciente:

“(...) si alguien baja la barandilla y después no la vuelve a subir, lo persigo, aunque sea el jefe de departamento. La barandilla siempre tiene que estar puesta, ya que corren el peligro de extubarse y esto es una vuelta atrás en el proceso, ya que hay que volverlos a entubar o incluso hacerles una traqueo... En la sedación, en el momento en el que vayamos a sacarle el tubo, yo lo voy a desatar, es una promesa que yo le hago...” (R9).

En el relato (R7) sí aparecen indicios de un planteamiento ético: en la necesidad de justificar la sujeción en la seguridad del paciente, en el interés por explicarlo a la familia para que lo entiendan, y en la rotundidad de la afirmación “nosaltres sempre estem defensants als pacients”:

“(...) nosaltres sempre estem defensants als pacients...si creiem que tenim que lligar als pacients els lliguem sempre per la seva seguretat, sobretot si està en

De prácticas y narrativas

període d'extubació i no se li poden donar ansiolítics o sedants. La família si els hi expliques, que es per a que no es treguin els tubs, ho entenen bé.” (R7).

13.2.5. La “conexión” con el paciente en coma

Esta es una práctica que se describe en dos relatos, en los que las enfermeras describen (sobre todo en el R6) que hablan con los pacientes que están en coma en un determinado tono de voz, que se presentan y les cuentan detalles de donde están, que ha pasado, que les hacen en cada momento y de cualquier información que les puede ayudar a situarse.

La enfermera del relato seis (R6), que también acentúa la conveniencia de tocarles mucho, está convencida del resultado positivo de esta práctica y detalla que los pacientes en coma cuando despiertan tienen recuerdos de su voz y de la tranquilidad que les transmitía su presencia:

“Hi ha molts pacients que han sortit d'un coma o de sedacions llargues que quan s'han despertat i recuperat sabien qui era jo, em comentaven que recordàvem la meua veu, el to de la meua veu. Entre totes les coses que faig una és la de presentar-me als pacients, tant si estan desperts, com sedats o en coma, els toco moltíssim, em comenten que recorden el to de veu, la forma en què els parlava, com es tranquil·litzaven perquè sabien qui arribava a treballar en aquest torn. (...) els toco, els parlo, em presento, els explico tot el que el faig “ara li vaig a bellugar les cames” ara et faré pessigolles..., ara li faré un massatge...” (R6).

En el relato nueve (R9) la enfermera, aunque remarca que no cree que los pacientes oigan su voz, es una práctica que dice seguir “por si acaso”:

“(...) le hablaba mucho, no sé. Estuve muy pendiente de ella. ... y luego le contaba, pues no sé, que tenía que luchar, que estaba fuera su familia muy angustiada, que su novio no se movía de ahí,..... (¿Por qué le cuentas?) Por si acaso...yo creo que no pero por si acaso. Por si sí. No lo sabemos... Yo sólo lo he notado con una paciente que estaba embarazada...” (R9).

Esta práctica, que he oído otras veces desde posiciones similares a la enfermera del relato (R9), me lleva a pensar que es un conocimiento incorporado de una cultura compartida ¿tímida? que sabe, en ocasiones de forma muy poco consciente, cosas de las que todavía no se tiene “evidencia científica”. Aunque neurocientíficos como Adrian

Owen¹³³ están llamando la atención sobre la posibilidad de que las personas en coma puedan establecer algún grado de conexión.

13.2.6. *El cuidado del cuerpo*

Saber cómo cuidar un cuerpo herido y prevenir lesiones es un valor subrayado en los relatos de las enfermeras. Son cuidados precisos que tienen en cuenta hasta detalles de cómo hacer la cama cuando no se puede mover a los pacientes, cómo lavarles para que estén confortables y no les suba la PIC (presión intracraneal) o cómo alejar la percepción de miedo ante la expectativa de sufrir un daño añadido.

Es un *saber cómo* que tienen incorporado las enfermeras expertas que se evidencia en la minuciosidad y *belleza* con que describen cada detalle de lo que hacen: “*hacemos lo que llamamos cuatro puntas*”, “*intentas armonizar la cama, palmo arriba, palmo...*”, aprovechando para “*tocar*” y “*cambiar puntos de apoyo*”, con la conciencia de que “*les has dedicado tiempo, ... los has mimado*” y todo hecho con dedicación y extrema calma:

(...) Le estiras bien las sábanas a menudo, le intentas armonizar la cama, palmo arriba, palmo... entraba, y no a moverlos, a masajearlos, entonces aunque no puedas hacer un cambio de sábana, tu ya estás tocando si hay algo que tienen en la espalda, cambias puntos de apoyo, ... si hay algo que no tiene que haber, estiras las sábanas, hacemos lo que llamamos cuatro esquinas, cuatro tensas y ya sabes que no queda ninguna arruga en la cama, juegas con el subir y bajar la cama, para no tener siempre los mismos puntos de apoyo, palmo arriba palmo abajo... se ve lo que has hecho, que les has dedicado tiempo, que los has mimado, que no huelen mal, pues ellos se sienten mejor... se quedan más tranquilos, siempre lo agradecen, en el momento que lo haces no, pero después sí, les gusta a todos, en ese momento pasan mal rato todos, tienen frío, tiemblan, todo, pero cuando acabas de cambiarle la sábanas, de moverlos un poco y de secarles y ponerles crema, los que están despiertos te dice oh que bien... los movilizamos, porque si tiene dolor también les va a subir la PIC por el dolor y les sedamos un poco más y los movilizamos y ya está y les va bien a la mayoría, no he visto morir a ninguno ni por movilizarlo ni por cambiarlo pero si salir escamas por no hacerlo.” (R9).

En el relato dos (R2), la enfermera cuenta el temor al daño que perciben en los pacientes y lo que hacen para “*distraer*” su atención con otros aspectos del cuidado. Y evidencia la involucración y el compromiso que transmite al paciente utilizando la primera

¹³³ En “Los 12 pilares de la inteligencia” <http://www.rtve.es/television/20110127/redes-12-pilares-inteligencia/398689.shtml>

De prácticas y narrativas

persona del plural *“es muy fácil que se nos ulcere”* cuando habla de la importancia del cuidado del cuerpo:

“(...) un paciente que no se quería dejar lavar, ni levantar ni nada _bueno a ver, buenos días vamos a ver este Sr., venimos porque le vamos a hacer la higiene y aprovechando la higiene le vamos a mirar la espalda, estando aquí en la unidad es muy importante porque es muy fácil que se nos ulcere_ ya le has quitado la importancia de la higiene ya lo has puesto como problema por allí para que así es que aprovechamos esto para ver otras cosas muy importantes _ no es el jabón y el agua, esto podríamos prescindir de ello, pero el que yo vea lo que hay detrás es súper importante_ entonces no les doy tiempo a que digan si o no, no les dejo dudar, darles argumentos...” (R2).

13.2.7. La transición de cuidados de salvar la vida a cuidados paliativos

En los relatos se manifiesta que entre las enfermeras existe un consenso de que la transición a cuidados paliativos debe procurar muertes dignas en las que se priorice el confort del paciente *“sobre todo sin dolor”* y la posibilidad de despedida de la familia. Sin embargo, hay muchas diferencias que dependen, fundamentalmente, de que sean trayectorias rápidas o lentas, y de los años de experiencia y nivel de competencia de la enfermera.

Cómo ya hemos visto en la historia *“Una muerte no esperada”* del relato cinco (R5), cuando la trayectoria es corta y sobre todo cuando existía la expectativa de supervivencia por parte de todos (paciente, familia y equipo), la muerte sobreviene sin haber tenido tiempo de encarar la transición con el paciente y, con el sufrimiento y frustración por lo inesperado que se distingue en expresiones como *“pues bueno, nada”*, el único cuidado que parece posible es compartir el abatimiento con la familia:

“(...) Desde que se puso realmente en crisis hasta... fue muy poco tiempo... Y cuando vinieron, bueno, entraron enseguida, se abrazaron a él y se quedaron ahí pegados a él un montón de tiempo.... Les dejamos que se despidieran... Entonces, pues bueno, nada, estuvimos ahí con la familia...” (R5).

En otras situaciones, en que la trayectoria es lenta y hay tiempo para adaptar las prioridades de la atención, las enfermeras describen como cambian acciones que se centraban en salvar la vida hacia cuidados que procuran el confort. Consideran importante comprender las expectativas, deseos y voluntades del paciente y de la familia. Un buen

De prácticas y narrativas

ejemplo se encuentra en el relato (R2), en el que la enfermera cuenta cómo cambia sus prioridades y cómo paso a paso va adaptando su repuesta a lo que considera importante para del bienestar del paciente:

“Es muy progresivo, normalmente es gente que está tiempo y te vas dando cuenta poco a poco por deterioro acompañado de criterios clínicos. Te das cuenta que cosas que me parecían muy importantes dejan de serlo, y empiezan a ser importantes otras...yo cuando tengo un paciente es muy importante que las vías estén correctamente tratadas, que se cambie el apósito cuando le convenga y que esté bien rotulado para que se dé cuenta la siguiente que tiene que cambiarlo ese día, o sea seguir unos protocolos y si tengo que priorizar un antibiótico o curar una ulcerita de aquí, pues primero el antibiótico. Si vamos avanzando y la situación cambia puede ser que mi prioridad sea la ulcerita esta tonta y el antibiótico ya lo pondré y nadie me dirá _no lo has firmado y es la una_ _es que estoy curando_ nadie me va decir nada y estoy curando quiere decir que eso no vaya a mas, que eso no le moleste el día que le quiten la sedación, porque se la van a quitar, porque allí no se va a quedar esta persona, se que va a ir sin nada al final, que sé yo si al final le va a molestar esa úlcera y el antibiótico no le va a hacer nada,... Entonces tu vas cambiando un poco tus prioridades” (R2).

El apoyo a la familia es importante en esta práctica de cuidado donde está incluida la posibilidad de despedirse de la familia. Las enfermeras interpretan que la familia es importante para confortar al paciente que está en cuidados paliativos y asumen que asegurar la presencia familiar es una responsabilidad propia de su rol, un campo de decisión que corresponde al cuidado enfermero:

“Ara m'està venint al cap una senyora que era una ruptura cardíaca, però era terminal, no hi havia solució, i vam deixar estar la família amb ella per a que es sentís més acompanyada... En aquestes situacions no estàs tant al damunt, prens constants horàries, fent totes les cures de confort, però no es una situació tan activa, i penso que és molt necessària la família per a que es senti bé...i ho agraeixen...” (R7).

“(...) a la hija como eran cuidados paliativos se le permitía estar más rato de lo conveniente. Se combino en que, como en cada turno si la enfermera lo cree conveniente puede dejar pasar más rato a la familia, pues yo creía conveniente que si que se quedará con ella” (R2).

“(...) el día que se murió el marido estuvo allí todo el día y en vez de hacer un horario estricto de visitas se amplió...” (R10).

De prácticas y narrativas

Es un *saber cómo* en el que las enfermeras expertas son capaces de hacer distinciones cualitativas en relación a la posición de las familias. Como ocurre en el relato (R7), donde la enfermera supera la sorpresa inicial de que la familia no quiera *estar* con el paciente y asume con respeto la decisión. Aunque también es posible que el respeto que manifiesta la enfermera resulte una forma de inhibición con las necesidades de una familia que mantiene una posición que le sorprende:

“(...) hi ha altres situacions en que et sorprenen les reaccions de les famílies... últimament ens ha passat en un senyor que el van ingressar avui i demà es va morir, era un procés molt agut, que no hi havia res a fer, ... i la família va demanar la limitació de l'esforç terapèutic, era terminal i no hi havia res a fer i la família ens va dir que no volien més màquines ni més coses... i els vam dir si volíem passar i van dir que no, que preferien recordar-lo tal qual, i vam dir que vale... que ho respectàvem. En canvi, l'altra família, me'n recordo que vaig arribar una nit a treballar, i estava a punt de morir (havia ingressat per la tarda), i la família havia estat tota la tarda entrant i sortint i a les 22h 30' veiem que s'anava acabant i els vam dir a la família que entressin i es van afectar molt perquè no s'ho esperaven...” (R7).

Las transiciones con trayectorias largas generan en las enfermeras una implicación con las familias que les pueden colocar en situaciones difíciles de sobrellevar, en las que parece que poco se puede hacer. Como ocurre en la historia “*Tenía ganas de llorar*” del relato once (R11), donde no hacer intervenciones agresivas y pasar a cuidados paliativos es interpretado por la familia como “abandono” del paciente. La enfermera lo vive con mucho desasosiego, sin saber qué decir y sintiéndose incapaz de ayudar ante tanto sufrimiento. Y lo cuenta con poca conciencia de que estar ahí, escuchando, es en sí mismo un acto terapéutico de apoyo al afrontamiento:

“(...) el no más medidas agresivas... y solo el confort y toda la historia... pero bueno, no se... en qué momento se puede decidir eso, siempre me lo planteo, ¿no? Como esa familia entendía lo que era no más medidas agresivas, lo que era... no, ya no le hacen nada... ahí la dejan como morirse, ¿no?... Me tuvieron allí mucho rato, me contaron muchísimas cosas de ella... No sabía cómo... supongo que en ese momento hubiese tenido que... tendría que haber sabido decir algo o haber sabido salir antes...” (R11).

Algo que preocupa especialmente a las enfermeras es lo difícil que resulta asumir una situación irreversible o de gravedad extrema de su familiar, y que lleva a algunas familias a “*oír lo que quieren oír*” en las informaciones médicas. En el relato dos (R2) vemos cómo la enfermera, impulsada por la compasión, procura adoptar una posición de

De prácticas y narrativas

franqueza con la familia para que puedan asumir la transición del paciente. No se ve en el relato un planteamiento previo de cómo ayudar a las familias a afrontar el impacto de «una verdad» que no quieren escuchar:

“(...) la experiencia lo que me dice es que a veces hay que ser un poco cruel y nombrar la palabra morir, porque a veces cuando le dices está muy mal a alguien, el está muy mal suyo no es el tuyo, _está muy grave_ bueno si pero para eso está aquí, no lo entienden que nunca me pase pero es que hasta yo me volvería cegata, no le vería y diría “bueno pues está mal pero está aquí, no”, entonces creo que hay que ser un poco cruel en ese sentido, bueno si ahora ya sabes que el médico le ha dicho esto, has estado incluso presente has oído perfectamente lo que les ha dicho, entonces creo que ya puedes tu utilizar esas palabras _ya le ha dicho el médico que Teresa (nombre ficticio) está en un proceso.._. Pero si no decirles eso así, claramente _pues está en un proceso que es irreversible..._ cuando ves que a lo mejor busca de ti palabras contrarias a las que ha oído, porque no le interesan las que ha oído, no, a lo mejor yo que se entras, pues pacientes que han tenido embolismos arteriales a nivel cerebral y con ningún pronóstico y entras en la habitación y te preguntan ¿bueno que tal ha pasado la noche bien, no?, y claro que es pasar la noche bien en ese estado, no? Y entonces tienes que decir a ver _¿qué le dijo ayer el doctor en el pase de visita?, le dijo el estado en que se encuentra esta persona, pues si... o no_” (R2).

13.2.8. Tranquilizar, situar y dar confianza a la familia con la información de los síntomas, de lo cotidiano y el apoyo a la presencia familiar

Confortar a la familia con la información de los síntomas, del tratamiento y de lo cotidiano es otro de los temas recurrentes en los relatos de las enfermeras. Es un *saber cómo* que está lleno de matices y distinciones cualitativas en relación a las características de las familias y el tipo de soporte que les puede aliviar y tranquilizar. Hay relatos en que este saber se expresa de manera muy consciente, como en la historia “*Ell era el seu nen...*” del relato tres (R3), en la que la enfermera reconoce la necesidad del paciente y familia de estar juntos y facilita que la madre y la novia colaboren en el cuidado:

“(...) que el noi requeria tenir a prop la mare i la noia, que era important per a ell i també per a la família, però que per a ell també era important... El que vam fer va ser això, trencar la normativa de visites i ofertar a la mare i a la núvia la implicació en el cuidado del noi...” (R3).

De prácticas y narrativas

En otros relatos parece que se actúa de forma menos consciente, por ejemplo, en la historia “*Feeling...*” del relato (R8), donde la enfermera limita la información a la familia con la intención de no hacer sufrir de forma innecesaria, pero sin que quede claro que no es una estrategia de huida para evitar afrontar el dolor y la incertidumbre que genera en la familia:

“(…) sempre hi ha mil coses que veuen una bomba de més i dir-los el perquè porten això i tranquil·litzar-los. Ells es fixen molt,... només el fet que tu els expliques, per exemple un drenatge, ha vingut el cirujà, li ha estat tocant la ferida i li ha ficat un drenatge, clar allò no hi era, perquè està allò allà i li expliques perquè tenia líquid retingut dintre i li fiquen una bossa perquè li vagi baixant i això. I això és bo o dolent me preguntaven la setmana passada, a veure dolent no és s’ha trobat el líquid on estava i conseguir drenar-lo no...” (R8)

Las enfermeras coinciden en apoyar la presencia familiar, y una idea que prevalece (y orienta) esta práctica es que tienen autonomía para garantizarla flexibilizando las normas de presencia familiar. Lo que pretenden conseguir con la presencia familiar varía de unas historias a otras: unas buscan que la familia pueda involucrarse en el cuidado (R1, R3, R2 (4), R7 (1)), y otras favorecer el apoyo y la conexión (R2 (1,2), R5, R6, R7 (2,3) R8, R10). En general la práctica habitual es que las enfermeras faciliten que el paciente y la familia estén con quien quieran estar. Y lo hacen porque, tienen el convencimiento de que la presencia familiar, facilita que se les pueda ayudar a cubrir transiciones y dar la información y el soporte adecuado, dependiendo del juicio que hagan de sus necesidades y de sus demandas; y, sobre todo, porque resulta beneficiosa para el paciente y familia:

“Si algun pacient necessita estar amb la família o la família demana estar amb el familiar fora de l’horari estipulat els deixo estar l’estona que volen. També quan un pacient es complica i l’han d’intubar, o empitjora el seu estat general, o està en fase terminal, o en limitació terapèutica, crido als familiars perquè puguin estar amb el pacient tota la nit si ho desitgen. O si estan molts preocupats en poden cridar per telèfon, per veure com evoluciona.” (R6).

“(…) li vam dir que si es volia quedar amb nosaltres i així li aniria dient tot el que li anàvem a fer, perquè d’aquesta manera estaria més tranquil·la...perquè imaginat una dona gran que s’està ofegant i que no entén res del que li fem...” (R7).

“(…) ens va demanar més estones per a poder estar amb ell...i la vam deixar estar...” (R7).

De prácticas y narrativas

“(...) l'altra família, me'n recordo que vaig arribar una nit a treballar,i estava a punt de morir (havia ingressat per la tarda), i la família havia estat tota la tarda entrant i sortint i a les 22h 30' veiem que s'anava acabant i els vam dir a la família que entressin i es van afectar molt perquè no s'ho esperaven,... normalment sí que et surt de tocar-los una mica per a consolar-los. I bé, els vam deixar passar, vam plorar, vam tancar l'habitació...” (R7).

A veces, para señalar su *disposición* a que la familia pueda estar con el paciente, utilizan términos como “*els deixo*” que refuerzan su papel de autoridad en esta práctica. ¿Poder? Sí, pero, por la preocupación expresada en la mayor parte de los relatos, no veo (much) prepotencia sino una expresión de cultura compartida de poder interpretar la norma en beneficio del paciente.

De hecho, esta flexibilidad de la norma y la decisión por parte de las enfermeras de: «que sean *ellas* quienes interpreten si la familia entra o no», está comportando una mayor apertura¹³⁴ en las UCIs de nuestro entorno.

Sin embargo, la tendencia de una política de *puertas abiertas*, que prioriza el derecho de la familia a estar al lado del paciente, empieza a cuestionar un poder que comporta el riesgo de que las enfermeras menos expertas pueden utilizarlo con criterios arbitrarios e, incluso, como herramienta de premio/castigo (Zaforteza y col., 2003).

Es un tema complejo, y tanto el *todo* (puertas abiertas) como el *nada* (seguir estrictamente la norma) conllevan riesgos para el paciente y es posible que también para la familia. Marta Allué, ingresada durante meses en una UCI de grandes quemados y autora del libro “Perder la piel”, en su artículo *Sobrevivir la UCI* escribe:

“Hay quien piensa que el paciente requiere, sobretodo, la presencia constante de sus familiares para encontrar la seguridad en sí mismo que ha perdido. Sin embargo, dada la dependencia absoluta del personal sanitario, acaba resultando más útil y necesaria su ayuda que la de los seres queridos. La necesidad de compañía aparece más adelante, cuando el grado de autonomía se acerca al absoluto” (Allue, 1997).

¹³⁴Históricamente las UCIs en nuestro entorno cuentan con horarios restrictivos basados en el enfoque de “preservar el paciente” la mayoría se rigen por una política restrictiva de visitas, unas 2 sesiones de 30 minutos, de uno o dos familiares, según se desprende de los datos obtenidos en un estudio descriptivo de 90 UCI españolas (Velasco et al., 2001) sobre la variabilidad en la organización de las visitas en UCI. Esta tendencia, en consonancia con el contexto internacional, está cambiando hacia una política de mayor liberalización ante la creencia que es beneficioso tanto para el paciente como para la familia. No hay sin embargo una política unificada en cuanto al acceso familiar sino que es muy variable y queda sujeta a los criterios de cada unidad, el patrón habitual sigue siendo restrictivo, (Velasco et al., 2005:73-83).

De prácticas y narrativas

Es muy posible que este no sea el sentir de todos los pacientes, pues son numerosas las publicaciones donde se plantean los beneficios de la presencia familiar para el paciente y la familia (Marco, 2000; Rubio y otros, 2002; Berwick, 2004), sin embargo, no se puede obviar, tal como plantean Rubio y otros (2002), que la rigidez de la norma para las enfermeras son cuestiones secundarias, y en ningún caso vitales, pero para los familiares son fuente de angustia y sufrimiento.

En todo caso este tema es una preocupación en las enfermeras, y en sus relatos se refleja que quieren mantener la autonomía para actuar según su juicio y las distinciones cualitativas que hacen en cada situación:

“(...) El tema de la autonomía en enfermería. En relación a la familia yo creo que está bien que existan unas normas, unos horarios, pero que están para hacer de más y de menos yo soy de las que piensan que tienen que estar porque si no habría gente que no respetaría por Ej. El sueño del enfermo o en vez de una, entrarían veinte. Entonces que quede en las manos del personal esa decisión. Entonces primero hay que ver que quiere el paciente y que quiere la familia. Ofrecerles la posibilidad no es obligarles. Entonces ha de quedar muy claro cuando les dices quien quiere entrar. Unas veces la petición viene de la familia, es más fácil porque entonces ya sé que quieren- Usted cree que podría venir un rato porque el cuándo se despierte se notará_ , entonces valoro, a lo mejor digo primero hay que ver como despierta, porque la gente cree que despertar es como las películas, que abren un ojo y dicen hola mama, pues no, _ mire primero vamos a ver qué tal va y entonces veremos que falta hace que esté usted aquí, quizás hace muchísima falta y en vez de una hora que usted piensa puede estar seis, pero vamos a ver qué pasa primero_ _bueno vale_ pero no le estás diciendo que no va a entrar sino que primero hay que valorarlo, porque sí a todo el mundo no es buena cosa, depende...” (R2).

Y una de las distinciones cualitativas que resulta significativa en esta práctica, se basa en reconocer si la familia *realmente* quiere o no entrar. Una distinción que las enfermeras expertas pueden hacer, sin juzgar, gracias al *saber cómo* adquirido en la experiencia de que cada persona y familia proceden de mundos diferentes que hay que respetar:

“(...) De vegades quan estan sedats, no es necessari que la família estigui tanta estona, però quan son cardíacs o gent gran que es desorienta al estar sols, o quan els estan extubant, normalment són casos molt puntuals...però ja veus què és convenient.” (R7).

De prácticas y narrativas

“(...) Siempre les digo que respeto su opinión y que ellos deben tener sus motivos, un poco también tu les das margen por si te quieren explicar, pero que no te vean cotilla, no quiero que me lo cuenten para saber yo su vida, que a mí me da igual la vida de la gente es para ayudarles no para que me cuenten su vida entonces les digo _yo ya entiendo que usted debe tener sus motivos para no querer entrar solamente les ofrezco... Cuando le dices _tú debes tener tus motivos le dejas una conversación colgada_ es como cuando yo te digo _tú sabrás_ no te juzgo, entonces tú tienes tus motivos, o crees tenerlos, que no te vean juzgar...” (R2).

Algo a lo que están muy atentas las enfermeras es a que la presencia familiar no impida que el entorno sea tranquilizador y positivo para el paciente. Tal como vemos en el relato ocho (R8), entrar a menudo en el box, la observación atenta a la respuesta del paciente a la familia, o la pregunta interesada son algunos de los modos que utilizan las enfermeras para apoyar (controlar) la presencia familiar:

(...) deixaves entrar potser de vegades al box hi havien vuit persones, però es comportaven estaven en silenci l'observen , una filla li tocava els cabells, l'altra li agafava la mà no i llavors les germanes potser em vol dir alguna cosa i no se el què doncs tu anaves interpretant el que volia dir i anava fent que si o que no amb el cap.... te venien a buscar o en l'excusa de prendre constants ells aprofitaven i tu anaves expressament per que si et volien dir alguna cosa que t'ho diguessin. (R8).

13.2.9. De cómo proteger y defender al paciente del error o de prácticas que van más allá de un tratamiento razonable

Las enfermeras con más experiencia hablan en sus relatos de prácticas de protección y defensa del paciente, que afrontan como un compromiso ético con el paciente y, a veces, con cierto temor al conflicto con el *poder del otro*. Estas prácticas se asocian a situaciones en las que las enfermeras consideran que se incurre (o se puede incurrir) en un *daño* al paciente con un tratamiento que consideran inadecuado

En el apartado “*Conciencia/intuición y juicio*” sobre el conocimiento que tienen del equipo, ya se menciona en el relato dos (R2) la atención que dedican las enfermeras expertas a evitar el error en el tratamiento, y las estrategias que utilizan para apoyar a los médicos jóvenes a revisar los errores y corregirlos. En el mismo relato (R2) hay un ejemplo de esta práctica en la historia “*En defensa de un ser humano*”, en la que se describe cómo la enfermera se involucra en la limitación del esfuerzo terapéutico en una paciente sin posibilidad de supervivencia y con un sufrimiento extremo. La enfermera

De prácticas y narrativas

persevera en un diálogo que posibilita un consenso con los otros miembros del equipo sobre el tratamiento, y reorienta la atención hacia cuidados paliativos, ilustrando una estrategia que ya ha sido puesta de manifiesto por Bardger¹³⁵ (2005).

Las prácticas de protección y defensa del paciente, como se puede ver en los relatos (R2), R(6) y R(7), son un *saber cómo* de las enfermeras expertas que se apoya en un conocimiento de los pacientes que les permite anticipar sus respuestas a los tratamientos y movilizarse con fuerza y seguridad para protegerles del error, y, siendo conscientes de que su experiencia normalmente será “escuchada”, ayudar a los médicos a tomar decisiones o, incluso, asumir responsabilidades en el diagnóstico y tratamiento.

“(...) Entonces hicimos un pase de visita y yo fui al pase y expliqué... Y entonces el médico que la llevaba, yo primero hablo con el _oye, tú crees que esto tiene algún sentido, tú has visto curarse una sepsis con una CID en este estado, bueno es que yo esto no lo había visto, _ ah es que no se sabe nunca_ _ ¡cómo que no se sabe nunca!... fui al pase y explique... todo el mundo estuvo de acuerdo en que no tenía ninguna salida, todo el mundo hablo menos él, y se decidió que había que hablar con la familia y plantearles cuidados paliativos, bueno limitación terapéutica...”(R2 H4).

“(...) Els metges volien fer una limitació terapèutica i jo pensava que era massa aviat... tenia 20 anys i no es podia morir, i jo els deia: “Com podeu tirar la tovallola tan aviat?... , al final va ser tant senzill com que una nit el metge de guàrdia em va dir: “aquesta nit es morirà, fes el que vulguis aquesta nit perquè no passarà d’aquesta nit”, i jo realment vaig fer el que vaig creure més convenient... el metge de guàrdia “si t’has de quedar més tranquil-la fes el que vulguis, pots baixar i pujar la medicació com vulguis”. Jo li vaig pujar la dosi de les drogues, i van ajustar la medicació segons el meu criteri i a l’endemà com seguia viva, van tornar ajustar-li el tractament i la noia va remuntar i se’n va començar a sortir, va trigar dies, però se’n va sortir...” (R6 H2).

“(...) una nit una dona que ja estava a punt d’extubar-se, però aguantaven, aguantaven... i nosaltres els hi dèiem, mira doctor tal que esta senyora està molt nerviosa i no et fan cas, i què fas? O la sedes o la lligues o s’extubarà... i penses bé, doncs que s’extube i així alguna cosa decidiran... i com la tenia que lligar si estava tan desperta, i tota la nit dient-li: “no es toqui, no es toqui” i al final a les 6

¹³⁵ En su estudio sobre las experiencias de las enfermeras sobre los factores que inhiben o facilitan la transición de cuidados de salvar la vida a cuidados de confort, señalan las más difíciles: cuando se trata de pacientes jóvenes con una enfermedad aguda potencialmente mortal; la realización de atención inútil en pacientes de edad avanzada; cuando las familias de los pacientes tenían conflictos o estaban indecisos sobre la finalización del tratamiento; y cuando los médicos mantienen opciones de tratamiento con escasa probabilidad de cambios en el pronóstico de los pacientes. Y señalan como elemento importante desarrollar un consenso en el tratamiento, (Badger, 2005).

De prácticas y narrativas

del matí es va arrancar el tub... i no va passar res, li vam posar una mascareta... i ale a respirar!... saps que tirarà endavant i es va extubar... i va tirar endavant... de vegades diuen "l'extubem" i tu els hi dius: "jo encara no el veig per a extubar, perquè no tus, no fa l'esforç, està molt xompa... i si que ens fan cas els metges... normalment et fan molt de cas!" (R7).

En algunas ocasiones, como hemos visto en la historia "*En defensa de un ser humano*" del relato dos (R2), son verdaderos actos heroicos de *lucha*, de no rendirse ante lo que consideran inaceptable, y en las que puede aparecer la duda sobre la legitimidad del capital que se pone en juego y el miedo a las consecuencias:

"(...) luego que ellos hicieran lo que quisieran... hasta que punto yo puedo legalmente decir" (R2, H4).

Y en otras, como se aprecia en la historia "*Aquella noia no s'havia de morir*" del relato (R6), la enfermera tiene que asumir toda la responsabilidad de la situación, porque, a pesar de que pone en juego todo el capital del que dispone, lo único que consigue es el *permiso* del médico para hacer *lo que quiera* con una paciente que:

"(...) aquesta nit es morirà, fes el que vulguis aquesta nit, perquè no passarà d'aquesta nit" (R6).

En estas historias también se pone de manifiesto que las prácticas de protección y defensa del paciente tienen mucho que ver con el capital simbólico que poseen las enfermeras. Un capital que es producto de la red de relaciones y de aliados (con carisma/poder) que a uno le sostienen y de los *derechos* y *deberes* acumulados por el saber y desarrollo moral adquirido con la experiencia. Un capital legítimo que muchas veces es insuficiente en el juego de relaciones de poder que se libra en la UCI, y del que las enfermeras nos muestran en sus relatos un nivel de conocimiento muy diferente.

14. Conocimiento/ desconocimiento del poder y relaciones de opresión

Las enfermeras expertas describen en sus relatos una relación con el poder aparentemente muy madura que evita enfrentamientos que puedan perjudicar al paciente o la relación con el equipo. Sin embargo sus historias también nos hablan de omisiones y

De prácticas y narrativas

sumisiones inconscientes, de adhesión a normas sin pasar por la reflexión y la crítica, que era necesario analizar porque son indicios de un poder que entiendo se sustenta en la dominación y violencia simbólica que describe Bourdieu y que, inevitablemente, condicionan el conocimiento y la práctica del cuidado que desarrollan las enfermeras de la UCI, objeto de esta tesis.

El análisis lo he fundamentado en la idea señalada por Freire (2005) de que la *adhesión con el opresor* es la característica principal de los grupos oprimidos, y, sobre todo, en el concepto de *violencia simbólica* de Bourdieu (1997:173), “*esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales*”, de un poder legitimador que suscita el consenso, tanto de los opresores como de los oprimidos, y supone la capacidad de imponer una *visión legítima* del orden social. Y en el campo concreto de la enfermería: en el planteamiento de Medina de que entre las enfermeras “*(...) subyace la creencia que adoptando comportamientos de aquellos que detentan el poder, las enfermeras también lo alcanzarán*” (2005b:157), creencia que impulsa a las enfermeras a perpetuarse en los valores y postulados establecidos para su rol en el juego de opresores y oprimidos; y en lo que explica Fernández (2005:10), siguiendo el pensamiento de Bourdieu, de que cada campo tiene sus propias formas de *violencia simbólica* y que, como violencia refinada, tiene más posibilidades de imponerse cuanto más suave y larvada sea, y cuanto más difícil (y reprobada socialmente) sean las formas de violencia abiertas y declaradas.

Y lo he realizado haciéndome las preguntas: ¿Qué creencias muestran las enfermeras? ¿Cuáles son las formas de sumisión/adhesión? ¿Qué están dando por sentado? ¿Cómo las cuentan las enfermeras en sus relatos? ¿Cuáles son los gestos, gentilezas o atenciones de los que la ejercen? Que he considerado adecuadas para extraer de los relatos de las enfermeras las formas de dominación, violencia y los capitales simbólicos que se ponen en juego en las luchas, a veces encarnizadas, que se entablan por el poder en el campo de la UCI. Así como el nivel de conocimiento o desconocimiento que tienen de ello las enfermeras expertas.

En las respuestas que he encontrado en los relatos de las enfermeras se evidencia que en la UCI, como en cualquier espacio social, la *violencia simbólica* se ejerce, dulce y sutilmente, desde la adhesión de (todos) los participantes a un cierto *estado de las cosas*,

De prácticas y narrativas

como *efectos del lugar*.¹³⁶ Y se apoya en expectativas colectivas y creencias socialmente inculcadas, como *habitus* incorporados por la experiencia en el campo (Jiménez , 2009), que llegan a transformar las relaciones de dominación y sumisión en *relaciones afectivas*. Estas relaciones afectivas, como se expone en el pensamiento bourdiano que explica Fernández (2004; 2005), tienen la cualidad de transformar el poder en *carisma*¹³⁷. Un *carisma* que se proyecta en el lenguaje y se reconoce en algunas frases de los relatos:

"(...) la última palabra la tiene su médico -dice el jefe" (R2H4).

"(...) les dejo estar el tiempo que quieren" (R2).

"(...) los médicos nos dieron permiso para que lo sentáramos... pero tampoco nos toca decirle que lo van a entubar..." (R5).

Es un poder simbólico, invisible, pero reconocido como legítimo, que presupone complicidad activa por parte de quien está sometido. Que se ejerce como un don que no puede ser correspondido, y que permite ejercicios de generosidad que crean lazos de sumisión y agradecimiento, que se convierten en *capital simbólico* (capital legítimo) y en fuerza de dominación:

"(...) però era terminal, no hi havia solució, i vam deixar estar la família amb ella per a que es sentís més acompanyada... i ho agraeixen..." (R7).

"Cuando las familias son discretas, están agradecidas..." (R9).

Pero también, tal como ha sido puesto de manifiesto por Holmes y Gastaldo (2002), puede generar en el dominado un sentimiento de frustración, de no ser tenidas en cuenta:

"(...) no me hacen caso..." (R9).

¹³⁶El espacio como lugar donde se afirma y se ejerce el poder. Dice Bourdieu que *"En una sociedad jerarquizada, no hay lugar que no esté jerarquizado y no exprese las jerarquías y las distancias sociales, de un modo (más o menos) deformado y sobre todo enmascarado por el efecto de la naturalización que entraña la inscripción duradera de las realidades sociales en el mundo natural"* (1999b: 120) . Esta idea de espacio jerarquizado la veo en la UCI donde cada agente social ocupa un estatus y su lugar en el campo, incluso físicamente.

¹³⁷Bourdieu llama capital simbólico *«confiriendo así un sentido riguroso a lo que Max Weber designa con el término carisma a una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza o valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica»* (Bourdieu, 1997: 172)

De prácticas y narrativas

A veces de temor:

"(...) no sé si puedo hacer eso, porque hay cosas que no están legisladas" (R2H4).

Y otras veces, simple y llanamente la aceptación de un orden *natural* de las cosas:

"(...) alguna vez los fines de semana como están solo los médicos de guardia dejamos un poco más" (R9).

Como hemos visto, este *poder simbólico* se da en las relaciones entre todos los agentes sociales del campo de la UCI. Pero, lógicamente, el poder en la relación médico-enfermera es el que se pone más de manifiesto en los relatos que cuentan las enfermeras. Es un *poder* que, por *estatus* y, cuando es factible, por relaciones de género, normalmente está en manos del médico ante el que las enfermeras se sitúan como grupo oprimido en un rol de sumisión.

Pero las relaciones son complejas y las enfermeras expertas también poseen un capital *simbólico*, de saber práctico y experiencia en las relaciones, que les confiere *carisma (poder)* sobre los médicos (en proporción inversa a su edad casi siempre). Pero poseer un capital simbólico no implica su utilización en la lucha por el poder, las enfermeras expertas sólo emprenden luchas contra el poder *legítimo* de los médicos en los momentos de conflicto que, en la mayoría de las ocasiones, ocurren en defensa del paciente.

En los relatos también se aprecia que la dominación que se ejerce sobre las enfermeras desde formas de *violencia* menos refinadas: la perciben de forma clara y la aceptan *como si no* tuvieran más remedio que otorgar su consentimiento a la arbitrariedad de quien domina¹³⁸ (*el jefe* del R2). Pero su grosería la hace menos peligrosa que la *violencia simbólica* más refinada e invisible, porque la rebelión sólo es posible cuando se tiene la capacidad de reconocer las formas que utiliza el poder para imponer una dominación que oprime y limita.

Un aspecto que he tenido en cuenta en la interpretación de los datos de los relatos es que la *violencia simbólica* no suele manifestarse claramente en el discurso del que la

¹³⁸ Tal como lo explica Bourdieu: «La forma por antonomasia de la violencia simbólica es el poder que, más allá de la oposición ritual entre Habermas y Foucault, se ejerce por medio de las vías de comunicación racional, es decir, con la adhesión (forzada) de aquellos que, por ser productos dominados de un orden dominado por las fuerzas que se amparan en la razón (como las que actúan mediante los veredictos de la institución escolar o las imposiciones de los expertos económicos), no tienen más remedio que otorgar su consentimiento a la arbitrariedad de la fuerza racionalizada» (Bourdieu, 1999a:112).

ejerce¹³⁹. Por ello, he tenido que enfrentarme a la dificultad de que el poder opresor que ejercen las enfermeras, aunque en algunas ocasiones se presentaba como justificación y resultaba más fácil identificar, en la mayoría de los relatos estaba enmascarado como algo natural, como un estado “normal” de las cosas.

Los resultados los presento desde dos visiones diferenciadas, en la que denomino: *De las clásicas luchas*, se recogen las relaciones de opresión y las formas de violencia que sufren las enfermeras; y, en el lado contrario, en la que denomino: *Y los tradicionales dominios*, están las relaciones de opresión y violencia que ejercen las enfermeras.

14.1. De las clásicas luchas

Me refiero aquí a las luchas clásicas que se remontan al nacimiento de la enfermería y que llevan librando generaciones de enfermeras por liberarse del rol de *sumisión* que les asigna la dominación masculina, que Bourdieu considera paradigma de la *violencia simbólica*, y el estatus y *carisma* de los médicos.

Hay tres historias que muestran claramente las características de *estatus*, *carisma*, género y creencias que sustentan la violencia simbólica que determina el sometimiento de las enfermeras al poder *legítimo* del otro (médico), así como la lucha que desarrollan estas enfermeras para sobreponerse a la interiorización de unos valores que las somete, con un desarrollo moral y un avance del saber enfermero que constituyen un *capital legítimo* que todavía no tiene el reconocimiento de todos.

Son todas historias de enfermeras con muchos años de experiencia: veinte años en el caso de “*En defensa de un ser humano*” del R2; veintinueve en el “*Aquella noia no s’havia de morir*” del R6; y veinte “*El se agarró a mí...yo luche mucho por ella*” del R9. El hecho de que sólo se evidencie en los relatos de las enfermeras muy expertas, me induce a pensar que, para reconocer la violencia simbólica y su importancia en el desarrollo de la práctica enfermera en la UCI, también es necesario un *saber cómo* que se adquiere con la experiencia. La posibilidad de que sólo sufran violencia las enfermeras más expertas me

¹³⁹ Según el pensamiento de Bourdieu “*como en las correcciones-coyunturales o constantes- que los dominados llevan a cabo en un desesperado esfuerzo hacia la corrección (...)*” (Bourdieu, 2008)

De prácticas y narrativas

parece inverosímil, por el contrario me parece más razonable pensar que las enfermeras más jóvenes e inexpertas no son capaces de ver más allá de ese *estado natural de las cosas*.

La historia del relato (R2) "*En defensa de un ser humano*", es una historia que muestra *conocimiento y desconocimiento* del juego, llena de palabras que, como gestos, van definiendo la posición de todos los actores en el campo. Esto lo vemos desde la primera frase que comienza con la *decisión* de "convocar" que rápidamente corrige por "pedir":

"(...) *para convocar yo, pedir al jefe que quería hablar en una sesión*", (R2 H4).

Es el "*jefe*" al que se le reconoce el poder legítimo de "conceder" la posibilidad de hablar y, por lo tanto, la capacidad de ofrecer el "don" que le permite entrar en el juego:

"(...) *el todo contento porque es un poco así, sabes, con tal que haya lucha y discusión, aunque luego no te dé la razón pero es igual la cuestión es que haya lío*", (R2 H4).

Pero, aunque la enfermera ha dado en la sesión suficientes razones éticas¹⁴⁰ (Erlen y Frost, 1991; Holmes y Gastaldo, 2002; Jimenez, 2009) y de pronóstico con las que todos han estado de acuerdo, el *jefe* las ignora despojándolas de todo valor científico (exclusividad médica) y hace alusión *sólo* a la parte emocional (característica femenina). Recurriendo acto seguido a revalorizar la decisión que, (como corresponde a su *estatus*), ha tomado su médico, sin entrar en ningún momento a considerar que la enfermera está hablando de niveles inaceptables de tratamiento y sufrimiento de la paciente.

Vemos aquí la *violencia simbólica* que se ampara en la *dominación por estatus*, que establece una asimetría en la relación que le permite al jefe devaluar e ignorar el saber de la enfermera, y le atribuye el don patriarcal de conceder el habla o no a las enfermeras en las sesiones. También se evidencia la dominación masculina en su (insultante) reconocimiento a la parte emocional que se asocia a lo femenino y al *estatus* del cuidado enfermero:

"(...) *el jefe dijo que yo tenía razón que estaba muy bien que expresará mis sentimientos que supiera que siempre se me iba a escuchar a mí y a quién hablara, que cualquier enfermera que quisiera hablar..., la última palabra la tiene su médico (dice el jefe) _*" (R2 H4).

¹⁴⁰ Estos autores también ponen de manifiesto en su trabajo el sentimiento de exclusión que sufren las enfermeras delante de decisiones éticas sobre el cuidado.

De prácticas y narrativas

La enfermera asume en su discurso como algo natural que lo que se puede (o no se puede) decir en el grupo está establecido por el *estatus* que se le atribuye y la posición que cada uno ocupa en el grupo frente a la autoridad reconocida, *el jefe*. Y entiende que el grupo le adjudica un capital, un carisma, relacionado con su experiencia y el valor que ella misma y otros atribuyen a su valía profesional, que le confiere el derecho a la palabra. Pero un capital limitado que la conmina a asumir con resignación, y cierta indignación, ese estado natural de las cosas que hace que una vez dicha (la palabra de ella y de los otros), el jefe, afirmándose como agente con capacidad de asignar poderes y roles, le deniegue el valor a favor del que tiene el *legítimo* estatus para decidir:

“(...) me estás diciendo que puedo participar en las sesiones, pero que tengo voz sin voto, me estás diciendo eso_ no, no ahora todos podemos hablar_ todo el mundo estuvo de acuerdo en que no tenía ninguna salida, todo el mundo hablo menos él, y se decidió que había que hablar con la familia y plantearles cuidados paliativos, bueno limitación terapéutica.la última palabra la tiene su médico (dice el jefe) _ entonces ¿qué hemos hecho aquí, el imbécil? estamos hablando de sesiones en las que estamos todos aquí dando nuestra opinión pero ¿para qué?,... ¿qué pasa, hemos de darle la razón porque es su médico?, es que no es lógico_ bueno es que siempre ha sido así, en la UCI la última palabra la tiene su médico” (R2 H4).

Viene después la fuerza moral de la rebelión frente al daño y la injusticia sentida, y todas las disquisiciones y miedos ante la opresión/represión del poder/sistema establecido. Y un sentimiento de impotencia y soledad porque, aunque los demás están de acuerdo y la supervisora la apoya, no se siente amparada por la fuerza del compromiso compartido de una acción colectiva:

“(...) bueno, pues ahora quiero hacer algo para que la última palabra no la tenga su médico, quiero convocar al comité de ética... Entonces, a mi me apoyaba la supervisora que estaba en la unidad, me dijo que ella lo veía igual que yo y que me apoyaba en lo que hiciera” “...tenía un dilema tan terrible, hasta que punto yo puedo legalmente decir _ a partir de aquí me planto y no hago nada_ no sé si puedo hacer eso,” (R2 H4).

Finalmente ocurre de forma tranquila una actuación médica que limita el tratamiento y la mujer muere. Es una actuación sencilla que el médico realiza sin ningún *esfuerzo* adicional, actuando como *algo natural* en beneficio de la paciente y de la enfermera que se siente agradecida. Esto que en principio (y en el fondo) viene a reconocer el acto enfermero como “bueno, justo y necesario” y el silencio de los otros como “culpa y

De prácticas y narrativas

silencio vergonzante”, sigue en el terreno de la *violencia simbólica*, poniendo de manifiesto una vez más la jerarquía establecida. El médico, que ha guardado la sumisión debida *al jefe* no entrando en confrontación abierta en la sesión, ha asumido el *estatus* legítimo, reafirmado en la sesión por el jefe, que le permite tomar la decisión de *aceptar* de “tapadillo” el posicionamiento de la enfermera:

“(...) Al día siguiente era fin de semana y estaba otro de los médicos que si que pensaba como yo y sin decirle nada a nadie me dijo _ como está la noradrenalina a 40, vamos a bajarla a 20_ Al cabo de un rato _ vamos a bajarla a diez_ y así, se limitó el esfuerzo terapéutico y duro nada, ese mismo fin de semana se murió, pobre” (R2 H4).

Esta forma de violencia “de buen rollo” se puede ver también en la historia “*Aquella noia no s’havia de morir*” del relato (R6). Aunque no lo parece, esta es una historia similar a la anterior en la que el médico devalúa el saber de la enfermera, con una gran experiencia, que le plantea que no hay que darse por vencido porque todavía hay posibilidades de salvar la vida de la paciente. El médico mantiene en todo momento una posición algo petulante y decide, como reconocimiento a la experiencia, *dejar* a la enfermera que haga lo que quiera “porque no hay nada que hacer”. La enfermera mantiene una actitud decidida y valiente en defensa de la paciente, pero no parece muy consciente de las pautas del juego de dominación y sumisión que se desarrollan en el campo, e incluso le llena de orgullo y satisfacción el reconocimiento que le hace el médico por demostrar conocimientos de *verdad* que son característicos de la clase médica que domina la cultura compartida. La distinción que la enfermera se atribuye “*va ser un abans i un després*”, no deja de ser una muestra de reconocimiento de la dominación simbólica de los médicos y una desvalorización del saber y cuidado enfermero:

“(...) tenia 20 anys i no es podia morir, i jo els deia: “Com podeu tirar la tovallola tan aviat?...el metge de guàrdia em va dir: “aquesta nit es morirà, fes el que vulguis aquesta nit perquè no passarà d’aquesta nit”, i jo realment vaig fer el que vaig creure més convenient... va ser un cas per mi important perquè va fer que el personal mèdic de la unitat, tots, tots, em respectessin per sempre més com a professional, a partir d’allà va ser un abans i un després.” (R6 H2).

La historia también revela la ¿paradoja? de que la enfermera *lleva su compromiso en la práctica del cuidado hasta el extremo* de poner en juego todo su capital simbólico incorporado (carisma), que le da la suficiente simetría de *estatus* con el médico, para conseguir el “permiso” de *realizar un acto, que no es propio del cuidado enfermero*, que

De prácticas y narrativas

salva la vida de la paciente. E invita a reflexionar sobre si no es hora ya de aceptar que la defensa del paciente, práctica fundamental del cuidado, exige el compromiso de reivindicar la contribución de la enfermería en el diagnóstico y tratamiento médico.

Pero también hay una violencia “de mal rollo” donde se lucha y compite de forma consciente por el capital legítimo. Una muestra clara se puede ver en el relato nueve (R9), donde la enfermera vive las pautas médicas de movilizar o no a los pacientes como una intromisión en la práctica del cuidado enfermero. Que provoca una especie de rebelión que tímidamente se comienza a cuestionar el poder dominante, hasta el extremo de proclamar que saltarse las pautas prescritas es parte de una cultura compartida de las enfermeras que entienden que están librando una lucha justa por un capital que legítimamente les pertenece:

“(...) no me hacen caso, ahora ya a mí, a unas cuantas nos dejan moverlos, bueno es una lucha que llevo 8 años, con que me dejen decidir cuándo puedo moverlo y cuando no, que ya sé que son cuidados de enfermería que ya sé que no han de cuestionar mis cuidados que yo ya estoy capacitada para moverlo y cuando no que no, no lo haré en el momento que esté peor que buscaré el momento , a lo largo de siete horas habrá un momento que podré movilizar al paciente, tengo que decidirlo yo. Entonces me lo pautan, no movilizar al paciente, hace poco se fue una que era la que más nos prohibía moverlos y le dije bueno pues que sepas que cuando te ibas a tomar café movíamos a los pacientes y les hacíamos la higiene y cuando subías y nos decías ni tocarlo, ya lo habíamos hecho y no había pasado nada. Y dice oh, y no has dicho nada digo sí te lo digo ahora porque te vas y te digo que lo habíamos movido porque antes no habías dado la orden, entonces corríamos a hacer a ese paciente, antes de que nos dijeras lo contrario.” (R9).

La *sumisión* a la dominación y violencia simbólica todavía persiste, y se manifiesta en las palabras: “*ahora ya a mí, a unas cuantas nos dejan moverlos*”, y en la satisfacción sentida por el reconocimiento que supone el *don* que se le concede. Por otro lado, al decir a la médica lo que hacían para saltarse la prescripción se evidencia una posición de franqueza que procura aportarle experiencia, pero, sobre todo, aparece la competencia y lucha contra un opresor al que se le dice “sabemos más que tú y sabemos cómo luchar y vencer, y sería mucho mejor para el paciente que dejaras de meterte en nuestro campo”. Una competencia y una lucha que es una señal de que el oprimido empieza a posicionarse en el juego con las mismas estructuras de pensamiento y desarrollo moral que el opresor. Disputando incluso en el plano del conocimiento: “*no han de cuestionar mis cuidados*”, que es el capital simbólico más apreciado y el que confiere más poder en el campo de

De prácticas y narrativas

juego. Y que coloca la rebeldía al formidable nivel de cuestionar el saber del otro y, en la línea señalada por Freire (2005), la adhesión a las ideas y pensamiento del opresor.

El hecho de que la lucha que narra esta historia se entable contra una médica, que no tiene capacidad de ejercer la violencia simbólica de la dominación masculina, es un claro indicio de que el crecimiento de la presencia de la mujer en la profesión médica es un factor que favorece el reequilibrio de las relaciones de poder en el campo de la salud, porque siempre resulta más fácil tomar una decisión que puede suponer un enfrentamiento cuando se interpreta al otro menos poderoso. Y, aunque están por ver qué estrategias desarrollarán los agentes que ahora mantienen la dominación simbólica para mantenerse en su posición privilegiada, este proceso *democratizador* que se empieza a percibir en el campo de la salud, coloca a las enfermeras en mejor posición para reivindicar la práctica del cuidado en beneficio del paciente.

Estas historias, además de enseñarnos diferentes formas de violencia simbólica, unas más groseras en las que el médico se impone y otras más solapadas y peligrosas, también son una ejemplar muestra de fuerza y defensa del paciente, de resistencia y valentía de la enfermera frente a un acto injustificado de agresión al paciente.

Lunardi, Peter y otros (2006) y Lunardi y otros (2007) consideran que el principal problema que sufren las enfermeras es la anorexia de poder, pero que no por ello se las puede eximir de la responsabilidad en la toma de decisiones de las personas que cuidan y llaman a las enfermeras a analizar las implicaciones del hecho de cuidar, como una forma de avanzar en la comprensión de cómo ejercemos nuestro poder.

Sin embargo no podemos olvidar a Bourdieu (2000) cuando dice que la mera concienciación no es suficiente para liberarse de la opresión y llama a la acción colectiva, a una verdadera revolución simbólica que busque romper las estructuras incorporadas. Y espero que este trabajo pueda contribuir en alguna medida a desenmascarar algunos mecanismos de producción y reproducción de la dominación simbólica que permite la opresión de la profesión de enfermería y le impide desarrollar todo su potencial en el cuidado del paciente.

14.2. Y tradicionales dominios...

Las relaciones donde la enfermera ejerce dominio sobre otros son mucho menos frecuentes en los relatos, y esto puede estar relacionado con las escasas oportunidades de hacerlo que tiene un *grupo oprimido*, con la experiencia y alto desarrollo moral de las participantes, con el hecho de ser más fácil concebirse y expresarse como oprimido (víctima) que como opresor, y con la limitación de mi capacidad de ver por mis características y simpatías personales.

Aún así, hay en los relatos algunas muestras en el uso de normas de presencia familiar donde se evidencian relaciones de dominación-sumisión entre enfermera y la familia. Son relaciones de poder que se sustentan en la creencia de que la decisión sobre la presencia familiar es una competencia y poder legítimo de las enfermeras, sobre las que considero importante reflexionar para adquirir experiencia que permita mejorar el cuidado de las personas.

Como ya he tratado en el apartado de *saber cómo en relación a la presencia familiar*, esta es una práctica de la que se habla en todos los relatos, y se hace desde la preocupación de cuándo y cómo garantizar la presencia familiar en beneficio del paciente y de la propia familia. Es sin embargo en esta recurrencia del tema, con los múltiples modos de ver las cosas, donde encuentro el primer indicio de *violencia simbólica* de un poder que tiene voluntad de reafirmarse.

La familia está hoy al libre albedrío de la enfermera, “del dejar o no dejar”. Esto, que permite buenas prácticas cuando, según lo ya argumentado en el *saber cómo* de las participantes, se lleva a cabo con el juicio clínico de lo que es beneficioso para el paciente y familia. También, tal como es señalado por Zaforteza y col. (2003), suministra a las enfermeras una herramienta de premio/castigo que puede ser utilizada con criterios arbitrarios, donde determinadas características de las familias, como estar unidas o ser agradables y discretas, se convierten en un capital para conseguir que la enfermera les deje estar junto a su familiar. La *violencia simbólica* se ejerce desde la potestad de premiar unas características y, por contrapartida, castigar a quién carezca de ellas, sin que medie el juicio sobre las necesidades y demandas expresadas o sentidas por pacientes y familias:

“(...) en aquest servei la família només pot entrar quatre vegades al dia, poca estona i això, però clar, sobre cada situació tu fas de més i de menys, no cal que te diguin si han d'estar més estona. Per exemple el dia que va tingué que tornar a ser reintervinguda, evidentment va estar amb la família fins el moment que se la van

De prácticas y narrativas

endur, durant hora i mitja o així, només deixen passar quatre persones però vam veure que era una família molt unida, hi havien el germans, molts nebots, molt unió no, i això crec que és important..." (R8).

Pero el tema es complejo porque hoy en día, como ocurre en la historia "*Supe salirme con la mía*" del relato (R9) donde el familiar es una médica, hay pacientes y familias que no se sitúan al margen de las decisiones y entran en el juego con todo su capital. Y la violencia puede ir entonces en uno u otro sentido, convirtiendo las relaciones entre la enfermera y la familia en una auténtica lucha:

"Teníamos un señor y la hija era sanitaria, no conseguíamos que se fuera del servicio y tampoco podías echarla.... La manera que tuve yo para que se fuera contenta, era que su familiar estaba en buenas manos, estábamos todas pendientes... Recapitó se fue y la sorpresa mía fue que vino muy agradecida, vino muy contenta... Quería más atención de la que se merece pero yo en esos momentos llevaba tres pacientes y los demás son iguales. Y somos los que valoramos, vemos y nos tenemos que organizar nuestro trabajo, no nos lo tiene que organizar un familiar... Supe salirme con la mía sin... bueno a veces los familiares están muy susceptibles y según como dices las cosas si las cuento mal, muy mal, y saber ir, llevártelos a tu terreno sin ofender, sin que se sientan heridos, es importante.... Cuando las familias son discretas, entre comillas, están agradecidas de poder estar ahí, no te cuestionan, te preguntan por qué tiene que preguntar porque están sufriendo es una situación pero cuando te están cuestionando constantemente lo que estás haciendo te violenta porque ya no haces lo que tú crees que tienes que hacer, haces las cosas porque están ellos ahí." (R9H1).

En este caso la enfermera se coloca en una posición defensiva porque se siente presionada y cuestionada en su *capital legítimo* por un familiar que cuenta con el sólido capital que le otorga su *estatus* de médica. El familiar, que es la hija del paciente y parte de una posición de fuerza por su condición de médica, se muestra vulnerable ante una situación que vive con desasosiego por sentirse responsable de todo lo que se le hace a su padre. Y protagonizan una historia de enfrentamiento que ha resultado muy útil para identificar formas de *violencia simbólica* solapada que se sustenta en un poder simbólico que puede ser muy opresivo si no se ejerce con cuidado. Un poder que se muestra en frases como "*tampoco podías echarla*" que nos hablan de la capacidad y disposición de la enfermera para echar a otros que tengan menos poder o que no tengan las características de familias discretas y agradecidas que considera adecuadas para estar allí. Y una violencia que, como se manifiesta en la frase "*supe salirme con la mía*", puede resultar extrema si está motivada por el resentimiento y dura competencia por un capital que considera

De prácticas y narrativas

legítimo y que es denegado por un agente de *estatus* superior, y por la necesidad de reconocimiento que obliga a ser “la mejor” y que la hija pone en cuestión con cada pregunta. Pero no se puede simplificar un relato con la complejidad y riqueza de las historias de personas que viven situaciones extremas de vida y muerte. Y en ella también se puede ver que la enfermera a pesar de su posición defensiva, que inicialmente la aleja del buen juicio para interpretar la situación de una hija angustiada por la vida de su padre, también cuenta con una disposición moral que la impulsa a tratar a todos por igual y la resitúa en la comprensión de la susceptibilidad de la hija y en la necesidad de tranquilizarla.

En el otro lado de la balanza, está, como se muestra en la historia “*El juego de sentirse valorado*” del relato (R2), la familia que utiliza el halago con el fin de obtener una mayor atención que mejore las posibilidades del paciente:

(...) yo me sentía halagada, ...yo creo que me sentía bien de pensar que confiaba en mí de esta manera, que me veía como “¡ostras! que bien que se cuida de mí, que se cuida de mi madre, le ha buscado esto, OH es que eres tan buena, fíjate es que eres la única que se preocupa por esto y por lo otro” y tú te llegas a sentir, pues fíjate que bien no, me valoran mi trabajo. Luego claro cuando empecé a ver que ya entraba allí y era como si no estaba yo nadie lo hacía bien, ya me criticaba a otras compañeras _ya se, ya sé que no está bien decirlo pero es que como tú esto no lo hace nadie_ ya veías que era mentira que eran percepciones tuyas... cuando se murió es cuando ella me trata mal, no quiere verme “no quiero hablar nunca más contigo porque me has decepcionado” bueno de verdad como si yo le hubiera hecho algo a su madre, como si tuviera parte de la culpa (R2H1).

La enfermera intenta satisfacer las expectativas de la familia, se siente valorada y reconocida en su trabajo, pero comienza a sentirse vulnerable ante las expectativas de salvación depositadas en ella. Se puede intuir que la valoración de la familia es una forma de *violencia simbólica* que pretende establecer un lazo opresor para que la enfermera tenga una disposición especial con el paciente. Pero, como en toda *violencia simbólica*, se entrevé la propia vulnerabilidad del que la ejerce (familia) en las falsas expectativas de que la supervivencia del paciente estaba en la mano del oprimido (enfermera). Expectativas que al frustrarse transforman la *violencia simbólica* en una *violencia declarada*, “*cuando se murió es cuando ella me trata mal*”, que busca culpabilizar y castigar a quien le ha decepcionado.

Es un juego peligroso, por el sufrimiento que conlleva y porque aleja a enfermera y familia de la posición de franqueza que haga posible una relación sana y terapéutica que

De prácticas y narrativas

permita que la familia asuma lo que está sucediendo. Y es un juego que puede tener el efecto de que en el futuro la enfermera herida busque refugio en prácticas defensivas que la distancien de las familias.

Para acometer las relaciones de opresión enfermera/paciente quiero recordar lo que dice Marta Allué¹⁴¹: *“La violencia sentida como paciente y persona vulnerable era tal que daba miedo solo ofender a aquel que actuaba desde tanto poder”*.

A pesar de que las enfermeras de estos relatos cuentan con una experiencia y un desarrollo moral que hace difícil encontrar algo en sus historias que muestre tal violencia con los pacientes. Hay algunos datos (pocos) que ponen de manifiesto el enorme poder de agresión que dispone la enfermera con el cuidado, y la vulnerabilidad que siente el paciente ante esa percepción. Por ejemplo, en la historia

“(...) a veces pues vas a girar a alguien y le dices _esto le va a doler un poco_ puede ser que el otro piense _hombre está ya tiene en cuenta que me va a doler_ ya ven que yo tengo en consideración que no _ que lo voy a girar así _ no , no que yo tengo en cuenta que _ puede ser que cuando lo mueva, entonces usted me lo dice, vale si quiere cogerse aquí se coge, si no nos lo dice y pararemos_ entonces si tu le dices todo eso la persona piensa _bueno, tengo como un margen, si me duele se lo diré, parará_ es como un trato falso, porque mandas tu, tu realmente estás dirigiendo esa operación y no les das mucho margen, los pacientes tienen poco margen a veces, pero tu les haces creer que sí, porque a veces hay cosas que las tienes que hacer porque son prioritarias para su salud sabiendo que esa posición le va doler” (R2, H3).

En este relato, terrorífico desde la perspectiva del paciente, sólo se manifiesta una violencia necesaria para el cuidado, porque la enfermera, que es consciente de la situación de vulnerabilidad del paciente, utiliza la imponente posición de poder que ocupa para transmitir al paciente una falsa sensación de control que alivie sus miedos. Lo que sí evidencia en este relato es el *potencial de violencia* que hay en los actos de cuidado que aparecen como insignificantes, ligados a la vida cotidiana de la UCI, y que hace necesario que la enfermera tenga un comportamiento con el paciente que evite que un sencillo acto

¹⁴¹ Marta Allué, autora del libro *Perder la piel*, con una experiencia personal de varios meses ingresada en Unidades de Cuidados intensivos de grandes quemados, decía recordando su vivencia (en un seminario dictado en el Máster de Enfermería de URV en 2011) que el poder de las enfermeras en la UCI es tal que uno siempre está pendiente de no ofender, porque esto podía suponer que la dejaran la última para curar o que le arrancaran las gasas sin atender al dolor o lo que se llevaban por delante (su piel). Esta imagen nos puede dar una idea de una violencia sentida que puede permanecer oculta (¿por ignorada?) para el que no la siente.

De prácticas y narrativas

corporal pueda suponer un acto de agresión a una persona que las circunstancias han colocado en una posición de extrema vulnerabilidad.

Además, hay violencia de “sobre-cuidado” cuando las enfermeras hacen interpretaciones que no son necesarias de lo que debe o no debe hacer el paciente y la familia. Por ejemplo, la *obligación* de luchar por la vida cuando se es joven, o, como ocurre con el padre de la historia “*Aquella noia no s’havia de morir*” del relato (R3), una manera *adecuada* de afrontar el duelo:

“(…) El pare arriba un moment que dóna per mort totalment al fill, tot i que el té allà al llit, però no es capaç en cap moment de traspasar aquesta barrera i acostar-se al fill i de vèncer el dolor tan important que sentia de que el seu fill estigués en aquell llit, i el dóna per mort al cap dels dies. No és capaç de traspasar aquesta barrera” (R3).

Ocurren también actos de poder de las enfermeras que se atribuyen a la necesidad del cumplimiento de las normas, y en los que la *violencia simbólica* se moviliza por una sensación de dominio que se reafirma en la capacidad de mantener un *orden de las cosas*, y en la comodidad que supone hacer las cosas siguiendo los modos establecidos por el “orden social”. Como se muestra en la historia “*Una muerte no esperada*” del relato (R5):

“(…) me pidió si aquí se podía tener alguna tele o así. Sí que es verdad que, a ver, sí que está permitido en nuestro servicio que algunos enfermos tengan tele pero normalmente... creemos que han estado muchos meses, de larga evolución... y se ha pedido pero las cosas, a ver, no pintaban tan, la verdad, no pintaban tan que ya a los 4 días este muchacho no iba a estar ya con nosotros. Entonces, bueno, le dije Hombre no, que aquí la tele no se puede tener- cosa que me arrepiento enormemente, vale- no se puede tener, como mucho que te lo graben. Primero porque no hay antena, no se ven bien, tienes que ir con teles de banyes, o sea, que un poco tampoco está preparado aquello para que se viera, pero bueno, eso no quita que a veces ha habido teles,... Pero no llegó a verlo, claro” (R5).

En esta historia vemos la pena que le produce a la enfermera el no haber sido capaz de anticipar el desenlace y el dolor de la pérdida se hace más intenso por no haber accedido a la petición del paciente. Aunque no se cuestiona en ningún momento el poder que se atribuye en la capacidad de “permitir”, o no, la tele. En el hecho de que justifique en la norma y en que el paciente hace poco tiempo que está ingresado, se muestra su incapacidad de reconocer la violencia que supone el establecimiento de una norma no escrita por la que *sólo* a los que llevan mucho tiempo *se les permite* tener una tele. No hay tampoco ningún

De prácticas y narrativas

planteamiento sobre el beneficio que puede representar para la salud del paciente el introducir actos de la vida cotidiana en la UCI que generen satisfacción y alegría. Hay una duda final en el relato que expresa una disposición moral de querer hacer lo bueno y lo correcto que puede ayudar a reconocer y evitar posiciones que supongan violencia con el paciente.

Por último, señalar la lúcida descripción que hace la enfermera en el relato (R1), de una situación en la que se manifiesta la *violencia simbólica* que supone un acto de dejación, que pone en evidencia el poder de una cultura compartida que legitima una serie de prejuicios y etiquetas que justifican una falta de implicación en el cuidado del paciente y familia:

“(...) una auxiliar va detectar aquella situació però no ho va comentar, o sí, a la infermera, però no es va fer res per explicar-li a la mare que això no ho podia fer i aquest fet per a mi és molt important per la criatura, i em sembla molt greu que passi això aquí, que no se li doni cap importància. Però clar, com que els pares són “molt especials i conflictius”, doncs anem passant i ja s’espavilaran i això és el que a mi em preocupa, que davant d’uns pares problemàtics actuem així...” (R1).

Que nos recuerda que *nacer y vivir* en un mundo social (la UCI) no necesariamente conlleva la aceptación inconsciente de creencias, prejuicios o normas incorporadas como *habitus* de una cultura compartida. Y que siempre hay otras miradas que el relato nos puede aportar y que nos muestran la posibilidad de un nuevo *orden de las cosas*.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

QUINTA PARTE

Reflexiones finales

La UCI es posible reconocerla en el poema:

*La mano. Palma hacia arriba
Pero también los ojos.
Están los ojos. ¿Y la mano?
La mano se esfumo.
Aunque ahora ya no. Por un instante,
Mientras los ojos. Y de nuevo, ahora,
Al recordarlos. De la mano a los ojos, trazar un vínculo. Decir
De—a, llevar el hilo. Un hilo.
Corto. Por ahora.
Los ojos, pues. Moviéndose.
Oblicuamente. La mano ya olvidada (...)*

Maillard, Chantal. *La calma* (fragmento)

Y en los recuerdos de un joven enfermo:

(...) por todas partes manos, me pareció que un sinnúmero de manos, sin que pudiera ver esas manos ni tampoco a las personas que pertenecían esas manos, me habían sacado de la cama y levantado hasta una camilla y arrastrado y empujado y envuelto en gruesas mantas y, finalmente todo me resulto confuso.... y cuando me desperté por primera vez en la sala no sabía cuando había llegado al hospital, ni cómo, ni cuánto tiempo había estado sin conocimiento. Había visto ante mí desde luego, sombras seres humanos, pero no comprendía de que hablaban, lo que decían...

Bernhard, Thomas. *El aliento* (autobiografía)

Reflexiones finales

Estas citas, creo que ilustran muy bien la dificultad del estudio que he realizado y espero que sirvan para facilitar la comprensión de algunas de mis reflexiones finales. Reflexiones que, con ánimo de darle una estructura, he agrupado en cuatro apartados diferentes:

El primero, *Relato y conocimiento práctico... "ligera fortaleza"*, tiene que ver con la importancia del relato para descubrir y aprender el conocimiento práctico.

El segundo, *Investigación narrativa... una experiencia*, es una única reflexión sobre esta experiencia de investigación narrativa.

El tercero, *Sobre el conocimiento práctico de las enfermeras expertas de la UCI*, reúne los aspectos más relevantes sobre el conocimiento práctico de las enfermeras de la UCI que se han reconocido en esta investigación.

Y el cuarto, *Algunas expectativas prácticas y líneas de ampliación*, presenta varias limitaciones que he encontrado en la realización de este estudio, y algunas expectativas prácticas y ampliaciones a que puede dar lugar.

15. Relato y conocimiento práctico... *ligera fortaleza*

Con este título he pretendido transmitir mi impresión de que el relato es un instrumento que se mueve entre la ligereza de las *verdades de uno*, después de todo como dice Toulmin¹⁴² nuestras creencias mejor fundadas siguen siendo inciertas, y la *fortaleza* para transmitir y desvelar lo que somos (Ricoeur, 1995; 1999) a través de nuestros recuerdos.

Esta aparente paradoja del relato no le impide ser una muy buena evidencia científica para reconocer el terreno del conocimiento de la práctica. Porque el relato de experiencia es capaz de ofrecernos detalles que nos muestran las ideas, sentimientos y la forma cómo se relaciona con el mundo el ser humano. Algo que, salvando las diferencias, le equipara al arte, porque, al igual que este, se apoya en la interpretación subjetiva de lo inexistente para dar una imagen lo más fidedigna posible de la vida real.

¹⁴² En *El regreso a la razón*, (2003, pg.: 294).

Con esta, quizás excesiva, primera reflexión he querido reflejar mi fascinación por lo que ido descubriendo en estos años de trabajo en los relatos de las enfermeras expertas de la UCI, y que han supuesto para mí una fuente inagotable de conocimiento.

«Lo que importa ahora define el recuerdo»

El primer aspecto que deseo resaltar es que el relato revive la historia que se cuenta desde el presente, y esta actualización es la que hace posible reconocer a la persona. Porque no importa que la historia haya tenido lugar hace años, el relato la actualiza como memoria viva del momento.

«Lo qué activa el recuerdo es la emoción»

El relato es el recuerdo de una emoción. La conexión entre la emoción y el recuerdo es *algo* que se evidencia desde el mismo instante en que se inicia el relato de las enfermeras. La mayoría comienzan su relato situándose en una posición personal y abordando el tema que les preocupa/interesa de la situación. Con frecuencia son recuerdos de la emoción sentida por lo que han considerado como un fallo de ellos o de otros, o por la satisfacción/insatisfacción de haber sido capaz de aliviar (o no) el sufrimiento, o por un hecho significativo que necesitan revisar porque les ha situado en la ambigüedad de *sentirse bien y mal* con su práctica.

También he podido comprobar que esta conexión emoción-recuerdo, como señala Brierley¹⁴³ (2011), es una herramienta imprescindible del aprendizaje que el relato refuerza y traslada a otros.

«Hay historia porque hay relato»

El relato es el camino en el que se rememora una historia y se reavivan las emociones que motivaron el recuerdo para hacer (y re-hacer) la experiencia. Y este camino resulta clave para construir la experiencia que desarrolla el conocimiento práctico.

Utilizar la conexión emocional como puerta de saber no significa que se neutralice el sentido crítico. Por el contrario, es precisamente la utilización del registro emocional la que nos da acceso a reconocer dónde estamos, los temas, miedos y deseos que nos ocupan,

¹⁴³David Brierley, experto en enseñanza emocional dice "*La emoción es imprescindible para aprender. Se recuerda lo que se siente, y eso se convierte en experiencia*". En la contraportada del diario: El País 12 de Octubre del 2011.

que de otro modo permanecerían ocultos, interfiriendo y promoviendo comportamientos sin la posibilidad de reflexión y revisión que nos ofrece su reconocimiento.

«Y, la narrativa nos permite interpretarlo»

La narrativa me ha permitido interpretar en los relatos el conocimiento práctico que han desarrollado las enfermeras consideradas expertas en la UCI, las áreas en las que han crecido y las que están todavía en desarrollo.

La clasificación de narrativas de Benner, Tanner y Chesla (1996) ha resultado un instrumento útil, para comprender temas y el sentido de las historias, porque obliga a plantearse el aspecto funcional de cada relato. Y, aunque la exploración de la función es compleja, esta agrupación ha sido un buen punto de partida desde el que comprender prácticas.

Pero hay una mayoría de historias que tienen una función de aprendizaje promovida por una experiencia negativa cuya narración se vuelve un acto reparador. Esta función, que no es nombrada como tal en el marco de narrativas de Benner y col., del relato es un acto terapéutico clave porque muchas de las historias se cuentan en primer lugar por la necesidad de liberar un daño sentido que permanece en la memoria. Y el efecto terapéutico del relato puede prevenir la acumulación de daño y el *síndrome del quemado* que acostumbran a bloquear las relaciones compasivas.

La función terapéutica del relato es conocida y puesta con frecuencia de manifiesto (Ferre, Rodero, Cid y Vives, 2008; Barbosa y Azevedo, 2006). Y, como dicen Hutchinson y Wilson (2003), no se puede establecer ninguna línea de separación entre el relato de investigación y el relato terapéutico porque la reflexividad que conlleva el relato de investigación estimula la autoexploración, la conciencia del "sí mismo". Esta función terapéutica se evidencia claramente en los relatos de las enfermeras de la UCI, en los que se cuentan, por un lado, historias de reconocimiento de fallos y de penas sentidas en situaciones especialmente dramáticas que suponen un acto de liberación, y, por otro lado, historias de satisfacción y agradecimiento que suponen un acto de reafirmación positiva de su práctica enfermera.

16. Investigación narrativa...*una experiencia*

Dice Virginia Ferrer (1995): “a diferencia del pensamiento, lo escrito, escrito está, y lo escrito expresa vida”. Y, por otra parte, señala que el olvido cumple una función terapéutica y son muchas las cosas que pueden (y quizá deben) quedar en el olvido.

Pero para las cosas que no se pueden olvidar, el relato ofrece la posibilidad de contar la experiencia y, a veces, reparar lo vivido. O, incluso, crear y configurar una nueva realidad.

« Una experiencia interior y transgresora »

En la investigación he tenido que leer y releer (muchas veces) un texto intentando revivir las historias hasta que comienzan a aparecer significados y, en sentido gadameriano, la perspectiva desde la que el narrador construye su relato. Para hacerlo de la mejor manera posible he intentado ser honesta y luchar porque los deseos, lo que “te gustaría” que fuera, no contaminasen excesivamente mi *mirada*. Una mirada que, como no puede ser de otra manera, sólo ha visto lo que en el momento de la investigación ha sido capaz de ver, y que ha procurado profundizar en la comprensión e interpretación de las historias sin perder de vista los conceptos de referencia.

La investigación desde la narrativa es una práctica que, tal como cuentan los filósofos y estudiosos de la narratividad y del conocimiento práctico (Polkinghorne, 1988; MacIntyre, 1987; Taylor, 1985; Ricoeur, 1996; Bruner, 1997; Benner, 1991; Larrosa y col 1995; Schön, 1998; Medina, 2005b), conduce al narrador y al investigador a una experiencia personal directa que les confronta con sus actos, sus creencias y actitudes, y les puede generar unas nuevas perspectivas de lo que habitualmente es tomado como normal. O, tal como describe Schön (1998), la reflexión en y sobre la acción pone en crisis el pensamiento inicial y puede llevar a una nueva comprensión del fenómeno narrado.

Así que estos años de investigación narrativa de los relatos de las enfermeras expertas de la UCI me han servido para reflexionar sobre los efectos de la falta de implicación del discurso tecnológico vigente, acelerar el conocimiento de *mí* y del otro, percibir las evidencias de las relaciones de poder y descubrir la capacidad que tienen la mayoría de las enfermeras expertas que han participado en este estudio para reconocer lo qué es adecuado para el paciente y familia en cada momento. Y brindado la oportunidad de establecer un diálogo con los otros que, como dice Taylor (1997), sirve para construir la

Reflexiones finales

identidad de lo que somos y aquello que queremos ser. Porque en el diálogo con el otro (y su *verdad*) se nos ofrece ocasión de *aprendernos* con la exploración de un nuevo mundo.

También me han convencido de que la narrativa puede jugar un papel fundamental en el momento de crecimiento en que se encuentra actualmente la enfermería. No sólo por el apoyo al aprendizaje que supone la riqueza cualitativa del detalle del cuidado que ofrece, sino también porque *muestra el lenguaje natural de la práctica*. Un lenguaje real que nos permita reconocernos y nos ayude a desterrar creencias que nos ha llevado (a muchos) a pensar y repensarnos como agentes de una *ciencia del cuidado invisible*. El estudio de historias particulares con la narrativa hace posible reconocer decisiones, intuiciones, formas de ver y hacer que ayudan a extender unas perspectivas diferentes que permitan socializar el conocimiento. Porque no podemos olvidar que, como advierte Bourdieu en su obra "*¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*", la lengua es también un signo externo de riqueza y un instrumento de poder.

Ahora bien, tal como plantean Benner (2004, 2005) Watson (2004) o Medina (2004; Medina y Esteban, 2006), no podremos entender, ni entendernos a nosotros mismos, si aceptamos como lenguaje propio un lenguaje tecnológico carente de sentido en la vida real, un lenguaje "teórico" (que no es de uso) en el que tratamos al otro (tratando de objetivarlo) como una *cosa* separada de nosotros. Y en la narrativa de los relatos de las enfermeras expertas de la UCI, podemos encontrar descripciones de prácticas cotidianas y de relaciones con pacientes y familia que pueden ser una valiosa contribución al lenguaje del cuidado. Porque, aunque resulte necesario un buen conocimiento de la fisiopatología para establecer juicios clínicos, el lenguaje de la ciencia natural y los conceptos abstractos de las ciencias humanas no son suficientes para una práctica del cuidado, que no se puede limitar exclusivamente a reglas y conceptos formales. Siguiendo el pensamiento tayloriano podemos considerar que seguir una regla es una práctica social y que reglas y conceptos están en nuestras vidas como modelos para actuar, sin embargo no son lo que se realiza y no se interpretan solos.

Cuando las enfermeras de nuestros relatos describen cómo están con el paciente o la familia, se descubren los matices más sutiles de lo que es bueno y valioso. Y muestran la manera en que las reglas, como dice Taylor (1996), pueden existir *como valores encarnados* que utilizan para interpretar, apoyándose en la comprensión e intuición adquiridas con la experiencia, qué es lo más oportuno para el cuidado del paciente y familia.

Algo parecido ocurre en la investigación con la capacidad de interpretar las historias. Las reglas y la teoría pueden ser revisadas en la práctica para liberarnos de una cultura “científica” interiorizada que merma nuestra capacidad de juicio y creatividad. Aristóteles¹⁴⁴ en su *ética* ya planteaba que el saber práctico versa sobre lo que depende de nosotros y no puede ser de otra manera porque no hay una verdad previamente dada. En la misma línea, en nuestros días Schön (1998) señala que el tipo de saber que regula la actividad humana no es un saber *qué*, sino un saber *cómo* que se afianza en una serie de habilidades que se constituyen como resultado de la acción. Y esta investigación se ha realizado en el convencimiento de que una práctica no puede ser formalizada, no puede ser objetivada y, sin embargo, sí puede ser contada, interpretada y comprendida con la narrativa. Y, en palabras utilizadas por Bruner (1997) para describir su universal de *Canonicidad implícita*, confío que, aunque sus resultados nos vinculen a lo que se espera, haya servido para considerar como nuevo lo que dábamos por supuesto.

17. Sobre el conocimiento práctico de las enfermeras expertas de la UCI

Acorde con el objeto de este estudio, la interpretación de los relatos la he orientado a descubrir los aspectos más relevantes del conocimiento práctico que tienen las enfermeras expertas de la UCI.

Una interpretación en la que he encontrado:

«Donde están las enfermeras de la UCI»

Las enfermeras de la UCI dicen con sus historias que *están en el tema de la familia de los pacientes* (en catorce de las veintitantas historias contadas es el tema principal). Y en este tema lo que más les preocupa es la habilidad de implicación, las normas de acceso familiar y el acompañamiento a la familia cuando el paciente muere.

En sus historias nos muestran el curso contradictorio en que se encuentran sus prácticas, donde en relación a la familia en ocasiones expresan que es como “*una carga*”, o como “*alguien a quién ven poco*”, pero también dicen “*sentirla como una pérdida*”, que les

¹⁴⁴Citado por Arregui en *Sobre el gusto y la verdad práctica*, (1990, pg.:164).

Reflexiones finales

lleva a “saltarse las normas para asegurar su presencia”, para “hacerla partícipe del cuidado para favorecer la conexión, la transición ante la muerte o discapacidades del paciente”, y con el compromiso de “estar allí cuando están sufriendo, haciéndose (ellas mismas) partícipes de su pena”. Este compromiso por estar próximas a la familia y unas actitudes que se mueven entre la *concesión* y el *consuelo*, nos indica que es un área en la que las enfermeras de la UCI están creciendo y madurando profesionalmente.

Otro tema donde están las enfermeras de la UCI es la *defensa del paciente*, que consideran algo esencial en su práctica de cuidado. Una defensa que orientan en proteger al paciente frente al miedo, a la soledad, a la incomunicación, al abandono, al daño físico, a la prevención de la lesión y al sufrimiento innecesario. Y que les impulsa a llevar el compromiso del cuidado hasta reivindicar su participación en las decisiones de diagnóstico y tratamiento.

Y un último tema es que las enfermeras de la UCI están preocupadas por la *relación con los otros miembros del equipo*, pares y médicos. Son preocupaciones que les llevan a asumir responsabilidad y a procurar unas relaciones de equidad con los médicos que les confiera entidad (poder) para actuar en beneficio del paciente.

En este tema el poder y las relaciones de opresión se manifiestan muy claramente. Aunque en la mayor parte de los relatos las enfermeras, por sus características de expertas, no suelen entrar en luchas de competencia. Quizás siguiendo inconscientemente a Butler cuando dice:

“Si nos hemos de oponer a los abusos de poder (lo cual no significa oponerse al poder mismo) debemos determinar en qué consiste nuestra vulnerabilidad ante ellos” (1997:31).

Y han mostrando una actitud que indica un crecimiento personal, que les permite mantener relaciones en las que asumen y valoran las competencias de cada cual y procuran no dañarse.

«El poder de curación de una profesión invisible»

En sus relatos las enfermeras muestran una forma de ver las cosas y una capacidad de percibir el detalle que les permite actuar guiadas por un razonamiento intuitivo como describen Benner (1984, 2000a; 2000c) y Claxton (2002), y que es la expresión de la creatividad de un saber acumulado.

Reflexiones finales

Un saber que vemos en el detalle de *cómo conocen al paciente y familia, en la gran cantidad de distinciones cualitativas que realizan, y en cómo dejan que este conocimiento guie su acción en las diversas situaciones de su práctica enfermera.*

Una acción que desarrollan con un nivel de implicación y compromiso y con una sensibilidad con el sufrimiento del otro, que les lleva a asociar su bienestar con el del paciente, y que les impulsa a realizar sus tareas cotidianas con la calma y la quietud características de una dedicación extraordinaria.

Y que, como hemos visto en las diferentes historias, les permite: estimular el vínculo afectivo de unos padres asustados con sus bebés prematuros; conectar con pacientes que han perdido la capacidad de comunicarse; reconocer la necesidad de facilitar la ayuda de una joven madre gitana en la recuperación de su hijo; aliviar y tranquilizar a los pacientes para facilitar las transiciones de la respiración mecánica; interpretar los temores de un paciente joven con una lesión medular y actuar para aumentar la sensación de control; ayudar a las familias a asumir la situación, facilitando su presencia, participando en las tareas del cuidado o con la información de lo cotidiano; aportar tranquilidad y proteger al paciente del error de los miembros del equipo con menos experiencia; calmar, situar y vincular con su mundo a los pacientes, y cómo para lograrlo son capaces hasta de seguir el juego a un paciente con alucinaciones en un intento de entrar en su mundo; aliviar el disconfort físico y emocional que produce la falta de aire y la sensación opresiva de la mascarilla o de las sujeciones; cuidar y prevenir lesiones en un cuerpo herido; reconocer y anticipar las respuestas de los pacientes para favorecer el diagnóstico y tratamiento, que les lleva en ocasiones, cuando son las únicas que perciben como posibles para luchar por la vida, a superar un cierto temor al conflicto con el *poder del otro* y movilizarse con fuerza y seguridad en defensa del paciente, hasta el extremo de asumir toda la responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento.

En definitiva es *un modo de hacer de las enfermeras expertas de la UCI*, que en algunos aspectos se parece a *la calma* que Chantal Maillard¹⁴⁵ define como una quietud de la mente y como un "*huso de las emociones estéticas*" que proceden de la serenidad, que les permite estar ahí, en medio de las situaciones de confusión y la angustia que se

¹⁴⁵ Poeta y doctora en Filosofía pura, de origen belga afincada en España, profesora de Estética y Teoría de las artes. En relación a su pensamiento me ha interesado especialmente su ensayo "La razón estética" por su propuesta de una nueva racionalidad más atenta a la conexión social y a un mundo de valores como la sensibilidad. Son miradas que desde la poesía y la filosofía pueden ayudarnos a repensar los valores que sostienen nuestra vida cotidiana, especialmente en escenarios como la UCI tan necesitados de prácticas sustentadas en ellos.

Reflexiones finales

reconocen en los recuerdos de Thomas Bernhard, para descubrir lo que tienen y responder a lo que necesitan los pacientes, para confortarles, tanto física como emocionalmente, y transmitirles la seguridad y confianza de saber que están en buenas manos. Y que perseveran en un cuidado realizado con esmero y cariño que aporta un poder de curación que es imposible que aparezca en el discurso tecnológico.

«Y algunas ausencias y dificultades a las que se enfrentan»

A lo largo de los relatos de las enfermeras se ha manifestado una cultura compartida que entiende unas *formas de ejercer el poder* que suponen ejercicios de violencia simbólica, que vemos en expresiones como “les dejo” o “me dejan”, que son producto de una asimetría de la relación entre los diferentes agentes del campo de la UCI, especialmente enfermeras con familias y médicos con enfermeras, que suponen una poderosa dificultad para la práctica del cuidado.

En el relato de alguna enfermera aparece una *falta de flexibilidad y un perfeccionismo* que nos revela un ideal del cuidado de hiper-responsabilidad y autoexigencia de “ser la mejor” a “llegar a todo” que puede impedir abrirse a nuevas experiencias y dificultar la relación con los otros.

Y el hecho de que existan algunas *características del paciente o familia que facilitan una conexión que motiva el cuidado*, lleva asociado el riesgo de que la inexistencia de esas características, o la existencia de características negativas, suponga un obstáculo para la conexión que desmotive el cuidado de algunos pacientes.

Por otra parte, en algunos relatos las enfermeras se lamentan de que *el desconocimiento del paciente y familias como personas* a veces dificulta su práctica del cuidado. Un desconocimiento que suelen atribuir a la falta del tiempo necesario para establecer la relación. Y esto nos pone sobre aviso de lo que supone unos ratios elevados enfermera/pacientes que no permitan realizar las tareas imprescindibles de unas prácticas seguras de cuidado.

18. Algunas expectativas prácticas y líneas de ampliación

La realización de este estudio me ha convencido de que *la narrativa es una fuente inagotable de conocimiento práctico*, que lo mismo sirve para transmitir el *saber* de los profesionales con experiencia, que para revelar *habitus* y culturas compartidas que conforman áreas ciegas poco sujetas a juicio.

Es precisamente en la gran cantidad de datos que se pueden manejar desde la narrativa donde he encontrado la riqueza de esta investigación y también mi mayor dificultad. Cada una de las historias me brindaba oportunidades para profundizar en el conocimiento práctico. En los temas de sus historias; en los elementos del juicio, sobre todo los aspectos ligados al modo de razonamiento; en el papel de la emoción como conexión y de la intuición como saber; en el *saber* de prácticas particulares como el destete o el cuidado del cuerpo...; o en el *saber cómo* en las relaciones con la familia o con el equipo, se me ofrecía un mundo de conocimiento que en ocasiones me ha llevado a plantearme si iba a ser capaz de abordarlo. Aunque el esfuerzo ha merecido la pena y entiendo que el objetivo de la tesis, de descubrir con la narrativa el conocimiento práctico de las enfermeras de la UCI, en alguna medida está cumplido, en ocasiones he sentido como una pérdida no disponer del potencial de trabajar con la riqueza que aporta el trabajo en equipo de investigación, y con la profundidad que hubiese ofrecido el focalizar el estudio en un tema.

Y un campo en el que merece la pena profundizar es en el lenguaje que utilizan las enfermeras expertas para describir su actividad cotidiana, en las conversaciones habituales *entre enfermeras* se transmiten y legitiman los valores y las prácticas que establecen la cultura compartida de lo que es el cuidado. Además, y en la línea de lo dicho por Bolívar, Domingo y Fernández (2001), el lenguaje no se limita a representar la realidad, sino que la construye. Por ello, considero necesario profundizar en los diferentes ámbitos de la práctica, en un trabajo hermenéutico que haga visible y más consciente un lenguaje del cuidado que contribuya a dar entidad a la enfermería.

En el campo de la formación, la narrativa es una práctica reflexiva que permite al estudiante contactar con la vida real. De hecho, ya se contemplan actividades narrativas en todas las asignaturas de prácticas clínicas del curriculum de aprendizaje del grado y postgrado de enfermería de la URV.

Pero, todas estas posibilidades que nos ofrece la narrativa de poco servirán sin la disposición y el poder de trasladarlo a la práctica, *innovar es hacer cosas nuevas*. De una

Reflexiones finales

disposición admirable hay múltiples evidencias en el saber y el nivel de compromiso de las enfermeras que hemos *conocido* en este estudio. Pero una profesión que no tiene una identidad respetada y una competencia reconocida, corre el riesgo de tener una imagen devaluada de sí misma y formar profesionales dañadas y oprimidas que no *podrán* desarrollar todo su potencial.

Por ello, mi última reflexión quiere atender a la llamada de atención que desde diferentes ámbitos se continúa haciendo sobre las relaciones de dominación que, aún hoy, están presentes en las instituciones sanitarias, en las que la enfermería ocupa una posición de grupo oprimido (Benner, 2002; Walker 2003; Medina, Marlí, do Prado y Sandin, 2010; Acebedo, Jiménez, Rodero y Vives, 2011). Y recordar el estudio de Walker (2003), en el que plantea que para encontrar la responsabilidad de un desarrollo moral pobre hay que mirar: cuáles son las condiciones sociales de estatus y poder que la sostienen; quién es responsable de qué cosas y cómo se reparte el coste de esta responsabilidad; y cómo es el ambiente, las relaciones que se establecen y el orden social que lo sostienen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abril, F. (2009). Para una relectura de la crítica a la razón de Theodor W. Adorno y M. Horkheimer. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1666-485X2009000100001&script=sci_abstract&tlng=en
2. Acebedo, M.S., Rodero, V., Vives, C, Aguarón M.J. (2007). La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Índex Enferm*, 16(56), 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1132-12962007000100009&lng=es.
3. Acebedo, M.S., Jiménez, M. F., Rodero, V., Vives, C. (2011). Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Índex de Enferm*, 20(1-2), 86-90. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n1-2/7428.php>
4. Alberti, A.M. (1991). Advancing the scope of practice of primary nurses in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5(3), 44-50.
5. Allen, D. (1990). The curriculum revolution: radical re-visioning of nursing education. *Journal of Nursing education*, 29(7), 312-316.
6. Allen, D., Cloyes, K.G. (2005). The language of 'experience' in nursing research. *Nursing Inquiry*, 12, 98-105.
7. Alligood, M. R. (2002). Models and theories: Critical thinking structures. En M. R. In nursing practice. In Alligood, M.R. & Tomey, A. M. (Eds). *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed., pp.41-61). St. Louis: Mosby.
8. Allué, M. (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Planeta Seix Barral.
9. Allué, M. (1997). Sobrevivir en la UCI. *Enfermería intensiva*, 8 (1), 29-34.
10. Angulo, F. (1988). Análisis de la racionalidad científica en el ámbito de la didáctica. Tesis Doctoral Inédita, Universidad de Málaga.
11. Angulo, F. (1991). Contra la simplicidad. *Revista de educación*, (296), 389-440.
12. Ansín, J. C. (2006). La medicina basada en el diálogo *Invet. pens. Crit*, 4, 62-69 Disponible en: <http://www.usma.ac.pa/web/DI/images/IPC%20No.%204/p.62-69%20Ansin%20.pdf>
13. Arbon, P. (2004). Understanding experience in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 150-157.

14. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Introducción, Traducción y Notas de José Luis Calvo Martínez J. L. (2001). Madrid: Alianza.
15. Arreciado, A., Estorach, M.J., Ferrer, S. (2011). La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enferm Intensiva*, 22, 112-6.
16. Arregui, J.V. (1990). Sobre el gusto y la verdad práctica *Anuario Filosófico*, (23), 163-176. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/881>
17. Ashworth, P., Longmate, M. (1993). Theory and practice: beyond the dicotomy. *Nurse Education Today*, 13(5), 321-327.
18. Asiain, M.C. (2006). Las Unidades de cuidados intensivos. En Gomez, O, Salas, L. *Manual de Enfermería en cuidados intensivos Vol 1* México D. F.: Instituto Monsa. Edi Prayma.
19. Atkins, S. (2000). *Developing Underlying In the Move towards Reflective Practice in Reflective Practice in Nursing*. Edit: Burns. S & Bulman, C.
20. Atkinson, T., Claxton, G. (2002). *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.
21. Badger, J.M. (2005). Factors That Enable or Complicate End-of-Life Transitions in Critical Care *Am J Crit Care*, 14, 513-521. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/513.full.pdf>
22. Balasco, E.M., Black, A.S. (1988). Advancing nursing practice: Description, recognition, and reward. *Nursing Administration Quarterly*, 12(2), 52-62.
23. Barbosa de Pinho, L., Azevedo dos Santos, S. M. (2006). Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index Enferm* 15(54), 20-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es
24. Bárcena, F. (2005). *La experiencia reflexiva en educación*. Barcelona: Paidós.
25. Barnum, B. (1990). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
26. Bartel, H. (2010). La práctica del profesional enfermero experto en las unidades de críticos desde el análisis de una entrevista bajo la perspectiva de Benner. *Index Enferm*, 19(1), 51-54.
27. Bastidas, M., Pérez, FN., Torres, JN., Escobar, G., Arango, A., Peñaranda, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería Invest. educ. enferm*, 27(1).

28. Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual de las culturas de las disciplinas*. Barcelona: Gedisa.
29. Benjamin, W. (1991). El narrador. En: *Para una crítica de la violencia y otros ensayos, Iluminaciones IV*. Madrid: Taurus. (Original publicado en 1936).
30. Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing (Publicado en español en 1987 con el nombre de *Práctica de enfermería progresiva*. Barcelona: Grijalbo).
31. Benner, P. (1991). The role of narrative, experience, and community in expert ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1-21.
32. Benner, P. (Ed) (1994a). *Interpretative Phenomenology. Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.
33. Benner, P. (1994b). Caring as a way of knowing and not knowing. En S.S. Phillips & P Benner (Eds). *The crisis of care: affirming and restoring caring practices in the helping professions* (pp: 42-62). Washington: Georgetown University Press.
34. Benner, P. (1994c). The tradition and skill of interpretive phenomenology. En Benner, P. (Ed). *Interpretive Phenomenology* (pp. 99-127). Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.
35. Benner, P. (1997). A Dialogue between virtue ethics and care ethics. *Journal of Theoretical Medicine*, 18 (1-2), 47-61.
36. Benner, P. (2000a). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing. Philosophy*, 1(1), 5-19.
37. Benner, P. (2000b). Links between philosophy, theory, practice, and research. *Can.J.Nurs.Res*, 32(2), 7-13.
38. Benner, P. (2000c). The Wisdom of Our Practice. *Am J Crit Care*, 100(10):99-105.
39. Benner, P. (2002). Creating Compassionate Institutions That Foster Agency and Respect. *Am J Crit Care*, 11(2), 164-166.
40. Benner, P. (2003). Reflecting on What We Care About, *Am J Crit Care*, 12(2), 165-166.
41. Benner, P. (2004a). Designs formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *Am J Crit Care*, 13(5), 426-430.
42. Benner, P. (2004). Seeing the Person Beyond the Disease. *Am J Crit Care*, 13(1), 75-78.

43. Benner, P. (2005). Extending the dialogue about classification systems and the work of professional nurses. *Am J Crit Care*, 14(3), 242-272.
44. Benner, P., Gordon, S. (1996). Caring Practice. En: Gordon, S., Benner, P., Noddings, N. *Caregiving. Reading in knowledge, Practice, Ethics, and Politics*. (pp: 40-55). Philadelphia: University of Pennsylvania.
45. Benner P., Hooper-Kyriakidis P., Stannard D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care, a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
46. Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., Day, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *Am J Crit Care*, 17(5), 473-476.
47. Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 13-28.
48. Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C. (1996). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New York: Springer.
49. Benner, P., Tanner, C.A., Chesla C.A. (1997). The Social Fabric of Nursing Knowledge. *AJN. The American Journal of Nursing*, 97(7), 16BBB-16DDD.
50. Benner, P., Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
51. Bertrán, O. (2008). Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir. *Index Enferm*, 17(2), 92-96.
52. Berwick, D. (2004). Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *HAMA*, 292 (6), 736-7.
53. Bevis, E., Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. New York: National League for Nursing.
54. Bishop, A., Scuder, J. (1990). *The practical moral and personal sense of nursing*. New York: SUNY Press.
55. Bjørk, I. T. (1999). Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*, 6(1), 34-37.
56. Blumer, H. (1982). *Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
57. Bolívar, B., Domingo, J., Fernández, M. (2001). *La investigación biográfica – narrativa en educación*. Madrid: La Muralla.
58. Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Ginebra: Droz.

59. Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 30.
60. Bourdieu, P. (1983). Formas de capital. En Richards, JC (ed). *Manual de teoría e investigación de la sociología de la educación*. Nueva York: Greenwood Press.
61. Bourdieu, P. (1988a). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
62. Bourdieu, P. (1988b). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
63. Bourdieu, P. (1989). Reproduction Interdite. La dimension symbolique de la domination économique, *Études Rurales*, (113-114), 15-36.
64. Bourdieu, P. (1990). ¿Los intelectuales están fuera del juego? En *Sociología y Cultura*, (p.p. 95-100). Méjico d.f.: Grijalbo.
65. Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
66. Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
67. Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama. Primera edición en francés, 1994.
68. Bourdieu, P. (1999a). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
69. Bourdieu, P. (1999b). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.
70. Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
71. Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid : Akal.
72. Bourdieu, P., Wacquant, L. (1992). *Responses. Pour une anthropologie reflexive*. Paris: Seuil.
73. Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad*. Barcelona: Gedisa.
74. Brierley, D. (2011). "Solo se recuerda lo que se siente". *El País* 12 de Octubre.
75. Briones, C. (2009). Metarelato de mi experiencia de investigación (Documento no publicado).
76. Briscoe, W.P., Woodgate, R.L. (2010). Sustaining Self: The Lived Experience of Transition to Long-Term Ventilation. *Qual Health Res January*, 20, 57-67.
77. Bruner, J. (1986). *Actuals minds, possible worlds*. Massachusetts: Harvard University Press.
78. Bruner, J. (1997). *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
79. Bruner, J. (1998). What is a narrative fact? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 560, 17-27.

80. Bruner, J. (2006). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.
81. Brunet, I.; Morell, A. (1998). Capitals, trajectòries i estratègies: la teoria general dels camps de P. Bourdieu. *Papers* 54: 201-214.
82. Brykczynski, K.A. (1998). Clinical exemplars describing expert staff nursing practices. *J Nurs Manag*, 6(6), 351-9.
83. Brykczynski, K.A. (2000). Role development in the advanced practice nurse. En A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.). *Advanced nursing practice: an integrative approach* (2nd ed., pp.107-134). Toronto: W. B. Saunders.
84. Brykczynski, K.A. (2007a). De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Tomey & Alligood. (eds.) *Modelos y teorías en enfermería* (6.ª ed.), (p.p.154- 157). Madrid: Elsevier-Mosby.
85. Brykczynski, K.A. (2007b). Judgment Strategies for Coping with Ambiguous Clinical Situations Encountered in Primary Family Care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 3 (2), 79 – 84.
86. Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
87. Campbell, D.T. (1969). Ethnocentrism of disciplines and the fish-scale model of omniscience. En Sherif, M. y Sherif, C. (comps). *Interdisciplinary Relationships in the Social Sciences*. Chicago: Adline.
88. Carpiano, RM. (2007). Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Health Place*, 13(3), 639-55.
89. Carr, D. (1986). *Time, narrative and history*. Bloomington: Indiana University
90. Carr, W, Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martinez Roca.
91. Carucho, C., Mayobre, P. (s.f.). “Un encuentro con DIÓTIMA”. Disponible en: webs.uvigo.es/pmayobre/textos/un_encuentro_con_diotima.doc.
92. Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527-534.
93. Capra, F. (1989). *El Punto Crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona: Integral.
94. Chalmers, D. (1982). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XXI.
95. Clare, J. (1993). A challenge to the rhetoric of emancipation: recreating a professional culture. *J Advan Nursing*, 18, 1033-1038.

96. Claxton, G. (2002). Anatomía de la intuición. En Atkinson & Claxton, (eds.). *El profesor intuitivo*. (1ª ed., pp. 50-75) Barcelona: Octaedro.
97. Coffey, A., Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante.
98. Connelly, F.M., Clandinin, D.J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational researcher*, 5 (19), 2-14.
99. Connelly, F.M., Clandinin, D.J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En Larrosa, J. y col. *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes.
100. Crites, S. (1986). Storytime. Recollecting the past and projecting the future. En T.R. Sarbin (Ed.). *The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
101. Crissman, S., Jelsma, N. (1990). Cross-training: Practicing effectively on two levels. *Nursing Management*, 23(3), 64a-64h.
102. Cull-Wilby, B.L., Pepin, J.I. (1987). Towards a coexistence of paradigms in nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 12(4), 515-521.
103. Damasio, A. (1994). El error de Descartes. Barcelona: Crítica.
104. Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens, Body and Emotion in the Making Consciousness*. New York: Harcourt & Brace Co.
105. Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
106. Darbyshire, P. (1994). Skilled expert practice: Is it "all in the mind"? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. *Journal of advanced Nursing*, 19, 755-761.
107. Del Barrio, M. y Col. (2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 18(1), 3-14.
108. Denzin, N. (2003). Foreword: narrative's moment. En: M. Andrews, S. Sclater, C. Squire, A. Treacher (Eds). *Lines of narrative*, (p.p. xi-xiii). Londres: Routledge.
109. Dreyfus, S.E., Dreyfus H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research, USAF (Contract F49620-79-c-0063). Berkeley, CA: University of California, Berkeley.

110. Dreyfus, H.L., Dreyfus, S.E. with Athanasiou, T. (1986). *Mind over machin, the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
111. Dreyfus, H.L. (1986). Why studies of human capacities modeled on ideal natural science can never achieve their goal. En M Margolis, M Krausy, R.M. Burain (Eds), *Rationality, relativism, and the human sciences* (pp. 3-22). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.
112. Dolan, K. (1984). Building bridges between education and practice. En P. Benner (Ed). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp: 275-284). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
113. Dunlop, M.J. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661-670.
114. Dunlop, M.J. (1994). Is a science of caring possible? En: Benner P. (ed). *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness*, (p. p. 27-42). Thousand Oaks: Sage plublications.
115. Dutt, C. (1998). En *Conversaciones con Hans-Georg Gadamer. Hermeútica- Estética- Filosofía práctica*. Madrid: Tecnos.
116. Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge: Cambridge University Press.
117. English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: A critique of Benner's novice to expert model. *Journal of advanced Nursing*, 18, 387-393.
118. Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M. Wittrok (Ed.), *La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos de observación*. Barcelona: Paidós MEC.
119. Erlen, J.A., Frost, B. (1991). Nurses perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, 13(3), 164-170.
120. Ernstmann, N. et al (2009). Social Capital and Risk Management in *Nursing Journal of Nursing Care Quality*, 24 (4), 340-347.
121. Farrell, P., Bramadat, I.J. (1990). Paradigm case analysis and stimulated recall: Strategies for developing clinical reasoning skills. *Clinical nurse specialist*, 4(3), 153-157.
122. Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis.

123. Femenias, L. (2003). Aproximación al pensamiento de Judith Butler. Conferencia. Gijón. Disponible en <http://www.comadresfeministas.com/>
124. Fenton, M.V. (1985). Identifying competencies of clinical nurse specialists. *Journal of nursing administration*, 15(12), 31-37.
125. Fenton, M.V., Brykczynski, K.A. (1993). Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 9(6), 313-326.
126. Fernández, J.M. (2004). Interdisciplinariedad en ciencias sociales: perspectivas abiertas por la obra de Pierre Bourdieu. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 169-193.
127. Fernández, J.M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.
128. Ferrer, V. (1995). La crítica como narrativa de las crisis de formación. En Larrosa J. y col. (1995). *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación* (pp. 165-190). Barcelona: Laertes.
129. Ferre, C., Rodero, V., Cid, D., Vives, C. (2008). El relato de la experiencia depresiva: Aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index Enferm*, 17(1), 22-24.
130. Feyerabend, P. (1987). *Tratado contra el método*. Barcelona: Ariel.
131. Field, P., Morse, J. (1985). *Nursing research application of qualitative approaches*. London: Sage.
132. Fontaine, D.K. (2005). Impact of the Critical Care Environment on the Patient. En Hudak, C.M. *Critical Care Nursing: A Holistic Approach* (8ª ed.), 31-40. Lippincott: Williams & Wilkins. Edition.
133. Fontaine, D.K., Prinkey Briggs, L. et al (2001). Designing humanistic critical care environments. *Crit Care Nurs Q*, 24(3), 21-34.
134. Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España.
135. Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2ª ed.). México: Siglo XXI.
136. Gadamer, H.G. (1986). *The relevance of the beautiful and the others essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
137. Gadamer, H.G. (1988). *Verdad y método* (3ª ed.). Salamanca: Ediciones Sígueme.
138. Gadamer, H.G. (1996). Estética y hermenéutica. *Rev Filosofía*, 3(12), 5-9.

139. Gálvez, M. A. (2008). La UCI y el "amor tecnológico". *Index Enferm*, 17 (3), 214-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300014&lng=es&nrm=iso
140. Gálvez, M., Munumel, G. (2010). Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index Enferm*, 19 (2-3), 191-195.
141. García Grau, N., Carmona, A., Heredia, Roca, A., Cabases, M.O (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Metas de enfermería*, 7(2), 6-12.
142. Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
143. Gérvas, J., (2006). Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac. Sanit*, 20(Sup11), 127-34.
144. Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
145. Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE.
146. Gobet, F., Chassy P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. Jan, 45(1), 129-39.
147. Goodley, D., Lawthom, R., Clough, P., Moore, M. (2004). *Researching life stories. Method, Theory and Analyses in a Biographical Age*. Londres: Routledge falmer.
148. Goodman, N. (1978). *Ways of Worldmaking*. Indianapolis: Hackett. (ed. En español: *Maneras de hacer mundos*, Madrid: Visor (1990).
149. Gordon, S., Benner, P., Noddings, N. (1996). *Caregiving. Reading in knowledge, Practice, Ethics, and Politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
150. Gorlier, J. C. (s.f.). Análisis Narrativo en las Ciencias Sociales. Selección de Textos. Disponible en: http://www.fhuc.unl.edu.ar/ensenanza/posgrado/humanidades_cs_sociales/seleccion_textos_Gorlier.pdf
151. Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*, 318, 323-325.
152. Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*, 318, 48-50.
153. Greenwood, J., King, M. (1995). Some surprising similarities in the clinical reasoning of "expert" and "novice" orthopedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 907-913.

154. Grundy, S. (1991). *Product o praxis del curriculum*. Madrid: Morata.
155. Gudmundsdottir, S. (1998). La naturaleza narrativa del saber pedagógico. En McEwan, H. y Egan, K. (Comp.), *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
156. Gutiérrez, A. (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid: Tierradenadie.
157. Habermas, J. (1992). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
158. Habermas, J. (1968). *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Pres.
159. Hall, J. (2004). Marginalization and symbolic violence in a world of differences: War and parallels to nursing practice. *Nursing Philosophy*, 5, 41-53.
160. Halldorsdottir, S. (1991). Five Basic modes of being with another. En Gaut D. and M.Leininger (Eds) *Caring: The Compassionate Healer*, 37-49. New York: NLN.
161. Hamric, A.B., Whitworth, T.R., Greenfield, A.S. (1993). Implementing a clinical focused advancement system. *Journal of nursing administration*, 23(9), 20-28.
162. Hardy, B. (1968). Towards a Poetics of Fiction: An Approach through Narrative. *Novel*, 2, 5-14.
163. Harker, R., Mahar, C., Wilkes, C. (Eds) (1990). *An introduction to the work of Pierre Bourdieu. The practice of theory*. Londres: MacMillan.
164. Harris, M. (1979). *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. Madrid. Siglo XIX
165. Heidegger, M. (1927/1962). *Being and time*. New York: Harper & Row.
166. Henneman, E., Dracup, K., Ganz, T. (2001). Effect of collaborative weaning plan on patient outcome in the critical care setting. *Crit Care Med*, 29(2), 297-303.
167. Hoffman, K., Donohue J., Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 53-62.
168. Holmes, D., Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
169. Holloway, I. and Freshwater, D. (2007). *Narrative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell.
170. Holter, L. (1988). Critical Theory: A foundation for the Development of Nursing Theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2, 223-229.
171. Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid: Trotta.
172. Horkheimer, M. (1976). *Sociedad en transición: estudios de filosofía social*. Barcelona: Península.

173. Huntsman, A., Lederer, J.R., Peterman, E.M. (1984). Implementation of staff nurse III at El Camino Hospital. En P. Benner (Ed). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 244-257). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
174. Huppatz, K. (2006). The Interaction of Gender and Class in Nursing: Appropriating Bourdieu and adding Butler. *Health Sociology Review*, 15 (2), 124-131.
175. Hutchinson, S., Wilson, H. (2003). La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva posestructuralista. En Morse, J. Editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*, (pp. 349-366). Medellín: Universidad de Antioquia.
176. Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes. Realidad. Verdad. Política*. Barcelona: Editorial Gedisa.
177. Japón, D. (2002). Sobre una cama en la UCI: una experiencia personal. *Tempus Vitalis*, 2(1), 24-27.
178. Jenks, J.M. (1993). The pattern of personal knowing in nurse decision making. *Journal of Nursing Education*, (32), 399-405.
179. Jiménez, M.F. (2009). *Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias*. [Tesis] Departamento de antropología, filosofía y trabajo social. Universidad Rovira i Virgili. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0121110-110630>
180. Jiménez, A. (2004). *Ciudadanía más allá de la ley* (pp: 3-11). Disponible en: http://riff-raff.unizar.es/files/politicas_feministas.pdf
181. Jørgensen, E.B. (2003). Origin and structure of clinical medicine and clinical medical care En Petersen KA. Y col (Eds.). *The Network Society and the demand of educational Changes* (pp. 257-273) Uppsala: Department of Education, Uppsala University.
182. Josselson, R. (2006). Narrative research and the challenge of accumulating knowledge. *Narrative inquiry*, 1(16), 3-10.
183. Kerouac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Masson: Barcelona.
184. Kierkegaard, S. (1983). *Fear and Trembling*. Princeton: University. Pres, Princeton, NJ.
185. Kolb, D. A. (1981). Learning styles and disciplinary differences. En Checkering, A (comp.). *The Modern American College*. San Francisco: Jossey Bass.
186. Kuhn, T.S. (1986). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de cultura económica.

187. Larrosa, J. (1990). *El trabajo epistemológico en Pedagogía*. Barcelona: PPU.
188. Larrosa, J., Arnaus, R. y otros. (1995). *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes.
189. Lakoff, G., Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh, the Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
190. Larsen, K. (2003). Outline of nursing in medical Field En Petersen K. A. y Col. (Eds.). *The Network Society and the demand of educational Changes* (pp. 274-299). Uppsala: Department of Education, Uppsala University.
191. Larsen, K. (2005). Learning through the body in Danish Nursing Education. En Dilemmas of Care, *The Nordic Welfare State* (pp. 176-195).. London: Eriksen T.R. & Dahl H. M. Ed.
192. Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
193. Leininger, M., McFarland, M.R. (2005). *Culture Care Diversity and Universality: A worldwide theory of nursing* (2nd Ed.) Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
194. Leners, D.W. (1993). Nursing intuition: The deep connection. En D.A. Gaut (ed.), *A global agenda for sharing* (pp. 223-240). New York: National League for Nursing.
195. Lindeke, L.L., Canedy, B.H., Kay, M.M. (1997). A comparison of practice domains of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 13(5), 281-287.
196. Lock, M. & Gordon, D.R. (Eds.) (1989). *Biomedicine examined*. Boston: Kluwer Academic.
197. Løgstrup, K.E. (1956/1971). *The ethical demand* (T.I. Jensen, Trans). Philadelphia, PA: Fortress Press.
198. Løgstrup, K.E. (1997). *Beyond the Ethical Demand*. Paris: University of Notre Dame Press.
199. Lunardi, V., Peter, E., Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia del poder. *Enfermería clínica*, 16(5), 268-274.
200. Lunardi, V., Lunardi Filho, W.D., Silva, R. y otros (2007). Ética en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a20.pdf

201. Lynam, M. (2005). Health as a socially mediated process: theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 25-37.
202. Lynam, M. (2007). What might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry*, 14(1), 23-34.
203. Lynam, M. (2009). Reflecting on Issues of Enacting a Critical Pedagogy. *Nursing Journal of Transformative Education*, 7(1), 44-64.
204. Lyneham, J., Parkinson, C.A., Denholm, C.J. (2008). Explicating Benner's concept of expert practice; Intuition in emergency nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 64, (4), 380-387.
205. MacIntyre, A. (1987). *Tras la virtud*. Barcelona: Editorial Crítica.
206. Madrid Torres, L. (2001). Cuidados informales y paciente crítico. *Tempus Vitalis*, 1 (1). Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista01/Revision1/revision1.htm>
207. McCaughan, E., Parahoo, K. (2000). Medical and surgical nurses' perception of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 420-428.
208. McEwan, H., Egan, K. (1998). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Edit. Amorrortu.
209. Maillard, C.H. (1998). *La razón estética*. Barcelona: Laertes.
210. Maillard, C.H. (2010, 19 de Junio). Los límites de la razón. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/portada/limites/razon/elpepuculbab/20100619elpbabpor_32/Tes
211. Manley, K., Hardy, S., Garbett, R., Titchen, A. (2005). Changing patients' worlds through nursing practice expertise. Exploring practice expertise through emancipatory action research and fourth generation evaluation The RCN Institute's Expertise in practice Project. A research report. RCN Institute, Cavendish Square London. RCN. Disponible en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/78647/002512.pdf
212. Manias, E. (2003). Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *Journal of advances nursing*, 41(1), 585-594.
213. Martin, E. (2002). Habitus. En Román Reyes (Dir.): *Diccionario Crítico de ciencias sociales*, Pub. Electrónica. Madrid: Universidad Complutense. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>

214. Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N. y otros (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 11 (3), 107-117.
215. Martínez, J.S. (1998). Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu un intento de aclaración. Comunicación presentada en el VI Congreso de Sociología de la FES, Coruña. Disponible en: <http://webpages.ull.es/users/josamaga/Papers/clase-bd-usal.pdf>
216. Martínez, M. (1982). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México: Trillas.
217. Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisi*. Historisk-filosofiske essays (Caring, nursing and medicine historical-philosophical essays). Oslo: Tano.
218. Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York, N.Y.: Harper and Row,
219. Mayobre, P. (2004). *De las viejas luchas a la política de lo simbólico* (pp. 41-57). Disponible en: http://riff-raff.unizar.es/files/politicas_feministas.pdf
220. McEwan, H., Egan, K. (1995). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
221. Medina, J.L. (1999). *La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.
222. Medina, J.L. (2004). La problemática de la construcción del saber disciplinar a través del regreso a la razón. Ponencia V Simposium internacional de diagnósticos de enfermería. *Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber*. Valencia.
223. Medina, J.L. (2005a). Redescubrir el saber práctico de la enfermera. *Rev ROL Enf*, 28(7-8), 487-490.
224. Medina, J.L. (2005b). *Deseo de cuidar y voluntad de poder*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
225. Medina, J.L., Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & contexto enfermagem*, 15(2), 303-311. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415215.pdf>
226. Medina, J.L., Cruz, L. (2007). "Objetividad y subjetividad en la investigación educativa". III Jornades de Recerca Educativa. Departament de Didàctica i Organització Educativa de la Universitat de Barcelona.
227. Medina, J.L., Sandin, M.P. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las

- lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & contexto enfermagem*, 15(2), 312-319.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200016&lng=pt
228. Medina, J.L., Marli Backes, V., Prado, M.L., Sandin, M.P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & contexto enfermagem*, 19(4), 609-617. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400002>
229. Medina, J.L., Sandin, M.P. (1994). Epistemología y Enfermería I: fundamentación epistemológica de la Teoría del cuidado. *Enfermería clínica*, 4(6), 221-237.
230. Medina, J.L., Sandin, M.P. (1995). Epistemología y Enfermería II: Paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería clínica*, 5(1), 32-44.
231. Medina J.L., Prado, M. L. (2009). El curriculum de enfermería como prototipo de *tejnë*: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto & contexto enfermagem*, 18(4), 617-626. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400002&lng=en&nrm=iso
232. Meléis, A.I. (1991). *Theoretical Nursing: Development and Progress*, (2a edic.). Philadelphia: Lippincott.
233. Méndez, V. (2003). El modo tradicional y el modo tecnológico de morir. *Rev ROL Enf*, 26(12), 832-836.
234. Meretoja, R., Leino-Klipi, H. (2003). Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 404-409.
235. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phénoménologie de la perception* C Smith (Trans). London : Routledge.
236. Moccia, P. (1989). Curriculum reconceptualization: Integrating the voices of revolution. In *Curriculum revolution: Reconceptualizing Nursing Education*, (pp. 135-144). New York: National League for Nursing Press.
237. Montejo, J. C. (2011, 7 de Setiembre). Al otro lado de la UCI. Reportaje de F.J. Barroso. *El País*. Madrid. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/madrid/lado/UCI/elpepiespmad/20110907elpmad_9/Tes
238. Morales, J. (2005). Teoría narrativa de la psicología social en el modo de ser literario. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TDX/TDX_UAB/TESIS/AVAILABLE/TDX-1026105-115440//jmg1de1.pdf
239. Morin, E., Ciurana, E., Motta, R. (2003). *Educación en la era planetaria*. Barcelona: Gedisa.

240. Morse, J.M. et al. (1990). Concepts of caring and caring as concept. *ANS Adv Nurs Sci.* (13), 1-14.
241. Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W. and Solberg, S. (1991), Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Journal of Nursing Scholarship*, 23, 119–126. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x.
242. Muñoz, B. Escuela de Frankfurt: Primera Generación. Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/ef_1generacion.htm
243. Muñoz, M. (2010). Verdad narrativa, verdad histórica (II). *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, nº35. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000654&a=Verdad-narrativa-verdad-historica-II>
244. Newman, M.A. (1995). *A developing discipline: Selected work of Margaret Newman*. New York: National League for Nursing Press.
245. Nightingale, F. (1990). *Notas sobre Enfermería. "Qué es y qué no es"*, (1ª Edic.). Barcelona: Salvat Editores. (Traducción de *Notes on nursing: what is and what is not*, (1860).
246. Noddings, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
247. Noddings, N. (1986). Fidelity in teaching, teacher education and research for teaching. *Harvard educational Review*, 56, 496-510.
248. Noddings, N. (1992). *The challenge to care in school: An alternative approach to education*. New York: Teachers College Press.
249. Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of Thought*. Nueva York: Cambridge University Press.
250. Owen, A. Los 12 pilares de la inteligencia. Disponible en: <http://www.rtve.es/television/20110127/redes-12-pilares-inteligencia/398689.shtml>
251. O'Brien, B. & 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.
252. Paley, J. (1996). Intuition and expertise: Comments on the Benner debate. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 665-671.
253. Pallares, A. (2003). El mundo de las Unidades de cuidados intensivos. [Tesis] Departamento de antropología, filosofía y trabajo social. Universidad Rovira i Virgili. Disponible en: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>

254. Parse, R.R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
255. Parse, R.R. (1987). *Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques*. Philadelphia: WB Saunders.
256. Pastor, J., Ovejero, A. (2006). Michael Foucault, Un ejemplo de pensamiento postmoderno. *Revista de filosofía*, 46. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/pastor46.pdf>
257. Peshkin, A. (1985). Virtuous subjectivity. In the participant-observer's I's. En D. Berg & K. Smith (Eds.) *Exploring critical methods for social research* (pp. 124-135). Beverley Hills, CA: Sage.
258. Peter, E., Martin, K. (2007). A Narrative Approach to Empirical Nursing Ethics Research: Uncovering the Everyday Moral Knowledge of Nurses. *Texto & contexto enfermagem*, 16(4), 746-52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
259. Petersen, K.A. (2003). Myth or reality. En Petersen K. A. y col. (eds.). *The Network Society and the demand of educational Changes* (pp. 247-256) Uppsala: Department of Education, Uppsala University, Sweden.
260. Prado, M. (2004). ¿Qué es el feminismo postestructuralista de Judith Butler y por qué están diciendo cosas tan horribles sobre él? (pp. 78-95). Disponible en: http://riff-raff.unizar.es/files/politicas_feministas.pdf
261. Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
262. Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. New York: Doubleday and Co.
263. Polkinghorne, D. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: SUNY Press.
264. Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. En J. Hatch, R. Wisniewski (Eds), *Life history and narrative* (pp. 5-23). Londres: Falmer press.
265. Purkis, M.E. (1994). Entering the field: Intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal Nursing Studies*, 31(4),315-336.
266. Raglianti, F. (2006). Comunicación de una Observación de Segundo Orden Cinta Moebio, 27, 77-85. Disponible en: www.moebio.uchile.cl/27/raglianti.html
267. Rew, L. (1988). Intuition in decision making. *Image*, 20, 150-154

268. Riboli, D. (2009) Estar ahí con el otro sin hacerse daño. En *La mágica fuerza de lo negativo* (pp. 97-122). Diotimia.
269. Ricoeur, P. (1977). *The question of proof in in Freud's psychoanalytic writings*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 25, 835-71.
270. Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós.
271. Ricoeur, P. (1995). Tiempo y narración. *Configuración del tiempo en el relato histórico*. Vol. I. Madrid: Siglo XXI.
272. Ricoeur, P. (1996). *Tiempo y narración. "el tiempo narrado"*. Vol. III. Madrid: Siglo XXI.
273. Ricoeur, P. (2006). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. Madrid: siglo XXI.
274. Riley, J., Brodie, L., Shuldham, C. (2005). Cardiac nursing: achieving competent practitioners. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 15-21.
275. Rischel, V., Larsen, K., Jackson, K. (2008). Embodied dispositions or experience? Identifying new patterns of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 512-521.
276. Rhynas, S.J. (2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-86.
277. Rodero, V., Vives, C., Acebedo, M.S., Ferre, C. (2010). Sobre los saberes culturales y el fenómeno "sentirse bien-sentirse mal". *Index Enferm*, 19(2-3), 97-100.
278. Rodero, V., Acebedo, M.S., Vives, C., Pérez C. (2006). Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. *Index Enferm*, 15(54), 44-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200009&lng=es
279. Rodríguez, P. *Experiencia, tradición e historicidad en Gadamer*. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/contenidos.html>
280. Rodríguez, R. (2004). *Del sujeto y la verdad*. Madrid: Síntesis.
281. Rogers, M.E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
282. Rosch E. (1981). Prototype classification and logical classification: the two systems. En: Schonolnick E, editor. *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory* (pp. 73-96). Hillsdale: Erlbaum.

283. Rose, L., Nelson, S., Johnston, L. (2007). Decisions Made By Critical Care Nurses during Mechanical Ventilation and Weaning in an Australian Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 434-443.
284. Rubin, J. (1996). *Impediments to the Development of Clinical Knowledge and Ethical Judgment in Critical Care Nursing*. En Benner, P., Tanner, C., & Chesla. C. *Expertise in Nursing: Caring, Clinical Judgment and Ethics* (pp. 170-192). New York: Springer. Won Book of the Year Award, *American Journal of Nursing*.
285. Rubio, L., Aguarón, M.J., Ferrater, M., Toda, D. (2002). Vivir la UCI: diferentes perspectivas. *Cultura de los Cuidados*, VI (12), 55-66.
286. Rubio, L. y col. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 17, 141-53.
287. Ryan, H.L. (1988). Intensive care--a traumatic experience. *Care of the Critically Ill*, (4), 19-22.
288. Salcedo, J.A. (2008). Horkheimer. Tres momentos en la crítica a la modernidad. Intersticios. *Revista sociológica del pensamiento crítico*, 2 (2), 15-23. Disponible en: <http://www.intersticios.es>
289. Sanchez Ron, J.M. (2011, 30 de Julio). El valor de lo imperfecto. Diario *El País*, Babelia.
290. Sánchez, F. (2003). *Razones epistemológicas versus prácticas académicas: el método como criterio de demarcación entre la antropología y la sociología*. Mimeo.
291. Sarbin, T.R. (1986). *Narrative Psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
292. Schein, E. (1973). *Professional Education*. Nueva York: McGraw-Hill.
293. Schön, D.A. (1998). *El profesional reflexivo*. Madrid: Paidós. (Primera edición en (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action*. London, Temple Smith).
294. Schraeder, B.D., Fischer, D.K. (1987). Using intuitive knowledge in the neonatal intensive care nursery. *Holistic Nursing Practice*, 1(3), 45-51.
295. Sendon, V. Qué es el feminismo de la diferencia. Disponible en: http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/purificacion_mayobreis/feminmo.pdf
296. Serrano, J.A. (2007). *Hacer pedagogía: sujetos, campo y contexto*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
297. Serrat, J.M. (2002, 5 de Octubre). Manipulamos los recuerdos para no ser desgraciados. *El País*. Entrevista concedida a Aurora Intxausti.

298. Sherwood, G.D. (1997). Meta-synthesis of qualitative analyses of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Adv Pract Nurs*, 3(1), 32-42.
299. Siles, J., García, E. (1995). Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica*. (160-161).
300. Siles, J., Solano, M.C. (2011). La historia cultural y la estética de los cuidados de enfermería. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 19(5), [11pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
301. Silver, M. (1986a). A program for career structure: From neophyte to expert. *The australian nurse*, 16(2), 38-41.
302. Silver, M. (1986b). A program for career structure: A vision becomes a reality. *The australian nurse*, 16(2), 44-47.
303. Solano, M.C., Hernández, P., Vizcaya M.F., Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos *Enferm Intensiva*, 13(1), 9-16.
304. Solano, M.C., Siles, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enfermería*, 14(51), 29-33.
305. Somers, M. (1994). The narrative constitution of identity. A relational and network approach. *Theory & Society*, (23), 635-649.
306. Sørensen, NØ. (2003). Therapy as a key to power? En Petersen, K. A. y col (Eds.). *The Network Society and the demand of educational Changes* (pp. 319-336) Uppsala: Department of Education, Uppsala University.
307. Sparkes, A.C., Devís, J. La investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. Disponible en: http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/investigacion/la_investigacion_narrativa.pdf
308. Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton & Co.
309. Spichiger, E., Wallhagen, M.I., Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 303-09.
310. Stephens, C. (2008). El capital social en su lugar: el uso de la teoría social para entender el capital social y las desigualdades en salud. *Social Science Medicine*, 66 (5), 1174-84.
311. Sternberg, R. J., Horvath, J. A. (1995). A prototype view of expert teaching. *Educational Researcher*, 24(6), 9-17.

312. Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
313. Swanson, K.M. (1999). What is known about caring in nursing science: a literary meta-analysis En: Hinshaw AS, Feetham SL, Shaver JL, editors. *Handbook of Clinical Nursing Research* (pp. 31-60). Thousand Oaks: Sage.
314. Tanner, C.A. (1990). Reflections on the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 295-299.
315. Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C., Gordon, D. R. (1993). The Phenomenology of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25, 273-280.
316. Taylor, C. (1985). *Human Agency and Language: Philosophical Papers*. New York: Cambridge University Press.
317. Taylor, C. (1993). Explanation and Practical Reason. En Martha C. Nussbaum and Amartya Sen. *The Quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
318. Taylor, C. (1996). *Fuentes del Yo*. Barcelona: Paidós.
319. Taylor, C. (1997). *Argumentos filosóficos. Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*. Barcelona: Paidós.
320. Tomey, C., Alligood, M.R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
321. Toulmin, S. (2003). *El regreso a la razón*. Barcelona: Península.
322. Ullery, J. (1984). Focus on excellence. En Benner P. (Ed). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 258-261). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
323. Van Manem, J. (1983). *Qualitative Methodology*. Beverly Hills, California: Sage.
324. Van Manem, J. (1988). *Tales of the field. On writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
325. Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books.
326. Velasco, J.M. (2004). Position statement on the use of restraint. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9, 199-212.
327. Velasco, J.M., Castillo, J., Merino, N., Perea-Milla, E. (2005). Organización de las visitas familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16(2), 73-83.

328. Velasco, J.M., Castillo, J., Merino, N. (2001). Variabilidad en la organización de las visitas en UCI. XXVII Congreso Nacional de la SEEIUC. Junio. Las Palmas de Gran Canarias.
329. Vives, C., Rodero, V., Acebedo, M.S., Gomez, M.P. (2006). Momentos de caring. Un acercamiento a la filosofía y ciencia del cuidado humano de Jean Watson. *Cuid y Educ*, (XII), 10-17.
330. Vorraber, M. (1997). Elementos para una crítica de las metodologías participativas de investigación. En Veiga Nieto, A. (Ed.) (1997). *Crítica pos-estructuralista y educación*. Barcelona: Laertes.
331. Wacquant, L. (2005). Claves para leer a Bourdieu. En Jiménez, I. (cood). *Ensayos sobre Pierre Bourdieu y su obra*. México: Plaza y Valdés.
332. Walker, M.U. (2003). *Moral contexts*. Lanham (MD/USA): Rowman & Littlefield Publishers.
333. Walker, M.U. (1998). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. New York: Routledge.
334. Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie el science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.
335. Watson, J. (2004). Modelo del caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional. Ponencia V Simposium internacional de diagnósticos de enfermería: *Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber*. Valencia.
336. Watson, J. (2006). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la enfermería. *Rev. Rol Enf.* 29(7-8), 494-497.
337. Watson, R., Strimpson, A., Topping, A., Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431.
338. Welty, E. (1979). *The eye of the story*. New York: Vintage Books.
339. Whyte, H. (1981). The Value of Narrativity in the Representation of Reality. En Mitchell, W. (Ed.). *On Narrative*, (pp. 1-24). Chicago: University of Chicago Press.
340. White, H. (1999). The ironic poetics of late Modernity. An interview with Angelica Koufou and Margarita Miliori. Disponible en: http://www.historein.gr/vol2_interview.htm
341. Williams, M. (2001). Critical care unit design: a nursing perspective. *Crit Care Nurs Q*, 24(3), 35-42.

342. Wolf, M. (1992). *A Thrice-Told Tale. Feminism, Postmodernism, and Ethnographic Responsibility*. Stanford: Stanford University Press.
343. Wright, G.H. von (1987). *Explicación y comprensión* (2ª ed.). Madrid: Alianza ed. Madrid.
344. Zaforteza, C.; De Pedro, J.E.; Gastaldo, D., Lastra, P., Sanchez, P. (2003) ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. *Enfermería Intensiva*, 14(3), 109-119.
345. Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sanchez, P., De Pedro, J.E., Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: indicios para el cambio. *Nure Investigación*, (3). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/original/original3.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Historias y experiencia de conocimiento desde el metarelato

Algunos ejemplos

Para profundizar algo más en el modo de análisis desde la visión global del relato planteo las relaciones tema/trama con las disposiciones generadoras de prácticas y cómo estas han sido vistas desde el metarelato en los relatos uno y dos (R1; R2)

Relato 1: 25 años en UCI Neonatal

Historia: “El descuido de un bebe prematuro”

Extractos del relato

Com sabeu ara estic fent atenció domiciliaria però hi ha dies que entro a la unitat per parlar amb les mares o per ajudar (...) “(Andreu, un nadó bessó, prematur de 800gr. que havia fet un petit empitjorament (l’altre bessó pesa 1500 gr).... (...) Hi havia el pare al davant, ho vaig preparar tot, em vaig presentar al pare i li vaig explicar el que li anava a fer al seu fill, em vaig apropar a la incubadora i llavors ell em va agafar pel braç amb força i em va apartar. (...) Llavors jo, tranquil·la i amb una expressió el més amable que vaig poder, me’l vaig mirar i li vaig dir: “tranquil que encara que no em coneguis gaire jo fa molt temps que treballo en aquesta unitat i sé perfectament com he de fer les coses”.(...) Després vaig saber que al Andreu no l’havien agafat mai en braços. (...) “Un cop vaig tenir els dos pares junts amb els nens en braços, em vaig posar entre els dos, per darrere, els vaig posar la meua ma sobre l’espatlla de cada un d’ells i els vaig dir: “mireu que bé que estan”, encara que jo sabia que ells no ho veien lo bé que estaven, no podien, tenien massa por.” “(...) la mare va dir: clar és que el Joan li ha pres la salut al seu germà. I el pare va repetir:” sí, li ha pres la salut a aquest pobre”. (...)Jo encara no volia entrar a parlar d’això, encara no. Només li vaig dir: mira des de que el Andreu, està amb tu oxigena millor la sang, mira veus aquesta xifra m’ho diu” (...)no es va fer res per explicar-li a la mare (...) Però clar, com que els pares són “molt especials i conflictius”, doncs anem passant(...)Tenien una desconfiança brutal en tothom, i això m’ha sorprès molt, no m’ho podia creure.... uns pares que estan com aquests, tan malament, no poden

cuidar bé als seus fills, al contrari, en realitat els estan maltractant i nosaltres ho estem consentint(...)"Aquests pares em tenen preocupada i aquesta preocupació és la que et fa avançar, les dificultats són les que et fan créixer i jo he hagut d'estudiar, d'anar a llocs on s'ha parlat dels problemes dels nens i com cuidar-los,(...)"Jo sé que aquests pares han de marxar d'aquí contents, feliços segurs i relaxats i això s'ha de treballar des d'aquí, i aquesta feina l'hem de fer nosaltres, no la farà ningú més, sinó marxaran a casa amb uns nens malalts, amb un sentiment de culpa brutal, enfadats amb el mon i això ho pagaran els nens,(...)

Metarelato: "¿Qué decir de esta historia?"

Estoy entusiasmada con este relato, es el primero y es como si lo hubiera elegido para confirmar mis expectativas sobre la importancia de la narrativa ¿lo he hecho? Es verdad que primero he leído todas las historias y que luego las he numerado, por lo tanto tengo una idea general de lo que me voy a encontrar en ellas. De lo que no soy consciente es de que haya utilizado un criterio en su numeración, antes de pensar sobre esta primera historia hubiera dicho que la clasificación había sido aleatoria. Ahora sin embargo tengo la impresión que este relato y el siguiente habían despertado mi interés por la riqueza de sus historias y que es probable por lo tanto que haya un patrón oculto por el que las primeras elegidas sean más de mi gusto y a medida que avance el análisis de la muestra me encuentre con narrativas con *menos sustancia*, según las haya interpretado en la primera lectura, para el objetivo que me ocupa sobre descubrir el conocimiento práctico. Confío en que esta conciencia me ayude a estar alerta en ese *querer* cumplir expectativas, en el que me reconozco como investigadora, y me ayude también a dejarme sorprender fuera de ellas.

Volviendo a la historia tengo que reconocer que el trabajo de análisis, de interpretación, ha sido intenso, pero el conocimiento práctico que se muestra me resulta tan evidente. Claro está que es una enfermera con 25 años de experiencia en unidades de neonatos y sé por lo leído en otras historias que esta no es la tónica general. Antes de pasar al siguiente relato me pregunto ¿qué hago ahora con lo analizado? mi interés está ahora en el diálogo con la situación con las ideas que me van surgiendo. Desde este planteamiento las preguntas que me rondan en aras de no perder de vista el *todo* son ¿de qué va la historia? ¿Cuál es la tema sobre el que gira la trama? Y desde este argumento central, como síntesis ¿qué destaco del modo

de práctica de esta enfermera? O ¿qué tengo que decir de su práctica en relación a las preguntas de investigación? Y por último ¿Cuáles son los temas que a mi modo de ver emergen?

“El descuido de un bebe prematuro” trata una historia sobre el *saber cómo* fomentar una relación de confianza que permita a unos padres establecer un vínculo afectivo *sano* con sus bebes, especialmente con su bebe más prematuro, en una situación en que los padres están llenos de miedo, culpa y con comportamientos de riesgo para la salud de este bebe y de ellos mismos. Es una narración de relaciones, de como la enfermera pone en juego su saber en beneficio de los padres y el bebe. Es de destacar en el *saber cómo* lo encarnado “*ho vaig preparar tot, em vaig presentar al pare i li vaig explicar el que li anava a fer al seu fill*”, lo intuido “*sabia que aquell pare estava molt malament, perquè sinó, no s’hagués comportat d’aquella manera*” y el rol que juega la conexión emocional en la implicación de la enfermera en la situación y que queda de manifiesto a lo largo de toda la historia y en la frase “*..., veia que ho estaven passant molt malament i així no podien cuidar bé als seus fills*. Este saber lleva a la enfermera a percibir en todo momento su posición respecto a los padres, su autoridad o mejor la falta de ella y de cómo ganarla en beneficio de la relación de confianza y del bebe, tal como queda de manifiesto “*...sabia que en aquell moment jo no tenia cap autoritat sobre aquell pare,....*”. Su aprehensión inmediata de la situación relacionada con el hecho de saber en todo momento qué pasará. También su disposición moral hacia lo que es bueno para los padres y el bebe es lo que guía su acción, como ejemplo “*Un cop vaig tenir els dos pares junts amb els nens en braços, em vaig posar entre els dos,...., Encara que jo sabia que ells no ho veien lo bé que estaven, no podien, tenien massa por*”. Su conocimiento práctico sobre cómo manejar los tiempos, “*Jo encara no volia entrar a parlar d’això, encara no*” con una orientación *como* conociendo el camino que debe seguir en beneficio de la relación de confianza, y de cómo ayudar a los padres a entender, vivir sus emociones, a establecer el vínculo afectivo y atender al bebe en lo que necesita en cada momento tal como se ve en este extracto “*li vaig dir: mira des de que el Andreu, està amb tu oxigena millor la sang, mira veus aquesta xifra m’ho diu*”,. Desafía también asunciones implicándose y cuestionando al equipo sobre lo que entiende un hábito cultural compartido: el alejamiento de los padres cuando son etiquetados de conflictivos. Y

Anexos

lo hace con fortaleza dando razones comprensivas, involucradas sobre la situación de los padres y los riesgos que suponen para el bebe, en lo que se reconoce su ideal moral de lo que debe ser, como puede verse cuando dice "*Però clar, com que els pares són "molt especials i conflictius", doncs anem passant....."*. Me parece también importante destacar que la confrontación con el fracaso desde la conexión emocional, y como esta vivencia la utiliza como fuente de aprendizaje experiencial en beneficio de mejorar la práctica "*Aquests pares em tenen preocupada i aquesta preocupació és la que et fa avançar...*". Su experiencia y su idea moral a cerca de lo que debe ser el rol profesional guía y orienta su acción "*Jo sé que aquests pares han de marxar d'aquí contents, feliços segurs i relaxats...*

Como se puede deducir de este primer análisis su estilo de práctica *me gusta*, tan enfocado a lo que es bueno para los padres y el bebe, tan abierto a conectar con el sufrimiento de los padres y a la implicación y el compromiso con el que las cosas se hagan bien. Un conocimiento tácito, intuitivo, teorías que entiendo no escritas sobre cómo dar pistas a los padres para que vayan comprendiendo la situación de sus bebes, sobre cómo tocarles, o sobre lo que es bueno y correcto en cada momento como se ve en "*...li vaig dir: mira des de que el Andreu, està amb tu oxigena millor la sang, mira veus aquesta xifra m'ho diu*" o "*...llavors li vaig dir al pare que li donaria al Andreu perquè també el pugues tenir en braços i estar els quatre junts una mica*". Estas características sitúan a esta enfermera en el continuo propuesto por Benner claramente en el nivel de *experta*.

En cuanto a los conceptos de Bourdieu el capital incorporado en forma de saber es de una riqueza que me parece extraordinaria. Manifiesta continuamente al capital simbólico en la seguridad con que plantea su práctica, lo que puede y lo que no puede hacer con los padres, la fuerza que se atribuye cuando dice que va a pedir una reunión para que se hable del tema y lo que ella va a decir, el valor que le da a su opinión y que entiendo también los otros (psicóloga, auxiliar...) le atribuyen. Es consciente de cómo utilizar este capital, como poder con los padres, por ejemplo en relación a su saber o cuando utiliza el saber atribuido a la doctora como estrategia en beneficio de la seguridad y confianza de los padres.

En el *cómo* de su práctica distingo una disposición hacia lo bueno y correcto, que se puede situar en el sentido de *praxis* aristotélico de sabiduría, de buena práctica.

Anexos

Este saber se ve desde el momento que se inicia el relato, el modo en que se presenta, nos sitúa, sitúa al padre, el modo cálido, sensible y atento en que habla de ellos, atento siempre a lo que es prioritario en cada momento. Tan abierto a conectar con el sufrimiento de los padres y a la implicación y el compromiso con el que las cosas se hagan bien, a actuar sin reaccionar sensible a su sufrimiento, a su falta de control, calmándoles dándoles pistas concretas, apaciguando miedos y aumentando la relación de confianza. Consciente de su capacidad para influir en la percepción y vivencia de los padres y también de su compromiso con el equipo, y consciente de que en su implicación y en las dificultades está el motivo de su crecimiento profesional

Me llama también la atención la conciencia con la que cuenta los detalles de la historia, el cómo va avanzando en la trama desde la situación del bebe y de desconfianza de los padres a la situación del *cómo* del cuidado. Y cómo se va desarrollando su implicación ante lo que considera un abandono del cuidado. Y que siendo una historia dramática acaba con un final feliz.

RELATO 2: Enfermera con 20 años de trabajo en UCI adultos

Historias: *"Ella esperaba de mí que la salvara" "Una relación normal" ; "Yo me muero de miedo" "En defensa de un ser humano" "Y fue la mejor madre del mundo" Y otros comentarios significativos*

Extractos del relato

Primera: "Ella esperaba de mí que la salvara" (...) tenía yo hambre de familia(...) ella no veía que dejaba en mis manos cuidados paliativos, no dejaba en mis mano que salvara a su madre, _que yo se que harás lo posible_ y yo le decía _si, si yo haré lo posible por cuidarla_ pero creo que no le supe transmitir que eso es lo que le estaba haciendo cuidados paliativos ... (...)A partir de esta experiencia (...) involucrarme igual pero marcar una distancia con la familia, (...) que no signifique estar menos pendiente de ellos, sino siempre apoyar mis decisiones en el equipo.

Segunda: "Una relación normal" (...)_ah mire que le hace falta la máquina_, bueno entonces eso es difícil, por qué le hace falta la máquina_ y no puedes decir eso lo tengo que decir yo, porque con eso ya entablas una mala relación, entonces bueno pues voy a ver voy a valorar (...) vamos a ver y a veces pues hago cosas que

Anexos

no tienen que ver con la respiración para que vean que les haces algo, pues a lo mejor le tomas la tensión, le tomas la tensión y les, dices _mire esto lo tiene bien, a ver la saturación de O2, ve esto quiere decir que está bien,.... (...) pues ahora todo este conjunto me está diciendo que no le hace falta, así que vamos a esperar, y cuando de verdad le haga falta se lo pondremos, porque si se lo pongo ahora, cuando le haga falta de verdad que va a pasar, no tendremos otro recurso, no_

Tercera: “Yo me muero de miedo” _ me acuerdo de un chico que tenía una lesión medular, pero no era completa y teníamos que utilizar la grúa, (...) yo te prometo y te aseguro que tú no te vas a caer de aquí para nada, para nada, o sea esta grúa es tan segura, yo te digo que jamás en mi vida he visto caer a alguien de esta grúa, llevo 20 años aquí y nunca se me ha caído un paciente de una grúa, ... (...)_por donde lo cojo por donde lo cuelgo, _ eso no, yo me muero de miedo ahí colgado (...) engancha la grúa en los distales, ahora engancha la grúa en los proximales_ entonces el otro dice bueno pues a lo mejor_ yo miro y veo que hace así, pero que no te vean inseguro, que no digas _hay parece que se tuerce, no_ son tonterías pero _parece que se tuerce por aquí_ no, ¿parece que se tuerce? Haz así y cámbialo, pero no lo digas, darles seguridad.

Cuarta: “En defensa de un ser humano” (...) Yo me planteé ahí, que eso me lo he planteado muchas veces en mi vida, cuidar a un paciente y pensar _bueno, soy una mano ejecutora, ...(...) y ¡si llega a salir esta Sra. adelante, cosa que me parece imposible, si llega a salir, qué calidad de vida va a tener, sin nariz, sin orejas, sin manos, sin labios sin pies!_ ...(...) Entonces un día ya me harté... luego que ellos hicieran lo que quisieran (...)) fui al pase y explique...(...) _bueno, pues ahora quiero hacer algo para que la última palabra no la tenga su médico,. quiero convocar al comité de ética, ..., ya que aquí no estáis haciendo nada para detener esto y sigo sintiéndome de la SSS, porque así es como me siento, que lo sepáis, como si estuviera trabajando en la GESTAPO, maltratando gente, estoy maltratando, no estoy cuidando_ (...) la despertaban, , decían _vamos a ver cómo responde_ fuera sedación le quitaban morfina y midazolan, la dejaban a pelo, sin nada, va hombre va, y yo, yo soy la mano ejecutora, ...(...) tenía un dilema tan terrible, hasta que punto yo puedo legalmente decir _ a partir de aquí me planto y no hago nada_ no sé si puedo hacer eso, porque hay cosas que no están legisladas (...) Al día siguiente era fin de semana y estaba otro de los médicos que si que pensaba como yo y sin decirle nada a nadie me dijo _ como está la noradrenalina a 40, vamos a bajarla a 20_ Al cabo de un rato _ vamos a bajarla a diez_ y así, se limitó el esfuerzo terapéutico y duro nada, ese mismo fin de semana se murió, pobre.

Quinta: “Y fue la mejor madre del mundo” (...) Este pobre estaba así, me daba

Anexos

mucha pena, con dieciséis añitos, un crío, fue perdiendo mucho peso, quedó como un esqueleto, pobre crío. Lo pasamos a semicríticos y entonces allí _cuidado con la familia de este porque son gitanos_(...) , la madre estaba muy pendiente del crío, me dijo _es que yo soy cuidadora en un centro de parálisis cerebral (...) y mira ves yo sé que esto se va a recuperar, yo se que haciendo estos ejercicios..._ la vi que sabía lo que decía, además con tanto entusiasmo, no estaba vencida, (...) _ y se comporto de primera, fue la mejor madre que se ha comportado allí.

Y otros comentarios significativos (...)Cuando veo algo que no está bien...(...) _mira es que he estado leyendo esto y no sé si lo has querido poner o no te has dado cuenta y lo has puesto_ y entonces le hago volver a leerlo, les digo _es que normalmente se pauta un gramo cado seis horas y como tú has puesto dos no sé si lo has puesto por lo que sea, porque tienes tus criterios,....(...) _ entonces él lo consultará con su adjunto yo no he tenido enfrentamiento para nada y le he ayudado y a la vez he ayudado al paciente.

Metarelato: “¿Qué decir de este relato?...casi sin aliento aspectos que me parecen destacables”

Quizá lo primero que me ronda es que lo contado me *reafirma* en el entusiasmo por la narrativa con nuevas preguntas a cerca de la estética, de la ética y de lo que articula la significación del cuidado. Digo que me *reafirma* en estos temas porque es una informante que entrevisté en dos ocasiones (la primera por un problema técnico no se grabó), y en los dos encuentros su narración la entiendo de una riqueza de detalle extraordinaria, llena de franqueza y naturalidad, y con una reflexión continua, que no da nada por sentado, ni sobre sí misma, ni sobre lo que el otro puede estar notando, sintiendo, necesitando. Es en este sentido de reflexión profunda, de trabajo del pensar sobre sí mismo, de ética como relación con uno mismo o ética como una forma *estética* de ser, interpreto lo contado por esta enfermera y entiendo como algo *bello* en sí mismo.

La enfermera en un relato, que cerramos tras más de dos horas de entrevista, da cuenta de la toma de conciencia de sus decisiones, de lo aprendido, de su repercusión en la práctica, de su sensibilidad y respeto por lo humano, reconociéndose en sus deseos y frustraciones de una manera sencilla, y abordando de igual modo el compromiso e implicación con el paciente y su familia y con ella misma. Y me pregunto ¿Es una disposición natural de *esta* participante? ¿Forma

parte esta *disposición* reflexiva como *habitus*?, siento que en torno a su relato se podría dirimir el objetivo que me ocupa sobre narrativa *versus* conocimiento práctico. Ante tal reflexividad hay otra interrogante que comienza a interesarme ¿ahora que sabemos que la realidad es construida y la función que en ello cumple el lenguaje, sabemos la realidad que *queremos* construir? O ¿tendría que decir *debemos*?

Con estas preguntas en la recámara voy a tratar de sintetizar lo que a mi modo de ver ha sido el conocimiento práctico de esta enfermera en cada una de las cinco historias contadas y plantear los temas que emergen.

- En la 1ª Historia " Ella esperaba de mí que la salvara "

Desde el comienzo de este relato la enfermera señala el tema central de esta historia, *la vivencia de un fracaso* en la conexión con la familia cuando tienen que afrontar la muerte del paciente producto de lo que ella asume como su propia necesidad, *"tenía yo hambre de familia...yo le permití qué pensará que podía hacer algo más, entonces no supe acompañarla en un proceso que no era curativo sino que era paliativo, no la supe acompañar"*. La enfermera cuenta cómo trata de abrirse a la experiencia y aprender el tipo y nivel óptimo de involucración con la familia de la paciente así como aprender el modo de hacer lo más consciente posible a la familia cuando la muerte es inminente, *(...)yo tracé una relación con ella que creo que fue más allá de una relación terapéutica. Creo que esa fue la equivocación. (...)*. Parte de una posición de conexión con la familia en la que se siente vulnerable ante las expectativas de salvación depositadas en ella. Muestra una conexión emocional, cultural y de deseo de satisfacer las expectativas del *otro* y de singularizarse como profesional. Para ello se involucra con la familia y de ello obtiene valoración y reconocimiento. No prevee la respuesta de la hija ante la muerte de la madre. *...ella esperaba más de mí de lo que yo le podía dar...ella esperaba que la salvara. Bueno yo fallé, está claro que algo falló.* En la valoración de la hija reconozco una forma de *violencia simbólica*¹⁴⁶ que puede dar

¹⁴⁶ Este aspecto *violencia simbólica* en las relaciones de poder enfermera/ familia me interesa especialmente porque siempre "he dado por sentado" que el poder, por lo que conlleva de uso de un capital, se ejercía en relación a la familia y no al revés como es el caso que estamos hablando, un poder simbólico ejercido desde las expectativas y buscando que el otro se sienta atraído por este reconocimiento. Tengo además la impresión por la propia experiencia en las relaciones, no solo con los pacientes sino

lugar a un juego que hace que enfermera y familia permanezcan en una posición de falta de franqueza en asumir lo que está sucediendo. La culpa y decepción de la enfermera por no haber podido transmitir a la hija que los cuidados dados a su madre son cuidados paliativos, la lleva a tomar decisiones de desapego, de alejamiento de la familia y de desdibujar su papel en el equipo.*Al principio no, yo me sentía alagada, ... y tú te llegas a sentir, pues fíjate que bien no, me valoran mi trabajo.* (...) Entiendo estas decisiones como fruto del “poder” de la familia porque así es asumido por la enfermera, como una suerte de castigo y represión que hace que (la enfermera) *desee*¹⁴⁷ ser de una manera determinada en un intento de recuperar su poder.

Sin embargo y aún reconociendo que estas decisiones pueden impedir la posición de franqueza y conexión con la familia de los pacientes, en la práctica de esta enfermera lo encuentro poco probable por la sensibilidad mostrada a lo largo de todo el discurso y su interés y esfuerzo en dejar clara su disposición a involucrarse en el soporte a la familia y ser más asertiva en cuanto al pronóstico de los pacientes. Esta paradoja, por un lado su modo de hacer involucrado y por otro las decisiones de desapego, su deseo de hacer el bien y seguir involucrada, me lleva a pensar en que de lo que ahora se trata es de aprender la habilidad de implicación, en un equilibrio en el que no salga herida de la relación y a la pregunta *¿esto es posible?..., pero que esa distancia no signifique estar menos pendiente de ellos,...*

▪ En la 2ª Historia " Una relación normal”

Al hilo de la historia anterior la enfermera relata una historia con un tema central el aprender la implicación con la familia: *cómo apoyar a la familia y evitar relaciones de poder*. En la relación con la familia el relato da cuenta de la conexión y el modo en que la enfermera maneja la asertividad y la información como capital incorporado, para aliviar la angustia de la familia y puedan captar la situación clínica del paciente, así como la manera de evitar relaciones de poder. Se pueden identificar también elementos clave del juicio clínico y comportamiento hábil

también con los estudiantes, que esta es una práctica habitual y que la mayor parte de las veces *jugamos* sin ser plenamente conscientes del juego.

¹⁴⁷ Esta es una perspectiva que he encontrado en el pensamiento Foucaultiano “(...) *el poder no solo castiga y reprime sino que nos hace ser de una manera determinada o lo que es más importante, desear ser de una manera determinada* (Pastor y Ovejero, 2006: 3)). Esta idea me parece también de gran interés para ver si vuelve a aparecer en otros relatos o ver en qué forma evoluciona.

Anexos

descritos por Benner como son el razonamiento en transición y la agudeza en la percepción de significados, en este caso de miedo y angustia, y ese saber *cómo* que le permite dar seguridad y confianza a la paciente.... *_y entonces ya no es te quito esto para nada como si un _te robo, lo que es para ti tu salvación.*

La habilidad de captar la preocupación de la familia, al mismo tiempo que un buen manejo de la situación clínica de la paciente permite a la enfermera responder de forma sensible a lo sentido por la familia dando confianza y seguridad. Un punto ciego que podría hacer perder la conexión, podría ser el no reconocer la capacidad de la familia para percibir la situación de la paciente, en lo que entiendo una prepotencia fundamentada en el posicionamiento “Yo sé, tú no sabes”..._. *Un poco intentar explicarles sin negarles lo que ellos creen que es su salvación...* La enfermera muestra cómo se involucra en la conexión con la familia y la relación de asertividad que según la situación ve necesaria. Trata de proporcionar comprensiones prácticas de las condiciones y las experiencias diarias de su familiar enfermo de modo que los familiares entiendan, a través de pistas, la situación clínica de la paciente, al mismo tiempo que incorpora la información de otros miembros del equipo para prevenir una imagen distorsionada del objeto de sus cuidados....*reafirmar...Informaciones...explorar un poco, a ver que sabe esa persona.* Una constante a lo largo de esta historia es la importancia que la enfermera da a la información y conocimiento. El *saber* es un capital en las relaciones con la familia, un capital que le permite involucrarse en la obtención de mejoras de tratamiento en beneficio del paciente y es motivo de autoestima y valoración profesional....*y ahora le dijimos que buscara la casa comercial para poder hacer presión con esto y pedirlo.* Se muestra también en la historia como la enfermera capta el temor y reconoce el riesgo percibido por la paciente y responde y adapta sus respuestas a la situación. Esta percepción basada en la experiencia de haber visto otras situaciones similares le permite confortar a través del saber *cómo* proporcionar seguridad y confianza y manejar la situación clínica.... *si tú le das la confianza, seguridad a los pacientes, ellos confían más en ti, se dejan hacer los cuidados*

▪ La 3ª Historia “Yo me muero de miedo”

Es una historia sobre la conexión entre paciente y enfermera que crea espacios de protección y seguridad para el paciente. Al igual que en la historia anterior se

Anexos

muestran elementos clave con mucho detalle de cómo elabora el juicio clínico y del *cómo* del comportamiento hábil. Uno de los elementos que entiendo clave en la conexión enfermera- paciente y en su capacidad de juicio es la empatía, ese “ponerse en la situación del otro”, pura conexión emocional de ser humano a ser humano. *...me acuerdo de un chico que tenía una lesión medular, pero no era completa y teníamos que utilizar la grúa,..., _ eso no, yo me muero de miedo ahí colgado, a mi no, a mi no me levantáis con eso _...*

La enfermera muestra el conocimiento práctico que le permite conocer y captar la situación de miedo y riesgo para el paciente. Se anticipa, singulariza y conecta emocionalmente con la vivencia del paciente. Todo ello junto con la habilidad de saber *cómo* dar seguridad y confianza al paciente, hace que la enfermera responda de forma sensible, reconociendo el temor y la desconfianza que vive el paciente...., *claro si yo le digo, intento convencerle,....Haz así y cámbialo, pero no lo digas, darles seguridad.*

La conexión emocional y el conocimiento de patrones típicos de respuesta le permite tener sentido de lo que es importante para el paciente y, permite a la enfermera confortar a través de la relación y la conexión. La enfermera le dedica tiempo, conoce *como* dar seguridad y confianza, reconoce la pérdida, lo que es confort para el paciente y admite los límites de la protección frente al dolor cuando la curación está en juego, aunque sabe cómo actuar para que la protección emocional esté presente... _ *hay cosas que las tienes que hacer porque son prioritarias para su salud sabiendo que esa posición le va doler*

▪ En la 4ª Historia “En defensa de un ser humano”

Esta es una historia sobre la presencia y no abandono de una paciente gravemente enferma. El dilema y la principal preocupación de la enfermera es su implicación en la limitación del esfuerzo terapéutico, cuando ya los esfuerzos son inútiles, y sobre la comunicación y negociación de perspectivas con el equipo médico en defensa del respeto de un ser humano y del alivio del sufrimiento...*pensaba en una historia que me afecto, que me sentí orgullosa de lo que hice,...* Fue una paciente que hizo una sepsis, ingresó ya en la unidad entubada, con una sepsis muy rápida.....*se empezó a necrosar toda ella en cuestión de 24 h, ... al día siguiente ya tenía la nariz necrosada, orejas, dedos, pies y esto iba a más. ,...* La enfermera capta la situación

Anexos

clínica, reconoce y distingue los límites de la intervención humana y se plantea continuamente su propia responsabilidad¹⁴⁸ en el tratamiento de la paciente como ser humano. Es evidente el enlace entre el juicio clínico y el juicio ético. Su implicación, la conciencia de su experiencia, de su saber y el enfado *justificado*¹⁴⁹ en defensa de un ser humano permiten la toma de decisiones en relación a lo que es bueno y correcto para la paciente por su situación... *Yo me planteé ahí, ..., ahora mismo que soy yo en mi profesión.....soy una mano ejecutora de las cosas que dicen otras personas, ..., si llega a salir, qué calidad de vida va a tener,.....Entonces un día ya me harté.*

Es el conocimiento práctico sobre la situación clínica, la vigilancia de lo que es buena práctica y sobre todo la compasión y el respeto por el sufrimiento humano lo que hacen posible que la enfermera actué en defensa de la paciente. La enfermera muestra aquí como une su confort emocional con la situación de la paciente. Esta conexión emocional con el sufrimiento humano, el conocimiento práctico y la percepción del abuso se vuelven aquí una fuerza de asertividad, de búsqueda de alianza, de compasión y de posicionamiento firme en defensa de la paciente y la limitación del esfuerzo terapéutico....*explique cómo me sentía,.a mí me gusta mucho la investigación, pero no se debe dejar de lado la práctica clínica....., no puede ser, no tiene sentido si hay investigación es para los pacientes, no se puede dejar a los pacientes.*

Su práctica me conecta especialmente con la visión de compasión de Marta Nussbaum¹⁵⁰ sobre el papel de las emociones y la compasión en el desarrollo de capacidades éticas y morales, y con la narrativa de Daniela Riboli¹⁵¹ sobre “estar ahí con el otro sin hacerse daño” en la que cuenta cómo las enfermeras reciben una

¹⁴⁸ Walker (2003 Citado en Peter y Martin, 2007) propone que las narrativas de las enfermeras pueden ser usadas para explorar el conocimiento moral de las enfermeras dentro del contexto de su trabajo real. Me interesa este aspecto que entiendo se muestra evidente en esta historia. Una pregunta me ronda es ¿el relato ayuda al desarrollo moral?

¹⁴⁹ Descrito en la visión moral que ofrece Nussbaum (2001).

¹⁵⁰ Nussbaum (2001) siguiendo a Aristóteles argumenta las emociones como juicios de valor, una valoración sobre lo que es bueno y correcto en un momento dado, parte de la idea que las emociones y juicios son indispensables para la vida ética. Desde estas ideas la compasión implica un logro en el que la emoción y el juicio dirigen la atención al sufrimiento del otro y nos acerca como un camino al reconocimiento de nuestro propio mundo, a lo que nos preocupa o nos produce felicidad.

¹⁵¹ Riboli “Estar ahí con el otro sin hacerse daño”. En *La mágica fuerza de lo negativo*. Diótima. (2009, pg: 97-122).

cuota del dolor del otro y se mantiene dentro de sí mismas y cómo este sufrimiento, conscientemente o no, se convierte en compasión

Sin embargo, y aunque la reconozco como una historia de heroicidad, también tiene su lado oscuro, su área ciega y que distingo en la omisión (sumisión) no voluntaria ante el poder médico, como forma de violencia simbólica, y que veo en su discurso en ese *“luego que ellos hicieran lo que quisieran”* y que entiendo como reconocimiento del poder del otro (reconocido por ella como legítimo). Poder que luego se traduce en susto *“entonces esto te asusta un poco”* y miedo *“hasta que punto yo puedo legalmente decir”* pero que en todo caso no impide que se arme de fuerza y valor en defensa de la paciente *“_bueno, pues ahora quiero hacer algo para que la última palabra no la tenga su médico, quiero convocar al comité de ética”*

- En la 5ª Historia *“Y fue la mejor madre del mundo”*

Se trata de una historia sobre el fomento del cuidado y conexión entre una madre y su hijo con un traumatismo grave en el que las posibilidades de recuperación eran inciertas. ¿Qué me parece central en esta historia? Vuelve la vigilancia de lo que es más beneficioso para el paciente, esa apertura a la experiencia¹⁵² sobreponiéndose a una cultura de prejuicios, la disposición hacia lo que es bueno y correcto en cada momento para el paciente *era un chico que tuvo un accidente de tráfico, era jovencito, 16 0 17 a...., pero la familia mucho más en otras, porque si yo le hablo mi voz no va a ser lo mismo que su madre verdad...., y su habilidad para asegurar que la familia puede estar con el paciente negociando perspectivas* La enfermera realiza distinciones cualitativas, permite que la situación le vaya informando y plantea acciones y ajustes según las respuestas del paciente y la familia. Su razonamiento en transición muestra cómo valora el papel de la madre, la reconoce como parte del mundo del paciente y entiende que su involucración en el cuidado puede beneficiar su recuperación. *...la intuición, si sinceramente, no sé, le vi posibilidades...* Un elemento que surge con fuerza como motivación del cuidado y la implicación es la edad joven del crío y la disposición de la madre, que entiendo

¹⁵² Esta apertura a la experiencia la veo como desde la perspectiva desarrollada por Gadamer en el sentido de estar abierto a nuevas experiencias, como una disposición y apertura a saber, a lo nuevo y a alejarse de lo dogmático, de la posesión de la verdad, (Dutt, 1998).

como factores importantes en el replanteamiento de normas. La enfermera conecta emocionalmente con la situación, se muestra sensible a la edad del paciente y abierta a la experiencia que le abre la posibilidad de no ceñirse a normas, de no funcionar por prejuicios y de planificar y negociar la participación de la madre en el cuidado y estimulación de su hijo. El juicio experto, clínico y ético, y la respuesta hábil se hacen posibles por la unión de conocimiento práctico – intuición – emoción- acción y la disposición de la enfermera hacia lo que es bueno y correcto en este momento. Esta apertura a la experiencia y disposición moral sitúa la acción de cuidado en el nivel *biógeno* señalado por Halldorsdottir¹⁵³ -l. *Estuve tan contenta cuando le vi...le di dos besos _ostras que contenta estoy de verte_...*

Otros comentarios significativos Me parece también importante destacar cómo capta y adapta el cuidado en las transiciones. La enfermera narra y ejemplifica cómo cambia sus prioridades en el cuidado del paciente desde cuidados centrados en salvar una vida a cuidados paliativos. Se evidencia en estos ejemplos la habilidad del saber *cómo* adapta sus respuestas... *vas cambiando un poco tus prioridades.... Prevenir más deformidades todo lo que puede pasar....* También de cómo apoya a los clínicos nóveles, es consciente de los riesgos que corren los pacientes ante médicos nóveles poco tutelados y se implica con plena conciencia de lo que hace y cómo lo hace. En el modo en que utiliza la comunicación con otro miembro del equipo médico se evidencia la actitud de franqueza y asertividad en beneficio del paciente y también el interés por fomentar buenas prácticas y relaciones de equipo. Con las decisiones médicas se implica con la conciencia de cómo utilizar su saber sin entrar en luchas de poder. Este uso de su capital de experiencia, de saber sin violencia se evidencia también en la sensibilidad y el deseo de mantener íntegra la autoestima de los médicos nóveles y la percepción de autonomía en las decisiones médicas:, *_y entonces le hago volver a leerlo, _ y entonces no tengo una guerra y esta persona puede decir _no, no quería poner uno es que pensaba que eran dos_yo no he tenido enfrentamiento para nada y lo he ayudado y a la vez he ayudado al paciente*

¹⁵³ Esta autora, Halldorsdottir (1991), a partir de su estudio sobre las relaciones enfermera paciente ofrece un continuum desde el no cuidar-descuidar al cuidar. El nivel cinco es el *Biógeno* o donante de vida. Supone una actitud de apertura y receptividad, manteniendo una distancia creativa de respeto y compasión. La relación biógena restaura la dignidad humana y supone una presencia personal que también cambia profundamente al que la protagoniza. Y señala que para el receptor es como un chorro de compasión semejante a una corriente.

Anexos

Como análisis global de de este relato diré que se distingue la confianza que la enfermera tiene en su experiencia que le proporciona el haber trabajado con pacientes en situaciones similares. Se ve cómo le moviliza la compasión y la percepción de lo que es bueno y correcto y una disposición que reconoce la acción que debe ser la mejor en la situación particular. En cuanto a habilidades en el cuidado al paciente crítico se hace visible cómo capta y maneja la situación clínica; el saber *cómo* en el cuidado del confort físico y emocional del paciente, la habilidad en el cuidado del cuerpo y en garantizar la confianza y seguridad de los pacientes. En el cuidado a las familias se muestra la habilidad en la información y soporte y cómo garantiza que la familia puede estar con el paciente. También se evidencia el dominio en la comunicación con el equipo, en la capacidad de comunicar transiciones clínicas, de apoyar en las decisiones de diagnóstico y tratamiento con la perspectiva de lo que es mejor para el paciente y para las relaciones entre los miembros del equipo, y capacidad de influir y de negociar perspectivas por su alto nivel de involucración en defensa del paciente y conocimiento de la situación clínica. Estas características la sitúan en el continuo propuesto por Benner claramente en el nivel de experta

En cuanto a los conceptos de Bourdieu el capital incorporado me impresiona tanto en cantidad, como experiencia incorporada, como en calidad por su saber en lo humano. Me viene aquí la pregunta que hago a pares y supervisores para elegir los informantes ¿en manos de quien te pondrías o pondrías a tu familia? Y me digo yo también la hubiera elegido. Me llama la atención la importancia que para ella tiene el saber como fuerza y poder que utiliza en beneficio del paciente y la buena práctica, cuidando de cada persona involucrada en la relación.

Me ha sorprendido cómo utiliza la familia la valoración como instrumento de manipulación, de juego para lograr determinados fines. Lo identifico como una forma de *violencia simbólica* porque el profesional la asume como un poder al que es vulnerable, porque se vuelve una forma de recompensa o castigo. Será interesante ver si esta idea se repite en otras informantes. También la violencia de los otros (médicos) asumida "solo" en algún momento con sumisión (H4) pero que está ahí agazapada marcando en ocasiones el tono del discurso.

Anexos

En el *cómo* de su práctica, se ve como algo incorporado la disposición hacia lo bueno y correcto le moviliza la compasión y la percepción de lo que es bueno y correcto, y una disposición reflexiva y apertura a la experiencia que reconoce la acción mejor en la situación particular. Esta disposición se puede situar en el sentido de *praxis*, de sabiduría práctica y en el modo biógeno como un *habitus* dador de fuerza, vida y compasión. (Este concepto entendido también en el sentido etimológico de la palabra con- pasión) Con un nivel de detalle extraordinario da cuenta de su toma de conciencia como disposición incorporada, llena de franqueza y naturalidad, que no da nada por sentado. El modo en que habla de los pacientes y sus familias siempre enfocado a lo que necesitan, reconociendo en su experiencia el modo de calmar miedos o involucrarse en la lucha por la vida o en la defensa de una paciente que ya no es posible hacerlo. En cuanto al relato como lenguaje, como narración me llama la atención el detalle y riqueza de lo contado, su abundancia de material y sobre todo cómo ya señalaba al principio de este análisis la conciencia y reflexividad de su relato. Me planteo ahora si el modo de ser, o quizá su *habitus* de implicación es el que se muestra como característica personal no solo con los pacientes y familias sino en el decir del relato

“Una visión de conjunto de los dos relatos”

En cada uno de estos dos relatos vemos muchas de las características del saber experto descritas por Benner y col (1996). Tal como señala esta autora un aspecto a destacar en estas historias y que es característico de la práctica experta es el sentido de *saliencia*, esa capacidad que tienen de notar lo que es importante sin necesidad de recurrir a un pensamiento calculador. Los problemas no se presentan sino que son construidos por ellas, en relación a percepciones, distinciones y comprensión de la situación por su enorme bagaje de experiencia.

(...) Tenien una desconfiança brutal en tothom, i això m'ha sorprès molt, no m'ho podia creure.... uns pares que estan com aquests, tan malament, no poden cuidar bé als seus fills, al contrari, en realitat els estan maltractant i nosaltres ho estem consentint (...) RI

Con un razonamiento práctico en transición y una respuesta intuitiva en relación al conocimiento que tienen del paciente y el sentimiento de que conocen lo que ahora es importante en su mundo. Conoce al paciente, conoce a la familia y se involucran con ellos

Anexos

desde la conexión emocional que les permite estar a tono con lo que está sucediendo, hacer juicios clínicos acertados y tener un comportamiento ético.

Estas respuestas emocionales se ven en todos los relatos y ocupan un lugar sobresaliente en las decisiones que toman.

*(...) y ¡¡si llega a salir esta Sra. Adelante... qué calidad de vida va a tener, sin nariz, sin orejas, sin manos, sin labios sin pies¡¡_ ...(...)Entonces un día ya me harté... sigo sintiéndome de la SSS, porque así es como me siento, que lo sepáis, como si estuviera trabajando en la GESTAPO, maltratando gente, estoy maltratando, no estoy cuidando_ (...)*R2

Sienten satisfacción cuando los resultados son lo que entienden como lo bueno para el paciente e insatisfacción cuando no lo son, esto es una respuesta emocional adecuada en el desarrollo de conocimiento experto y esto les ayuda al replanteamiento de normas.

Por último un aspecto que me parece destacable en la adquisición de experiencia de estas expertas es la toma de conciencia de sus limitaciones, lo que Benner y col. llaman el reconocimiento de sus límites, con conciencia explícita de que se está aprendiendo esta habilidad en el sentido de Gadamer, esto me parece evidente sobre todo en la primera y segunda historia del relato dos y en la historia del relato tres. El saber incorporado tiene un área ciega en las creencias sobre el poder del otro que a veces se muestra (H4) como un *habitus* del dominado pero que no impide que su fuerza (y valor guerrero) “ganen” cuando entran en juego en beneficio del paciente (y de la identidad enfermera)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012

Anexo 2: Guía entrevista individual

Fecha de la entrevista

Inicio: **Termina:** **Duración:**

Edad:

Hospital:

Años de experiencia en la Unidad:

Entrevistadora:

Preguntas: La primera pregunta se utilizará siempre en el inicio de la entrevista. Las siguientes preguntas pueden ser utilizadas para ayudar a las enfermeras a profundizar en su historia. Han sido adaptadas del estudio etnográfico de Benner sobre el juicio clínico y ético de las enfermeras de Cuidados Intensivos y que están publicadas en su libro *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care de Benner, Hooper-Kyriakidis and Stannard (1999)*.

En la entrevista la entrevistadora buscará la conversación fluida, en el lenguaje natural de su práctica, con la mínima interrupción, solo aquella que ayude a clarificar algún sentido o detalle particular de la historia contada.

Pregunta que inicia la entrevista: *¿Puedes contarme una historia de tu práctica en la UCI que recuerdes especialmente por el motivo que sea?*

Otras preguntas posibles:

P: ¿Puede describir el contexto de la situación clínica (cambios, hora, recursos del personal, etc.)?

P: ¿Puede describir con detalle de lo que sucedió incluyendo los diálogos que sean posibles? Conversaciones importantes que tuvo con el paciente, familia, miembros del equipo del cuidado médico u otros aspectos relevantes. (El diálogo real)

P: ¿Por qué la situación es importante para usted? ¿Qué le llevó a identificar esta situación?

Anexos

P: ¿Cuáles eran las dificultades o problemas del paciente/ familia?

P: ¿Cuáles eran sus preocupaciones en ese momento? ¿Cuáles eran los conflictos?

P: ¿Qué pensaba de la situación mientras que ocurría?

P: ¿Durante y después de la situación qué sentía?

P: ¿Qué aspectos encontró que exigía la situación? ¿Cuáles fueron sus prioridades?

P: ¿Sus prioridades fueron cambiando durante la situación? ¿Cómo?

P: ¿Algo le causó sorpresa durante la situación?

P: ¿Había trabajado con pacientes en situaciones o problemas similares?

P: ¿Revisando lo que hizo en esta situación, qué diría que le guió a actuar como lo hizo?

P: ¿Qué es lo que le produjo más satisfacción en la situación?

Anexo 3: Hoja de consentimiento informado

INFORMACIÓN AL INFORMANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras expertas en UCI.

Investigadora: Sagrario Acebedo Urdiales. Doctoranda de Ciencias de la Enfermería del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la misma Universidad.

Introducción

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como fin la realización de una tesis doctoral. Por favor lea esta hoja informativa con atención. Sagrario Acebedo realizará la investigación y por lo tanto le aclarará todas aquellas dudas y preguntas que puedan surgir antes y durante la investigación. Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Descripción general del estudio

La investigación que me propongo engloba los aspectos relacionados con el lenguaje y la práctica asistencial de las enfermeras con experiencia en la atención al paciente crítico en áreas de Cuidados Intensivos. Para ello se ha considerado recoger las historias que narran las enfermeras con experiencia sobre casos memorables de su práctica clínica. Remarca que en nuestro entorno no existe ningún trabajo a nivel nacional que desarrolle esta temática, ya que los trabajos que se han desarrollado en nuestro país sobre la práctica enfermera en UCI están más relacionados en aspectos concretos como problemas, resultados en el paciente o las necesidades de las familias. El núcleo del trabajo que me interesa desarrollar es el modo en que los profesionales con experiencia articulan las prácticas, conocer su racionalidad, disposiciones e intereses a través del discurso narrativo. Me pregunto si las historias que cuentan las enfermeras en el lenguaje natural de su práctica son capaces de transmitir el conocimiento que les lleva a la acción producto de su experiencia.

Se realizarán entrevistas en profundidad que serán gravadas y posteriormente transcritas.

Tratamiento de los datos:

Los datos que se generan serán tratados con rigor científico y su utilización será exclusiva de la investigadora y para la realización de la tesis doctoral y las actividades derivadas de ella.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

La información que se obtenga puede servir para implantar medidas que mejoren la pedagogía del cuidado, la calidad de la atención al paciente crítico y familia y la comunicación interdisciplinar.

Confidencialidad

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43088-43099).

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora responsable del estudio, M^a Sagrario Acebedo Urdiales.

Los datos del estudio estarán identificados con una serie de códigos que solo la investigadora podrá relacionar con usted.

Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Antes de firmar lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario.

Firmas:

D/Dña _____

D/Dña _____

Firma participante

Firma investigador

Fecha _____

Fecha _____

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

NARRATIVA Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS "EXPERTAS" EN UCI.

ONCE RELATOS Y VEINTITANTAS HISTORIAS

María Sagrario Acebedo Urdiales

Dipòsit Legal: T. 1293-2012