



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Desde la realidad del cuidado profesional hacia el aula

Saberes para la formación inicial en enfermería generados  
desde la práctica reflexiva de profesionales expertas/os

Carmen Paz Moscoso Pávez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultad de Educación  
**Programa de doctorado**  
Educación y Sociedad

## TESIS DOCTORAL

**Desde la realidad del cuidado profesional hacia el aula. Saberes para la formación inicial en enfermería generados desde la práctica reflexiva de profesionales expertas/os.**

### **Doctoranda**

Carmen Paz Moscoso

### **Director de Tesis**

Dr. José Luis Medina Moya

### **Tutor de Tesis**

Dr. José Luis Medina Moya

Barcelona 2017





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultad de Educación  
**Programa de doctorado**  
Educación y Sociedad

**TESIS DOCTORAL**

**Desde la realidad del cuidado profesional hacia el aula. *Saberes para la formación inicial en enfermería generados desde la práctica reflexiva de profesionales expertas/os.***

**Doctoranda**

Carmen Paz Moscoso Pavez

**Director de Tesis**

Dr. José Luis Medina Moya

**Tutor de Tesis**

Dr. José Luis Medina Moya

Barcelona 2017



*A Pablo y Ana*



## Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos

A la Universidad de Barcelona por la oportunidad brindada a los extranjeros para el acceso a sus programas de estudios.

A la Universidad de los Andes-Chile, por los espacios generados para la formación de sus docentes.

A CONICYT-Chile, por su contribución al desarrollo de la investigación en nuestro país.

A las personas de unidades de formación y capacitación Hospital de Bellvitge y el CAP de Viladecans; por la apertura a la docencia y la investigación.

A la Biblioteca de Sitges, que me acogió en el momento de escritura del proyecto y la planificación de la investigación.

A todas las personas de Manchester Central Library, especialmente a Celia, Christine, David, Ellie, Graham, Imogen, Lyn, Natasha, Richard y Tracy por darme el espacio y la sonrisa para escribir esta Tesis.

A Gemma Martínez, por abrirme los caminos para esta investigación

Al profesor Dr. José Luis Medina Moya, por buscar más allá de la buena docencia, el tiempo por y para el otro, un apoyo constante.

A mis queridos expertos, que tuvieron la virtud de expresar su experiencia y la bondad de compartir sus conocimientos.

A Skiar por hacerme comprender la belleza de las palabras, a Luz Nelly un ejemplo motivador y constante un paso adelante siempre.

A Manuel, Carmen, Lluisa, Montze, Pili, Paola, Conxi, una familia lejos de casa.

A mis amigos del alma Matt, Marta y Skye, la palabra justa y el cobijo.

A Pablo y Ana, los mejores compañeros de ruta. Ana, has sido el regalo más maravilloso, inimaginable y mágico que he recibido. Pablo, tu palabra motivadora, tu presencia permanente, tu sabiduría, completas mi vida y mis anhelos.

A Ariel y Mónica, manos y obras en los momentos más necesarios.

A Luis y Carmen, el principio y el regreso, siempre.

A JMJ...



## Índice

Resumen de la investigación	1
Abstract	2
Introducción	3
PRIMERA PARTE: <i>HISTORIA DE LA PREGUNTA</i>	7
Capítulo 1. Historia de la pregunta	8
1.1 <i>Introducción</i>	8
1.2 <i>Historia de una pregunta: contexto</i>	8
1.3 <i>Preguntas de investigación y acciones orientadas a dar respuestas</i>	12
1.3.1 <i>Propuestas para responder a las preguntas</i>	13
1.4 <i>Problema percibido y objetivos de la investigación</i>	15
1.4.1 <i>Problema</i>	15
1.4.2 <i>Objetivos general</i>	15
1.4.3 <i>Objetivos específicos</i>	15
SEGUNDA PARTE: <i>LAS COSAS DICHAS</i>	16
Capítulo 2. Los saberes en enfermería	17
2.1 <i>Introducción</i>	17
2.2 <i>Relaciones y supuestos</i>	18
2.3 <i>Aproximaciones al saber en enfermería</i>	19
2.4 <i>¿Ciencia y Arte- Ciencia o Arte?</i>	21
2.5 <i>El reconocido saber qué en enfermería</i>	22
2.6 <i>Las grandes teorías y su vinculación con el currículo actual</i>	26
2.7 <i>Saber cómo (o saber hacer) en enfermería</i>	36
2.8 <i>Ciencia y Arte ¿Integración o brecha?</i>	40
2.8.1 <i>¿Existe una brecha entre la práctica y la teoría en enfermería?</i>	42
Capítulo 3: La necesidad de la epistemología de la práctica	45
3.1 <i>Introducción</i>	45
3.2 <i>La epistemología de la práctica: una respuesta colaborativa para enfermería</i>	45
3.3 <i>Explicitar el conocimiento contenido en la práctica enfermera ¿Posible y necesaria?</i>	48
3.4 <i>Practica reflexiva en enfermería</i>	51
TERCERA PARTE: <i>EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</i>	56
Capítulo 4: Criterios metodológicos y diseño de la investigación	57
4.1 <i>Introducción</i>	57
4.2 <i>Evidenciando los principios. Fundamentos onto-epistemológicos</i>	57
4.3 <i>La persona que investiga</i>	58
4.4 <i>Método de estudio y su pertinencia en enfermería</i>	61
4.4.1 <i>Estudio de caso</i>	61
4.4.2 <i>Definición del caso</i>	62
4.4.3 <i>Clasificación del caso</i>	63
4.5 <i>Estrategias metodológicas</i>	66
4.5.1 <i>Observación</i>	66
i. <i>Elementos claves que orientan la observación</i>	67
4.5.2 <i>Práctica reflexiva</i>	68
4.5.3 <i>Entrevistas</i>	69
4.5.4 <i>Materiales escritos utilizados</i>	71
4.6 <i>Principios generales del análisis de la información</i>	72
4.6.1 <i>Análisis por comparación constante</i>	72
i. <i>Técnicas que utiliza el método de comparación constante</i>	73

4.7 Resumen	74
CUARTA PARTE: <i>TRABAJO DE CAMPO</i>	77
Capítulo 5: Historia social y cultural del trabajo de campo	78
5.1 <i>Introducción</i>	78
5.2 <i>Trabajo de investigación y temporalización</i>	78
5.3 <i>Un lugar compuesto por personas</i>	79
5.4 <i>Personas que participan de la investigación: profesional reflexivo, un investigador en el contexto práctico</i>	83
5.5 <i>Entrada al campo</i>	85
5.5.1 <i>Aproximación al campo, pudor y delicadeza</i>	85
5.5.2 <i>Solicitud de acceso al campo</i>	86
5.5.3 <i>Consideraciones éticas</i>	87
5.6 <i>Cuestiones de rigor</i>	89
5.6.1 <i>Credibilidad</i>	90
<i>i. Trabajo durante períodos prolongados de tiempo</i>	90
<i>ii. Observación continua</i>	90
<i>iii. Triangulación</i>	91
<i>a. Triangulación de datos</i>	92
<i>b. Triangulación del origen de las fuentes</i>	92
<i>c. Triangulación de investigadores</i>	93
<i>d. Triangulación de significados con los sujetos</i>	93
5.6.2 <i>Transferibilidad</i>	93
<i>i. Muestreo teórico</i>	94
<i>ii. Descripción densa</i>	94
<i>iii. Recogida abundante de información</i>	94
5.6.3 <i>Confirmabilidad</i>	95
5.6.4 <i>Dependencia</i>	95
5.7 <i>Desarrollo del trabajo de campo, actividades y temporalización</i>	96
5.8 <i>La recogida de información y sus rasgos de apropiación</i>	98
5.8.1 <i>Observación no participante: reflexiva y mediadora de la reflexión</i>	98
5.8.2 <i>Entrevistas</i>	99
<i>i. ¿En qué momentos se realizaron las entrevistas?</i>	100
<i>ii. Desarrollo de las entrevistas en profundidad</i>	101
5.8.3 <i>Materiales escritos, apropiaciones</i>	105
5.9 <i>Estrategias utilizadas y sus cuantificaciones</i>	109
Capítulo 6: <i>Análisis de los datos</i>	113
6.1 <i>Introducción</i>	113
6.2 <i>Sistemas de notación</i>	113
6.3 <i>Componentes del análisis</i>	116
6.3.1 <i>Los datos</i>	116
6.3.2 <i>Interpretación de los datos por parte de los actores y su validación</i>	116
6.3.3 <i>Interpretación por parte del observador</i>	118
<i>i. Los registros</i>	118
<i>a. Notas observacionales</i>	118
<i>b. Notas metodológicas</i>	118
<i>c. Notas teóricas</i>	119
6.4 <i>Modos de organización de los datos y del análisis, sistemas de registros</i>	120
6.4.1 <i>Sistemas de organización de datos</i>	122
6.5 <i>Análisis in vivo y análisis in extenso</i>	123
6.5.1 <i>Comparaciones realizadas durante el análisis</i>	123
6.5.2 <i>Codificación abierta o inicial, su materialización en este estudio</i>	125

6.5.3 Codificación axial, su materialización en el estudio	143
6.5.4 Codificación selectiva, su materialización en el estudio	145
QUINTA PARTE: RESULTADOS Y CONCLUSIONES	150
Capítulo 7: Resultados	151
7.1 Introducción	151
7.2 Un preámbulo necesario, la multidimensión de significados	152
7.3 Los resultados a modo de constructos	157
7.3.1 Saberes situados	158
7.3.1.1 Saber interactuante	164
i. Educación reflexiva para la autogestión del conocimiento	166
a. Considera la libertad de elección en salud	169
b. Colabora con el aprendizaje significativo y permanente	171
ii. El tiempo y quehacer por y para el otro	172
a. No responde a estándares pre-establecidos	172
b. El quehacer por y para el otro requiere implicarse	174
iii. La observación, un valioso recurso para el cuidado	177
a. Implica conocimiento	178
b. Constituye el punto de partida para organizar en y para el acto de cuidar	178
c. Presta atención de los detalles	170
7.3.1.2 Saber con fundamento experiencial	180
i. La experiencia, acepciones para la educación en enfermería	182
7.3.1.3 Saber transformado	188
7.3.2 Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar	191
7.3.2.1 Procesos de estandarización, la oposición al particularismo en enfermería	194
i. Interfieren en el trabajo diario	194
ii. No consideran a la persona como persona	195
iii. No aportan información adecuada al profesional para actuar	195
iv. Constituyen la simplificación de una acción compleja	195
v. No colaboran con el aprendizaje en enfermería	196
7.3.2.2 Noción de necesidad particular: un fundamento desde la verdad práctica	198
7.3.2.3 Rasgos de la acción bajo un principio particularista	203
7.4 La importancia de los valores en esta investigación	205
7.5 Encuentros teóricos de los significados emergentes	210
7.6 La unión de constructos desde la epistemología de la práctica	214
7.7 Saberes de enfermería contraste de supuestos	215
Capítulo 8: Conclusiones y prospectivas	218
8.1 Introducción	218
8.2 Propuesta de inserción de los saberes profesionales (situados) al currículo inicial de enfermería	218
8.2.1 Aportar un fundamento desde la práctica: necesidad particular	220
8.2.2 Contextualizar, la integración de saberes situados	221
8.2.3 Propuestas prácticas	223
8.3 Propuesta de continuación de la investigación	228
8.4 Propuestas metodológicas para futuras investigaciones	233
8.5 Limitaciones de la investigación realizada	233
8.6 ¿Qué he aprendido? ¿Hemos resuelto el problema?	234
8.7 Conclusión, una mirada hacia los supuestos	235
8.8 Reflexión final	236
Referencias	238

## Índice de figuras

Figura 1 <i>Saberes en enfermería relaciones y supuestos</i>	18
Figura 2 <i>Saberes en enfermería ciencia-practica</i>	40
Figura 3 <i>Colaboración de la práctica reflexiva</i>	55
Figura 4 <i>Resumen del diseño metodológico</i>	75
Figura 5 <i>Temporalización del trabajo realizado</i>	78
Figura 6 <i>Mapa lugar caso 1</i>	80
Figura 7 <i>Mapa lugar caso 2</i>	81
Figura 8 <i>Mapa lugar caso 3</i>	82
Figura 9 <i>Triangulación de los datos o métodos</i>	92
Figura 10 <i>Tiempos del trabajo de campo</i>	97
Figura 11 <i>Casos en casos</i>	111
Figura 12 <i>Tiempo abarcado en trabajo de campo y cuantificaciones de estrategias metodológicas</i>	112
Figura 13 <i>Secuencia cíclica del análisis</i>	120
Figura 14 <i>Interacciones de los datos en un análisis cualitativo</i>	145
Figura 15 <i>Multidimensión de significados</i>	153
Figura 16 <i>Multidimensión, un primer paso</i>	154
Figura 17 <i>Multidimensión, un segundo paso</i>	155
Figura 18 <i>Multidimensión, un tercer paso</i>	155
Figura 19 <i>Transformación del saber</i>	190
Figura 20 <i>Imagen de Network en Atlas Ti. Saberes para el cuidado particular</i>	193
Figura 21 <i>Propuesta de traslación de los saberes de la práctica profesional al aula</i>	227

## Índice de tablas

Tabla 1 <i>Patrones de conocimiento en enfermería</i>	20
Tabla 2 <i>Propiedades de la ciencia humana</i>	25
Tabla 3 <i>Grandes teorías de enfermería, eje, fuente y convergencia curricular</i>	35
Tabla 4 <i>Niveles de adquisición de habilidades</i>	37
Tabla 5 <i>Clasificación de los tipos de caso</i>	64
Tabla 6 <i>Casos o situaciones prácticas con reflexiones a cumplimentar en entrevista</i>	103
Tabla 7 <i>Situaciones a profundizar en entrevista</i>	104
Tabla 8 <i>Contenido base del cuaderno reflexivo del profesional</i>	107
Tabla 9 <i>Planilla de registro reflexivo</i>	108
Tabla 10 <i>Estrategias y cuantificaciones</i>	110
Tabla 11 <i>Sistemas de notación</i>	115
Tabla 12 <i>Categorías y cuantificaciones</i>	142
Tabla 13 <i>Codificación axial de los datos (metacategorías y relaciones)</i>	144
Tabla 14 <i>Integración de datos mediados por los constructos</i>	149
Tabla 15 <i>Valores como parte de los resultados de la investigación</i>	209
Tabla 16 <i>Propiedades de la ciencia humana, encuentros con los resultados</i>	211
Tabla 17 <i>Encuentro teórico Saberes del docente/Saberes enfermeros</i>	213
Tabla 18 <i>Sugerencias al currículo inicial, principios prácticos situados</i>	225
Tabla 19 <i>Rasgos del modelo del cuidado centrado en la persona y modelo de cuidado centrado en las relaciones</i>	230

Anexos (en archivo digital)

Anexo 1: *Materiales de acceso al campo*

Anexo 2: *Cuadernos de campo participantes ( ENF1, ENF2, ENF3)*

Anexo 3: *Análisis mediante ATLAS.ti*

Anexo 4: *Caso Zapato*

Anexo 5: *Diario de campo de la investigadora*



## RESUMEN

Actualmente, la formación inicial en enfermería está influida por modelos que surgen de una racionalidad técnica, lineal y orientada a objetivos. Esto se evidencia en la utilización del Proceso Enfermero (PE) como eje del aprendizaje y en la tendencia a un reduccionismo unidireccional entre teoría y práctica. Con esta problemática en vistas, y procurando ofrecer un aporte a su progresiva resolución, la presente investigación se propone colaborar con una mayor interrelación entre los saberes de aula y aquellos que surgen de la acción profesional, desvelando un conjunto de valiosos contenidos para la formación inicial de enfermería que surgen de la reflexión misma de los profesionales.

Por la naturaleza del problema, esta investigación toma la forma de un estudio de tipo cualitativo, fundamentado en la epistemología de la práctica propuesta por Donald Schön, utilizando como método el estudio de casos. El trabajo de campo que lo sustenta se realizó entre Enero del 2013 y Mayo del 2014, e incluyó la observación del quehacer diario de tres profesionales de enfermería, cada uno de ellos situado en uno de los tres niveles de atención en salud.

Del resultado del análisis recursivo de los datos emergen dos constructos cualitativos: uno en torno a (i) saberes situados; y otro relativo a (ii) la necesidad particular como fundamento del acto de cuidar. En su conjunto, ambos constructos logran representar la sabiduría práctica y explicitar reflexivamente la verdad implícita en la acción profesional. Más específicamente, estos constructos nos brindan un aprendizaje concreto sobre la significancia del quehacer enfermero situado, y hacen evidente que las normas como el PE no se adecuan a la naturaleza compleja y cambiante en la cual está inmerso el ser humano. Consecuentemente, una de las reflexiones que surge naturalmente de este estudio es que, como profesionales de la salud, debemos ser razonablemente sensibles a la incertidumbre, mutabilidad e inconmensurabilidad de aquellas situaciones que revelan las necesidades particulares de las personas a quienes cuidamos.

## ABSTRACT

Currently, initial training in nursing is influenced by models that emerge from a technical, linear and goal-oriented rationality. This is made evident in the use of the Nurse Process (PE) as the axis of learning and in a tendency towards a unidirectional reductionism between theory and practice. With these problems in view, and trying to offer a contribution to its progressive resolution, this research intends to collaborate by means of a greater interaction between classroom knowledge and knowledge that arises from professional action, and thus revealing a set of valuable content for initial training that emerges from the reflection of professionals themselves.

By the nature of the problem, this research takes the form of a qualitative study, based on the epistemology of practice proposed by Donald Schön, and uses the case study method. The field work that supports it was conducted between January 2013 and May 2014, and included observations of three nurses' everyday activities, each of them located in one of the three levels of health care.

By the result of the recursive analysis of the data, two qualitative constructs emerge: one relative to (i) situated knowledge; and the other concerning (ii) the particular need as the foundation of the act of caring. As a whole, both constructs achieve to represent practical wisdom and, moreover, reflectively make explicit the tacit truth in professional action. More specifically, these constructs offer us a concrete lesson about the significance of nursing situated action, making evident that a set of rules such as the one contained in NP does not conform to the complex and changing nature in which human beings are immersed. Consequently, one of the reflections that naturally arises from this study is that, as health professionals, we must be reasonably sensitive to uncertainty, mutability and the incommensurability of those situations that reveal the particular needs of the human beings we care for.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de estas últimas décadas, los modelos y prácticas educativas en la enseñanza universitaria transitan por un cambio paradigmático que exige a cada uno de sus participantes nuevas formas de aproximación al conocimiento. Los cambios suscitados desde la Declaración de Bolonia (Ministros Europeos de Educación 1999) instan a pasar de una educación centrada en la enseñanza a otra centrada en el aprendizaje. Para hacer frente a este desafío, y centrar adecuadamente la formación en el aprendizaje, es importante tener en vistas las diversas fuentes desde donde se generan estos saberes y sus procesos de elaboración.

Para los propósitos de esta investigación<sup>1</sup>, resulta particularmente relevante el hecho de que en enfermería coexisten dos polos de generación de saberes. Uno de ellos, como es bien sabido, radica en la formación universitaria (incluyendo docencia e investigación). Esta fuente dota al estudiante de pregrado de elementos teóricos en diversas áreas, los cuales se van canalizando unidireccionalmente en el Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE)<sup>2</sup>, entendido por Marriner (1983) como una manera de aplicar el método científico al trabajo de la enfermería profesional y redefinido más tarde como :

---

<sup>1</sup> Investigación desarrollada con el financiamiento de Becas Chile para doctorado en el extranjero, sistema de becas que forma parte del programa de formación de capital humano avanzado de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica- Chile (CONICYT).

<sup>2</sup>El término Proceso de atención de enfermería (PAE) es acuñado por primera vez a mediados del siglo pasado. Dicho proceso de atención se adopta y adapta en la formación inicial como una estrategia de enseñanza, y se introduce en las asignaturas de la malla curricular como parte sustancial de una metodología científica para resolver los problemas vinculados al quehacer enfermero. En el proceso enfermero se distinguen las siguientes fases: (i) valoración, (ii) diagnóstico, (iii) plan, (iv) implementación y (v) evaluación. Bajo esta pauta, desde su instauración hasta nuestros días, el proceso de atención es *considerado un subconjunto del método de resolución de problemas* (Burns 2004, p. 37)

Actualmente el término Proceso de atención de enfermería se ha modificado a Proceso enfermero (PE) o Proceso de enfermería (PE). En el desarrollo de este escrito utilizaré mayoritariamente el término Proceso de atención de enfermería (PAE) ya que es el modo de expresión más recurrente por parte de los profesionales en el estudio.

*(...) una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. (Alfaro-LeFevre 2003, p.4).*

Una segunda fuente de saberes radica en la práctica profesional, la cual permite a un neófito tomar contacto con sus protagonistas en contextos reales, desarrollar nuevos conocimientos y, eventualmente, llegar a convertirse en experto. Patricia Benner (1987) ha demostrado convincentemente que esta última categoría no se aplica a quien esté en posesión de un corpus de conocimiento meramente teórico aprendido en las aulas, sino a quien ha desarrollado, adicionalmente a esto, un saber práctico genuino.

Considerando la distinción entre ambas fuentes de conocimiento, inmediatamente surgen interrogantes: ¿Es el PAE coherente con la enseñanza del cuidado humano? ¿Existe alguna vinculación entre el conocimiento profesional y el conocimiento transmitido en las escuelas de enfermería? ¿Es posible, acaso, una real integración entre estas dos fuentes de conocimiento? ¿Qué forma curricular y didáctica podría adoptar dicha integración?

Ante este conjunto de interrogantes, es preciso consignar que la utilización de un modelo lineal de identificación y resolución de problemas como eje del aprendizaje, particularmente en los saberes relativos al cuidado, genera inconsistencias. Es de suponer que la singularidad de quien brinda y de quien recibe el cuidado, conjuntamente a la diversidad de situaciones en la práctica y los eventuales conflictos de valores, escapan a los cánones de una racionalidad lineal (Schön 1983, 1992, 1995, 1998, Kinsella 2009). El parecer que inspira a la presente investigación es que esta inconsistencia no es irreversible y que, por el contrario, es posible reducir la brecha teoría-práctica, valorando la actividad profesional como un espacio real, generador de

conocimientos relevantes (Schön 1992, 1995), y a la teoría como una fuente indispensable (si bien, modificable) de los mismos. Sensible a estas motivaciones, la presente investigación se plantea acercar el conocimiento del profesional a las aulas, tomando contacto directo con su práctica, y desde ella proyectar contenidos que sean un aporte para el currículo y la didáctica de la enfermería. De este modo el intento de formalización del conocimiento tácito y personal del profesional favorecería un proceso dialógico entre teoría y práctica, y contribuiría a una formación inicial más coherente, sin escisiones ni descontextualizaciones. El último beneficiado de esta potencial contribución es, por supuesto, el cuidado enfermero que se brinda al ser humano sano y enfermo, y con ello, el bienestar social.

Es preciso aclarar que el estudio se focaliza en el trabajo de los profesionales que reflexionan *en y sobre* sus acciones. Es decir, se trata de un estudio sobre el saber profesional en la práctica. Y en este sentido es necesario recalcar que este no constituye un estudio sobre el saber experto en enfermería. El concepto *experto* sólo es utilizado subsidiaria y metodológicamente como un modo de selección de participantes.

El documento se compone de cinco partes y un total de ocho capítulos. En la primera parte (*Historia de la Pregunta*), presento el origen de las interrogantes que motivaron la investigación, como así también la fundamentación y objetivos de la misma. La segunda parte (*Cosas Dichas*), en líneas generales, representa lo que se ha dicho respecto a los saberes enfermeros y su inserción en la formación inicial. Adicionalmente, en esta sección se describen algunos elementos teóricos de la epistemología de la práctica, tal como esta es desarrollada por Donald Schön. En la tercera parte (*Diseño de la investigación*), se explican los criterios metodológicos que sustentan la investigación.

La cuarta parte (*Trabajo de campo*), es para mí quizás la más significativa, en cuanto en ella intento representar el quehacer profesional desde su realidad interna. En este sentido, el trabajo de campo muestra la realidad del cuidado profesional desde la perspectiva de sus protagonistas, y puede constituir en sí mismo no sólo un modo de revisión de la profesión, sino también un elemento motivador para la formación inicial o permanente del lector. Me parece necesario recalcar, a este respecto, que en este escrito se encontrarán segmentos de textos primarios que constituyen la primera voz del saber buscado. El valor de la sabiduría práctica radica en ellos, siendo mi propia interpretación solo una segunda voz.

Finalmente, la quinta parte (*Resultados y Conclusiones*), incluye las propuestas que surgen desde los saberes desvelados de la práctica profesional enfermera, y es un modo de hacer extensiva la invitación a incorporar y valorar el conocimiento situado como un elemento significativo para los contenidos del aprendizaje.

PRIMERA PARTE *Historia de la pregunta*

## CAPITULO 1: HISTORIA DE LA PREGUNTA

*María está confinada en una habitación blanca y negra, ha sido educada con libros en blanco y negro, y mediante lecciones transmitidas en un televisor blanco y negro. De este modo, aprende todo lo que hay que saber sobre la naturaleza física del mundo. (...)*

*Sin embargo, parece que María no sabe todo lo que hay que saber. Pues cuando sea liberada de la habitación en blanco y negro, o cuando le den un televisor en color, aprenderá cómo es ver algo rojo.* (Jackson 1986, p. 291)

### 1.1 Introducción

La inquietud intelectual que genera la vigencia de un modelo de enseñanza basado en estructuras lineales, ha sido el impulso genuino de esta investigación. En el presente capítulo doy cuenta del origen de dicha inquietud, las interrogantes que han surgido desde mis propias experiencias y vivencias como enfermera y docente, los fundamentos de la búsqueda y los objetivos que se tienen en mente al momento de plantearse ingresar en la práctica profesional enfermera.

### 1.2 Historia de la pregunta: contexto

*No son más que cuidados, simple enfermería*  
(Coetzee 2005, p.37)

La búsqueda permanente por colaborar con el aprendizaje de los estudiantes plantea muchas interrogantes: ¿De qué manera y desde dónde es posible colaborar con el aprendizaje? ¿Qué conocimientos hacen más sentido en los estudiantes? ¿Hasta qué punto la educación contenida en el proceso de enfermería, con todos los alineamientos metódicos y lineales, es una contribución a ello?

En mí experiencia personal, estas inquietudes fueron tomando forma gradualmente. En primera instancia el eje de mi inquietud reposaba sobre el sentido lineal e impersonal del proceso de atención de enfermería. Con el tiempo, y a la luz de mi propia experiencia, surgieron otros cuestionamientos de orden práctico. ¿Los profesionales en la práctica clínica utilizan ese proceso? ¿Cómo lo hacen? El trabajo docente permite obtener una visión sobre ambos escenarios, la práctica y la teoría, y eso me ha hecho pensar que sería interesante poder nutrir los conocimientos enfermeros teóricos con los prácticos. Esto me llevó a una nueva pregunta: ¿Qué persona puede ser un referente válido para nutrir el currículum?

De este modo, el concepto de experto en enfermería, sugerido por Benner (1987), fue acogido en esta investigación. A dicho concepto he integrado algunas modificaciones que intentan hacer hincapié en que la virtud más importante del profesional dedicado al cuidado humano es la preocupación constante por la persona.

La distinción entre ser/cómo ser es, en enfermería, un tema difícil. La historia nos dice que nuestra disciplina surge por necesidad, y que pese a los intentos por definirla, son múltiples las interpretaciones sobre lo que le es inherente. A veces incluso da la impresión que un punto de vista externo logra más fácilmente una descripción, como la que ofrece casualmente Coetzee (2005) desde la literatura, una visión que podría parecer simplista pero que creo posee una gran riqueza. El personaje principal en su obra *Hombre lento* se refiere al trabajo que hace la enfermera que lo cuida de la siguiente manera: *no son más que cuidados, simple enfermería*. Los cuidados parecen ser lo realmente importante, un centro simple y claro alrededor del cual se generan otros saberes más complejos, derivados pero intrínsecamente válidos. Como

profesionales es necesario saber valorar ese centro genuino que hace a nuestra profesión.

Henderson (1964) ha dicho que cada enfermera es y se define a sí misma por medio de los hechos significativos ocurridos en torno a la profesión. Estos hechos forman, conforman y concretan su vida profesional. A la luz de las palabras de Henderson puedo decir que las preguntas de esta investigación surgen a partir de los hechos significativos que han influido en mi vida profesional y, por supuesto, cómo ello ha influido en mi propia vida personal. En este sentido, me es preciso reconocer que no todo es un tránsito positivo hacia las convicciones, como quien avanza por un carril y se detiene en estaciones a contemplar el campo de saberes dejado tras de sí. El trayecto es, más bien (y si se me permite insistir en la metáfora de un viandante), zigzagueante, y a ratos la penumbra escéptica sólo permite vislumbrar esquivas señales, aunque también con templados relieves. En efecto, mi vida profesional ha sido marcada por constantes dudas respecto a los contenidos que enseño. ¿Qué saberes posee la enfermería realmente? ¿Cuál es su origen?

Recuerdo que estando en primer año (de la licenciatura en enfermería), se anunciaba en el calendario del curso que tendríamos una mesa redonda con expertas. ¿Qué es eso?, pensé, ¡qué rutilante la palabra!, fue más mi asombro cuando conocí a las cuatro enfermeras que catalogaban como *expertas*. Por supuesto, siempre tuve presente que mis profesoras eran enfermeras, pero como hasta ese minuto no las veía con sus pacientes, no las imaginaba realmente como enfermeras. Estas eran enfermeras vestidas con sus uniformes, y narraban historias reales, con pacientes reales. Es difícil describir lo que sentí. Mi motivación se encendió, quería seguir escuchándolas en todo

momento, quería estar con ellas. Una sensación de que había ahí conocimiento vivo, un conocimiento de otro tipo, del cual era imprescindible nutrirse. Y que toda la teoría enseñada en las aulas bien podía compaginarse con este otro orden de saberes. Y que se debían enseñar. Años después, cuando terminaron mis estudios iniciales y me hice docente, una sola cosa sabía con certeza: que yo misma no sabía cómo hacerlo. No sabía qué y cómo enseñar. Para cubrir mis vacíos, y ese terror al infinito que se siente ante desafíos para los que no estamos preparados, sólo me preocupaba de estudiar, de leer, pero sentía que algo faltaba. Y muchas veces recordaba a aquellas cuatro figuras que nos presentaron ese día. Me decía a mí misma: *ellas sí tienen mucho que enseñar ¿Y yo? ¿Qué hago?*

Con el tiempo me hice cargo de esa situación y pensé que lo mejor era dar clases y, además, trabajar en un hospital. Así lo hice, y mi sensación al enseñar cosas que estaba haciendo con mis propias manos mejoró bastante. No del todo, sin embargo, pues aun no tenía certeza de si el modo como estaba enseñando era el adecuado. Por lo mismo tuve el interés de ingresar a estudiar una especialidad (Especialidad en Enfermería Pediátrica Hospitalaria) y luego un Máster (en Educación en Ciencias de la Salud). Ambos me nutrieron complementariamente: la especialidad me dio experiencia clínica, y el máster una visión teórica incipiente aún, pero que me permitió capturar el significado profundo del conflicto que aunaba todas mis interrogantes vocacionales. Fue en el momento de una investigación realizada para el master, cuando una de las ex estudiantes comentó: *¿Para qué nos enseñan el PAE? Nunca se usa... además en la práctica hay que aprender todo de nuevo.*

A partir de entonces se concatenaron progresivamente todas mis inquietudes, pero ahora con formulaciones más precisas. Más específicamente, la pregunta que más me resuena es esta: ¿Para qué utilizamos un proceso para cuidar a las personas? Dicha pregunta, con el tiempo, y en virtud de la actitud razonada que permite una mirada constructiva sobre los fenómenos, se ha reformulado del siguiente modo: ¿Cuál debiese ser la fuente de los saberes en enfermería para hacer de ella una profesión acorde con su fin? ¿Desde dónde debiesen provenir los saberes que conforman la enfermería? ¿Cómo se pueden hacer llegar de la mejor manera a los estudiantes? Estas preguntas son las que intento resolver con este nuevo proceso de la vida, que se ha proyectado en un doctorado en Educación. Sí, porque creo en las sinergias, creo que podemos potenciarnos, creo que hay saberes que se deben unir para hacer mejor las cosas.

### 1.3 Preguntas de investigación y acciones orientadas a dar las respuestas

- 1.- ¿Cuál debiese ser la fuente de los saberes en enfermería para hacer de ella una profesión acorde con su fin?
- 2.- Los cuidados profesionales que se brindan a una persona (con sus singularidades), ¿pueden estar contenidos en un modelo lineal de resolución de problemas?
- 3.- ¿De qué modo el saber profesional puede reducir la brecha teoría-práctica existente en enfermería?
- 4.- ¿Qué puede aportar la práctica profesional a la formación inicial?
- 5.- ¿Cómo se pueden generar conocimientos para la formación enfermera que sean adecuados a la singularidad y/o individualidad del ser humano?

6.- ¿Qué saberes genuinos se encuentran integrados en la práctica de la (el) enfermera(o)?; y ¿Cómo se elaboran?

7.- ¿Cómo llevar a la educación universitaria los saberes que surgen de la acción profesional al enfrentarse reflexivamente a situaciones singulares, si estas difícilmente pueden reproducirse en el aula?

### 1.3.1 Propuestas para responder a las preguntas

He sido docente en enfermería por más de dieciocho años, y en mi vida profesional he trabajado desde la teoría y la práctica. A lo largo de estos años, siempre he sentido que en la práctica hay saberes valiosos que se pierden. En el día a día, las(os) enfermeras(os) resuelven problemas reales, y no sólo deben aplicar sus conocimientos generales a casos concretos, sino que muchas veces cada caso demanda del profesional una transformación de sus saberes, esto es, que los traduzca a su realidad más inmediata mediante un proceso mediador que supone la generación de nuevos saberes.

Pues bien, siempre me he preguntado dónde quedan esos saberes, y si serían útiles a otros. El tiempo me ha convencido de que es así. Muchas veces, este contraste entre saber general y saber particularizado se disemina en virtud de un supuesto orden de indagación. ¿Por qué no me enseñaron esto antes si realmente se hace mejor de esta manera? Un prejuicio general que opera en la enseñanza es que estas preguntas son desechables pues, si acaso logramos expresar el contenido de un saber profesional a una persona, podemos desproveer a esta persona de la posibilidad de aprenderlo por sí misma. Sin embargo, la contundencia de los hechos inherentes a nuestra disciplina nos hace ver que esto es sólo un prejuicio: en enfermería tratamos con personas, y muchas de las cosas que se pueden aprender en la práctica tienen o pueden tener significancia

vital, en toda la extensión de su palabra, incluyendo los más mínimos gestos del cuidado. En enfermería todo involucra la vida de las personas y debemos ser responsables y mantener en todo momento una disposición abierta a aprender de los mejores y nutrir a la profesión de un contenido contextualizado.

Con este horizonte en vistas, esta investigación pretende ser un aporte a la resolución de estas tensiones, y esto mediante un acercamiento a los profesionales en su actuar diario. Mediante dicho acercamiento se pretende no sólo registrar lo que hacen, sino instar a que ellos mismo se pregunten y respondan a dicha interrogante: ¿Cómo lo hago? ¿Por qué lo hago? En efecto, mediante la estimulación a la reflexión (cuyo objetivo final apunta a plantear sugerencias curriculares), no quisiera proponer meramente un prototipo de cómo actúa el profesional enfermero, sino más bien conocer el contenido mismo de sus acciones y extraer aquellos saberes que pueden ser aplicados en la formación inicial. ¿Por qué resulta necesario conocer estos saberes? Porque son saberes de distinto orden y generalmente se pierden o quedan enclaustrados y desvinculados de las aulas. Y un saber enfermero completo debiese incorporar estos contenidos vivenciales como parte integral de la enseñanza. Como María en el texto de Jackson más arriba citado, no creo que un estudiante o un profesional pueda aprender todo dentro de una habitación, ni tampoco sólo con la vivencia del mundo exterior: aspiro (en virtud del aprendizaje) a que exista intercambio fluido entre la habitación (aula) y el mundo exterior (práctica).

## 1.4 Problema percibido y objetivos de la investigación

### 1.4.1 Problema

La persistencia de un modelo pedagógico limitado y limitante en la formación inicial en enfermería, el cual surge desde la racionalidad técnica y genera un saber rígido, incompatible tanto con una docencia centrada en el aprendizaje, como con una asistencia sensible a la singularidad y complejidad de la persona.

### 1.4.2 Objetivo general

Identificar saberes que surjan desde la práctica reflexiva de los profesionales y que sean pertinentes para la formación inicial de enfermería.

### 1.4.3 Objetivos específicos

- 1.- Reconocer los saberes integrados en la práctica profesional enfermera.
- 2.- Recoger y organizar los saberes profesionales en un conjunto compacto y consistente de contenidos para la formación inicial.
- 3.- Integrar el ejercicio profesional como fuente genuina de conocimientos en la formación inicial en enfermería.
- 4.- Fomentar la formación para el cuidado del ser humano desde el cuidado reflexivo.
- 5.- Colaborar en la revisión del ejercicio profesional.

SEGUNDA PARTE *Las cosas dichas*

## CAPITULO 2: LOS SABERES EN ENFERMERÍA

### 2.1 Introducción

La investigación que llevo a cabo tiene como tema central los saberes en enfermería, su origen, su utilización y la necesidad de su renovación.

En este capítulo revisaré qué se ha dicho acerca de los saberes en enfermería, una revisión teórica al supuesto desde dónde pueden provenir y qué *episteme*<sup>3</sup> es posible utilizar para ello. Este capítulo se verá complementado por el capítulo de resultados, dado que la teoría se utilizará allí a modo de diálogo con los datos obtenidos en la investigación.

La revisión teórica se ha realizado utilizando la plataforma digital de la Universidad de Barcelona. Las bases de datos incluidas fueron: Pro Quest Health and Medical Complete; Scopus; Medline/Pub Med; Social Science Citation Index (Web of science); Science Citation Index Expanded (Web of Science); Pro Quest Psychology; Wiley Online Library.

En la investigación, se conceptualiza el término *saberes* como un conjunto de conocimientos específicos e inmersos en la *profesión* y la *disciplina*. Se entenderá la noción de profesión como un campo especializado de la práctica, fundada sobre la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento. El término disciplina hace referencia a una rama de la educación, un aprendizaje o un dominio del conocimiento ( crf. Alligood

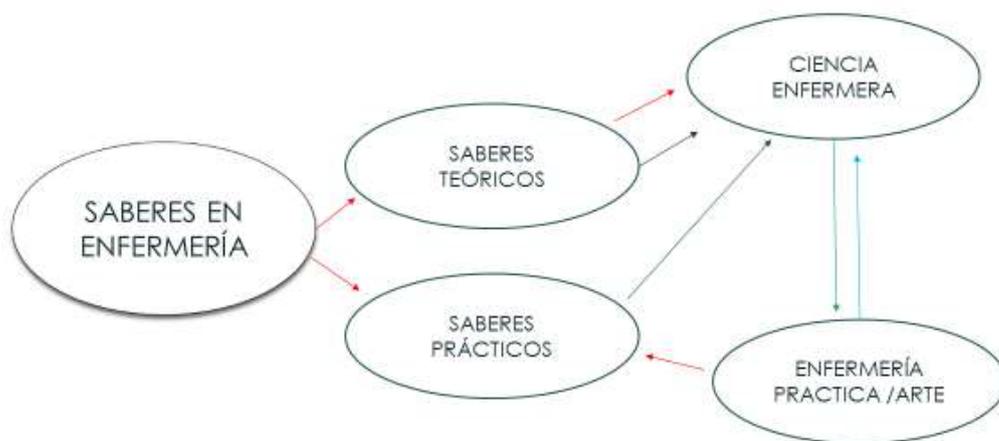
---

<sup>3</sup> Término de origen griego utilizado por Aristóteles y Platón, y asociado al concepto de conocimiento científico. En este estudio acogemos el concepto de *episteme* desarrollado o reinterpretado como *episteme moderna* por Michael Foucault considerado como un marco de saber acorde a la verdad (1974, 2002). (...) *el campo de la episteme moderna no se ordena según el ideal de una matematización perfecta y no desarrolla a partir de la pureza formal una larga serie de conocimientos descendientes más y más cargados de empiricidad. Es necesario representarse más bien el dominio de la episteme moderna como un espacio voluminoso y abierto* (1974, p.336).

2014a, Alligood 2014B). En el presente capítulo utilizaré los términos saberes y conocimientos indistintamente .

## 2.2 Relaciones y supuestos

En la siguiente figura intento graficar los supuestos existentes en relación a los saberes enfermeros. A lo largo de este capítulo expondré algunos acercamientos a las respuestas que brinda la bibliografía e iré desarrollando la temática en capítulos posteriores.



**Figura 1** *Saberes en enfermería relaciones y supuestos.* (Fuente: elaboración propia).

Los supuestos representados en la figura 1 son:

- 1.- Los saberes en enfermería poseen dos contenidos, uno de orden teórico y otro de orden práctico.
- 2.- El conjunto de saberes teóricos conforma la ciencia.

3.- El conjunto de saberes teóricos más los saberes prácticos conforman la ciencia enfermera.

4.- La enfermería práctica es el origen del saber práctico.

5.- La enfermería es una ciencia práctica, ciencia y arte.

6.- La ciencia enfermera deriva de la práctica.

7.- La práctica enfermera deriva de la ciencia enfermera.

### 2.3 Aproximaciones al saber en enfermería

Los saberes en enfermería son complejos en su origen y en su aplicación; poseen la complejidad propia del ser humano, quien ejerce el cuidado y quien es cuidado. Dicha complejidad hace que sean difíciles de reconocer, describir, clasificar y explicitar. Siendo además una profesión joven y cambiante, la enfermería debe asumir la importante tarea de reconocer cuál es ese grupo de conocimientos comunes a sus profesionales y a su formación inicial.

A principios del siglo XX se plantea como necesidad el reconocer un cuerpo de conocimientos enfermeros, dicho suceso provocó el cambio en la instauración de la enfermería desde la vocación a la profesión (Alligood 2014b; Bixler & Bixler 1959). Desde el planteamiento de esta necesidad, varias autoras se dispusieron a la tarea por describir los saberes o conocimientos enfermeros entre ellas : Chinn & Kramer (2015); Benner & Wrubel (1989), Watson (1979); Carper (1978); Alligood (2014 a, 2014b); Risjord (2010); Kim (2010).

De este grupo de autoras cabe destacar la trascendencia de los escritos de Carper (1978) quien realizó una caracterización de los patrones de conocimientos en enfermería, tal y como quedan reflejados en la siguiente tabla :

<i>Patrones de conocimiento en enfermería</i>	<i>Descripción</i>
<i>Empírico (o ciencia de enfermería)</i>	Públicamente verificable, descriptivo, explicativo o predictivo basado en datos subjetivos u objetivos.
<i>Ético (o componente moral)</i>	Descripciones de las obligaciones morales, valores morales y no morales.
<i>Personal (conocimiento personal)</i>	Expresiones de la calidad y autenticidad del proceso interpersonal entre cada paciente y cada enfermera (o). La relación interpersonal en enfermería.
<i>Estético (o arte de enfermería)</i>	Expresiones de las enfermeras, la percepción de lo que es significativo, individual de cada paciente. El arte y el acto en enfermería.

**Tabla 1** *Patrones de conocimiento en enfermería* (Fuente: modificado de Carper 1978, pp.13-23).

Estos patrones caracterizados por Carper<sup>4</sup> (1978) han tenido debate permanente en la literatura, desde aplicaciones concretas, tensiones entre autores e incluso se han elaborado propuestas de inserción de algunos patrones adicionales pero ¿Aclaran la naturaleza de los saberes enfermeros? Lo que sí puedo decir es que en los patrones descritos recogen un debate histórico acerca del estatuto epistemológico de la Enfermería que también se ha desarrollado en la Pedagogía: Ciencia y/o Arte.

---

<sup>4</sup> No es intención de este estudio resolver el contenido de cada uno de las caracterizaciones realizadas por Carper (1978). Más aún, esta clasificación, si bien puede ofrecer alguna claridad al lector, expresan un carácter marcadamente reduccionista que opaca y hace perder la riqueza del conocimiento enfermero

## 2.4 ¿Ciencia y Arte- Ciencia o arte?

No es extraña la respuesta dudosa de las(os) estudiantes y de los profesionales de enfermería cuando se realiza la pregunta ¿Qué es la enfermería? Varios escritos plantean dicho problema: Peplau (1988), Hall (2009) y Fawcett (2005), entre otras. La mayor parte de las teoristas en enfermería tienen como punto de partida de sus estudios esta cuestión. La duda principal se refiere al tipo de conocimientos contenidos en la enseñanza de la enfermería. Florence Nightingale, la pionera de la enfermería profesional, inició sus escritos con un libro intitulado *Notes on Nursing. What It Is, and What It is not*<sup>5</sup> (1992) intentando clarificar lo que era y lo que no era la enfermería en su momento.

Las respuestas a la duda fundamental ofrecen, en ocasiones, mayor vaguedad. Si una persona ingresa a estudiar enfermería pronto le comenzará a resonar el tema *enfermería es ciencia y arte*. Sin embargo surgen interrogantes respecto a su sentido ciencia y arte ¿Juntos? ¿Separados? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué significa? Muchas dudas permanecen con esa frase, que pareciera ser motivada para apaciguar mentes intranquilas, más que para dar una respuesta real a una pregunta genuina.

Quizá se podría hacer una relación simplista entre conocimientos teóricos y conocimientos prácticos y sellar el debate, pero la cuestión es más compleja que eso.

---

<sup>5</sup> Obra original publicada en Londres en el año 1859, la referencia que utilizo es una re impresión del año 1992.

Gilbert Ryle<sup>6</sup> en su libro *El concepto de lo mental* (1949, 1967), ha realizado un profundo análisis de los saberes que utilizamos en el día a día, ya sea para aplicaciones prácticas sencillas o para el trabajo intelectual profesional. Desarrolla ampliamente los conceptos de actos inteligentes, contribuyendo con una aclaración certera acerca del tipo de saber contenido en la acción.

Ryle (1949, 2009) distingue dos tipos de saberes, el saber cómo y el saber qué. Podríamos identificar el *arte* como *saber cómo*<sup>7</sup> (*know how*), esto es, el sinnúmero de habilidades y aptitudes de la persona para hacer o desempeñar su actividad profesional. *Ciencia*, por otra parte, se corresponde al *saber qué* (*know that*), es decir, la base teórica o científica del ejercicio profesional<sup>8</sup>. De este modo, el saber qué es un conocimiento proposicional, por excelencia teórico; y el saber cómo, en cambio despliega habilidades y es por tanto un conocimiento práctico.

Inspirada por estas distinciones desarrollo a continuación algunos lineamientos sobre el saber qué y el saber cómo en enfermería.

## 2.5 El reconocido *saber qué* en enfermería

La enfermería profesional funda sus cimientos aproximadamente en el año 1850 con las primeras publicaciones de Florence Nightingale, quien hace hincapié en la importancia de la higiene en el cuidado de las personas y ha sido la precursora del *cuidado hacia la persona* como centro de la profesión.

---

<sup>6</sup> Filósofo británico reconocido ampliamente por sus contribuciones a la filosofía de la mente y el lenguaje. Entre paréntesis el año de las primeras ediciones en inglés y español respectivamente.

<sup>7</sup> También traducido y utilizado en este texto como: *saber hacer*.

<sup>8</sup> Para Smith (1988, p.15), Dewey es el primer autor en hacer esta distinción entre los tipos de conocimientos.

Desde sus comienzos la enfermería ha tenido conflictos permanentes en cuanto al contenido de sus teorías y la aplicación de las mismas en la práctica. Según algunos investigadores, la enfermería no sería considerada una ciencia hasta la década del 1950<sup>9</sup> con la publicación de la primera revista dedicada a la investigación, *Nursing Research* en 1955<sup>10</sup> (Meleis 2012). Aunque cuesta creerlo, hasta esa fecha la transmisión de conocimientos sería dada por la tradición y la escritura de manuales de procedimientos. Si hablamos de ciencia en enfermería y del comienzo de su desarrollo, parece primordial reconocer cual es el contenido de la llamada *ciencia*:

*La ciencia ha de basarse en lo que podemos ver, oír y tocar y no en opiniones personales o en la imaginación especulativa. Si lleva a cabo la observación del mundo de un modo cuidadoso y desprejuiciado, los hechos establecidos de tal manera constituirán una base segura y objetiva de la ciencia. Si además es correcto el razonamiento que nos conduce desde esta base fáctica a las leyes y teorías que formulan el conocimiento científico, podrá suponerse que el propio conocimiento científico resultante está establecido con seguridad y es objetivo<sup>11</sup> (Chalmers 2005, p.1)*

Todo lo llamado *científico* goza de prestigio y es más reconocido por la población (crf. Chalmers 2005), pero cabe preguntarse, ¿Se comprende el contenido del concepto ciencia en enfermería? Por otra parte, Watson (1979, 1985) desarrolla el concepto de enfermería como **ciencia humana del cuidado**<sup>12</sup>. En esta conceptualización se reconoce

---

<sup>9</sup> Década coincidente con el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería actualmente Proceso Enfermero. La concepción o necesidad de una concepción de ciencia en enfermería será revisado más adelante. En algunas publicaciones se señala que esa fecha marca el origen de la Ciencia enfermera

<sup>10</sup> Esta publicación aparece en la literatura con dos años diferentes de publicación el año 1955 y año 1952. En rigor, la primera publicación en enfermería es la *American Journal of Nursing* en 1900, esta no es considerada un hito para la *ciencia enfermera*, pues no se dedica exclusivamente a la publicación de investigaciones.

<sup>11</sup> Esta descripción corresponde a una interpretación de la visión general de Ciencia comentada por Chalmers.

<sup>12</sup> Concepto criticado en su momento pues se plantea que el cuidado no es un dominio sólo de la enfermería.

que existe un centro epistémico que requiere de desarrollo y explicación constante. Se basa en una ontología que vincula diversas áreas, tales como la epistemología, la pedagogía y la praxis.

Para Dorothea Orem (2011) la enfermería es una **ciencia de tipo práctica**, la cual se complementa con el arte con el fin de abordar los casos singulares de la práctica. Wallace (1996) es quien aporta la base a esta caracterización. Argumenta que las ciencias prácticas no buscan comprobar una verdad sino más bien que se observan reglas o normas que determinan la práctica y ratifica que es muy difícil distinguir la diferencia entre Ciencia práctica y arte (crf. Wallace 1996, p. 172)

Meleis (2012) muestra una visión, bastante aceptada en enfermería, que considera que la ciencia que subyace a la disciplina de enfermería ya no es aquella adherida a las ciencias naturales, sino que más bien se describe como una **ciencia humana**, la que posee propiedades únicas que definen la ontología y epistemología de la disciplina de enfermería. Estas propiedades fueron reunidas y resumidas por Meleis tal y como se recoge en la siguiente tabla:

***Propiedades de la ciencia humana:***

- 1. Una ciencia humana se centra en los seres humanos como totalidades.*
- 2. Tiene su centro en la comprensión de las experiencias vividas por sus miembros.*
- 3. Una ciencia humana no separa el arte de la ciencia.*
- 4. Se guía por los significados fruto de la reflexión y el procesamiento de las experiencias de sus miembros.*

5. Debe ser capaz de comprender los significados y las experiencias; el científico de la ciencia humana tiene un diálogo significativo con los participantes.

6. Si se realiza una generalización debe ser dentro de un contexto.

7. Las respuestas y experiencias forman patrones y los patrones proporcionan información significativa.

8. Con fines descriptivos, algunas situaciones, comportamientos o eventos son reducibles.

**Tabla 2** *Propiedades de la ciencia humana* (Fuente: modificado Meleis 2012, pp.89-90).<sup>13</sup>

Incorporar los conceptos de ciencia humana y el concepto de la ciencia humana del cuidado genera actualmente un desafío de frente al currículo actual en enfermería en el que aún existe predominio de un modelo apegado a las ciencias naturales y al modelo biomédico<sup>14</sup>. Con el fin de desarrollar esta cuestión, a continuación presentaré cuáles son las teorías que han formado parte de la historia de la denominada ciencia enfermera.

---

<sup>13</sup> Las propiedades de la ciencia humana han sido desarrolladas por varios autores, entre ellos: Kim (2000), Newman (2002), Owen & Holmes (1993). La tabla expuesta corresponde a una modificación de la reunión de las propiedades desarrolladas por Meleis (2012, p.90).

<sup>14</sup> El modelo biomédico, que ha invadido el currículum enfermero, se caracteriza por una concepción biologicista de la enfermedad (reduccionista y descontextualizada) y por una visión desfragmentada de los fenómenos salud-enfermedad.

## 2.6 Las grandes teorías y su vinculación con el currículo actual

En número, las teorías utilizadas y reconocidas actualmente en enfermería suman aproximadamente una treintena. Las teorías han sido clasificadas de variados modos, como por ejemplo:

**Por tipo de paradigma:** Ej, Integrativo (Callista Roy) o transformativo (Martha Rogers) (Parker & Smith 2010).

**Por fundamento:** Ej, Necesidades, Interacción, Cuidado, Resultados (Meleis 2012).

**Por niveles de abstracción de la teoría:** Ej, Metateoría (Fawcett), Modelos y grandes teorías (Leininger); teorías de medio rango o rango medio (Duffy), teorías prácticas (Mercer) (McKenna *et al* 2014).

**Por tipo de trabajo teórico:** Ej. Filosofía en enfermería (Benner), Teorías de enfermería (Meleis), Modelos conceptuales (Orem) y Teorías de rango medio (Mercer) (Alligood 2014a).

El amplio número de teorías reconocidas generaron algunas problemáticas en etapas anteriores del desarrollo histórico de la enfermería, pero actualmente se reconoce como una apertura al pluralismo (Meleis 2012).

En este estudio, y por la problemática a mostrar, resumo algunas de las llamadas grandes teorías <sup>15</sup> (Parker & Smith 2010, McKenna *et al* 2014), en función de los tres siguientes criterios:

---

<sup>15</sup> Por la diversidad de modos de clasificación de las teorías en enfermería es posible ver el mismo nombre designado al tipo de teoría pero con distintos criterios de clasificación. Por ejemplo: existe la teoría de rango medio como tipo de trabajo teórico (Alligood 2013) y como teoría por nivel de abstracción (McKenna *et al* 2014), así como también teoristas calificadas como metateoristas (Meleis en McKenna *et al* 2014) y como autoras de teorías de rango medio (Meleis en Smith 2014). La clarificación de criterios no es cuestión de este estudio, pero parece pertinente hacer este tipo de alcances para luego no crear confusiones en los lectores.

**Eje fundamental:** corresponde al fundamento o característica principal de la teoría<sup>16</sup>.

**Fuente del saber:** desde dónde se origina, teoría desde la teoría o teoría desde práctica.

**Convergencia de conceptos hacia el currículo:** plantea el modo en que la teoría propuesta se materializa en el currículum enfermero.

<b>Teorista</b>	<b>Eje fundamental</b>	<b>Fuente del saber</b>	<b>Convergencia de conceptos hacia el currículo</b>
<i>Florence Nightingale (1859)</i>	Higiene (fundamentalmente mediado por el aire puro) como base fundamental de la acción para reparar la salud. <i>Proceso de reparación.</i> (Nightingale 1992)	Trabajo directo y observación de casos clínicos. Práctica (Nightingale 1992)	Proceso de reparación y sus bases de la gestión hospitalaria con conceptos fundacionales extrapolables al currículum actual (Nightingale 1992)
<i>Hildegard Peplau (1952)</i>	Primera teoría en enfermería (Johnson 2015 p.136)  Centro en las relaciones interpersonales enfermera-paciente (Johnson 2015)	Se basa en la experiencia personal como enfermera y la experiencia de sus estudiantes (Johnson 2015, Peplau 1988)  La primera enfermera que tomo teoría de otros campos y la sintetizó una teoría para enfermería (Pokorny 2014)  Utiliza las teorías de la comunicación interpersonal y el interaccionismo simbólico (Johnson 2015, Peplau 1988)	Proceso interpersonal en enfermería: <i>fase de orientación, fase de trabajo, fase de terminación</i> (McKenna et al 2014 p.133).  Los conceptos de relaciones interpersonales fueron un aporte curricular y punto de inicio para otras teorías enfermeras (Johnson 2015, McKenna et al 2014).

<sup>16</sup> El año que aparece junto al nombre de la teorista o de las teoristas corresponde a la fecha del primer escrito publicado acerca de su investigación.

<p>Virginia Henderson (1955)</p>	<p>Asistencia temporal a una persona.</p> <p>Cataloga 14 necesidades básicas que serán el punto de inicio para la atención de enfermería</p> <p>(Gordon <i>et al</i> 2010)</p> <p><i>La enfermera ayuda al individuo en las actividades (vinculadas con su salud) que no puede realizar por falta de fuerza, voluntad o conocimiento.</i></p> <p>(Henderson 1966, p.15)</p>	<p>Se basa en experiencias significativas en su aprendizaje de la enfermería, luego en experiencia docente y en la experiencia de sus pares (Henderson 1964) Percibió la enfermería como un rol único en el cuidado de la salud.</p> <p>(Gordon <i>et al</i> 2010)</p> <p>Utiliza la teoría de las necesidades de Maslow (McKenna <i>et al</i> 2014, Meleis 2012)</p>	<p>Identificación de alteraciones de alguna de las 14 necesidades básicas alteradas (Gordon <i>et al</i> 2010), criterio ampliamente utilizado en la fase de valoración del proceso de atención de enfermería.</p> <p>Esta teoría es una de las fundamentales en y para el desarrollo del Proceso Enfermero (Meleis 2012)</p>
<p>Ida Jean Orlando Pelletier (1961)</p> <p>Aunque el desarrollo de su teoría data del 1950 se ha situado históricamente en 1961 con su teoría del proceso enfermero (Johnson 2015)</p>	<p>Función de la enfermera: Organización, centrada en la situación problemática del paciente resuelta mediante un proceso deliberado (proceso de enfermería)</p> <p>(Pokorny 2014; May 2014 )</p>	<p>Primera teoría inductiva en enfermería.</p> <p>Durante tres años observó y registró lo que vio de la relación enfermera-paciente ( Pelletier 1976)</p>	<p>Proceso de Atención de Enfermería en 4 etapas. (Johnson 2015; May 2014)</p> <p>Además integra los conceptos de salud mental al currículo enfermero (May 2014 )</p>
<p>Ernestine Weidenback (1958/1964)</p>	<p>Identificación de necesidades de un paciente en busca de ayuda</p> <p>(Weidenback 1958; 1964)</p>	<p>Observación de casos clínicos. Práctica</p> <p>Reconocimiento del ARTE.</p> <p>(Weidenback 1958; 1964)</p>	<p>Proceso que se inicia con la detección de la necesidad de ayuda y que finaliza con la validación de la ayuda brindada (Weidenback 1958; 1964)</p>
<p>Lydia Hall (1963)</p>	<p>Interrelaciones entre: the Core, the Care and the Cure, (Pokorny 2014,</p>	<p>Posee bases teóricas principalmente filosóficas; en su</p>	<p>Se puede extrapolar su influencia en el reconocimiento de las actividades independientes de la enfermera</p>

	<p>Gordon <i>et al</i> 2010) Estos tres aspectos se interrelacionan. <i>Hall fue la primera que describió la enfermería como terapia</i> (Freshwater 2002, p.19)</p>	<p>mayor parte es un estudio basado en experiencias. Desarrollado y contrastado íntegramente en un centro de rehabilitación y enfermería (Pokorny 2014, Gordon <i>et al</i> 2010)</p>	<p>como <i>función autónoma</i>, cuestión reconocida actualmente en los programas de formación inicial.</p> <p>Se utilizó en el desarrollo del proceso de atención aunque no está explicitado directamente en su teoría. (Pokorny 2014, Gordon <i>et al</i> 2010)</p>
Joyce Travelbee (1966)	<p>Desarrolla los aspectos interpersonales de la enfermería</p> <p>Modelo relación persona-persona, genera con ello la necesaria visión humanista para la enfermería (Marriner &amp; Raile 2008, Peden <i>et al</i> 2010)</p>	<p>Observó a pacientes en su estado agudo de sufrimiento pero no existe claridad sobre el uso de dichas observaciones en su teoría. Fundamentalmente utiliza una lógica deductiva ( Meleis 2012)</p>	<p>Desarrolla el Proceso de atención como <i>método lógico de abordar los problemas de enfermería</i> (Trabelvee 1966, p.15 )</p> <p>Teoría que no se utiliza en su totalidad como un marco para un programa se menciona para apoyar el papel de la enfermera en las relaciones interpersonales con los pacientes a entender su sufrimiento ( Tranvag y Kristoffersen, 2008)</p>
Dorothy Johnson (1968)	<p>La persona como sistema conductual, enfermería como fuerza externa para mantener la organización e integración de la conducta</p> <p>Paradigma integrativo (Holaday 2010)</p>	<p>Se origina en ideas filosóficas, experiencia clínica y reflexiones. (Holaday 2010, Johnson 1978)</p>	<p>Johnson no da propuestas teóricas para el proceso de atención (Meleis 2012)</p>
Myra Levine (1966/1967)	<p>Modelo de la conservación.</p> <p>La enfermera mantiene la globalidad y fomenta la adaptación ( Moore 2010; Johnson 2015)</p>	<p>Lógica deductiva y método científico (Meleis 2012)</p>	<p>Proceso de atención en tres fases (evaluación, diagnóstico e intervención) con énfasis en la observación (Meleis 2012)</p>

	Paradigma integrativo (Parker & Smith 2010)		
<i>Martha Rogers (1970)</i>	<p>Ser humano como <i>campo de energía irreductible</i> (Rogers 1992 p.29)</p> <p>Paradigma transformativo (Parker &amp; Smith 2010)</p>	Lógica deductiva y lógica inductiva (Butcher 2010; Meleis 2012)	<p>No formaliza su teoría en el proceso de atención de enfermería. Aunque postula que la enfermería debe incorporarse a la ciencia objetiva. (Butcher 2010; Meleis 2012; Gunther 2014a)</p> <p>El concepto de ser humano unitario y su teoría ha sido base curricular de enfermería en New York University. (Meleis 2012)</p>
<i>Dorotea Orem (1971)</i>	<p>Paradigma integrativo (Parker &amp; Smith 2010)</p> <p>Desarrolla la Teoría general de enfermería compuesta por otras tres: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería (Meleis 2012, Berbiglia 2014)</p>	<p>La teoría de Orem se basa en premisas explícitas e implícitas. Reconoce la influencia de la experiencia práctica personal y de la muchas otras enfermeras (Orem 1983, 1987, Orem &amp; Taylor 2011)</p>	<p>Conceptos de autocuidado y déficit del autocuidado son ampliamente utilizados en los programas de formación enfermera. (Hartweb &amp; Fleck 2010, Meleis 2012, Berbiglia 2014)</p> <p>Orem apoya el desarrollo y materializa su teoría en la forma del proceso de atención de enfermería (Meleis 2012)</p>
<i>Imogene King (1971)</i>	<p>Relación enfermera-paciente: proceso interpersonal de acción, reacción y transacción.</p> <p>Utiliza los conceptos universales como sistemas sociales, salud, percepción y relaciones interpersonales (Gunther 2010b)</p> <p>Paradigma integrativo (Parker &amp; Smith 2010)</p>	<p>Proceso inductivo y deductivo. Incluye pensamiento crítico y revisión de la literatura de enfermería y de otras disciplinas relacionadas con la salud (King 1971)</p>	<p>El proceso de atención de enfermería materializa los objetivos de esta teoría (Meleis 2012)</p>

<p>Josephine Paterson; Loretta Zderad (1976)</p>	<p>Considerada una teoría del cuidado (Parker &amp; Smith 2010) Teoría humanística (Robinson-Wolf 2014)</p> <p><i>Enfermería implica un modo de ser y de hacer algo</i> (Paterson &amp; Zderad, 1976, p. 13)</p>	<p>Intenta responder a las necesidades humanas desde el mundo de las enfermeras (Kleiman 2010)</p> <p><i>Debido a que la mayor parte de los conceptos se derivan de existencialismo, se puede deducir que la teoría es más deductiva que inductiva.</i> (Meleis 2012 p.255)</p>	<p>Proceso consiente, deliberado realizado sin prejuicios (crf. Paterson&amp; Zderad 1988, p. 7 y 8). El paciente tiene la posibilidad de elegir entre alternativas (Meleis 2012)</p>
<p>Jean Watson (1979)</p>	<p>Considerada teoría del cuidado (Parker &amp; Smith 2010)</p> <p>Teoría del cuidado humano (Johnson 2015)</p> <p><i>El cuidado transpersonal implica compromiso moral de proteger la dignidad humana. La enfermería tiene por meta el crecimiento mental y espiritual del ser humano (enfermera y cliente) y la búsqueda de sentido de la propia existencia</i> (Meleis 2012, p.173)</p>	<p>Posee sustentos experienciales pero más ampliamente se reconocen bases de la teoría feminista, la metafísica, la fenomenología; tradiciones de filosofía perenne, y el Budismo. Más influencias de teorías enfermeras como Nightingale (Jesse &amp; Alligood 2014a, Jesse &amp; Alligood 2014b)</p>	<p>Ofrece un marco para el desarrollo curricular de la Ciencia del cuidado (Caring Curriculum) con una ética, ontología y un refuerzo de la praxis (Watson 2008)</p> <p>Propone 10 factores de cuidado que guían el proceso de la enfermera con el paciente (crf. Jesse &amp; Alligood 2014b, p.422)</p> <p>Este proceso incluye una dimensión decididamente espiritual con una evocación al amor y al cuidado (crf. Jesse &amp; Alligood 2014a, p.83)</p>
<p>Margaret Newman (1979)</p>	<p>Considerada en el paradigma transformativo (Parker &amp; Smith 2010)</p> <p>Salud como expansión de la conciencia</p>	<p>Surge desde la teoría y de las experiencias vitales personales (enfermedad degenerativa en su madre)</p>	<p>Propone para enfermería el aprendizaje transformador o transformativo (Newman 2008)</p> <p>No hay evidencia de materialización del proceso de atención en su teoría (Newman 2008, Dexheimer 2010). Locsin &amp; Purnell (2009) señalan a Newman dentro de las</p>

	La interacción enfermera paciente considera la singularidad (Dexheimer 2010)	(Dexheimer 2010, Newman2008)	enfermeras que desarrollan proceso de atención contemporáneo.
<i>Callista Roy (1976)</i>	Paradigma integrativo (Parker & Smith 2010)  Ve a la persona como un sistema adaptativo en constante interacción entre el interior y el exterior (Phillips & Harris 2014)	<i>Microteoría moderadamente abstracta. Lógica deductiva</i> (Meleis 2012, p332); inserta a la enfermería en teorías de sistema y adaptación (Meleis 2012)	<i>Proceso enfermero con seis fases: Valoración, valoración del estímulo, diagnóstico de enfermería, objetivo, intervención y evaluación.</i> ( Phillips & Harris 2014, p266)
<i>Madeleine Leininger (1978)</i>	El cuidado como fundamento de la enfermería (Leininger	Se deriva de las disciplinas de antropología y	Leininger considera que los diagnósticos enfermeros, específicamente NANDA-I, <sup>17</sup> son

<sup>17</sup> NANDA-I (NANDA International, Inc), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) son términos vinculados Proceso enfermero o Proceso de atención de enfermería. Cada elemento por sí mismo y en su interrelación forma parte de lo que en este estudio he denominado *Procesos de estandarización en enfermería* (ver capítulos 6,7 y 8). NANDA-I, las intervenciones de la NIC, los resultados de la NOC (en su conjunto: *NNN*) son los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nursing Association (ANA) y utilizados internacionalmente. NANDA-I como organización actúa colaborativamente con el desarrollo de NIC y NOC. A continuación describo brevemente los términos y apunto algunos antecedentes, ya que estos serán mencionados de manera recurrente en el escrito. Antes que nada es preciso señalar que NANDA-I hace referencia a los diagnósticos de enfermería (en su taxonomía más ampliamente utilizada), NOC constituye un sistema que se puede utilizar para seleccionar las medidas de resultado (finalidades) relacionadas con el diagnóstico de enfermería. NIC, corresponde a una taxonomía, basada en la evidencia de las intervenciones que las enfermeras realizan a través de diversos entornos de atención. *NNN* se utilizan en enfermería para, de manera estandarizada, avanzar en la ciencia de la enfermería (crf. Herdman & Kamitsuru 2014, pp.27-29). NIC Y NOC son originados desde la investigación en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) de la Universidad de Iowa. NIC fue publicado por primera vez en el año 1992 y NOC en el año 1997 (recuperado de <https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness> 21 julio 2016). NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) surge en el año 1982 al alero de ANA (American Nursing Association). En el año 2002 cambia su nombre a *NANDA International* y desde el año 2011 se denomina *NANDA International, Inc* (NANDA-I). Actualmente la sigla no corresponde a un acrónimo de North America, sino que, por su familiaridad y reconocimiento se ha mantenido el nombre más un guión con una I en referencia a su utilidad internacional. Aunque de origen norteamericano, constituye la asociación de desarrollo de diagnósticos de enfermería más reconocida internacionalmente (existe traducción de sus diagnósticos en 16 idiomas). *NANDA-I posee vínculos de colaboración con las sociedades de terminología de enfermería de todo el mundo* (Herdman & Kamitsuru 2014 p.471). En Europa, estas asociaciones de terminología de enfermería son: AFEDI (Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers) desde 1991; ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) desde 1995 y AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería) desde 1996. Estas asociaciones, promueven actualmente la generación de diagnósticos, nomenclaturas y taxonomías propias de enfermería con el fin de lograr un lenguaje común e incentivar la utilización del PAE. (recuperado de los sitios [www.nanda.org](http://www.nanda.org) , [www.afedi.com](http://www.afedi.com) , [www.acendio.net](http://www.acendio.net) , [www.aentde.com](http://www.aentde.com) , el 21 de julio del año 2016).

	<p>&amp; McFarland 2010). Leininger realiza la primera inserción de conceptos transculturales en enfermería (Rommelspacher 2006)</p>	<p>enfermería (Leininger 1991) La teoría ha desarrollado el método de la etnoenfermería (propio de las investigadoras) que se implementa en la práctica clínica (McFarland 2014a, McFarland 2014b)</p>	<p>insensibles a los rasgos culturales, que son la base de su teoría (Carpenito 2010)</p> <p>No se encuentra evidencia sobre el uso del PAE en su teoría (McFarland 2014a, McFarland 2014b, Leininger &amp; McFarland 2010)</p> <p>La teoría se ha aplicado a algunos programas y el método de investigación asociado <i>etnoenfermería</i> tiene amplia utilización (Leininger &amp; McFarland 2010)</p>
<p>Rosemarie Rizzo Parse (1981)</p>	<p>Considerada en el paradigma transformativo. (Parker &amp; Smith 2010)</p> <p>Teoría bastante compleja que se ha considerado inclusive una escuela de pensamiento, involucra tres principios o supuestos centrales: significado, rítmicidad y transcendencia (Parker &amp; Smith 2010, Johnson 2015)</p>	<p>Base en la teórica existencial-fenomenológica (Fawcett 2005)</p> <p><i>Parse describe el desarrollo de su teoría de modo inductivo y deductivo</i> (Parse, 1997, p. 32)</p>	<p>Ha comenzado a ser utilizado como una guía para los programas de formación de enfermería. (crf.Fawcett 2005, p.489)</p> <p>Se concreta en tres procesos prácticos, cuyo objetivo común es la calidad de vida de las personas (Fawcett 2005)</p>

<p><i>Hellen Erikson; Evelyn Tomlin, Mary Ann Swain (1983)</i></p>	<p>Modelo y modelado de roles. Incorpora el concepto de ayuda integral en las actividades de autocuidado.</p> <p>Paradigma integrativo (Parker &amp; Smith 2010, Erickson 2014b)</p> <p><i>El arte de modelado es el desarrollo de una imagen de espejo de la situación desde la perspectiva del cliente</i> (Erickson, Tomlin, y Swain, 2002, p. 95)</p>	<p>El modelo original se deriva inductivamente de experiencias vitales y clínicas de sus autoras, principalmente de Hellen Erickson. Las obras de Maslow, Erikson, Piaget. (Erickson 2010, Erickson 2014b, Erickson 2014a)</p> <p><i>Proporciona a las enfermeras un marco teórico basado en la práctica</i> (Erickson 2014a, p.509)</p>	<p>Reconocida como una teoría integral de utilización global (Erickson 2010, Erickson 2014b)</p> <p>Para su operatividad utiliza el proceso de atención de enfermería. Reconoce diagnósticos, objetivos, intervención basada en sus principios (Erickson 2014a, Erickson 2014b, Erickson 2010)</p>
<p><i>Anne Boykin and Savina O Shoehof (1993)</i></p>	<p>El cuidado es el objetivo de enfermería (Boykin et al 2010, Purnell 2014).</p> <p><i>Todo el conocimiento de la enfermería se crea y se entiende dentro de la situación de la enfermería</i> (Boykin et al 2010 p.372).</p>	<p>Su desarrollo se inicia con la revisión del marco curricular de la College of Nursing en Florida Atlantic University. Se apoya en las teorías enfermeras de Roach (cuidado), Paterson – Zderad (teoría humanista de enfermería) y del filósofo Milton Mayeroff. A ello se suma la experiencia académica de las investigadoras (Boykin et al 2010, Purnell 2014).</p>	<p>La teoría se materializa en un proceso diferente al PAE de Orlando (1961). Describen un proceso continuo, no dirigido ni con resultados pre-imaginados. El cuidado surge en el contexto de la experiencia vivida y compartida del cuidar. No es medible ni cuantificable (crf. Boykin et al 2010 p.379).</p>

<p><i>Barbara Montgomery Dossey (2008)</i></p>	<p>Teoría de la enfermería integral. Incluye la práctica de la Enfermería Holística.</p> <p>Paradigma integrativo (Parker &amp; Smith 2010)</p> <p>La enfermería integral contempla proceso, visión y diálogos integrales.</p> <p>(Dossey &amp; Keegan 2013)</p> <p>Conceptos claves:</p> <p>Persona como ser unitario, complejidad de la profesión e interés por la expansión de las capacidades de la enfermera (Dossey 2010)</p>	<p>Experiencia de practicar “el arte y la ciencia de enfermería” con pacientes con patologías coronarias (Dossey 2010). <i>En base a dicha experiencia luego incorpora conceptos de diversas filosofías, que incluyen: holística, multidimensional, integral, caos, complejidad y otros.</i> (Dossey 2010 p.225)</p>	<p>Primariamente propone un proceso integral, luego realiza la una propuesta del Proceso del cuidado holístico el cual incluye:</p> <p>Identificación de patrones/cambios/necesidades;</p> <p>Diagnósticos de enfermería como herramienta descriptiva;</p> <p>identificación de resultados;</p> <p>plan de acción terapéutica;</p> <p>Implementación y Evaluación.</p> <p>El proceso del cuidado holístico considera a la persona en su totalidad como un ser bio-psico-social-espiritual dentro del contexto ambiental (crf. Dossey &amp; Keegan 2013 pp.146 a 159).</p>
--	---	--	---

**Tabla 3** *Grandes teorías de enfermería. Eje, fuente y convergencia curricular* (Fuente: elaboración propia).

Al respecto de todas las teorías presentadas en la tabla anterior, creo importante hacer las siguientes apreciaciones:

- 1.- Las teorías en su mayoría inician su estudio en la práctica de enfermería.
- 2.- El contenido o eje central de cada teoría tiende a reflejar las necesidades humanas propias del momento histórico en el cual se desarrollan. Por ejemplo, Florence Nightingale desarrolla su teoría en medio de una realidad de Guerra y centra su preocupación sobre la higiene. En las teorías más actuales se observa un contenido humanista, que surge como necesidad frente al avance tecnológico y la especificidad del cuidado (un ejemplo de ello es la teoría holística de Barbara Dossey).

3.- El término *proceso* se repite en forma permanente en las aplicaciones de cada teoría (su traslado hacia el currículo o hacia la práctica), ya desde los primeros escritos de Nightingale.

4.- La teoría se traslada al currículum adaptándola al proceso de atención enfermero. Si bien los contenidos de las teorías pueden tener variabilidad conceptual, en general carecen de una forma concreta e innovadora de llevar el contenido a las aulas.

En conclusión, se constata que en la teoría enfermera permanece un enraizamiento del concepto de ciencia regido por el paradigma positivista<sup>18</sup>, y que la única manera reconocidamente válida de enseñar sigue teniendo como base la utilización de un método rígido de resolución de problemas (el proceso de atención de enfermería).

Frente a este horizonte, la búsqueda de una enseñanza significativa y motivadora, representa un vehículo de cambio, impulsado por la identificación de factores y elementos que no transgredan la naturaleza del ser humano, e incorporen a la formación inicial epistemes que sean realmente aplicables a su estado de necesidad.

## 2.7 Saber cómo (o saber hacer) en enfermería

El *saber cómo* descrito como un conjunto de habilidades y aptitudes que el profesional utiliza para el actuar (Benner 1987, Ryle 1967). Según Ryle,

*Saber hacer no es (...) una disposición simple, como un reflejo o un hábito. Su actualización comprende la observancia de reglas o cánones o la aplicación de criterios, pero no consiste en una sucesión de actos de aceptación de máximas teóricas que se llevan luego a la práctica (Ryle 1967, p.44)*

---

<sup>18</sup> Los positivistas lógicos forman parte de la Escuela filosófica de Viena. En esta corriente existe una relación objetiva y lógica entre el conocimiento científico y los hechos (crf. Chalmers 2005, p.3)

Benner (1987) ha desarrollado ampliamente el *know-how* en enfermería, realizando un estudio basado en la práctica enfermera. Centrada en el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus y Dreyfus (1986) categorizó la evolución del profesional en cinco estadios o categorías:

<i>Categoría</i>	<i>Características</i>
<i>Principiante</i>	No posee experiencia práctica Trabaja en base a reglas o pautas. La conducta es regida por reglas, es limitada y rígida.
<i>Principiante avanzado</i>	Tiene un nivel de experiencia que les permite observar los componentes significativos de una situación.
<i>Competente</i>	2 o 3 años en la misma o análoga circunstancia. Valora sus iniciativas en función de objetivos. Falta presteza y flexibilidad, pero posee sensación de conocer el oficio.
<i>Competente avanzado</i>	Percibe las situaciones como un todo. Identifica situaciones globales basándose en la experiencia. Presta atención a los aspectos de las situaciones dependiendo de su importancia.
<i>Experto</i>	No necesita regla, pauta o consigna para tener iniciativa idónea. Tiene acopio de experiencia. Se ubica en el núcleo de la situación que capta de manera intuitiva. Actúa partiendo de un profundo conocimiento de la situación global.

**Tabla 4 Niveles de adquisición de habilidades** (Fuente: modificado de Benner 1997, pp. 48-62)<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Según Benner (1987) un profesional logra llegar a ser *Experto* siempre y cuando se mantenga en un lugar al menos por 5 años y si este profesional cambia de lugar es posible que llegue a ser nuevamente *Principiante* cuestión que es gravitante en cuanto a la importancia de la práctica para la generación de conocimientos y habilidades para la enfermera. Creo en la importancia de la práctica como generadora de conocimientos, de hecho, esto constituye la base de este estudio, por ello, no creo justa la caracterización estricta entre una y otra categoría, pienso que debiesen ser planteados ciertos matices, es difícil asegurar que un experto en la atención de adultos se vuelva principiante al atender a un neonato, hay muchos criterios profesionales adquiridos, es posible cierta falta de habilidad técnica (básicamente

En enfermería este *saber hacer o saber cómo* posee conceptos vinculantes, y muchas veces son utilizados como sinonimia del mismo. Entre estos conceptos se encuentran: Arte, Praxis, Phronesis y Saber en la acción.<sup>20</sup>

Arte:

El concepto de Arte en enfermería ha sido utilizado ampliamente para referirse a la parte del conocimiento contraparte de la ciencia. Se encuentra contenido en los patrones de conocimiento descrito por Carper (1978). El término Arte, habitualmente utilizado en el contexto de los oficios, implica el dominio de una técnica para transformar una idea productiva en una realidad material. En la evolución de este concepto integrado a la enfermería han existido discordancias, y la necesidad de incorporar a ello la dimensión ética correspondiente a un trabajo que se desarrolla con y para personas (Edwards 1998, Blondeau 2002).

Praxis:

Es un tipo particular de acción: la acción que está moralmente comprometida, orientada e informada por las tradiciones en un campo (crf. Kemmis & Smith 2008, p.4). Praxis es la acción en sí misma con todas sus implicancias y consecuencias (Kemmis 2005, p.150). Para Kemmis la praxis es un pre-requisito para el ejercicio de la Phronesis. En enfermería el concepto de Praxis es la base del manifiesto de enfermería proclamado en el año 2008 por Kagan, Cowling, Smith & Chinn. Estas autoras conceptúan la praxis en enfermería

---

de carácter motriz) pero dicho asunto no es, desde mi punto de vista, estructural en un profesional de enfermería.

<sup>20</sup> Esta es una breve descripción que sólo pretende centrar los conceptos para luego hacer algunas distinciones dentro de los utilizados habitualmente al hablar de conocimiento práctico.

como un término emancipador el cual implica acción y reflexión de forma simultánea con el objetivo de transformar el mundo. (Kagan *et al* 2010)

*Phronesis:*

Es una virtud intelectual que implica a la ética. Se trata de una deliberación que se basa en valores, que se ocupa del juicio práctico informado por la reflexión. Es pragmática, variable, dependiente del contexto, y orientado hacia la acción. (crf. Kinsella 2012, p.2). Aristóteles (ed.1975) distingue la Phronesis de otras virtudes intelectuales como la *techne* y la *episteme*.

Las relaciones entre praxis y phronesis son variables, incluso para algunos podría existir una tensión entre los conceptos. Ambos son ejercicios de acción, pero al parecer la praxis podría estar en cualquier persona moralmente comprometida y la phronesis sólo en las acciones profesionales (crf. Kinsella 2012).

*Saber en la acción:*

Es el saber contenido en la práctica profesional. Un saber que es tácito, espontáneo y dinámico (Schön 1992, 1998). En enfermería, el concepto ha sido utilizado el vinculándolo directamente a la práctica reflexiva planteada por Donald Schön. Para Medina, el saber hacer es similar al saber en la acción, y lo describe en virtud de la utilización del mismo por parte de un profesional:

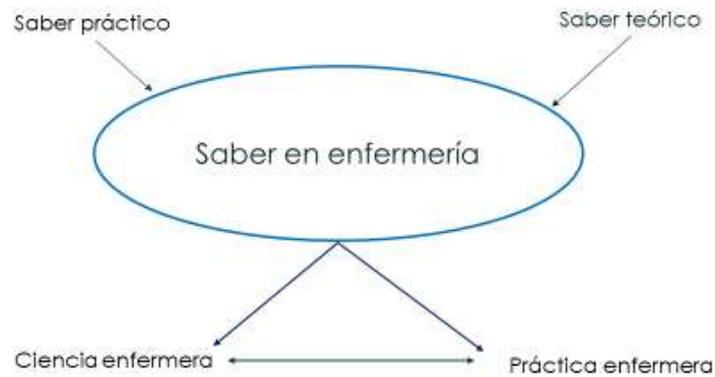
*(...) una competencia interiorizada, en la que se hayan articulados múltiples esquemas, la cual habilita para desarrollar inferencias y ajustes a una situación determinada a través de una suerte de diálogo flotante o atención simultánea al marco de significados del profesional y de la situación misma.*

(Medina 2008, p.8)

En conclusión, creo importante tener presente que la literatura en enfermería se ha referido ampliamente el *saber hacer* bajo distintos términos, que ha descrito de modo

separado, relacionados o no, pero siempre como parte de la descripción de un saber práctico.

## 2.8 Ciencia y arte, ¿integración o brecha?



**Figura 2** *Saberes en enfermería ciencia-práctica* (Fuente: elaboración propia).

Los saberes enfermeros se componen de un saber qué (teoría, ciencia) y un saber cómo (práctica, arte, acción). Ambos saberes requieren de interrelaciones en vista de la trascendencia que esto implica en la educación en enfermería y en la profesión. Las posiciones son variables, al analizar la interrelación de los saberes enfermeros, para algunos autores como Fawcett (1978) la práctica enfermera se basa en la ciencia enfermera. Para otros, como Meleis (2007) la teoría no es reconocida como el centro de la práctica aunque se valora como parte importante en el idioma enfermero. Para Benner (1987), la teoría y la investigación se generan desde la práctica. Para McEwen lo que existe es una relación teórico-práctica, donde la práctica es la base para el desarrollo de la teoría de enfermería, y donde la teoría debe ser validada en la práctica. De este

modo, mediante la investigación, y luego debe volver a la práctica (crf. McEwen & Wills 2011, p 375).

Un apoyo importante a estas concepciones dialécticas de la relación teoría-práctica lo realiza Patricia Cross, experta en investigación educativa, quien revela cuestiones importantes acerca del aprendizaje en los adultos. Ella considera que los conocimientos son esenciales para el desarrollo de una profesión, pero que la teoría y la práctica deben estar relacionadas. Señala puntualmente que:

*La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin teoría es ciega. (Cross 1981, p.110)*

Más aún, para Ryle:

*La práctica eficiente precede a la teoría. La aplicación de métodos es producto de la investigación crítica. Fue debido a que Aristóteles detectó que él y los demás razonaban a veces inteligentemente y a veces no, y a que Izaak Walton observó que a veces tenía éxito en la pesca y a veces no, que ambos pudieron brindar a sus discípulos las máximas y preceptos de sus respectivas artes. En consecuencia, es posible llevar a cabo inteligentemente ciertas operaciones sin que sea posible tener en cuenta las proposiciones que determinan cómo ejecutarlas. Algunas acciones inteligentes no están reguladas por el conocimiento previo de los principios que las rigen. (Ryle 1967, p.30)*

Según Alligood (2014b), la enfermería en un momento fue considerada ciencia y arte pero la era de la teoría en enfermería (1980 -1990) habría cambiado dicha cuestión y habría hecho comprender la real naturaleza del pensamiento y de la acción coordinada en la práctica conocida hoy como *praxis*.

Para la llamada *praxis en enfermería*, el desarrollo de saberes es un asunto vital puesto que la naturaleza de la problemática en salud hoy es variable y muy compleja. Por ello, un cuerpo de conocimientos que guíe a la práctica es absolutamente necesario. Su origen y su relación, sin embargo siguen siendo poco claros. Es más, existen visiones diametralmente opuestas respecto al origen del conocimiento necesario para ser

utilizado en la práctica. Un ejemplo de esto es el desarrollo de una práctica basada en la evidencia y la contraparte que sugiere una evidencia basada en la práctica, cuestión que en virtud de extensión y objetivos no desarrollaré en este capítulo.

### 2.8.1 ¿Existe una brecha entre la práctica y la teoría en enfermería?

*La teoría engloba lo que puede hacerse patente y formalizarse, pero la práctica clínica es siempre más compleja y presenta muchas más contingencias de las que puede plasmar la teoría por sí sola.* (Benner 1987, p.62)

A nivel de la formación en enfermería se ha discutido de modo permanente un vacío existente entre el contexto educativo- teórico (aula) y el contexto clínico-práctico en el que se desarrolla el cuidado profesional, el cual debiese ser considerado también un contexto educativo. Este vacío, considerado una *brecha* o *gap*<sup>21</sup> entre la teoría y la práctica, ha sido discutido por muchos autores, que han intentado aportar con diversos elementos para la disminución de la misma. Conway (1994), Hatlevik (2012), Moss *et al* (2010), Chang *et al* (2002), Hewison & Wildman (1996), Benner *et al* (2010), Falk *et al* (2016), entre otros muchos<sup>22</sup>, son representantes de esta motivación.

Un interesante debate ha sido planteado por Karen Ousey y Peter Gallaguer, ambos docentes de enfermería. Para Ousey, la brecha existe y está presente incluso en las evaluaciones, plantea que hay situaciones que son ideales en la teoría pero es muy diferente lo que realmente existe en la práctica (crf. Ousey en Ousey y Gallaguer 2007 p. 199-205). Por su parte Gallaguer considera que la palabra *brecha* es definitivamente

---

<sup>21</sup> Igual denominación en idioma inglés y español para el vacío existente/percibido como existente entre la práctica y la teoría en enfermería.

<sup>22</sup> Si se realiza una multibúsqueda en plataformas electrónicas en el lapso desde 1974 a 2016 encuentro 1582 publicaciones en enfermería que utilizan el término *gap between theory and practice* (datos rescatados en plataforma digital UB fecha 11 de Julio 2016).

una metáfora que poco colabora con el desarrollo de la profesión. Según su parecer, teoría y práctica deben mirarse en medio de una comprensión complementaria, más que continuar con discusiones del idealismo de la teoría y la realidad de la práctica. Según su diagnóstico, quienes han propuesto esta mirada han colaborado muy poco finalmente en acortar la denominada brecha (Gallagher, en Ousey y Gallagher 2007, Gallagher 2004). Creo que estas visiones, aunque parecen opuestas, conducen al mismo fin. Ambas contemplan una problemática que se debe enfrentar y representan preocupaciones concretas que alguna respuesta buscan encontrar con el fin de colaborar con el desarrollo de la profesión.

Como sugerencia, quisiera añadir que, quizá parte de la problemática, se concentra en la permanencia casi universal de un modelo curricular Tyleriano en los currículos de la formación inicial, donde se insertan las materias de modo lineal, sin contacto entre las materias o contenidos teóricos y prácticos;

*(...) el currículum universitario presenta una jerarquía en los niveles de conocimiento profesional, jerarquía que implica una secuencia "lógica" en el aprendizaje de aquéllos donde en primer lugar deben aprenderse las ciencias básicas para después aplicar ese saber a la práctica. Sin embargo, esos planteamientos entraron en crisis desde el momento en que se empieza a aceptar de una manera generalizada el hecho de que el conocimiento profesional necesario para demostrar competencia en una práctica es de naturaleza artística antes que técnica, es un conocimiento personal o práctico o conocimiento en la acción (Medina 2013, p.80).*

Quizá lo que se necesita es escuchar a los expertos (Benner 1987, Benner *et al* 2010) y abrirse a la experiencia (Ousey & Gallagher 2007, Schön 1992). Quizá es momento de abrirse a otras opciones.

En medio de un debate dado, por una parte por la disputa de los orígenes de los saberes en enfermería ; por otra parte la existencia o no de una brecha teórico práctica, que

evidencian que existen voces que parecieran hablan desde veredas separadas, parece primordial, al menos para esta investigación, una búsqueda de la interacción entre la teoría y la práctica sin desconocer a la una y a la otra; volviendo a una frase enunciada anteriormente: *La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin teoría es ciega* (Cross 1981, p110).

Adicionalmente, creo que no podemos desconocer que, la filosofía ha ofrecido algunas respuestas a este debate. El ya citado Ryle desarrolló un amplio trabajo sobre los tipos de conocimiento, generando disputas en la filosofía de la mente y generando discusiones tales como que los conocimientos teóricos y prácticos pudiesen ser incluso metafísicamente opuestos. Con todo, Ryle aporta con un desarrollo concreto respecto a las distinciones particulares implícitas del conocimiento práctico, lo que ha llevado en la actualidad del trabajo filosófico a conocer la expresión del conocimiento práctico, más que ver los conocimientos como estados separados o verlo, simplemente como un resultado del saber teórico (Ryle 1967, Ryle 2009, Hetherington 2011).

En conclusión, si se concibe el conocimiento práctico y el conocimiento teórico como dos estadios separados se puede estar incurriendo en un error fundamental, puesto que dos tipos de conocimiento implican también dos objetos de conocimiento distinto (crf. Anscombe 2000 p. 57). Pero en enfermería el objeto de conocimiento es sólo uno. En este punto entonces surgen nuevas interrogantes: ¿Estamos mirando bajo un prisma diferente? ¿El resultado de ello hará inconsistente los contenidos plasmados en nuestros currículos de formación inicial?

## CAPITULO 3: LA NECESIDAD DE LA EPISTEMOLOGÍA DE LA PRÁCTICA

### 3.1 Introducción

El presente capítulo se propone describir las características de la epistemología de la práctica desarrollada por Donald Schön. Considero que esta epistemología, sustento de esta investigación, contiene una respuesta colaborativa para los problemas que reporta el actual currículo de la formación inicial. Cualifico esta epistemología como *colaborativa* porque permite que la formación se nutra del trabajo de los profesionales. De este modo, el ya formado puede colaborar con las personas que ingresan a la formación profesional inicial, los llamados recién llegados (Lave & Wenger 2008).

### 3.2 La epistemología de la práctica: una respuesta colaborativa para enfermería

Una propuesta para la real integración teoría práctica, pudiese residir en la práctica reflexiva. Como he señalado, el problema génesis de esta investigación consiste en la persistencia, en la formación inicial de enfermería, de un *modelo* que surge desde una *racionalidad técnica*. Esto se muestra de modo patente en la persistencia de una forma teórica y descontextualizada de entender el cuidado, puesto que si se tomase en cuenta realmente lo que acontece en la práctica, el modelo de la racionalidad técnica tendría un papel más relativo y no tan absoluto como el que se le ha asignado. Pero creo necesario especificar esta afirmación. En vistas a precisar este diagnóstico, consideremos una de las caracterizaciones de *racionalidad técnica* ofrecida por Schön quien señala que ésta:

*(...) descansa en una concepción objetivista de la relación del práctico competente con la realidad que conoce. Desde este punto de vista, los hechos son los que son y la verdad de las creencias se comprueba con toda exactitud mediante la referencia de*

*éstos. Todos los desacuerdos significativos se pueden resolver, al menos en principio, mediante la referencia a los hechos. Y el conocimiento profesional descansa fundamentalmente sobre una base de hechos (Schön 1992, p. 44).*

Las debilidades de esta concepción fáctica, amparada en un conjunto de sentencias, es que sustenta un modelo que finalmente resulta limitado, limitante y desvinculado del ser humano, particularmente para la formación enfermera. *Limitante*, porque surge como una necesidad para obtener reglas de conducción práctica o como sugiere Bourdieu, obtener guías con objeto de *subrayar un repertorio de reglas* susceptibles de aplicación en la práctica (crf. Bourdieu 1977, p2). Estas guías (compuestas de reglas) generan dificultades en el desarrollo del conocimiento genuino y del pensamiento original. *Limitado*, porque estos modelos, al estar estructurados como sentencias normativas, constituyen muchas veces un conjunto invariable, y como tal, no se adecuan a las diferencias personales o de contexto, algo que es consustancial al tipo de situaciones que afrontan las enfermeras profesionales:

*Quando queremos estudiar fenómenos complejos como lo es el estudio del ser humano, hemos de acercarnos con métodos complejos, no a través de instrumentos de pensamiento simple (Ferrer et al 2003, p.152).*

Los peligros asociados a esta debilidad están bien documentados por Gordon, e incluyen:

*(...) la conversión de la abstracción en algo tangible, la devaluación de los rasgos no formalizables, y la reseña y pormenorización de los detalles, que en lugar de colaborar con quien ejecuta acciones lo abrumba (Benner 1987, p.267).*

Por último, la racionalidad técnica:

*(...) cuando se encarna en el proceso enfermero genera una mirada fragmentante y cosificante del ser humano. (Medina 2006, p. 31).*

Y un modelo con un sustento así de reduccionista no se adapta a la individualidad y singularidad propia de lo humano. Pues ni quien cuida (enfermera/o), ni quien aprende

acerca del cuidado (estudiante), ni a quien se brindan los cuidados (persona sana o enferma que requiere un cuidado), está *desvinculado del ser humano*.

Sensible a estos factores, este estudio se fundamenta en la epistemología de la práctica mediada por la práctica reflexiva pues sus supuestos refuerzan la concepción de la *práctica* enfermera como una modalidad no sólo de aplicación de conocimientos, sino también de producción de éstos (Schön 1995). Y es razonable esperar que, en dicha producción el conocimiento logra una visibilidad que lo hace aprehensible y transferible a la teoría. Una epistemología que considera al profesional partícipe del conocimiento, un sujeto epistémico, involucrado en la génesis de saberes, y no sólo un aplicador de éstos (Dewey 1938, Schön 1983) es particularmente iluminadora en enfermería. En efecto, al reconocerse como participante, el profesional se valora como persona, se reconoce como tal, y de ese modo, puede reconocer a quien cuida como persona. De lo contrario, corre el peligro de desvincularse de su rol y con el consecuente riesgo de deshumanizar el cuidado.

La epistemología de la práctica reconoce todos los recursos, habilidades y saberes profesionales que finalmente se manifiestan en situaciones *incertidumbre, complejidad, singularidad y conflicto* (Schön 1992, 1995). La base de su formulación insta a no pasar por alto aquellos contenidos irreductibles que escapan a los modelos formales y formalizantes de la práctica profesional. Y es de suponer que el profesional en práctica, al vincularse a situaciones de cuidado humano, se encuentra frecuentemente en situaciones de suma particularidad e incertidumbre. Su virtud reside en adaptarse y saber responder a ello mediante la reflexión en la acción, sin dejarse someter a los márgenes, más estrechos, que impone teóricamente el proceso enfermero.

De este modo, y adhiriendo a una idea expresada por Kinsella (2007), es posible interpretar la práctica reflexiva no como un *sustituto de la ciencia ni de la técnica, sino como un contrapeso*. Bajo este prisma (bien podría clasificarse como *perspectiva relativa*), la ausencia de absolutismo es trasunta en un aspecto positivo al momento de generar propuestas, pues sólo una visión abierta y no reduccionista hará reales aportes a una formación profesional tan estrechamente vinculada a lo humano.

### 3.3 Explicitar el conocimiento contenido en la práctica enfermera ¿posible y necesaria?

¿Hacer ver lo que no se ve? La práctica reflexiva valora la práctica como generadora de conocimientos, por lo tanto hace ver lo que no se ve, esto es, las situaciones y saberes implícitos en el actuar; lo que se ha venido a denominar conocimiento tácito. Este término fue desarrollado en los años 50s por Michael Polanyi, físico y químico, filósofo británico-húngaro, quien identificó y describió una cuestión clave al momento de enfrentarnos a la acción: y es que en la acción existe una *dimensión tácita* (1966), conformada por aquellos saberes en que no son conscientemente transparentes a su poseedor. La intención de Polanyi era dejar en evidencia que tenemos mucho más por entregar, que existe más creatividad de lo que ya está escrito (Polanyi 1958, 1966, 1969). En la práctica diaria hay cuestiones que hacemos *automáticamente* y sin pensarlas, y con el tiempo la experiencia práctica hace que estos eventos sean cada vez más frecuentes. Sin embargo, Polanyi recalca que este saber implícito, más que en oposición al conocimiento explícito, se debe considerar como igualmente importante, pues el conocimiento tácito es impensable sin el conocimiento explícito (crf. Polanyi 1966, pp.1-8).

Como es de suponer, también se ha cuestionado bastante la posibilidad de explicitar el conocimiento implícito. Quizás la necesidad de expresarlo todo no existe y se vislumbra nada más que como una obsesión dentro de las limitaciones que tiene el conocimiento humano. Pero es importante no precipitarse a conclusiones tan drásticas. La cuestión esencial parece ser que existen al menos partes del conocimiento implícito, que se desarrollan con la experiencia y que involucran a la práctica. Y ciertamente sería muy interesante poder reconocerlos como tal. ¿Qué partes o qué tipo de conocimiento implícito es potencialmente explicitable?

Harry Collins (2010), uno de los últimos autores que ha desarrollado el concepto de saberes implícitos, señala que, existen bastantes confusiones respecto a la conceptualización del contenido del término *conocimiento tácito* en las disciplinas en las que es operativo. Collins argumenta que el conocimiento tácito no es descrito básicamente porque sólo se define en función de que es un conocimiento que no se explica. A diferencia de ello, este autor toma la tarea de desarrollar el concepto caracterizando entonces tres tipos de conocimiento tácito:

En primer lugar, el *Conocimiento Tácito Relacional*, un tipo de conocimiento que, cualesquiera sean las variables, está implícitamente sujeto a circunstancias humanas, logísticas o de otro tipo. Este conocimiento, si bien implícito, *es potencialmente explicitable*, pues la parte no explicitable se centra en cosas que se pueden cambiar (crf. Collins 2010, p. 99).

En segundo lugar, el *Conocimiento Tácito Somático*, constituye un tipo de conocimiento sujeto a un cuerpo que domina la experiencia humana. Como por ejemplo Collins apunta al conocimiento por experiencia al aprender a andar en bicicleta o jugar ajedrez. En

ambos casos, existen conexiones neuronales, músculos, partes de un cuerpo que está involucrado como agente causal. Pero el conocimiento mismo, en su naturaleza tácita, *puede ser explicitable* y ser parte de un corpus científico, en cuanto esté en nuestras capacidades cognitivas entenderlo. Collins no vislumbra obstáculos reales, filosóficamente sustantivos, a la explicitación de dichos conocimientos: los límites se imponen si mentalmente pensamos que está limitado. (crf. Collins 2010, p.118)

En tercer lugar, el *Conocimiento Tácito Colectivo* es un tipo de conocimiento que se da mediante la práctica colectiva y bajo una variabilidad de cuerpos. Este conocimiento no es personal, por lo que se transforma en un misterio. Collins pone como ejemplo, el idioma, pues según él esta posee una evolución permanente que no corresponde a un individuo, sino más bien a la evolución colectiva de la lengua. Según Collins, existe una imposibilidad de expresión de este conocimiento.<sup>23</sup>

Por supuesto, no es el objetivo de este estudio ofrecer un modelo generativo, ni tampoco utilizar el método científico para evidenciar el saber contenido en la práctica enfermera. Sin embargo, creo que la expresión mediada por la reflexión puede dar ciertas luces de ese conocimiento. Y eso es lo que inspira al lema *sabemos más de lo que podemos decir*, plasmada por Polanyi (1966). Esta actitud abre una oportunidad en nuestra disciplina de buscar los saberes del profesional en la acción. Se podría decir que,

---

<sup>23</sup> La única limitante a la explicitación planteada por Collins podría en efecto superarse, si atendemos al proyecto de la Gramática Universal que ha alentado la teoría Generativista de Noam Chomsky por más de cinco décadas (Chomsky 1957, 1968, 1980, 1995, por nombrar algunos). En efecto, uno de los supuestos fundamentales de dicha teoría es que las estructuras profundas del lenguaje -que plausiblemente no derivan del conocimiento por experiencia, sino que operan tácitamente en la mente humana- son explicitables por una teoría lingüística adecuada. Lo que sí podría quedar en el misterio, en base a la escritura de Collins, es el significado evolutivo de la lengua, eso que se construye en colectivo y con el paso del tiempo. Este último punto debe dejarse en pendientes pues es una cuestión que está en constante discusión y bajo constante estudio más en la actualidad con las investigaciones cualitativas centradas en las narrativas y la búsqueda de los significados personales y colectivos.

bajo el prisma de esta simple premisa de Polanyi, el profesional es poseedor de conocimientos que habitualmente no expresa verbalmente. Dado que estos saberes no son comúnmente reconocidos (y por lo mismo no pueden ser considerados necesarios) constituyen naturalmente un objetivo de mira, y determinan la tarea de evidenciar parte del contenido implícito en las acciones diarias de los profesionales. Sólo una vez culminada esta tarea, entonces podremos evaluar si son o no necesarios.

Por último, cabe señalar que en enfermería se ha trabajado bastante los postulados de Polanyi, la mayoría de los estudios lo vinculan con la práctica reflexiva y se asume como una cuestión clave a la hora de hablar de los profesionales expertos <sup>24</sup>, entre estos Benner (1997), Johns y Freshwater (2005), Medina (2008), y Kinsella (2009).

#### 3.4 Práctica reflexiva en enfermería

Desde las últimas décadas del siglo XX es reconocida la utilización de la práctica reflexiva como fundamento en el desarrollo tanto de la pedagogía, las ciencias de la salud, la gestión y otros campos afines. Estudios actuales en diversas disciplinas utilizan recursivamente tópicos relacionados con la reflexión. En enfermería esta situación no es diferente.

Si se realiza una búsqueda electrónica de la utilización de la práctica reflexiva en enfermería (se utilizan las palabras claves en idioma inglés: nursing practice, students, professionals, reflective practice, nursing<sup>25</sup>) veremos que en un lapso de 23 años, entre 1983 y 2016, existen un total de 2734 artículos publicados en revistas con revisión de expertos, si refinamos esta búsqueda encontraremos que su especificidad para práctica

---

<sup>24</sup> Categorización descrita capítulo 2.

<sup>25</sup> Considerar que el número total es con la sumatoria de palabras claves reflective practice in nursing; luego se hace un refinamiento de la búsqueda.

reflexiva en estudiantes es de 1196 publicaciones y un total de 1239<sup>26</sup> publicaciones si hablamos de la utilización de la práctica reflexiva en profesionales.

¿Qué esconden los números?, impacta el número de publicaciones encontrados sobre un asunto, pero, estos esconden mucho, entre número de publicaciones vinculadas a la práctica reflexiva en enfermería, primero existen muchos estudios que no son en enfermería, sino de profesiones del área de la salud, muchos se alejan de las pretensiones de la epistemología que sustenta la práctica reflexiva, otros (la mayor parte) casos no reflejan práctica reflexiva sino que hablan sólo teóricamente sobre reflexión, hablar teóricamente de una práctica parece inconsistente. Para intentar *hacer sentido a dichos números* encontrados y en pos del estudio diré que; existen estudios que se vinculan a la utilización práctica reflexiva como recurso didáctico, teniendo como centro *al estudiante que reflexiona* por ejemplo: Liimatainen 2001, Jensen 2005, Valente 2007, Chirema 2007, Ekebergh 2011, Glynn 2012, Hatlevik 2012, Rees 2013, Tetley *et al* 2016; Dahl & Eriksen 2016<sup>27</sup>. Por otra parte, están los estudios que apuntan a la utilización de la reflexión como elemento de desarrollo profesional y mejora de la atención, teniendo como centro *al profesional que reflexiona* por ejemplo: Johns 1996, Mackintosh 1998, McGuidam 2009, Beam *et al* 2010, Asselin *et al* 2013. En ambos grupos de estudios, (unos centrados en la utilización de la práctica reflexiva en estudiantes y el otro en profesionales) surgen cuestionamientos importantes.

---

<sup>26</sup> Última actualización de los datos 07/07/2016. Considerar que la sumatoria de las partes no corresponden al total de la temática pues el sistema realiza descarte si no existen las palabras exactas. Luego al revisar los artículos muchos de ellos sólo contemplan los términos dentro del texto pero no tener como temática central la práctica reflexiva.

<sup>27</sup> En este último caso el uso del recurso como elemento didáctico también es utilizado con los docentes. (el estudiante y el docente que reflexiona)

¿Qué implicaciones tiene la práctica reflexiva para la enseñanza en las profesiones de la salud? ¿Qué métodos son necesarios para conocerlas? Mann, Gordon y MacLeod (2009) han realizado una exhaustiva revisión sistemática en relación a la utilización de la práctica reflexiva en educación en profesiones de la salud. En su búsqueda identifican más de 600 artículos vinculados con su objeto de estudio (la gran mayoría se desarrollan sólo desde un punto de vista teórico). En ellos observan una variabilidad de temáticas, finalmente analizan en detalle 29 artículos que son en definitiva, los que se orientan con mayor especificidad a su búsqueda. De estos, 17 son estudios de tipo cualitativo, 8 observacionales, 3 cuasi experimentales y 1 mixto. Conclusivamente señalan que:

*(...) el desarrollo de la literatura es escaso y no concluyente en relación a las implicaciones de la reflexión en la práctica educativa (Mann et al 2009, p.614).*

A pesar de ello, argumentan que la práctica reflexiva (donde subsumen la reflexión) es más útil cuando se utiliza como estrategia de aprendizaje, donde colabora integrando de manera explícita los nuevos conocimientos con los ya existentes. Dentro de estos últimos están los aspectos afectivos del aprendizaje, cuestión que creo, por su importancia, no sólo claves en la formación inicial, sino también en la formación continua. Por la naturaleza de la práctica reflexiva, y porque esta misma se desarrolla mayormente en campo, se requiere de investigaciones con aplicación creativa, amplia y con diseños rigurosos, que permitan comprender el efecto de la práctica reflexiva en la enseñanza.

Otro cuestionamiento actual en relación a la práctica reflexiva es el siguiente: ¿Es posible, acaso, una epistemología de la práctica con fines regulatorios? Hoy se levantan voces críticas en relación a los nuevos  *fines*  de la práctica reflexiva en enfermería. En Mantzoucas (2004) se desvela, de modo inicial, la molestia frente a la utilización de la

práctica reflexiva en centros de salud como un elemento más de medición de competencia profesional. En Nelson (2012), en tanto, se presenta un registro de la historicidad y evolución de la práctica reflexiva en enfermería, desde reconocidos aportes para la formación hasta su consideración como elemento regulador.

Estos cuestionamientos quizá tienen una respuesta en la literatura. Rolfe (2014) deja en evidencia un problema bastante importante que ha surgido con la amplia utilización de la práctica reflexiva en enfermería, recalando que si bien en un principio fue de máxima utilidad para alejarse de la racionalidad técnica, hoy en día los estudios se han desvinculado de los orígenes planteados por Dewey y proyectado por Schön, generando una alteración en los valiosos fines inicialmente propuestos<sup>28</sup>.

En síntesis, considero que:

- En la literatura existente sobre la aplicación de la práctica reflexiva en enfermería no existe evidencia concluyente en relación a cómo el conocimiento que surge de la práctica reflexiva profesional es o pudiese ser llevado a las aulas.
- Existe un alejamiento de los fines reales de la práctica reflexiva

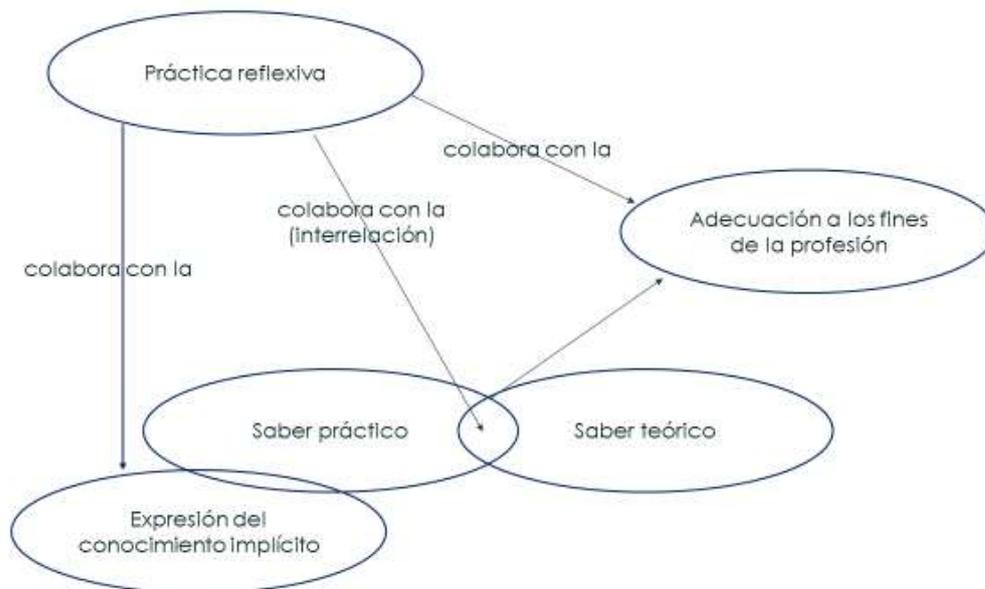
Pese a estos factores, que bien pueden jugar en contra, este estudio se plantea intentar recoger, de modo propositivo, la riqueza de los saberes inmersos en la acción profesional y colaborar con ésta en el fortalecimiento de la enfermería. Un intento de integración entre la práctica a la teoría basándose en una episteme adecuada que

---

<sup>28</sup> Esta investigación adhiere totalmente a los fundamentos de la epistemología de la práctica planteada por Schön, respetando sus principios fundamentales. Por esta razón no se han descrito otras acepciones de reflexión y reflexividad.

colabore con el fin último del cuidado del ser humano, parece ser una propuesta no sólo razonable, sino necesaria a los signos de los tiempos.

A modo de resumen, vinculo los conceptos desarrollados en este capítulo de la siguiente manera:



**Figura 3** Colaboración de la práctica reflexiva (Fuente: elaboración propia)

En la figura podemos observar la colaboración que puede generar la práctica reflexiva en enfermería. Creo necesaria la implementación de la epistemología de la práctica en enfermería puesto que constituye un recurso que puede brindar ayuda en la expresión del saber práctico. Una vez logrado dicho propósito se puede incorporar o reincorporar los saberes de la práctica a la teoría.



## CAPITULO 4: CRITERIOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 Introducción

Un criterio constituye un modo reflexivo para orientar las decisiones. Muchas veces este criterio corresponde a un saber experiencial: el criterio para la elección de los recursos y métodos a elegir para el desarrollo de una investigación. El sustento de la elección de los medios para llegar a un fin es, en algunos casos, directamente ese fin. En este estudio el criterio será guiarse por la búsqueda de saberes contenidos en la práctica profesional del cuidado. Saberes contenidos en la acción de personas dedicadas al cuidado de personas. No existe, desde mi punto de vista, un modo diferente de acceder a ello que no sea mediante un método que *refleje* la acción de las personas y dé cabida para la resonancia de sus voces. Es por ello que tanto el método como las estrategias metodológicas se adhieren al paradigma interpretativo. Teniendo como eje de investigación el *Estudio de casos* este, como es ampliamente sabido, involucra a la persona que investiga y utiliza estrategias metodológicas tales como entrevistas cualitativas, observación, materiales escritos, todas las que, en esta investigación se pretende que estén impregnadas por la práctica reflexiva. Este capítulo, desarrolla métodos y estrategias tanto desde un punto de vista teórico como de su apropiación para conseguir los fines de la investigación.

### 4.2 Evidenciando los principios. Fundamentos onto-epistemológicos

La investigación se sitúa en el paradigma interpretativo, apelando a la búsqueda de la resolución de un problema que requiere una investigación sensible a la subjetividad, la pluralidad de ideas la complejidad de las situaciones, en contraposición a un modelo de

relaciones claras entre causas y efectos (Flick 2007). En síntesis, esta investigación es (i) de tipo cualitativa, (ii) aplicada, (iii) *naturalista*, y por tanto, (iv) no experimental.

*Cualitativa*, pues se basa en los principios descriptivos, observacionales e interpretativos que definen dicho tipo de estudios, además de incorporar un:

*(...) análisis de las perspectivas diferentes de los participantes y las reflexiones de los investigadores sobre su investigación.* (Flick 2007, p.18)

*Aplicada*, pues con los resultados se intentará resolver un problema existente en la formación inicial enfermera. *Naturalista*, ya que la investigadora se ubicará en el lugar donde se desarrolla la acción profesional. *No experimental* pues, en consecuencia con el paradigma interpretativo, no se manipula ni se pretende controlar la situación.

Se proyecta una investigación cualitativa con estudio de casos, considerando que:

*El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.* (Stake 2007, p.11)

#### 4.3 La persona que investiga

Como investigadora soy Mujer, esposa, hija y me convertí en madre durante el tiempo de trabajo de campo de esta investigación, enfermera desde el año 1997, docente en enfermería desde el mismo año. He desarrollado investigaciones cualitativas, gran parte de ellas orientadas al desarrollo de la docencia en enfermería. Mi motivación principal como investigadora es la vocación de servicio que distingue el quehacer de las personas que trabajan con y para personas en los ámbitos de la salud y de la educación.

Surge la interrogante de si investigar saberes enfermeros siendo enfermera reporta mayor factibilidad o no. Siendo un desafío *habitar el lugar* conociendo el idioma

profesional, personalmente creo que reporta una ventaja serlo. Pongo por caso un investigador social no enfermero que se encuentre presente en una entrega de turno o parte<sup>29</sup> de un paciente en Unidad de cuidados intensivos. Supongamos además que el paciente se encuentra conectado a ventilación mecánica, con drogas de soporte cardiológico, sonda vesical, alimentación parenteral. El enfermero o la enfermera al hacer la entrega diga: *Don Luis ha estado bastante estable hoy, en realidad nada especial*. Es razonable suponer que este investigador seguramente no entenderá del todo, que reconsiderará lo significados de las palabras *estable* y *nada especial*. Desde su perspectiva, las palabras quedarán resonando en su memoria lejos de la comprensión. Por el contrario, para una enfermera la interpretación será absolutamente diferente pues *estable* y *nada especial* connotará una sumatoria de situaciones como tales como, resultados de exámenes, variables hemodinámicas, medicamentos indicados y administrados. De cierta manera, comprenderá el sin número de acciones que se han realizado para que Don Luis en ese momento se encuentre estable.

En síntesis, si las palabras mencionadas las significamos sin contexto conforma un vacío lingüístico. Pero si contextualizamos estas palabras encontraremos que están llenas de significados, los que se contienen en el lenguaje profesional. En ese sentido puede dar una ventaja conocer el lenguaje y ser enfermera observando el quehacer de enfermeras. Pero, por otra parte, también es cierto que puede generar dificultades, pues el conocer implica necesidad de acción o al menos reacción o incluso un juicio interno sobre la

---

<sup>29</sup> *Entrega de turno*, término utilizado en Chile y *entrega del parte*, término utilizado en España. Corresponde al momento en el cual la enfermera(o) hace el reporte sobre la situación del paciente a su compañero que continuará con los cuidados, se toma en cuenta lo que ha sucedido en las últimas horas.

acción. Por estos rasgos, son necesarios algunos recursos por parte de la persona que investiga.

Entre los recursos necesarios explico una premisa personal utilizada permanentemente en cada estrategia metodológica planteada. Y esta es *la invisibilidad del investigador*, cuestión que puede resultar de difícil manejo cuando el observador o entrevistador posee igual formación profesional que quien es entrevistado u observado. La invisibilidad implica silenciar la mente, silenciar la voz, actuar con sigilo manteniendo al máximo la primera voz del otro, se considera fundamental en los estudios de caso el no ser intervencionista, esta será la actitud que presidirá cada momento de observación o de cada pregunta realizada en las entrevistas y sin lugar a dudas todo un desafío. Coller (2005) denomina esta premisa como *Neutralidad afectiva, avaloración o distanciamiento*. Quizás una de las cuestiones más complejas a realizar cuando se es profesional del área que se investiga.

Otras características que creo serán necesarias poseer durante el desarrollo investigación son las siguientes<sup>30</sup>:

*Curiosidad*: la búsqueda por, saber qué es lo que sucede en el lugar generador de conocimientos, cómo suceda y por qué sucede, es permanente.

*Flexibilidad*: estar atento a las circunstancias y situaciones no previstas que depara el estudio de caso y tener disposición abierta a hacer los cambios y adaptaciones que se necesiten.

---

<sup>30</sup> Características de la persona que investiga adaptadas desde Coller (2005).

*Todoterreno*: disposición a hacer todo lo que implica un estudio de caso, permanecer en campo por el tiempo que lo ameriten los objetivos, observar, registrar, entrevistar, transcribir, analizar, contrastar.

*Claridad*: se intenta mantener claridad sobre lo que se investiga, aunque siempre se presentan otras situaciones interesantes dentro del ámbito de estudio, lo importante es circunscribir de modo permanente el objeto de estudio y la dirección de la investigación.

#### 4.4 Método de estudio y su pertinencia en enfermería

##### 4.4.1 Estudio de caso

Como ya está dicho, he seleccionado para trabajar esta investigación el método de estudio de casos.

*Cualquier objeto de naturaleza social puede construirse como un caso.*  
(Coller 2005, p.29)

Como fundamento, considero que la investigación realizada con Estudio de Caso corresponde a:

*(...) una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.*  
(Yin 1994, p.13)

Dicho método de investigación:

Trata de identificar por qué se tomaron ciertas decisiones en un momento dado (Schramm 1971), cuestión clave a la hora de intentar evidenciar saberes prácticos.

Contribuye a describir el contexto *vida real* en el que se ha producido una intervención; proporcionando una descripción ilustrativa de la intervención en sí misma (crf. Dopson & Fitzgerald 2006, p.54)

Según Woodside (2006), el objetivo del estudio de caso es la comprensión profunda de los actores, interacciones, sentimientos y comportamientos que ocurren en la realidad. Esta comprensión profunda involucra la construcción de sentido creado por los individuos. El objetivo del estudio de caso es, bajo estos criterios, coherente con la presente investigación, la cual pretende escuchar a los profesionales en su contexto, donde desarrollan y dan sentido a las acciones en medio del contacto con las personas.

El estudio de caso tiene pertinencia en la práctica de la enfermería pues tiene la fortaleza de dar cuenta de las implicaciones prácticas, claves en los principios epistemológicos de la práctica reflexiva desarrollada por Schön (1983, 1992, 1995, 1998). De este modo el estudio de caso podría ayudar a los profesionales de la salud para acercarse a la sabiduría práctica (crf. Kinsella 2010 p.572).

En el estudio de casos se distinguen varios elementos: la persona que investiga, el diseño de investigación, el trabajo de campo y la narración. Con el fin de clarificar las ideas que motivan el método de caso, desarrollo a continuación la definición del caso, la clasificación del mismo y los puntos claves a observar en cada caso (Coller 2005).

#### 4.4.2 Definición del caso y selección de los participantes

El estudio se desarrolla en base a tres casos. Cada caso está representado por una persona, cada uno de ellos profesionales en enfermería. Para la selección he utilizado el concepto de experto que se ha adaptado desde las teorías de Benner (1984, 1999),

Dreyfus & Dreyfus (1986), Atkinson y Claxon (2002) (ver Instrumento 1 en Anexo: 1 *Materiales de acceso al campo*)<sup>31</sup>.

Uno de los casos reportará el quehacer profesional de una enfermera(o) en atención primaria en salud; otro el quehacer profesional una enfermera(o) en atención secundaria en salud y un tercer caso será el de una(o) enfermera(o) en atención terciaria de salud<sup>32</sup>.

#### 4.4.3 Clasificación del caso

	Tipo
<i>Según lo que se estudia</i>	Objeto Proceso
<i>Según el alcance del caso</i>	Específico Genérico (ejemplar, instrumental)
<i>Según la naturaleza del caso</i>	Ejemplar Polar (extremo) Típico Único (contextual, irrepetible, pionero, excepcional) <i>Desviado (negativo)</i> <i>Teóricamente decisivo</i>

<sup>31</sup> Ver Instrumento 1 en Anexo 1: *Materiales de acceso al campo*.

<sup>32</sup> Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El **primer nivel** es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En el **segundo nivel de atención** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. El **tercer nivel de atención** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Tales como servicios de cuidados intensivos (Vignolo et al, 2011).

<i>Según el tipo de acontecimiento</i>	Histórico (diacrónico) Contemporáneo (sincrónico) Híbrido
<i>Según el uso del caso</i>	Exploratorio Analítico <i>Con hipótesis</i> <i>Sin hipótesis</i>
<i>Según de número de casos</i>	Único Múltiple <i>Paralelos</i> <i>Disimilares</i>

**Tabla 5** *Clasificación de los tipos de caso* (Fuente: Coller 2005, p.32).

Considerando la clasificación desarrollada por Coller (2005), este estudio de caso se describe por medio de;

Según lo que se estudia; el estudio posee un **objeto** de estudio y este objeto corresponde al conjunto de saberes en la práctica clínica de profesionales de enfermería.

Según el alcance del caso; **específico** pues el alcance en la sociedad es específicamente para la formación inicial en enfermería. Sin embargo el modo de trascendencia posterior a la aplicación de los resultados pudiese hacer del estudio un caso genérico, pues el cuidado del ser humano finalmente repercute en el bienestar de la población.

Según la naturaleza del caso, podría ser interpretado como único por la importancia para esta investigación pero en correspondencia con la rigurosidad de la investigación este

caso se califica como **ejemplar**, pues cada caso *ejemplifica* un profesional en acción en un área específica de la atención en salud.

Según el tipo de acontecimiento, es un caso **contemporáneo** porque es contextualizado en tiempo actual.

Según el uso del caso, **analítico sin hipótesis**, ya que intenta desvelar un vacío percibido como lo es hacer explícitos los saberes prácticos y su utilización en la formación inicial.

Por último, si describo el estudio según número de casos, este estudio implica un estudio de **caso múltiple**; incluye tres casos para poder conocer los diferentes ámbitos de la práctica enfermera, los niveles de atención en salud. Además, podría considerar que hablamos de *caso múltiple en casos múltiples*, pues se observa la práctica clínica y el profesional reflexiona sobre ella en situaciones complejas o de incertidumbre que se encuentran implícitas dentro de un caso particular.

En relación a la clasificación por número quisiera mencionar un elemento que evidencia una apropiación del concepto de casos en esta investigación, tenemos que:

- Habitualmente, el caso múltiple se utiliza para hacer comparaciones entre los casos (Coller 2005). En esta investigación los casos podrían ser considerados únicos y necesarios. Cada caso refleja una realidad desde el punto de vista del ejercicio profesional, debido a que las áreas de desarrollo profesional son diferentes y las necesidades de las personas en los distintos niveles de atención de salud también lo pueden ser, consecuentemente con ello las intervenciones de los profesionales serían distintas.

## 4.5 Estrategias metodológicas

Las estrategias metodológicas que se utilizarán se ubican dentro de los fines epistémicos señalados. Por lo tanto, este estudio de caso se centra en el trabajo de campo, y las estrategias por desarrollar corresponden a: observación, entrevistas y práctica reflexiva<sup>33</sup>, cuaderno reflexivo del profesional, diario de campo, entrevistas incidentales y entrevistas en profundidad.

### 4.5.1 Observación

Para Adler & Adler<sup>34</sup> la observación *es la base fundamental de todos los métodos de investigación* (1994, p. 389). Es así como la observación constituye una estrategia metodológica muy importante en el método de casos. Coller sugiere que todo caso debe basarse en la observación que hace la persona que investiga, pues se espera de este que se encuentre ahí en contacto con la realidad. Se requiere que el observador esté en el lugar. No es adecuado para un estudio de caso un observador a distancia que utilice herramientas como informes de primera mano (crf. Coller 2005, p. 85).

Con el fin de hacer una observación útil, se precisa que esta sea ordenada, sistemática, y que haga registros claros para finalmente representar una fotografía escrita (Adler 1994).

Para el estudio de caso se sugiere una observación directa. Y no intervencionista (Woodside 2010, Coller 2005). Esta investigación se proyecta bajo estos principios, para respaldar la observación se utilizará un diario de campo. En el cuaderno o diario de

---

<sup>33</sup> Se considera en este estudio una estrategia metodológica, explicitada a los participantes como fin y medio, además en la observación y en las entrevistas.

<sup>34</sup> Autores de las obras más reconocidas sobre observación como metodología cualitativa de investigación.

campo se anotarán las impresiones que se van adquiriendo y sirve además para tomar ideas para las entrevistas reflexivas:

*Como tal, la observación sirve para el propósito de detectar patrones, conceptos, tendencias, o categorías que son tomados como significativos por la gente en el transcurso de la experiencia cotidiana; no comienza, como lo hace mucha investigación cuantitativa, con los patrones, conceptos, tendencias, o categorías que emergen de las formulaciones teóricas y toman la forma de hipótesis específicas que se pueden probar mediante la medición de las variables claramente operacionalizados.* (Angrosino 2007, p.3)

Con el fin de cualificar la observación naturalista o cualitativa por el grado de participación que realiza el investigador, Angrosino (2007) plantea las siguientes tipologías:

Observación no reactiva (o discreta): el investigador evita intervenir en la acción.

Observación reactiva: se interviene en la acción pero en rol de observador externo.

Observación participante: el investigador, en su rol, intenta ser parte activa del grupo.

Según la calificación señalada por Angrosino y las especificaciones realizadas por Coller (las cuales que sugieren que, en el estudio de casos, lo ideal es no ser intervencionista) esta investigación se adscribe al tipo de *observación discreta* señalada por otras tradiciones como *no participante*.

#### i. Elementos claves que orientan la observación

Con la finalidad de realizar una observación dirigida y evitar una observación ingenua que pudiese generar visiones inexactas e inadecuadas (Woodside 2010, Coller 2005) A continuación consigno tres elementos que orientarán la observación en esta investigación.

1.- Observación de la acción orientada a evidenciar la utilización de un método de resolución de problemas en la acción (lineal). Por la problemática planteada se intentará observar, en cada uno de los casos, a la utilización del proceso de atención de enfermería en la práctica clínica.

2.- Observación de la acción de modo intencionado intentando percibir las teorías o conocimientos que sustentan la acción.

3.- Observación de la acción orientada a rescatar los saberes genuinos que se subyacen en la práctica del profesional.

#### 4.5.2 Práctica reflexiva

En el segundo capítulo he argumentado que la epistemología de la práctica ofrece una oportunidad para el desarrollo del conocimiento en enfermería, un modo de reconocer los saberes implícitos en la acción. Es por ello que en este estudio, la práctica reflexiva es utilizada en diferentes etapas y diferentes modos. A este respecto, consigno:

1.- Práctica reflexiva como principio epistémico: los fundamentos de la práctica reflexiva acompañan todas las estrategias metodológicas.

*Si queremos enseñar acerca de nuestro 'hacer' entonces tenemos que observarnos a nosotros mismos en el hacer, reflexionar sobre lo que se observa, describir y reflexionar sobre nuestra descripción.* (Schön 1995, p.4)

2.- Práctica reflexiva cómo método: se utiliza con el fin de obtener el conocimiento implícito en las acciones y hacer visibles los saberes involucrados en la acción enfermera. Las siguientes son las estrategias planteadas.

i. Observación no participante (o discreta): reflexiva y mediadora de la reflexión

ii. Práctica reflexiva del profesional. A los profesionales se les ofrecerán las siguientes alternativas para la recogida de las reflexiones que realicen sobre su propia práctica:

- Cuaderno reflexivo <sup>35</sup>
- Planilla de registro reflexivo
- Entrevista reflexiva (incidental y en profundidad): estimulando la reflexión en la acción y sobre la acción<sup>36</sup>

#### 4.5.3 Entrevistas

Este estudio de caso se plantea en un periodo de observación extenso en el tiempo, por lo cual se establece (mediando la consulta previa con los profesionales) realizar entrevistas de tipo incidental en medio de la observación (reflexión en la acción), y entrevistas en profundidad una vez finalizado el período de observación (reflexión sobre la acción).

La entrevista cualitativa a utilizar en la investigación entonces posee algunas características particulares: es reflexiva, no dirigida y se realiza tanto de modo incidental como en profundidad.

---

<sup>35</sup>Todas las alternativas ofrecidas se encuentran desarrolladas en Anexo 1: *Materiales de acceso al campo*. En este anexo se incluyen entre otros documentos, tres instrumentos propios del estudio. Selección de participantes (Instrumento 1); Cuaderno reflexivo del profesional (Instrumento 2); Planillas de registro reflexivo (Instrumento 3).

<sup>36</sup> En los textos originales de Donald Schön, los términos utilizados son reflection “in” y reflection “on” action. Algunas de traducciones al español del primer término ha sido “reflexión en la acción” y también se ha interpretado como “reflexión desde la acción”. En este estudio, sin embargo, mantendré el original “en” por “in” (no “desde”), ya que la preposición “in” indica una instantaneidad inmanente a la acción, formando parte del momento de la acción, y no una proyección externa a ella como sugiere la preposición direccional “desde”.

*Reflexiva* porque la entrevista en profundidad tendrá como sustento las cuestiones reflexivas contenidas en la epistemología de la práctica. Las preguntas, ecos o resúmenes que el entrevistador utiliza en el desarrollo de la misma, se harán con el fin de estimular o favorecer la reflexión sobre la práctica experta observada.

En este caso, la entrevista se utilizará como un complemento de otras técnicas de recopilación de información, y tendrá como objetivo la:

*(...) comprobación de teorías que se han formulado mediante la observación naturalista, para verificar independientemente o triangular el conocimiento generado con la participación.* (Valles 2009; p59)

La entrevista se centra en la reflexión del sujeto donde se intenta hacer evidentes los elementos propios de su quehacer profesional, las preguntas guías serán ¿Cómo? ¿Por qué?

Se hará reconocer a los participantes que, las reflexiones personales en relación a su propio quehacer es lo más importante en ésta entrevista.

*No dirigida;* respecto a las entrevistas no dirigidas, la entrevista pretende escuchar más que hablar, realizar parafraseo para colaborar con la reflexión, devolver lo que parecen estar expresando verbalmente (Vallés 2009)

*Incidental y en profundidad, pues:*

*En el campo, el investigador considera toda conversación entre él y otros como formas de entrevista. El investigador encuentra innumerables ocasiones -dentro y fuera de la escena, en ascensores, pasillos, comedores, e incluso en las calles- para hacer preguntas sobre cosas vistas y oídas.* (Schatzman & Strauss 1973, p.71)

En esta cita se observan importantes puntos de la entrevista. Si bien es cierto que toda conversación en el campo puede ser una *entrevista incidental*, antes de acercarse al campo se deben tener en cuenta los objetivos de la investigación. Sólo de esa manera se pueden reconocer estas breves conversaciones como una entrevista incidental y pueden actuar como el eje de reflexiones y nuevas y más extensas entrevistas las *entrevistas en profundidad*.

Las entrevistas incidentales colaboran con el llamado *principio de intermitencia* y con la característica de flexibilidad propia de los estudios cualitativos, pueden generarse una y otra vez (Valles 2009)

#### 4.5.4 Materiales escritos utilizados<sup>37</sup>

La escritura es un material tangible de lo sucedido en un lugar. Por ello se utilizarán materiales escritos tanto por parte de los participantes como por parte del investigador. Los materiales escritos por parte del **investigador** intentan cumplir la función de ser una fotografía escrita de lo observado. Como ya se ha indicado, el principal instrumento será el diario de campo en el cual se integran diferentes tipos de notas, entre ellas las metodológicas, reflexivas, teóricas, etc.

Los materiales escritos utilizados por parte de los **participantes** se orientarán a recoger y fijar en un texto la reflexión en y sobre la práctica de los participantes. Para ello se elaboraron planillas de registros reflexivos y diario reflexivo del profesional. Adicionalmente a estos documentos se utilizarán los registros diarios de la atención utilizados por los profesionales en el lugar donde realiza el cuidado.

---

<sup>37</sup> En este punto se enumeran los materiales utilizados. En el capítulo 5 (5.8.3) se desarrollan en detalle los rasgos de apropiación de este material en la investigación.

## 4.6 Principios generales del análisis de la información

El trabajo con datos cualitativos es un trabajo dinámico, flexible, creativo (Strauss & Corbin 1988). Para el análisis de los datos se utilizará el método de la *comparación constante* derivado de la Teoría Fundamentada de Glaser & Strauss (1967, 2006).

### 4.6.1 Análisis por comparación constante

El análisis por comparación constante<sup>38</sup> implica comparación y análisis de datos de manera sistemática y permanente durante la investigación. El método de análisis por comparación constante está orientado a la generación de teoría. En el camino de descubrimiento de esta teoría se generan categorías conceptuales y se toma la evidencia obtenida para ilustrar el concepto. La evidencia puede no ser exacta, pero corresponde a una abstracción teórica real y es expresión de lo que sucede en un lugar. Demuestra realmente lo que está sucediendo. (Glaser & Strauss 1967, 2006)

En el análisis por comparación constante no son relevantes ni la teoría previa (pues no es la generadora de datos) y tampoco el número de casos (pues sólo un caso puede dar la significación del problema en el contexto) (Strauss & Corbin 1998, Glaser & Straus 2006).

---

<sup>38</sup> El método de análisis cualitativo de comparación constante o comparativo constante (original en Inglés: The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis) derivado de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967) en el tiempo desarrolló variaciones conceptuales, las que generaron un distanciamiento entre los investigadores. Ambos continuaron su trabajo por separado. Para la descripción y operacionalización del método comparativo de los datos he utilizado el nombre de *Comparación Constante* pues creo, corresponde a un nombre que es acorde al significado de un modo cualitativo de análisis de los datos. He considerado válidas las visiones de Glaser y de Strauss planteadas tanto en sus trabajos iniciales como en los más tardíos (Strauss & Corbin 1998, Glaser & Straus 2006, Straus 1987).

i. Técnicas que utiliza el método de comparación constante

La técnica de análisis de datos se concentra en un microanálisis de los datos que implica la generación de categorías conceptuales.

En el microanálisis están involucrados tres elementos: los datos (textos, videos, evidencias pictóricas, etc), las interpretaciones de los actores y del observador, y la interacción que se da en medio del contexto entre los datos y el investigador. La interacción entre los datos y el investigador, por su propia naturaleza *no es objetiva*, significa que el investigador está trabajando activa y reactivamente al observar y analizar los datos (crf. Strauss y Corbin 1998, p.58).

Considerando los escritos de Strauss & Corbin (1998) y Strauss & Glaser (2006) las comparaciones insertas en la comparación constante son las siguientes:

- Hechos con hechos: Se pueden comparar diferentes hechos, en diferentes momentos. Una mayor variabilidad de comparación de hechos colabora con una mayor certeza en los datos obtenidos.
- Unidades de análisis con otras unidades de análisis: Con el fin de dar mayor especificidad a la unidad de análisis.

El análisis con comparación constante involucra codificaciones. Todos los códigos necesitan ser sometidos a tratamiento comparativo y analítico. Dentro de los tipos de codificaciones se encuentran:

- Codificación abierta o inicial: el proceso de descomposición, examinación, comparación, conceptualización y categorización los datos (Strauss y Corbin, 1990, p. 61), puede incluir códigos in vivo que se derivan de lo directamente

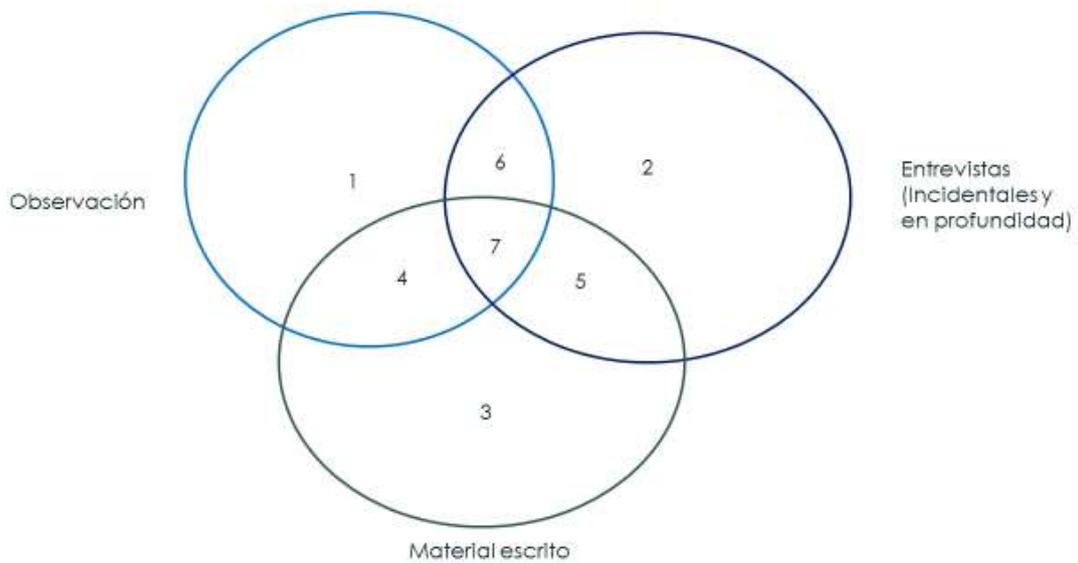
dicho y demuestran un punto analítico inicial. Sirven como marcadores simbólicos (Charmaz 2006).

- Codificación Axial: un conjunto de procedimientos mediante los cuales, los datos se congregan nuevamente de nuevas maneras después de la codificación abierta, haciendo conexiones entre categorías (crf. Strauss & Corbin 1990, p.96)
- Codificación Selectiva: todas las categorías y subcategorías se convierten en un núcleo. Los enlaces son finalmente concertados (crf. Strauss 1987, p.69)

He seleccionado el método de comparación constante porque por medio inductivo colabora con la generación de saberes. Específicamente porque, valora la voz de los actores para develar entonces los saberes que se expresan en la práctica clínica de las(os) enfermeras(os).

#### 4.7 Resumen

Se diseña la investigación con utilización del método de estudio de casos múltiples utilizando las estrategias de observación, entrevistas y utilización de medios escritos, todo inserto en un contexto tiempo y espacio representado por un trabajo de campo. Las estrategias se utilizarán de modo complementario y en vinculación permanente de la siguiente manera:



**Figura 4** Resumen del diseño metodológico (Fuente: modificado de Woodside and Samuel 1981).

En la figura resumo el diseño metodológico, donde:

1 representa la observación 2 representa las entrevistas y 3 los medios escritos (registros de los profesionales, fichas de paciente, partes diarios o los planteados por el investigador como planilla de registro reflexivo, cuaderno reflexivo).

Las interrelaciones donde 4 representa que la observación se mediará por registros observacionales en diarios de campo con notas metodológicas, observacionales y teóricas.

Donde 5 representa que las entrevistas generarán material escrito luego de ser transcritas y además se utilizarán los escritos (base) para generar los guiones de las entrevistas.

Donde 6 representa que las observaciones se utilizarán de base para las entrevistas.

Donde 7 representa que cada acción es registrada y se transforma en un medio escrito y que cada medio escrito inicial es base de la observación y complementa las entrevistas (y en concordancia con los principios de la investigación cualitativa, representará la triangulación de los datos).

CUARTA PARTE *Trabajo de campo*

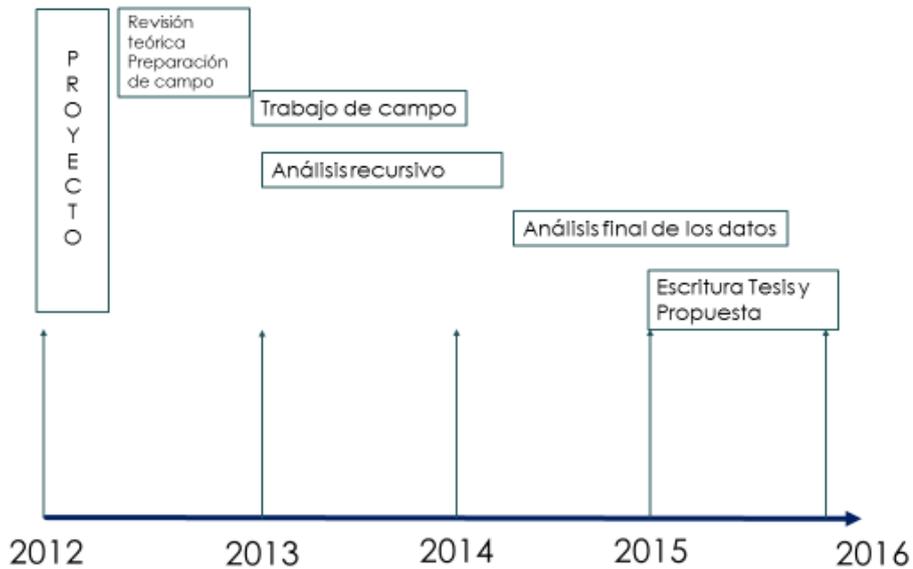
## CAPITULO 5: HISTORIA SOCIAL Y CULTURAL DEL TRABAJO DE CAMPO

### 5.1 Introducción

El trabajo de campo constituye el eje de esta investigación y conlleva un desafío tanto metodológico como personal. Los textos orientan, es cierto, pero nada dicen respecto a qué realmente encontraremos, a cómo nos sentiremos en el lugar, etc. El lugar está compuesto por personas, las personas por historias de vida, un contexto. En medio de ello se desarrolla el trabajo de enfermería, un trabajo que quise ver y vivir de cerca. El presente capítulo intenta reflejar la historia de este trabajo de campo, ser en parte la fotografía escrita de los lugares y las personas.

### 5.2 Trabajo de investigación y temporalización

Con un fin de orientación, señalo a continuación una panorámica general con los tiempos del desarrollo de la investigación en los cuales se inserta el trabajo de campo.



**Figura 5** Temporalización del trabajo realizado (Fuente: elaboración propia)

El proyecto de investigación se desarrolló entre los meses de enero a septiembre del año 2012

Luego se realizó una preparación para el inicio del trabajo de campo y un planeamiento general más revisión bibliográfica, en 6 meses

Se inició el trabajo de campo en el mes de enero 2013 y finalizó en mayo del año 2014 con las últimas entrevistas.

Paralelamente con el trabajo de campo se fue realizando análisis de datos.

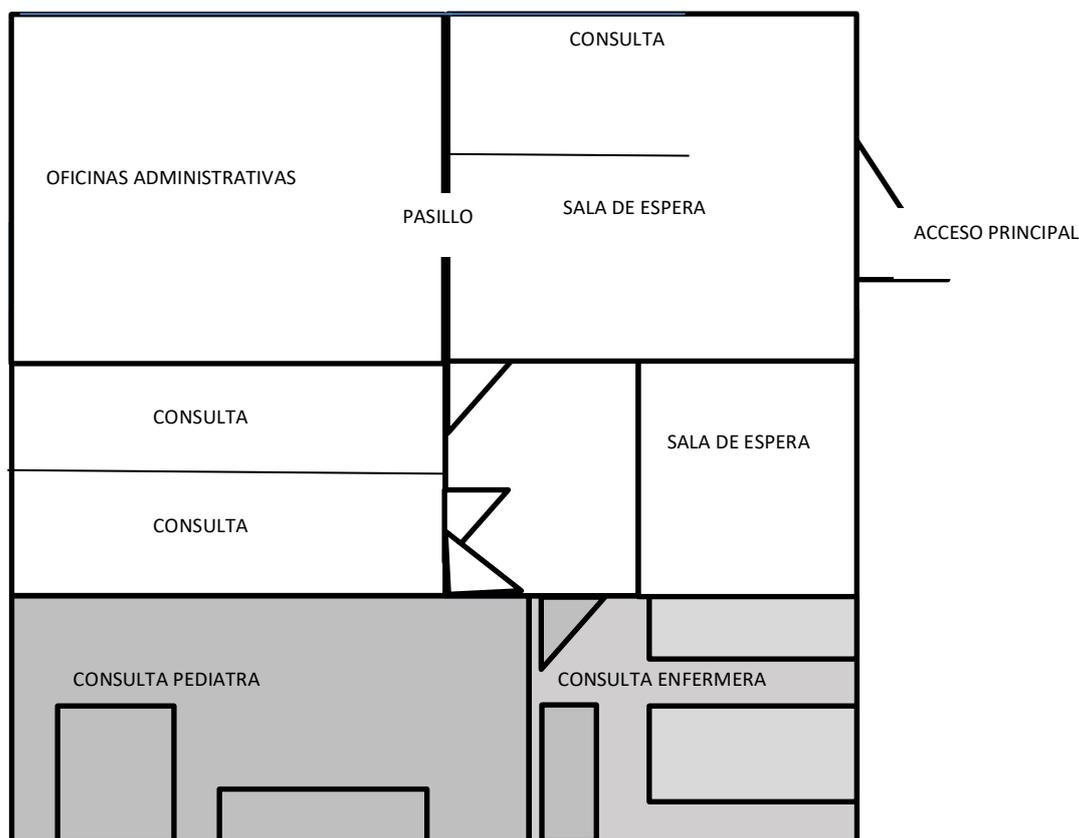
A partir de mayo del año 2014 se inicia el análisis final de datos.

En enero 2015 se comienza la redacción final de la Tesis.

### 5.3 Un lugar compuesto por personas

Existen lugares y existen personas, y hay lugares compuestos por personas. Esto sucede cuando el contexto es considerado en la acción de las personas, cuando realmente todo importa. En un trabajo de campo nada es irrelevante, sensaciones, percepciones, olores, colores, formas, movimientos, temperaturas, todo tiene significado. Cuando a uno le hablan del trabajo de campo uno pudiese imaginar el lugar pero estoy segura que nunca se podría imaginar a las personas. El trabajo de campo se desarrolló en un centro de atención primaria y en un hospital de la provincia de Barcelona. Las referencias pueden guiar hacia diversos lugares, pero el trabajo de campo necesitaba de personas que estuviesen dispuestas a compartir sus tiempos y sus espacios. Para la preparación del trabajo de campo se sugiere realizar un mapa del lugar (Vallés 1999), sobre todo pensando en casos en los cuales la investigación de campo corresponde a una investigación social que requiere de una ubicación espacial y necesita orientar espacialmente al investigador. Los tres lugares donde se realizó el trabajo de campo tenían las siguientes estructuras y características generales:

El primer lugar donde se realiza la observación y permanencia es en un servicio de atención primaria de salud<sup>39</sup>. Tiene una población asignada que varía entre 6.000 y 35.000 personas, encontrando un promedio actual de 26.837 personas<sup>40</sup>.

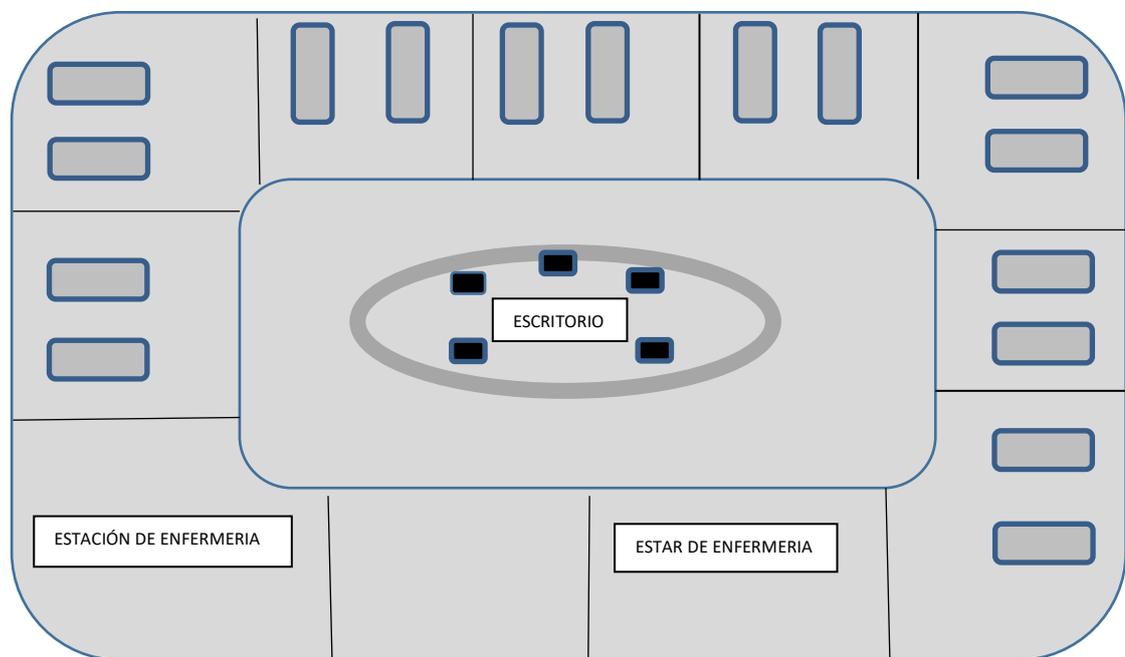


**Figura 6** Mapa lugar caso 1 (Dibujo de plano, interpretación personal, lugar donde se realiza observación a un profesional en un servicio de atención primaria)

<sup>39</sup> Esta clasificación ha sido descrita anteriormente pero me pareció necesario volver a citarla en este momento. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El **primer nivel** es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En el **segundo nivel de atención** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. El **tercer nivel de atención** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Tales como servicios de cuidados intensivos (Vignolo et al, 2011).

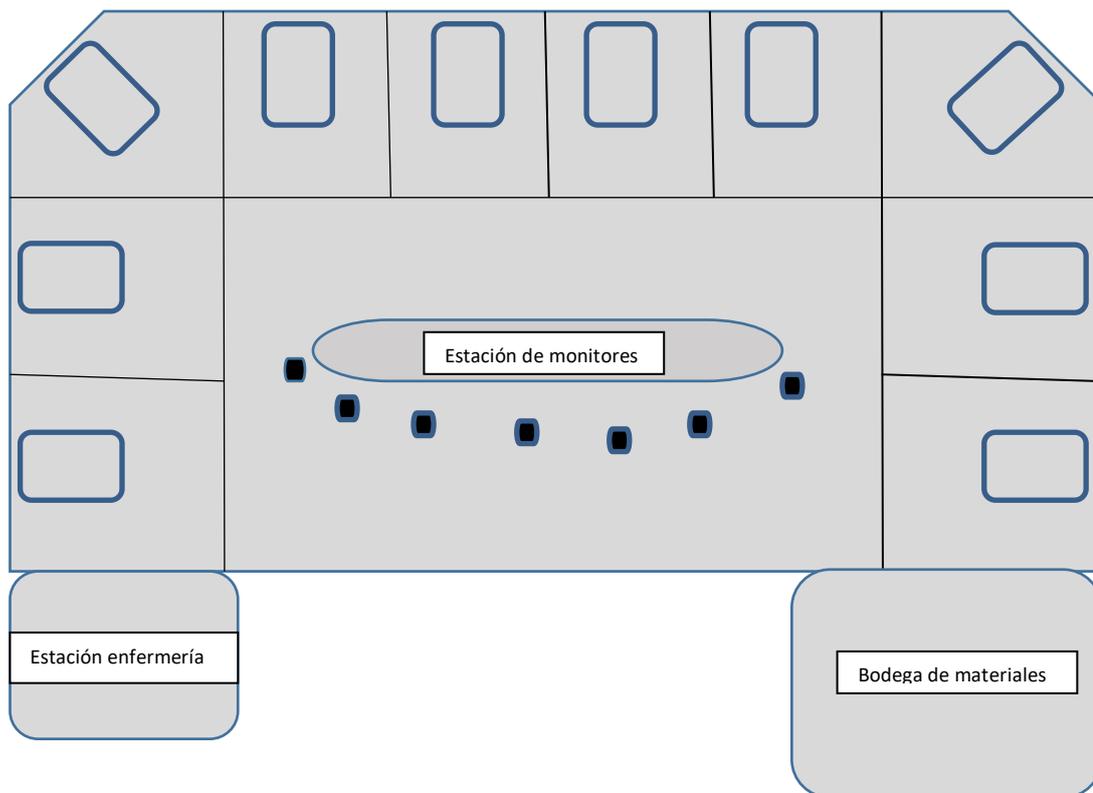
<sup>40</sup>Recuperado desde <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/> el 17 julio 2016.

El segundo y tercer lugar corresponden a servicios de atención secundaria y terciaria que forman parte de un Hospital Universitario nivel de complejidad III, que es el máximo nivel de complejidad de atención en salud. Es un hospital de referencia comunitario que atiende a una población de unas 343.172 personas, pero por su nivel de complejidad es también un centro de referencia de especialidades para un número aproximado de 2.000.000 de personas<sup>41</sup>.



**Figura 7** Mapa lugar caso 2 (Dibujo de plano, interpretación personal, lugar donde se realiza observación a un profesional en un servicio de atención secundaria)

<sup>41</sup> Recuperado desde [http://www.bellvitgehospital.cat/info\\_corporativa/index.html](http://www.bellvitgehospital.cat/info_corporativa/index.html) el 17 de Julio 2016.



**Figura 8** Mapa lugar caso 3 (Dibujo de plano, interpretación personal, lugar de observación a un profesional en un servicio de atención terciaria)

Quizá estas representaciones de los lugares donde se realizó el trabajo de campo a los lectores no le dirán nada. Personalmente creí que no sería de utilidad, y como he dicho habitualmente son sugeridos para trabajos en campo que requieren ubicación espacial. Pero la utilidad en este estudio fue traer a la memoria, situaciones, personas que deambularon por los lugares y que dan significado al espacio, a las líneas y a los resultados de esta investigación. Por ejemplo:

- Observando el mapa 1 es posible recordar muchos momentos y la significancia de la puerta entre la consulta del pediatra y la puerta de la enfermera.
- El mapa 2 me hace recordar incluso la temperatura del lugar, sensaciones, el tiempo donde las (os) enfermeras (os) preparaban la medicación, sus carros de

trabajo, las escrituras de los partes. El espacio era pequeño y sus carros daban el espacio individual necesario para la preparación de la medicación y otras actividades.

- El mapa 3 hace pensar en un espacio lleno de monitores, donde todo era controlado mediante computación, incluso el almacenaje de los medicamentos. Los integrantes del equipo de salud otorgaban la humanidad tan necesaria en una unidad como lo es la de cuidados intensivos.

Los mapas dibujados colaboran con el *situarse* mentalmente en un lugar, recordando momentos, situaciones e influjos ambientales que finalmente permiten contemplar a las personas en un momento determinado en un contexto.

#### 5.4 Personas que participan de la investigación: profesional reflexivo, un investigador en el contexto práctico

Al valorar la práctica reflexiva de profesionales como una fuente generadora de conocimientos, y con el fin de obtener interpretaciones y reflexiones de la amplia variabilidad de la realidad del cuidado, la investigación se realizó en centros de salud pública de cada uno de los tres niveles de atención. Se eligió la calificación de enfermera(o) experta(o) cualificada según las características descritas por Benner (1987), quien describe al profesional experto como un profesional que posee conocimiento en acción, razonamiento en transición, práctica basada en respuestas flexibles, agudeza perceptual y vínculo entre el razonamiento clínico y ético.

La cualificación de experta (o) fue utilizada para la selección de los participantes no con el fin de realizar un estudio sobre expertos, sino más bien con el fin de dar mayor nivel de transferibilidad a los datos obtenidos. No tiene pretensiones de generalización sino más bien pretende validez y reconocimiento.

Para la selección de los participantes se elaboró una guía<sup>42</sup> con algunos requisitos sugeridos con el fin de orientar la búsqueda de personas que participarían en la investigación. Esta guía orientativa se entregó a personas significativas en las instituciones donde existía atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. La guía para la selección fue presentada a superiores y pares. Estos, luego de la lectura del instrumento, sugirieron nombres de algunas personas. Después de un proceso de consideración de los perfiles de las personas propuestas, fueron seleccionados los tres profesionales que describo a continuación:

Enfermera 1 (Enf1) Atención de salud primaria, Centro de atención primaria, Edad 56 años. Experiencia profesional 36 años.

Enfermero 2 (Enf2) Atención de salud secundaria, Unidad Neurología<sup>43</sup> y Neurocirugía, Edad 37 años. Experiencia profesional 12,5 años.

Enfermera 3 (Enf3) Atención de salud terciaria, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Edad 39 años, Experiencia profesional 16 años.

---

<sup>42</sup> Esta guía se ha denominado *Selección enfermera(o)s experta(o)s* (Instrumento 1) y se encuentra contenida en anexo 1: Material de acceso al campo.

<sup>43</sup> En algunos casos, la atención de un servicio (o unidad) de neurología pudiese ser considerado un nivel de atención terciaria en salud, cuestión que fue descartada en campo ya que las situaciones de atención de los pacientes atendidos correspondía básicamente a su situación médica y quirúrgica en fase aguda y no a una rehabilitación propiamente tal, cuestión que describe al nivel terciario de atención en salud. Si extrapolamos la situación a Chile, los pacientes que formaron parte de la atención del caso 2 eran pacientes con circunstancias similares a un servicio medicoquirúrgico, lugar donde se encuentran personas con patologías médicas o que han tenido ingresos por motivos quirúrgicos.

## 5.5 Entrada al campo

### 5.5.1 Aproximación al campo, pudor y delicadeza

Una de las misiones más complejas que he debido realizar como profesional es acercarme a un campo desconocido. Un desconocido, ciertamente, relativo, ya que siendo mi profesión enfermería, el trabajo de campo sería algo conocido puesto que se llevaría a cabo dentro de un centro de atención primaria y un hospital. Trabajaría observando enfermeras(os) en su práctica diaria, cuestión no exenta de familiaridad pues he trabajado en contextos clínicos con estudiantes hace ya bastantes años. Pero existía una sensación muy extraña, venía el momento de iniciar el trabajo de campo y el nerviosismo me invadía como un niño en su primer día de clases, era realmente difícil enfrentar esta nueva pero familiar situación. Luego, una vez dentro la situación se complicó más aún: las propias ideas, la propia formación y las ganas de *cuidar* comenzaban a aparecer. Es posible que no existan cosas más complejas dentro de la observación que la no acción. Me encontraba dentro de un campo habitual de acción y como investigadora no podía intervenir como profesional de la salud.

Además, estaba en un espacio en cual, yo (y quienes participaban directamente en la investigación) sabía qué hacía, ¿Pero los demás? ¿Los pacientes? ¿El equipo de salud? Si bien en las ocasiones que ameritaba, se informaba del rol dentro de la situación, debía ser muy delicada respetando los espacios. Debía mirar, más bien observar, silenciar mi mente y no hacer, escribir, describir y preguntar. Finalmente, el tiempo y la reflexión sobre el trabajo que se realizaba curaron todo. Creo que no existe mejor inversión en una investigación que un largo tiempo de observación el cual permite suspender la mente, salvar los temores, abstraerse de la no acción y valorarla como reflexión.

### 5.5.2 Solicitud de acceso al campo

La solicitud de acceso al campo no es una cuestión imaginable, en general se piensa que una persona con intención de investigar en un lugar es o debiese ser muy bienvenida, pero no se debe olvidar que uno es una persona ajena, que va al campo a observar, que el lugar está, como he dicho, compuesto por personas cuyo rol primordial no es el de ser observadas.

En el segundo semestre del año 2012 tuvo a cabo la elaboración de material necesario para solicitar acceso al campo clínico. En esta investigación dicha solicitud debió hacerse en dos lugares, un Hospital y un Centro de Atención Primaria.

En Hospital, se solicita inicialmente entrevista con encargada de investigación, a quien se presenta el proyecto. La encargada de investigación cuestionó el estudio, argumentando que esta temática ya se había estudiado. La investigadora debió señalar los detalles de la investigación y demostrar que la investigación correspondía a una innovación en estudios y que podría generar aportes para la formación inicial. Tras los primeros cuestionamientos, la investigación fue aceptada en primera instancia. En el caso de Atención Primaria sólo se solicitaron los documentos vía correo electrónico. En ambas instituciones de salud se presentaron los siguientes documentos:

Solicitud de aprobación a los comités de ética.

Compromiso de la investigadora.

Autorización del responsable del Departamento de Didáctica y Organización Educativa de la Universidad de Barcelona.

Carta de solicitud del Director de Tesis.

Proyecto de investigación junto con cronograma de actividades.

Currículo académico de la investigadora e identificación (copia NIE).

Consentimiento informado de los/as participantes del estudio.

Adicionalmente, se elabora material informativo para los posibles participantes:

Información operativa para participantes

Selección de participantes (Instrumento 1)

Resumen de la investigación<sup>44</sup>

Luego de elevadas las solicitudes de acceso en ambos campos clínicos, se debió esperar aproximadamente cuatro meses para recibir aprobación del comité de ética del Hospital. En el caso de la solicitud para trabajar en Atención Primaria, este fue muy expedito y facilitado por la profesional que tomo parte de la investigación como uno de los casos de estudio.

Durante los meses de espera de la aprobación de acceso al campo tomé contacto con las personas seleccionadas. Una vez realizada la primera entrevista con los posibles participantes todos accedieron a integrarse en la investigación.

### 5.5.3 Consideraciones éticas

En la preparación para el trabajo de campo se realizó el alzamiento de los principios éticos que la orientan. Primero, reconociendo que es una investigación no intervencionista ni experimental, pero que implica la participación de personas, se trabajó resguardando dichos principios básicos consecuentemente estos principios

---

<sup>44</sup> Todos los documentos se encuentran en Anexo 1: Materiales de acceso a campo

fueron informados a los participantes mediante un consentimiento informado. Los principios a los cuales se acoge esta investigación se señalan a continuación:

La presente investigación se comprometió y se compromete a respetar la individualidad, integridad, dignidad y anonimato de los participantes, conforme a lo estipulado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones que involucran seres humanos” (Octubre 2008), y a los lineamientos de la Ley de Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999 de 13 de diciembre, en su Título III “Derechos de las personas”.

De acuerdo con lo anterior, cabe señalar que junto con el principio de beneficencia, en esta investigación se manifestó el compromiso a resguardar:

**Confidencialidad:** Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación no publicará la identidad de los participantes.

**Derechos a información permanente:** Compromiso de mantener informados en forma permanente a los participantes.

**Autonomía:** Cada participante tiene el derecho exclusivo a decidir su participación, incluso después de iniciado el proceso de recolección de datos.

**Veracidad:** Los participantes del estudio conocerán la información final antes de la publicación para su corroboración, bajo el compromiso de la investigadora a no alterar la información y los resultados obtenidos. Luego de la transcripción de los datos obtenidos en cada momento se enviaron a los participantes, se contrastaron y validaron. Cada uno de los documentos utilizados fue aprobado para su utilización por parte de cada participante.

De igual manera, se garantizaron los derechos de *acceso, oposición, rectificación y cancelación* de la información suministrada por los participantes, de acuerdo con los artículos 5, 15 y 16 de la Ley de Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999 de 13 de diciembre.

## 5. 6 Cuestiones de rigor

Las investigaciones cualitativas tienen lugar en el mundo social real. Sus resultados, por tanto, reflejan esa realidad y pueden tener consecuencias verdaderas en la vida de las personas (Miles *et al* 2014). Esta cuestión recubre gran importancia y plantea la necesidad real y contextual de que, una investigación cualitativa cumpla con criterios de calidad o rigor. Los criterios de rigor para una investigación cuantitativa son ampliamente reconocidos, no sucede de igual manera con aquellos vinculados a la investigación cualitativa, por lo cual es frecuente que, para un mejor reconocimiento, se realicen habitualmente comparaciones entre ambos. A continuación algunos paralelismos realizados por Lincoln & Guba (1985) de los criterios de rigor entre ambos tipos de investigaciones<sup>45</sup>:

La credibilidad, criterio relacionado con la autenticidad o validez interna en el estudio cualitativo.

La transferencia o transferibilidad, criterio relacionado con la validez externa en el estudio cualitativo.

---

<sup>45</sup> Los criterios establecidos para la *regulación* del rigor en la investigación cualitativa constituyen una cuestión no resuelta por los investigadores. Las propuestas para determinar los criterios que orienten el rigor de la investigación cualitativa ha tenido dos líneas de desarrollo. Por una parte, varios autores intentan asimilarlos a los criterios de rigor de la investigación cuantitativa. Por otra parte se intenta generar patrones desde el interior de la actividad científica cualitativa. Por su trascendencia histórica y reconocimiento en esta sección todos los criterios de rigor y las técnicas utilizadas para el logro de los mismos se desarrollan en el marco del desarrollo teórico de Lincoln & Guba (1985, 2013).

La confirmabilidad, criterio relacionado con la objetividad en el estudio cuantitativo.

La dependencia, criterio relacionado con la fiabilidad (o confiabilidad) en el estudio cualitativo.

#### 5.6.1 Credibilidad

Representa la confianza en la verdad de los resultados. Con algunos procedimientos utilizados en la investigación se pretende evitar factores que intervengan con la expresión de la verdad de los datos, entre ellos:

i. Trabajo durante períodos prolongados de tiempo

El trabajo de campo se realizó en un lapso de tiempo de 1 año y tres meses (Con un total de 270 horas de observación). La pretensión inicial fue hacerlo en un tiempo más acotado pero luego de ver los casos en campo se fue decidiendo volver a las fuentes, contrastar datos, validar nuevamente la información, y ello prolongó el proceso lo cual creo fue fundamental para el enriquecimiento de los datos y los resultados.

ii. Observación continua

El cuidado de las personas en Hospital requiere de atención las veinticuatro horas de día, por lo tanto el profesional desempeña sus labores en turnos de trabajo que cubran dicha necesidad. Considerando esta situación, se realizó la observación a los profesionales en turnos completos variable entre siete y doce horas. Durante el turno en hospital se acompaña al profesional desde que recibe al paciente hasta que se hace entrega del parte al profesional que asumirá el cuidado las horas siguientes. En asistencia primaria, donde las personas no se encuentran ingresadas, se realizó

igualmente la observación en turno completo de siete horas, con el fin de observar las actividades de planificación adyacentes a la asistencia directa de las personas.

### iii. Triangulación

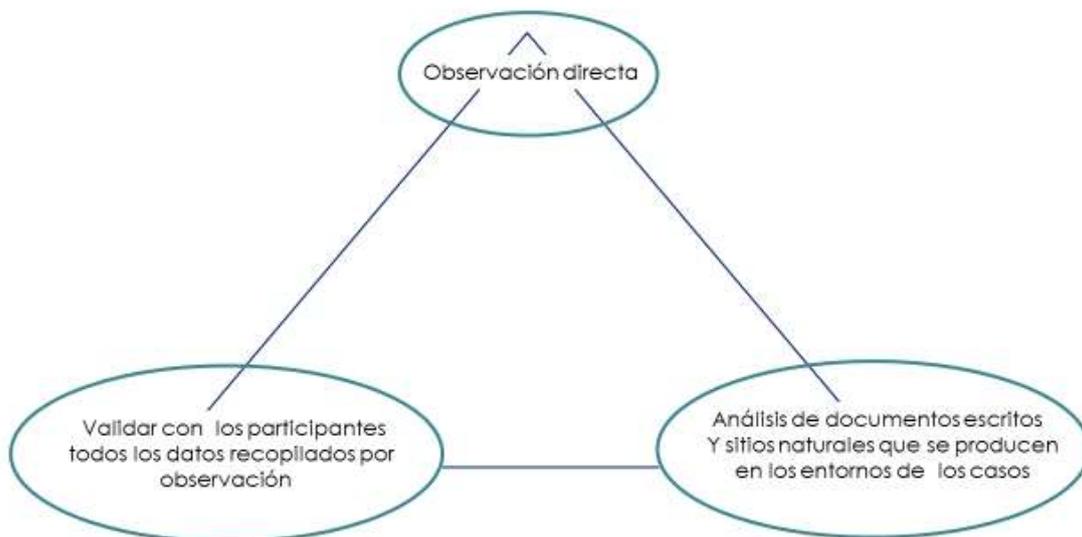
La triangulación es una estrategia utilizada tanto para asegurar el valor de la verdad como el aseguramiento de la neutralidad. Se han descrito teóricamente diferentes tipos de triangulación tal como la clásica descripción de Denzin (2001) quien orienta hacia los tipos de triangulaciones que podemos realizar, tales como: triangulación de origen de datos (personas, tiempos, lugares) , de método utilizado o de documento (ej. entrevista), de investigadores y sujetos del estudio y de la de teoría.

Es preciso señalar que no dejan de existir conflictos respecto a este término. Porque la búsqueda de la representación de todas las partes *en virtud de estabilidad* no es un objetivo en la investigación cualitativa (como esta), pero sí, en este estudio, reunir todas las partes *para representar de la mejor manera las voces de los actores primarios*. ¿Qué sucede si haciendo la triangulación de datos surgen elementos inconsistentes o diferentes entre sí? Esta duda parece muy razonable. Me parece una oportunidad y una riqueza, pues si bien en algunos casos esto podría reflejar un error metodológico puede constituir el reflejo de diferentes aspectos de los datos, que complementándose entre ellas pueden dar una perspectiva más amplia sobre lo estudiado (Miles 2014).

La triangulación en este estudio es un intento por explicitar que, en la investigación se buscó reunir *todas las partes* utilizando diferentes *medios, formas y fuentes*, para así lograr tener y analizar *la mejor información* para los propósitos de este estudio.

a. Triangulando los datos

Para reunir la información necesaria y acorde a los principios naturalistas, he realizado observación permanente en los turnos de trabajo de los participantes. Durante la misma he reunido información mediante escritos (diario del investigador), grabaciones de entrevistas en profundidad e incidentales y escritos de los participantes (planilla de registro reflexivo o cuaderno reflexivo).



**Figura 9** Triangulación de datos y/o métodos (Fuente: elaboración propia)

b. Triangulación del origen de las fuentes

La búsqueda de los saberes prácticos enfermeros requería mirar desde cerca todos los aspectos del cuidado. Es por ello que he ido a las diferentes fuentes que desvelaran la mayor parte de los aspectos del cuidado profesional. He desarrollado la investigación entonces con profesionales de atención primaria, secundaria y terciaria.

#### c. Triangulación de investigadores

Varias miradas sobre las estrategias metodológicas y los datos. Esta investigación ha sido observada y guiada de manera continua por el Dr. José Luis Medina. El desarrollo de la investigación ha sido reportado adicionalmente a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile. Adicionalmente, quisiera dejar constancia que el profesional que ha participado de la investigación es un agente activo y ha pasado a ser- mediante la práctica reflexiva en su acción profesional- un investigador de su propio quehacer. Ello me ha entregado nuevas luces que han influido en el desarrollo de la investigación.

#### d. Triangulación de significados con los sujetos

Los datos obtenidos por observación o por escrito fueron siempre dialogados con los participantes. El diálogo fue enriqueciendo los datos. Además, se realizó la validación de las transcripciones de las entrevistas, las cuales estuvieron abiertas a modificaciones según la percepción de los sujetos.

#### 5.6.2 Transferibilidad

Representa la aplicabilidad de los resultados a otros sujetos y/o contextos. Se lograría proporcionando el conocimiento sobre el contexto que permitirá transferir las conclusiones a contextos similares.

Rechazando la generalización de los datos, en el estudio me acojo a la creencia de la cooperación. Esta investigación ha sido realizada en España y soy docente de una universidad en Chile, por lo cual es importante que los resultados sean reconocidos en otros contextos. Es por ello que se ha utilizado para la selección de los participantes el concepto de *experto*, ampliamente conocido en el ámbito de la enfermería. Con el objetivo que, desde un concepto reconocido los resultados sean considerados

significativos para el lector también en otros contextos. En este sentido no es intención generalizar o aplicar íntegramente. Más bien, se busca que los resultados sean considerados como una coherente sugerencia. Para ello se han explicitado los principios y el desarrollo detallado de cada uno de los pasos. Creo que si esto es así, la transferibilidad cobra sentido en la investigación cualitativa. El muestreo teórico, la descripción densa y la recogida abundante de información son técnicas descritas para asegurar la transferibilidad.

i. Muestreo teórico

Se selecciona un profesional por área del cuidado. Para su selección se elabora un documento orientativo<sup>46</sup>, basado en la teoría del profesional experto y reflexivo.

ii. Descripción densa

Se realizan descripciones en profundidad, a cada momento, con entrevista de modo constante, para así poder dejar constancia detallada y profunda de cada momento de la observación.

iii. Recogida abundante de información

Existe una amplia recogida de información, mediante estadía prolongada en el campo. Existen además diferentes métodos de recogida de datos, como entrevistas incidentales, en profundidad y materiales escritos.

---

<sup>46</sup> Se considera orientativo pues la opinión de los pares me parece de gran validez. El instrumento otorga directrices generales.

### 5.6.3 Confirmabilidad

Este criterio resguarda la neutralidad y está estrechamente vinculado a la credibilidad. Básicamente, da cuenta de manera explícita la ruta de desarrollo de la investigación. En virtud de ello, en este estudio se han registrado íntegramente todas las decisiones e ideas que surgieron durante los diferentes momentos de su desarrollo. Esto se ha realizado a modo de notas (tanto metodológicas, teóricas y reflexivas), en las que se incluyen las interpretaciones que fueron emergiendo de los datos (ingresadas en programa ATLAS.ti a modo de Memos)<sup>47</sup>. Se realizaron las grabaciones de voz de cada entrevista (en profundidad e incidentales) y, adicionalmente, en este escrito se ha dejado constancia de la descripción de los participantes, junto con los contextos físicos y sociales involucrados.

### 5.6.4 Dependencia

La dependencia hace referencia a la fiabilidad de los instrumentos de medición. Se refiere, desde una visión positivista, a que éstos midan lo que deben medir. En esta investigación cualitativa no se utilizan instrumentos de *medición*. Los instrumentos utilizados se orientan a la expresión de las personas, a la reflexión en la práctica (centrados en entrevistas). Por su naturaleza los instrumentos utilizados tienen variaciones y adecuaciones a cada realidad. Por lo tanto, si se requiere de su utilización se ofrecen como sugerencia.

---

<sup>47</sup> Esta información se encuentra en *cuadernos de campo de participantes y en el diario del investigador* (ver Anexos 2 y 5).

## 5.7 Desarrollo del trabajo de campo, actividades y temporalización.

Aunque el trabajo de campo se había planeado en el diseño de la investigación desde el mes de enero del año 2013 a enero del año 2014, éste finalizó en mayo del año 2014.

Enumero a continuación las actividades que he desarrollado en el período señalado:

- 1.- Preparación al campo y aprobación de acceso al campo (tiempo no incluido en período señalado).
- 2.- Ingreso al campo.
- 3.- Período de Observación.
- 4.- Transcripciones de entrevistas incidentales y preparación de entrevistas en profundidad.
- 5.- Entrevistas en profundidad.
- 6.- Transcripciones finales, validación de las transcripciones.
- 7.- Regreso a las fuentes<sup>48</sup>.
- 8.- Nueva entrevista en profundidad.

---

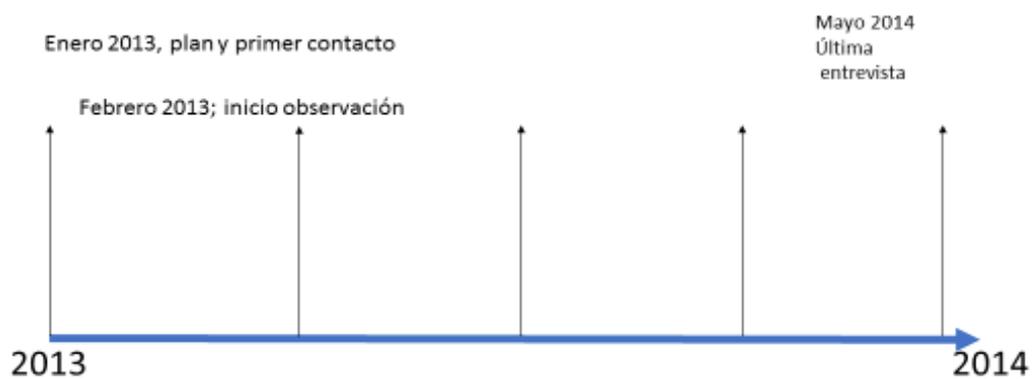
<sup>48</sup> El estudio cualitativo tiene un carácter recursivo, es por ello que en vista de alguna necesidad es propicio volver a las fuentes, es lo que ha sucedido con las primeras lecturas del material obtenido en las observaciones i.- En la primera lectura de material del profesional en atención secundaria se vio la necesidad de volver a la fuente por lo cual se realizó una nueva estadía de observación. Esta segunda estadía tuvo por objetivo observar el trabajo clínico del experto en un nuevo escenario debido a un cambio de lugar de trabajo. ii.- En el análisis inicial del material de observaciones y entrevistas del profesional de atención terciaria se vio la necesidad de profundizar en algunos asuntos. Para ello se elaboró una guía con preguntas de profundización sobre algunas premisas del actuar que se obtuvieron en un primer análisis, esta guía fue enviada vía on line. La lectura de las respuestas on line dieron resultados muy interesantes con lo cual surge la necesidad de realizar una nueva entrevista. Esta segunda entrevista tiene por objeto, colaborar con la reflexión del profesional sobre sus propias premisas de acción profesional-premisas que se hacen evidentes tanto en la observación como en la primera entrevista en profundidad.

9.- Nueva transcripción.

10.- Nueva validación.

11.- Inicio del análisis final.

El trabajo de campo y análisis de los datos tienen carácter recursivo y dialógico. Durante la investigación, ya in situ se comprendió que los tiempos no son estables y que se debe trabajar dando y buscando el sentido a los datos. Hubo en efecto una prolongación del tiempo marcada por dos situaciones: primero, por la inversión de tiempo que requieren las transcripciones y validaciones de las entrevistas (cuestiones desarrolladas en el capítulo de análisis de datos), y segundo por la necesidad de volver a la fuente.



**Figura 10** *Tiempos del trabajo de campo*

## 5.8 La recogida de información y sus rasgos de apropiación<sup>49</sup>

Las teorías acerca de métodos y estrategias utilizadas en una investigación cualitativa son variadas. Los criterios muchas veces difieren, pero siempre es posible distinguir en ellos los fundamentos. El problema del investigador comienza en el trabajo de campo, cuando se enfrenta con la realidad. Se ha descrito la metodología, las estrategias y se espera que todo suceda tal y como se planifica. Pero lo cierto es que las estrategias se adaptan al campo, no el campo a la estrategia.

A la hora de desarrollar en campo una estrategia como parte de un método, esta toma los matices de una investigación, del campo, de los sujetos, de la realidad. Es lo que realmente refleja el contexto y las personas involucradas, es por eso que he escrito este apartado donde señalo algunas modificaciones o más bien, apropiaciones de las estrategias metodológicas utilizadas.

### 5.8.1 Observación no participante: *reflexiva y mediadora de la reflexión*

Como una de las estrategias metodológicas en el estudio de cada caso se realizó la observación acompañando a los profesionales en sus labores diarias del trabajo ¿Qué características tuvo la observación en el estudio? Bajo un criterio formal y ciñéndose a estándares establecidos en cuanto a metodologías de investigación cualitativa<sup>50</sup>, cualifico esta observación como una observación no participante. Esta observación se realizó al acompañar a los profesionales en sus prácticas clínicas habituales en turnos

---

<sup>49</sup> Los aspectos teóricos de las metodologías y diseño de la investigación fueron desarrollados en el Capítulo 4, por lo que, en este punto se explicita más bien las apropiaciones de los conceptos durante la ejecución de las estrategias metodológicas.

<sup>50</sup> Por ejemplo: los descriptores de observación en Vallés (1999), en su libro sobre técnicas de investigación cualitativa.

completos de trabajo, con un fin preestablecido: poder *ver y estar* en *todos los momentos* que implica un turno de trabajo, desde la recepción del parte a la entrega del mismo. Esto implica el tiempo en el cual la (el) enfermera toma la responsabilidad del cuidado de las personas que se encuentran en el lugar, (o que acuden a la visita correspondiente en el caso de atención primaria). El objeto del acompañamiento permanente en el trabajo de enfermeras (os) fue recoger las impresiones por observación para luego estimular, en la práctica y sobre la práctica, la reflexión. Para ello se utilizaron las entrevistas incidentales de tipo reflexivas y, en menor grado, otros mecanismos de recogida de datos reflexivos (planillas, cuadernos). Esto permitió, observar la interacción con un paciente y luego preguntar al profesional por la acción (reflexión en la acción). Mediante este método se hacían de cierta forma visibles las prácticas realizadas, y en base al relato de lo observado, el profesional reflexionaba sobre su propia práctica.

Utilicé la observación, reflexioné sobre la situación, para luego plantear las preguntas reflexivas al sujeto de la investigación, siendo este último, desde su propio prisma, quien revise su práctica. De este modo, en la observación el investigador reflexiona la acción observada, sintetiza, organiza, gestiona los datos de modo de hacer un efecto espejo y así plantear preguntas que estimulen la reflexión del sujeto que realiza la acción, por lo cual, en este estudio la observación no participante contiene matices como observación reflexiva y mediadora de la reflexión.

#### 5.8.2 Entrevistas

He descrito, en el diseño de la investigación, algunos alcances sobre las entrevistas. En este punto señalaré algunos detalles y apropiaciones epistémicas de las mismas.

El rol de la entrevista en este estudio es tan fundamental como la observación. La entrevista cumple variados roles en la investigación:

**Contrastar lo observado/validación:** se toman las notas observacionales y con estas ideas, que surgen de la observación, se preparan entrevistas incidentales y en profundidad. Al exponer lo observado al profesional (participante), éste reflexiona y valida o no los datos recogidos mediante observación por parte del investigador.

**Estimular la reflexión en y sobre la acción:** tanto en las entrevistas incidentales como en profundidad se realizan preguntas centradas en los principios de reflexión en y sobre la acción (ver tablas 7, 8 y 9 que, ejemplifican las preguntas realizadas para estimular la reflexión)

**Colaborar con la expresión de los saberes implícitos en la práctica:** la entrevista es el medio por el cual el profesional se mira (efecto espejo que produce el enfrentarse a los datos recogidos mediante observación) Por este modo puede hacer explícitos el contenido de los conocimientos que aplica en sus prácticas.

**Colaborar con la revisión de la práctica del participante:** aunque este no es un objetivo de la investigación, lo señalo pues es un efecto propio de la entrevista reflexiva realizada en el estudio. Al explicitar su actuar, el profesional, puede reflexionar sobre ello, y esta reflexión puede ser aplicada nuevamente en su práctica a modo de modificación o reafirmación de su actuar.

i. ¿En qué momentos se realizaron las entrevistas?

Primero, se hicieron entrevistas incidentales y en profundidad. Las entrevistas incidentales se hacían luego de ocurrido algún acto o acción percibido por el investigador, como una acción generadora de incertidumbre para el profesional, o simplemente en una acción percibida como rutinaria pero que al investigador le parecía importante en relación con los objetivos del estudio. Estas entrevistas incidentales se realizaron en otro momento de ocurrido el evento o en un momento adecuado (por tiempo y espacio), seguido del evento. Las preguntas ejes eran ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Por qué? en relación a lo sucedido en la práctica.

Las entrevistas en profundidad. Fueron un complemento de la reflexión en la acción y habitualmente correspondieron a la reflexión sobre la acción. Fueron realizadas fuera del lugar de trabajo, con una lejanía de tiempo de un mes aproximadamente de terminado el período de observación de cada caso. Cabe destacar que los sucesos de la acción profesional pueden ser reflexionados también a largo plazo de la acción ocurrida, existe lo que Schön ha denominado presente-acción, que es *la zona de tiempo en la cual todavía puede tener importancia para la situación* (Schön 1998, p.66).

## ii. Desarrollo de las entrevistas en profundidad

Para la realización de las entrevistas en profundidad se desarrollaron guiones. Estos, más que marcar línea de respuesta, lo que pretendían que el profesional visualizara lo ocurrido en su propia acción profesional y lograra reflexionar. El contenido de los guiones fue elaborado en forma individual, caso a caso, pues en estos se integraba parte del análisis inicial o in vivo, las categorías desarrolladas en el campo, los registros e impresiones de las observaciones y se confrontaba todo con lo que el profesional pensaba sobre aquello.

La secuenciación de la entrevista consistía primero en dar cuenta del objeto de la entrevista en profundidad, y luego, en describir la metodología. A continuación se señala la estructura de la entrevista tal como fue presentada a los participantes:

Primero, la entrevista en profundidad en ésta investigación posee un segmento semi estructurado. Se considera un complemento a otros medios de obtención de la información. Se hacen algunas preguntas específicas para lograr un relato más profundo respecto a reflexiones sobre situaciones que se vivieron en el período de observación y que se rescataron en el cuaderno reflexivo del profesional.

*Estructura de la entrevista en profundidad:*

En la **Primera parte**: Se desarrolla como complemento a las entrevistas informales o incidentales que se desarrollaron durante el período de observación naturalista y en el cuaderno reflexivo del profesional, cumplimentando los casos con preguntas de reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción.

**Segunda parte**: Consiste en una conversación abierta orientada a colaborar con los objetivos de la investigación que puedan no quedar cubiertos con los casos reflexionados. Para ello se utilizan de base algunas modificaciones de las preguntas de investigación. Se ofrece además la posibilidad de resumir la acción profesional de modo reflexivo (preguntas u orientaciones hacia la reflexión sobre la acción).

**Tercera parte**: Para finalizar la entrevista se realizan preguntas abiertas respecto a la percepción del profesional en relación a las técnicas utilizadas para la obtención de datos, principalmente sobre el período de observación.

A modo de ejemplo, del material utilizado en las entrevistas en profundidad presento dos tablas que son parte del guion de la entrevista a enfermera (o) atención terciaria en salud (ENF3) En ambas tablas se observa parte del análisis in vivo. En la siguiente tabla se señalan los casos observados y reflexionados en la acción, algunos ya poseen la reflexión sobre la acción (puede haber sido realizada por escrito) y otros no, por lo cual se dejan los segmentos en blanco para completar durante la entrevista. En la tabla 7 se señalan, además, los rasgos observados sobre su acción profesional, con el fin de verificar las premisas profesionales, si se refleja en ello, si es correcta o no la percepción de un agente externo sobre su actuar. Vale decir, si reconoce como propio el saber implícito percibido en su acción. Si es correcta o no la percepción.

**Casos o situaciones prácticas con reflexiones a cumplimentar:**

Casos	Reflexión en la acción	Reflexión sobre la acción
Paciente con retiro de sedación y que no responde	Ok	Ok
Extubación espontánea de paciente. Pregunta ¿Cómo está?	Ok	
Paciente agónico, decide no apoyar intubación ensayo.	Ok	
Paciente en situación terminal quiere avisar lo antes posible a sus familiares	Ok	
Diálogo Glasgow-Ramsei con estudiante	Ok	Ok
Paciente con heparina y posible colapso cardíaco, la deja en “reposo”	Ok	
Trabajo con el fin de ayudar con la evolución rápida del paciente (ejemplo: cirugía cardíaca menos de 24 horas, evalúa, suspende medicamentos, desintuba, retira drenajes, coordina exámenes y posterior traslado)		

**Tabla 6** Casos o situaciones prácticas con reflexiones a cumplimentar en entrevista

**Importante para adicionar en la entrevista. Reflexionar en torno a:**

Número de actividades independientes. Ej. Regula dosis de medicamentos en función de estado del paciente y luego da aviso.

Utilización del PAE.

No considerar en su acción NIC, NOC, NANDA-I.

Hablar acerca de lo que se refiere “prioridad médica en los cuidados”.

Precaución con “todos” los medicamentos.

Registrar “todos” los datos (entonces, cómo prioriza los cuidados).

Función de los registros y del tiempo que toma antes de atender al paciente.

Más detalles sobre procedimientos.

Trabajo en un ambiente estresante ¿Crees que trabajas en un ambiente estresante?  
¿Utilizas algún medio para disminuir el estrés? ¿Lo crees posible?

Obtener detalles acerca de las entregas de partes (resumidas, detalles importantes, tiempo breve).

**Reflexión sobre rasgos de su atención o de las premisas de la acción profesional:**

Cercanía con los pacientes.

Mantener informados y apegados a la realidad (brinda seguridad).

Interpretación de las necesidades de los pacientes.

Detección precoz de las complicaciones.

Comunicación permanente con el equipo de salud.

Alerta permanente.

Atención y preocupación de lo más simple a lo más complejo (detalles).

No pierde la calma en la atención directa al paciente aunque la situación sea crítica.

Trabajo permanente orientado a evolución rápida del paciente (suspender medicamentos, desintubar, sacar drenajes, coordinar exámenes o traslados con gran rapidez).

**Tabla 7** *Situaciones a profundizar en entrevista.*

### 5.8.3 Materiales escritos: apropiaciones

Los materiales escritos utilizados en la investigación fueron: el diario de campo del investigador, cuaderno reflexivo del profesional y las planillas de registro reflexivo<sup>51</sup>.

El diario de campo contenía la fotografía escrita de lo observado, más las reflexiones del observador y notas (teóricas, metodológicas, observacionales).

El cuaderno reflexivo del profesional fue una alternativa propuesta para colaborar con la reflexión en y sobre su práctica, este elemento fue utilizado pero sólo de manera parcial. La obtención más completa de los datos se logró mediante entrevistas. Aun así, sin lugar a dudas fue un buen complemento para obtener datos.

Este instrumento consistía físicamente en un cuaderno que se entregó al principio de la observación y se dejó al profesional para colaborar con las reflexiones hasta terminado el trabajo de campo.

El cuaderno contenía las siguientes orientaciones generales para la reflexión en y sobre la acción:

Nombre del profesional:

Fecha de registro      Inicio\_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Cuaderno Número:

*Orientaciones generales*

1.- Rol del diario reflexivo del profesional en la investigación.

2.- Propuesta para orientar reflexiones en y durante la acción.

---

<sup>51</sup> Otro tipo de material escrito, utilizado de modo complementario en la investigación, corresponde a los registros de las actividades de los profesionales en documentos clínicos. Estos elementos (que incluyen ficha del paciente, registros electrónicos, planillas de registro), fueron consultados recurrentemente como referencia para el planteamiento de preguntas en y sobre la acción. Aunque estos no corresponden a un sistema de registro propio del estudio, me parece necesario consignar su rol en el mismo.

### 3.- Propuesta para orientar reflexiones sobre la acción y sobre la reflexión en la acción.

#### 1.- Rol del cuaderno reflexivo del profesional en la investigación

La investigación *Desde la realidad del cuidado profesional hacia el aula* se propone identificar saberes que surjan desde la práctica reflexiva de los profesionales pertinentes para la formación inicial en enfermería. La práctica es fuente de conocimientos; la enfermería, una profesión con una diversa y riquísima práctica que, de no mediar una reflexión, no llega a trascender su contexto ni acaecer circunstancial.

Si, en cambio, el ejercicio de la práctica profesional se realiza en forma reflexiva, podemos llegar a extraer un conocimiento concreto, con un contenido que puede ser (re)utilizable por quien reflexiona y por otros. Si, además, este conocimiento es transferido, se podría entonces fortalecer la misma disciplina enfermera que lo hizo posible. Su contribución, en este sentido, es muy valiosa.

Como ya ha sido informado, utilizaremos distintos medios para recoger los datos que contribuyan al logro de los objetivos. Uno de estos medios será el presente cuaderno reflexivo, que tiene como finalidad registrar la información de sus reflexiones en torno a su quehacer, ya que éste, muchas veces, se hace exitosamente, pero sin saber cómo y por qué. Este cuaderno, al hacer visible lo que usted piensa en torno a su quehacer, pretende ser una herramienta y aporte concreto a su propio trabajo, al trabajo de otros profesionales de la enfermería y al trabajo de los futuros profesionales de la enfermería. Es una invitación a mirar, mirarse, reflexionar y hacer visible lo que nunca se ve.

Para hacer esto posible se proponen dos instancias reflexivas.

Primero: Frente a un suceso y circunstancia determinada, podemos dar cabida a una reflexión en el mismo momento en el que se da la acción (simultánea o alternadamente). Esto lo catalogamos como reflexión en y durante la acción.

Segundo: Considerando retrospectivamente la situación, y lo que usted pensó en dicho momento, es posible reflexionar sobre la acción y sobre la reflexión en la acción.

A continuación hacemos algunas propuestas con el fin de colaborar con su reflexión en cada uno de los dos tiempos señalados.

#### 2.- Propuesta para orientar reflexiones en y durante la acción.

Cuando en su quehacer profesional se presenten situaciones en las que usted necesita poner en acción elementos poco frecuentes, o situaciones difíciles de resolver (y si, y solo si, es posible) tómese el tiempo para describir la situación y señalar qué elementos ha involucrado en la acción.

Algunos puntos que puede considerar para orientar sus reflexiones en y durante la acción:

2.1 Intentar describir la situación del momento, ¿Qué está sucediendo?

2.2 En el mismo momento pensar si es adecuado lo que está haciendo o piensa que debe modificar la acción.

2.3 ¿Cómo se siente con lo que está realizando?

2.4 ¿Comprueba con usted misma(o) lo que esta si está bien lo que está haciendo? ¿O debe consultar con alguna fuente externa (ejemplo: libros, documentos de trabajo, otras(os) enfermeras(os), otros profesionales?

2.5 ¿Existe algún precedente que le ayude a actuar en esta situación?

3.- Propuesta para orientar reflexiones sobre la acción y sobre la reflexión en la acción.

Con posterioridad a las anteriores reflexiones, idealmente es posible observar lo que usted misma(o) ha realizado- tanto su acción como su reflexión en la acción- y reflexionar sobre ello.

En caso necesario, se sugiere hacer propuestas de cómo hacer mejor lo que ya se realizó, o qué elementos de la situación merecen ser transmitidos para enriquecer la disciplina y mejorar la práctica enfermera.

A continuación algunos lineamientos para orientar su reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción:

3.1 Intente describir detalles de la situación, que no fueron advertidos en el momento del suceso.

- Características personales o grupales inmersas en la situación.
- Su percepción o interpretación de la situación: procedimientos e intenciones de las personas involucradas, sus sentimientos, pensamientos, reacciones, comportamientos.
- ¿Qué significó para usted la situación? ¿Cómo se siente al observar lo realizado?

3.2 ¿Qué medios puso al momento de pensar en la resolución de la situación? ¿Podría haber actuado de un modo diferente?

3.3 ¿Qué cuestiones, creencias o conceptos cree que puso usted en juego a la hora de decidir, resolver, actuar en la situación? ¿Qué piensa usted que le llevó a actuar del modo que lo hizo?

3.4 ¿Qué cree que haría hoy si sucediera nuevamente esa situación?

3.5 Propuestas para mejoras o cambio (sugerencias para el propio trabajo o para otras (os) enfermeras (os) ¿Cuáles son las conclusiones a las que usted llega en ésta reflexión? ¿Cómo las incorporaría a la práctica?

3.5 Propuestas o ideas para integrar lo que hizo a la formación de nueva(o)s enfermera(o)s. Si es posible proponga ideas o realice sugerencias que crea puedan servir en la formación inicial de nuevos profesionales de la enfermería, ideas que surgen de su reflexión o conversación reflexiva con la situación descrita.

Se deja a su disposición este cuaderno. Lo anterior tómese sólo como una orientación: La extensión, el fondo y la forma de su reflexión no están delimitados, y usted es el mejor guía de su reflexión. Esperamos sea un agradable encuentro con la esencia de su propio quehacer. Muchas gracias.

**Tabla 8** Contenido base del cuaderno reflexivo del profesional.

En virtud de la extensión de las orientaciones del cuaderno reflexivo y considerando una posible escasez de tiempo<sup>52</sup>, se elaboró otra alternativa para estimular la reflexión: una planilla simple que contenía tres columnas. Una de ellas para describir la situación, otra para reflexionar y otra para dejar algún registro adicional que el profesional considerara pertinente:

<b>Descripción de la situación y reflexión en la acción</b>	<b>Reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción</b>	<b>Registros adicionales</b>
¿Qué sucede?	¿Qué detalles de la situación cree importantes?	
¿Qué personas están involucradas?	¿Qué significó para usted la situación?	
¿Cree adecuado lo que hace? ¿Piensa modificarlo? ¿Debe consultar con alguien?	Mirando lo sucedido, ¿cómo o que haría hoy si sucediera lo mismo?	
¿Cómo se siente?	De lo sucedido y su acción profesional, ¿Qué elementos llevaría a su práctica y a la de otros profesionales de enfermería?  ¿Qué elementos cree importante llevar a las aulas?	

**Tabla 9** Planilla de registro reflexivo.

<sup>52</sup> Como he señalado, se ofrecen diferentes alternativas de registros con el fin de facilitar la reflexión. La opción por uno u otro no es relevante para el resultado, lo importante es lograr la expresión de los saberes de las prácticas de cada uno de los profesionales.

Todas las preguntas reflexivas contenidas en las entrevistas, en el cuaderno reflexivo y en la planilla de registro reflexivo, fueron elaboradas basándose en la epistemología de la práctica de Donald Schön y en los objetivos de la investigación<sup>53</sup>.

### 5.9 Estrategias utilizadas y sus cuantificaciones

En el siguiente recuadro, se consideran, a modo de resumen y contraste, todas las estrategias utilizadas en el trabajo de campo de la investigación, las temporalizaciones y cuantificaciones de cada una de ellas en total y caso a caso.

<i>Caso</i> <sup>54</sup>	<b>Enf 1</b>	<b>Enf 2</b>	<b>Enf 3</b>
<b>Estrategia</b>			
<i>Primera reunión</i>	Enero 2013	Abril 2013	Junio 2013
<i>Tiempo de observación (delimitado por saturación de datos)</i>	Lapso de 3 meses Turnos completos por 1 mes (L-V) y luego 1 vez por semana.	Lapso de 3 meses 12 turnos continuos por un mes (L-V) luego dos veces por semana.	Lapso de 1 mes Turnos completos dos veces a la semana por un mes
<i>Horas de observación</i>	78	136	56
<i>Número de casos en casos</i>	32	20	12
<i>Entrevista (s) profundidad</i>	Mayo 2013	Octubre 2013	Septiembre 2013 Mayo 2014

<sup>53</sup> Algunas de las preguntas contenidas en los instrumentos fueron modificadas de documentos de trabajo realizados por Dr. José Luis Medina Moya, para asignatura de práctica reflexiva, Máster en Ciencias Infermeras. Universidad de Barcelona (2012-2013)

Adicionalmente se han considerado algunas directrices de planteadas en la Tesis Doctoral *La práctica reflexiva en la formación inicial de maestros* (Domingo 2008)

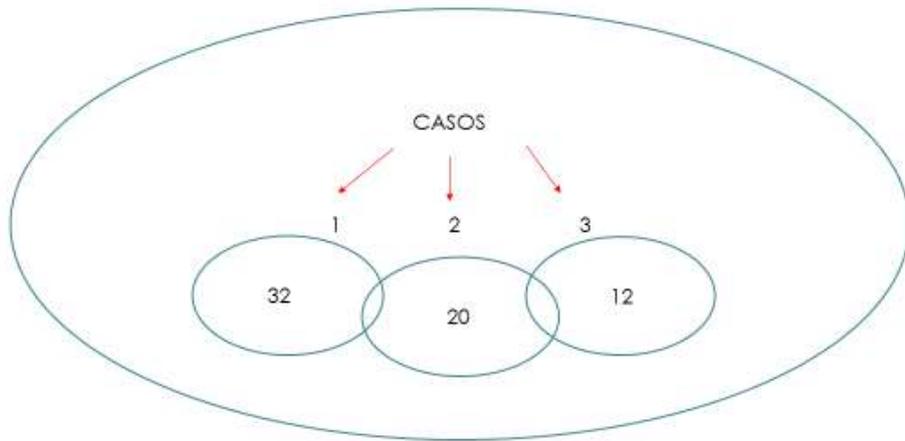
<sup>54</sup> Donde ENF1 corresponde al profesional de asistencia primaria; ENF2 al profesional de asistencia secundaria y ENF3 al profesional de asistencia terciaria (en salud).

<i>Validación de entrevistas</i>	Mayo 2013	Diciembre 2013	Septiembre 2013 Mayo 2014
<i>Socialización de siglas</i>	Diciembre 2014	Diciembre 2014	Diciembre 2014
<i>Consulta on line</i>	--	--	Noviembre 2013
<i>Entrega de cuaderno reflexivo</i>	Febrero 2013	Marzo 2013	Junio 2013
<i>Recogida de cuaderno reflexivo o notas reflexivas</i>	Julio 2013	Abril 2013	Septiembre 2013

**Tabla 10** Estrategias y cuantificaciones.

De las estrategias y las temporalizaciones expresadas en la tabla anterior es importante comentar algunas cuestiones.

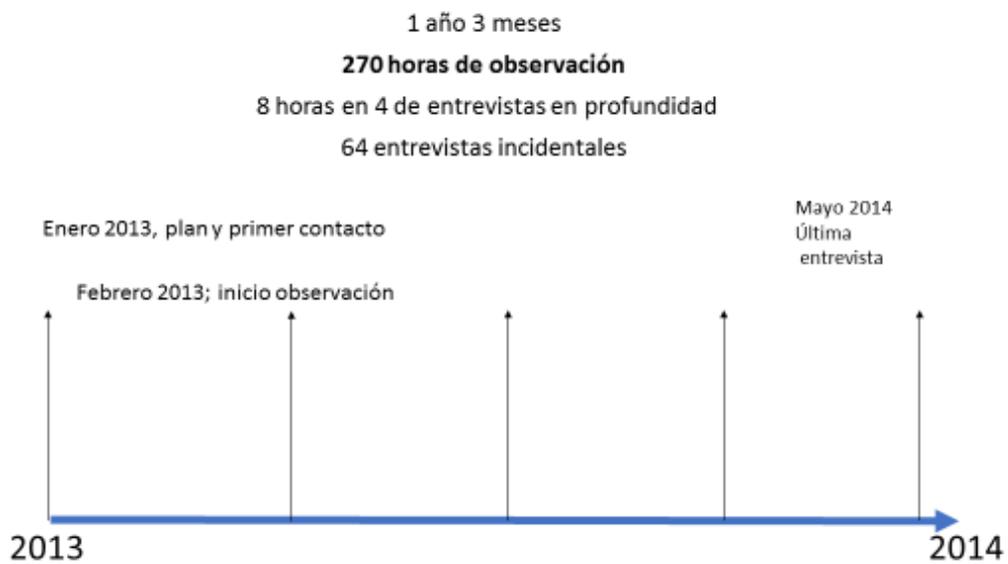
Cada uno de los casos se componía de una serie de situaciones (intervenciones de los profesionales, interacciones con las personas atendidas, etc.) que conformaban lo que he denominado *casos del caso*. En el caso 1 se observa el desarrollo de 32 situaciones (o casos) mientras que en el caso 2 se observan 20 situaciones y en el caso 3 se desarrollan 12 situaciones. Cada caso o situación de cuidado, como he señalado, fue motivo de la reflexión en y sobre la acción profesional mediada por entrevistas incidentales y en profundidad.



**Figura 11** *Casos en casos* (Fuente: elaboración propia)

De esta realidad puedo inferir una cuestión: A mayor complejidad de la situación (el nivel de atención más complejo) se requieren menos casos para lograr la saturación de los datos. Es posible que en una situación de mayor complejidad para la resolución la enfermera(o) deba poner en juego un mayor número de saberes prácticos, y es por ello que se desvelan con mayor prontitud los mismos. Si bien, esta situación no parece relevante en la investigación cualitativa, es un punto del cual parece importante dejar constancia, para así identificar o ratificar estos rasgos en futuras investigaciones.

A modo de resumen presento en una figura la integración de actividades y cuantificación de horas utilizadas en el trabajo de campo:



**Figura 12** *Tiempo abarcado en trabajo de campo y cuantificaciones de estrategias metodológicas* (Fuente: elaboración propia)

## CAPITULO 6: *ANALISIS DE LOS DATOS*

### 6.1 Introducción

En el capítulo dedicado al diseño de la investigación he descrito el modo de análisis de los datos. Presento a continuación la operacionalización cualitativa de este análisis, tomando en cuenta que el análisis por comparación constante implica un tránsito permanente entre los datos y la interpretación de los mismos, es decir que, en cada ir y venir, vamos obteniendo resultados de lo analizado. Además de explicitar el proceso analítico realizado, se presentan ejemplos concretos de las codificaciones, mediante los que quisiera mostrar cómo se intenta la condensación de los datos para finalmente llegar a conceptos integrados. Adicionalmente presento variados segmentos de textos y tablas, que en sí ya constituyen parte de los resultados de la investigación. Tal es el caso de las categorías con sus descriptores, las familias o metacategorías. Finalmente menciono los dos constructos a los cuales se ha llegado al finalizar el análisis de los datos.

### 6.2 Sistemas de notación

En el desarrollo del escrito, y con el objetivo de mostrar un trabajo recursivo que surge de los datos y se contrasta con teoría, observaciones y reflexiones, se incluirán segmentos directamente extraídos del material elaborado en el trabajo de campo. Es por ello que en este momento doy cuenta al lector del sistema de notación utilizado en los registros y que será el mismo que se utilice para presentar los resultados en el capítulo siguiente.

*SIGNOS Y ABREVIACIONES UTILIZADAS* INTERPRETACIÓN PERSONAL EN EL ESTUDIO

<i>NO</i>	Notas observacionales: incluyen reflexiones que surgen en contacto y contraste con las situaciones en el momento de observar al profesional en la acción.
<i>NM</i>	Notas metodológicas: incluyen ideas personales respecto a cómo se va realizando el trabajo de campo y las necesidades de ir modificando sobre la acción los procesos de indagación.
<i>NT</i>	Notas teóricas: incluyen todas notas que reflejan una contrastación de lo observado con la teoría.
<i>RSA</i>	Reflexión sobre la acción: reflexiones acerca de sucesos profesionales ocurridos con distancia en el tiempo. Habitualmente corresponde a respuestas dadas por los participantes en las entrevistas en profundidad. Reflejan la epistemología de la práctica.
<i>REA</i>	Reflexión en la acción: reflexiones durante la acción realizada. Habitualmente corresponde a respuestas dadas por los participantes durante entrevistas incidentales. Reflejan la epistemología de la práctica.
<i>( )</i>	Expresión de los profesionales que denotan una disminución en el tono de la voz, o es un comentario complementario a la idea principal.

[ ]	Registro de comunicación no verbal, captada o interpretada por el investigador. Gestos, sonidos o aclaraciones, considerando el contenido.
...	Tiempo de pausa (habitualmente segundos), tomado por parte de los participantes.
(...)	Señala que el texto ha sido fraccionado con el fin de dar mayor significado al mismo dentro del desarrollo del escrito.
ENF1	Representa al profesional de atención primaria de salud
ENF2	Representa al profesional de atención secundaria de salud
ENF3	Representa al profesional de atención terciaria de salud
OBS	Me representa como observador. La investigadora.

**Tabla 11** Sistemas de notación

Bajo los segmentos de entrevistas y otros utilizados en este escrito se encontrará con la referencia o notación combinada por ejemplo **RSA ENF1:38** donde:

**RSA** corresponde a la reflexión sobre la acción

**ENF1** representa al profesional de atención primaria de salud

**:38** corresponde a número de unidad de significado en el que se encuentra el segmento señalado.

## 6.3 Componentes del análisis

Como lo he mencionado en el capítulo de diseño de la investigación, el análisis de los datos se realizó utilizando el método de las comparaciones constantes (Glaser & Strauss 2006). Revisaré los componentes de este análisis ejemplificando con situaciones de la investigación.

### 6.3.1 Los datos

Todo lo que se recoge en el campo forma parte del corpus de datos. En este caso, los datos corresponden a elementos escritos, fruto de transcripciones de observación en campo de las actividades prácticas de los profesionales, de entrevistas y de escritos directamente realizados por los participantes.

### 6.3.2 Las interpretaciones de los datos por los actores y su validación

Las interpretaciones de los datos por los actores fueron realizadas y utilizadas para el análisis de modo recursivo. Para poder conocer la interpretación de los participantes acerca de los hallazgos (primeros análisis), menciono a continuación diferentes procedimientos realizados, tales como;

*i. Contraste de lo observado* en la práctica profesional y reflexionado por el participante en la entrevista en profundidad.

Ejemplo:

*Obs: En el período de observación de tu quehacer profesional y en el análisis inicial de las entrevistas incidentales se obtuvieron las premisas de tu acción profesional, que son un conjunto de valores, creencias que están implícitos en el quehacer diario. Son cerca de diez premisas básicas, seguramente hay más, y tú reconocerás otras. Pero la primera de las premisas obtenidas en las observaciones de tu quehacer profesional es la cercanía con los pacientes. Yo te pregunté, vía correo electrónico, cómo te sentías teniendo esa premisa en el*

*actuar. Y tú contestaste que te sentías humana. ¿Por qué crees que te sientes así? ¿Qué características tiene para ti ese carácter humano que hablas?*

*Enf3: Porque yo creo que los que nos caracteriza a los humanos es esa cercanía, esa capacidad de acercamiento, de empatía, de sensibilidad. Ponerse en el sitio del otro, eso es ser humano, una persona con humanidad. Yo creo que es básico para enfermería, esa premisa, estar al lado de la otra persona y poder contemplarla. Estar cerca de él...* (RSA ENF3:49)

*ii. Socialización de siglas:* constituye otra instancia de interpretación de los participantes.

En este caso hay una situación que es bastante llamativa y que me ha hecho comprender la importancia de socializar las siglas, pues en enfermería son muy utilizadas y en ocasiones podemos suponer ideas erróneas. Otro problema es el rol del oído en la transcripción lo cual también puede generar problemas.

Ejemplo:

Se socializan las siguientes siglas de las transcripciones con los participantes, en el caso 1 se envían las siglas encontradas en las transcripciones vía correo electrónico y se solicita completar, recibo las siguientes respuestas:

*UCI: Unidad de Cuidados Intensivos*  
*ICTUS: Enfermedad cardiovascular, también se le conoce como accidente cerebro vascular (AVC)*  
*GACELA: Es un programa informático de planes de curas estandarizados de enfermería*  
*NIC: Nursing interventions classification*  
*NOC: Nursing outcomes classification*  
*ICAT:????????????*  
*CAP: Centro Atención Primaria*  
*IMC: Índice masa corporal*  
*MEAP: M =motiu, E= exploració A= Avaluació y P= plan*

Frente a los signos de interrogación en el caso de ICAT se vuelve a enviar un mensaje:

*De las siglas el ICAT aparece en una frase que te transcribo: "Se pasaron datos a historias. Sí, todo lo de enfermería ya estaba hecho. Lo hicieron para el programa del ICAT. Hay un montón de programas, el GACELA por ejemplo". Quizá es otra palabra, tú me dirás.*

El participante responde:

*No es el ICAT, es el e-CAP muuuy bien... E-CAP es el programa informático que utilizamos en Primaria en el ICS (Institut Català de la Salut)*

(Transcripción de mensaje de correo electrónico con ENF1)

### 6.3.3 Interpretación por parte del observador;

#### i. Los registros

Mediante registros permanentes de la observación se realizaban distintos tipos de notas, que suponían distintos niveles de interpretación, entre ellas: notas observacionales, metodológicas y teóricas.

*a. Notas observacionales:* cumplen con el rol de la fotografía instantánea. Refuerzan la retrospectiva del investigador, del momento y sus sucesos.

Ejemplo:

*Al paciente sin pauta (sin tratamiento) hace todo el trabajo de enfermería de la misma manera que los días anteriores e incluso con mayor delicadeza. Le habla, le da masaje, le realiza la curación de su herida, lo asea, lo aspira, lo alivia. (Esta nota debo tener en cuenta para preguntar).*

(NO Trabajo de campo ENF2)

*b. Notas metodológicas:* incluyen las primeras inferencias del trabajo de campo. Señalan qué se está haciendo, algunos resultados parciales y cómo continuar el trabajo. Implican reflexiones sobre el análisis de datos y el método que se sigue para obtenerlos.

Ejemplos:

*1.- Terminado el primer día de observaciones y considerando lo complejo que puede resultar escribir u obtener la reflexión en la acción se toma la siguiente decisión metodológica; una vez terminado el día le preguntaré sobre un caso significativo del día y lo grabaré. Al finalizar el período de observación si es necesario se cumplimentará la reflexión. (NM Trabajo de campo ENF1)*

*2.- Al terminar la primera semana le aviso al profesional que me he dado cuenta que hay casos en el día a día que pueden aportar mucho y dan la posibilidad de reflexionar*

*en dos tiempos en el mismo día. Al finalizar el día de ahora en adelante se propondrá hacer reflexión en y sobre la acción en los casos que sea posible. (NM Trabajo de campo ENF1)*

c. *Notas teóricas*: revelan los primeros atisbos de contrastación de los datos observados y analizados en primeras instancias con la teoría ya escrita, a modo de reafirmación o confirmación.

Ejemplo:

*Los criterios del prototipo de experto (Stenberg y Horvath) y los rasgos del experto (Benner) me pueden ayudar a tener los criterios para distinguir en las acciones del profesional cuáles son las acciones expertas, y en éstas acciones podré entonces distinguir cuáles son los saberes implícitos, identificándolos poder llevarlos al currículum.*

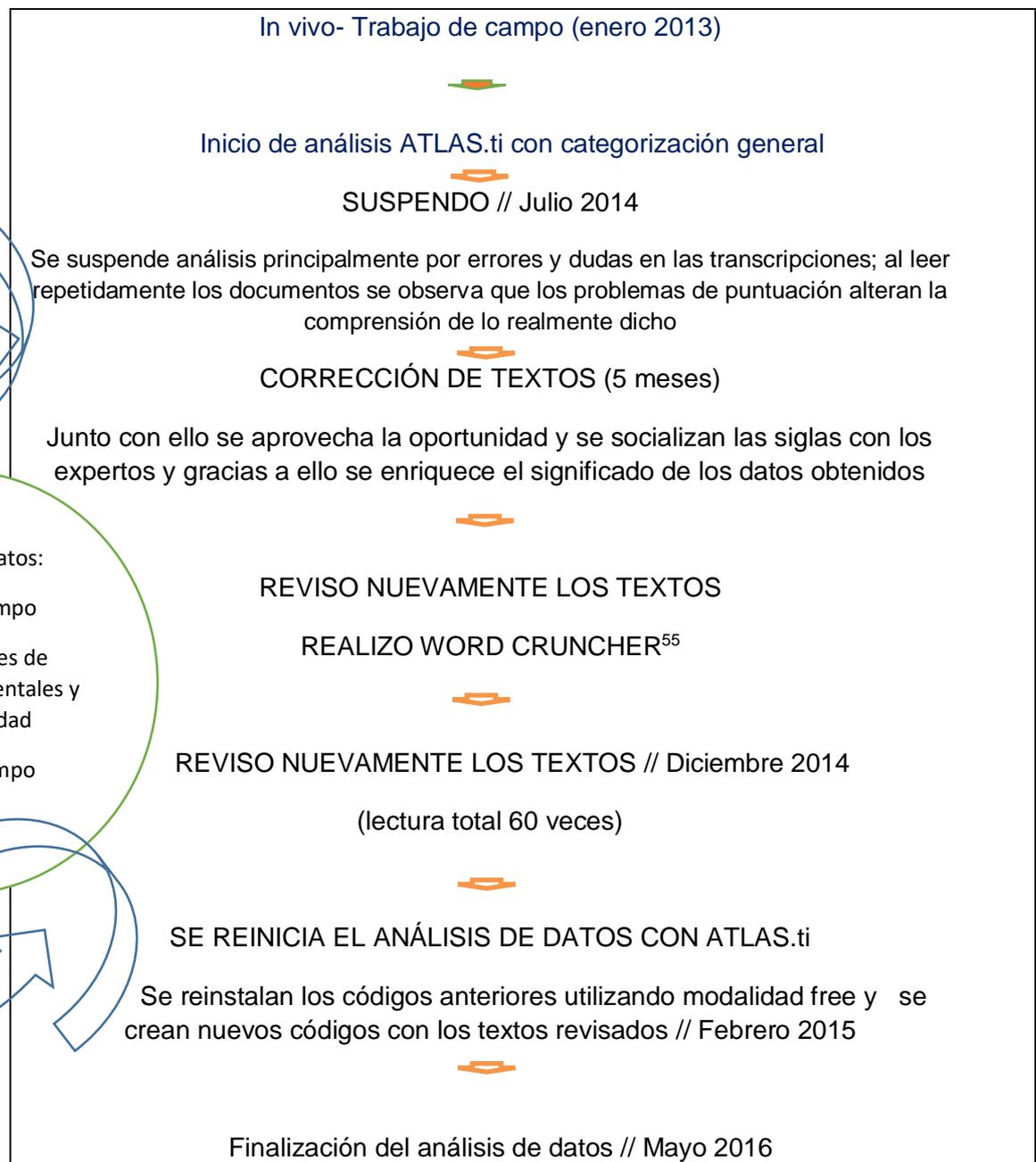
*Es muy importante considerar que la Tesis **no pretende describir ni hacer un nuevo perfil del experto**, para ello ya fue definido el perfil en base a los objetivos y las descripciones de Benner para la selección de las personas participantes en la investigación. Eso ya fue un primer paso, ahora se trabaja en determinar los saberes que el profesional pone en juego en su quehacer. Para lograr ello se ha intentado identificar situaciones claves, y luego de sucedido, se ha entrevistado a los expertos utilizando preguntas para hacer reflexión sobre la acción, y en algunos casos en la acción.*

*(creo que se relacionan con los criterios de calidad docente en tesis de máster y en Kein Bein)*

(NT Conclusiva luego de Trabajo de Campo ENF1 y ENF2).

## 6.4 Modos de organización de los datos y del análisis, sistemas de registros

Para intentar describir la organización del análisis presento la siguiente figura:



**Figura 13** *Secuencia cíclica del análisis* (Fuente: elaboración propia)

<sup>55</sup> Word Cruncher corresponde a una herramienta inserta en el software de análisis cualitativo utilizado (ATLAS.ti v6). Esta permite realizar análisis de frecuencia de las palabras contenidas en los documentos primarios, con este conteo el investigador posee una primera orientación al comenzar la codificación.

El análisis de los datos se realizó mediado por el software de análisis cualitativo ATLAS.ti versión 6 (herramienta digital), en consonancia con el método de comparación constante promulgado por Glaser y Strauss (1967).

Como lo demuestra la figura, el análisis es un ciclo que comienza al iniciarse el trabajo de campo con el análisis in vivo donde mediante la observación y la reflexión en la acción de los participantes se va delineando lo que más tarde formará parte de los saberes implícitos en la acción profesional. Se inicia este análisis entonces con la entrada al campo en enero del año 2013, con los primeros escritos se comienza a reunir el material, un conjunto de datos escritos, cuadernos de campo, diarios reflexivos y otros. Una vez que se han obtenido los datos de las observaciones y contrastado el material reunido, se incorporan al sistema ATLAS.ti. En el momento de la primera categorización con un total de 500 unidades de significado y 45 categorías, surgen las dudas y suspendo el análisis. Al leer los datos no encontraba en ellos el sentido que le daban sus actores, algo del escrito estaba fallando. Se trabajó línea a línea nuevamente las transcripciones, se socializaron siglas y se volvió a leer una y otra vez. Inicialmente los nombres reales habían sido transcritos como xx para mantener resguardo de la identidad. Pero entonces, se aprovechó la oportunidad para realizar cambios de los xx por nombres ficticios. Se opta por nombres y no abreviaturas de nombres para dar sentido de lo humano en el trabajo, además creo que nombrando a la persona con nombre se entenderá de mejor manera el caso y su contexto las veces que sea citado, pues se debe considerar que cada caso se toma por observación, luego se hace la entrevista incidental (reflexión en la acción) y luego se vuelve a él ya sea en el cuaderno reflexivo (reflexión en y sobre la acción) o en la entrevista en profundidad (reflexión sobre la acción).

El trabajo de revisión de textos duró 5 meses. Se volvieron a incorporar los textos al ATLAS.ti, se realizó un Word Cruncher, ya que esta herramienta colabora con la construcción de las categorizaciones, dando tendencias de las palabras utilizadas. Entonces dentro de este análisis de tipo semántico es posible orientarse por la relevancia (cuantitativa) de las siguientes palabras: Persona, personal, personales, personalizada y personas (temática en palabras presente en 160 ocasiones). También es importante destacar que la palabra experiencia aparece en un total de 117 ocasiones. Luego, categorizo nuevamente y, ya, con el nuevo sentido de la lectura e incorporando la visión del conteo de palabras del Word Cruncher reduje el número de unidades de significado a 387 y de categorías a 33. De este modo se finaliza el análisis de datos en ATLAS.ti el mes de mayo del 2016, pero continúa al análisis final hasta la escritura de esta Tesis.

#### 6.4.1 Sistemas de organización de datos

Con el material obtenido conformé lo que he denominado *Cuadernos de campo de los participantes* se ha elaborado uno por cada participante, estos incluyen variadas fuentes<sup>56</sup> (Anexo 2: Cuadernos de campo participantes). Para el análisis y un mejor manejo de la información en la herramienta digital a utilizar he condensado los datos, en tres documentos primarios, con formato de texto enriquecido (txt), compatible con ATLAS.ti v6. Su denominación corresponde a:

- ENF 1 txt
- ENF 2 txt
- ENF 3 txt

---

<sup>56</sup> El cuaderno de campo de los participantes se compone de: Currículum abreviado del profesional, Registro de períodos y horas utilizadas en observación, Reflexiones en y sobre la acción profesional (transcripciones de entrevistas incidentales), Diario reflexivo o notas en planillas de registro reflexivo, Guión de entrevista (para cada caso), Reflexiones sobre la acción (Transcripción de entrevista en profundidad) y Notas post entrevista.

Luego incorporé en la herramienta digital, en su sección *Memos*, un documento integrado que contenía el diario de campo del investigador.

### 6.5 Análisis in vivo y análisis in extenso

En un análisis de datos realizado por comparación constante es muy complejo separar el análisis in vivo del análisis in extenso. Como he dicho, todo se realiza de modo recursivo, se retroalimentan. Las entrevistas en profundidad se prepararon con el primer análisis de los datos observacionales. A la suma de los datos iniciales y su síntesis, que me conducen a visualizar las primeras categorías o rasgos de los saberes profesionales insertos en la acción, lo he llamado análisis in vivo. Este se comenzó sin categorizaciones previas de modo teórico sino nace exclusivamente de los datos observacionales durante el trabajo de campo. Luego de realizadas las entrevistas en profundidad y condensando todo el material en la herramienta digital ATLAS.ti, se da comienzo entonces al análisis final, fuera del campo. Este momento corresponde entonces al análisis in extenso, donde se incorpora o utiliza de base al análisis in vivo. El uno sin el otro contempla un análisis absolutamente vacío de sentido.

#### 6.5.1 Comparaciones realizadas durante el análisis

Se han realizado comparaciones entre las observaciones de la investigadora y las percepciones de los protagonistas, y entre las unidades de significado.

*Observaciones con percepciones:* la comparación o más bien, la complementación, se daba día a día entre las observaciones de la situación de cuidado al paciente por parte de del observador y la visión sobre los eventos por parte del participante.

*Unidades de análisis con otras unidades de análisis:* se comparan las unidades de análisis. Enlazando y dando el sentido entre las unidades. Una unidad, aunque podría tener contenido significativo de modo individual, sólo tomará el significado interpretativo o sabremos que realmente lo posee cuando, se compare con otras. El contraste se realiza mediante el planteamiento de categorizaciones a modo de escala, para llegar así a un concepto final, cuestión que reviso a continuación.

El análisis con comparación constante implica, inicialmente, codificaciones de bajo nivel inferencial. Los códigos son etiquetas que asignan un significado simbólico a la información, y se van elaborando hacia niveles superiores de abstracción. Por ejemplo, la siguiente unidad de significado fue categorizada con el código Cercanía con la persona en necesidad de cuidado:

*Yo, como paciente, no quiero una persona que me sepa hacer un electro -que también- pero que sí que a lo mejor, que si estoy angustiada y me hacen el electro por eso a lo mejor si tengo a alguien al lado que me habla, me tranquiliza, que me escucha a lo mejor luego ni me hace falta el electro... y ya está. Y yo lo he vivido, en una guardia, en personas que no conocía, en un ataque de ansiedad, como era una persona que ya tenía antecedentes de problemas respiratorios se pensaban que era una bronquitis asmática y no, no, era una crisis de ansiedad, me senté a su lado en la camilla y ella con el ahhhh, ahhhh [imita sonido emitido por un paciente con dificultad respiratoria]. Le puse las manos así, no pasa nada, y bueno... se quitó la mascarilla ella sola, me miró y me dice ¿Tu mañana vas a estar?... Es que es eso, era una crisis de ansiedad, no una bronquitis asmática, eso es lo que pienso que hay que enseñar...*

(RSA ENF1:83)

Al analizar este texto noto que coexisten variados factores involucrados. Tomando como referencia la *Cercanía*, considerando el contexto en el cual ocurre, se le designa el código indicado. Este, en unión con otros códigos relacionales, como por ejemplo *Calma durante el cuidado/práctica* conformando un concepto más abstracto, que los integra como *Premisas implicadas en el acto de cuidar*. Este enfoque inductivo va conformando

una nueva teoría obtenida desde los actores primarios (Miles *et al* 2014, Charmaz 2006, Medina 2006).

A lo largo del trabajo de campo, los datos se obtuvieron de modo inductivo y se compactaron con el fin de hacerlos más específicos. Es por ello que las unidades de significado fueron reduciendo en número entre la primera lectura de los textos y las últimas de 500 a 387 y luego las categorías se redujeron de 60 a 33.

#### 6.5.2 Codificación abierta o inicial: su materialización en este estudio

Una vez transcrita toda la información obtenida, se realizó la codificación abierta, que consiste en revisar todo el corpus de datos y categorizarlo con los códigos de más bajo nivel inferencial posible, esto con la finalidad de recoger el punto de vista de los participantes. Por ejemplo, a la siguiente unidad de significado se la categorizó como

*Acción desde la empatía:*

*Enf1: El veintiocho de marzo, una revisión a una niña de dieciocho meses que la niña no camina, tiene un hermano de tres años y suponemos -hablando con la madre- que el niño le ha empujado, le ha dado un susto y no quiere caminar. Ahora la niña gatea y está súper bien, no tiene retraso psicomotor. Yo le dije a la madre: "No te agobies, dentro de unos días te llamaré y si empieza a caminar me llamas tú". Bueno, como del día veintiocho no tenía noticias, ayer que era día dieciocho ¿no?, yo le llame y le digo: "¿Anda o no anda Ester?" y dice: "No nena, no, no camina, no camina". Y la madre se comenzó a preocupar. Y le digo: "Tranquila, está bien, le vamos a dar tiempo hasta el día veintinueve, que hace los diecinueve meses y ya te llamaré".*

(RSA ENF1:61)

Este código abierto se define como:

Acción o intervención en la cual el profesional intenta ponerse en la situación de la persona que requiere de cuidado profesional. El profesional se posiciona en la situación con una visión particular.

La codificación abierta, primer nivel de análisis, refleja los conceptos de primer orden que implican la primera acción dialógica entre los participantes y el investigador.

De esta codificación ya integrada a continuación presento (en tablas individuales compuestas por tres partes) los datos de las categorías. En la columna superior izquierda aparece el nombre de la categoría y en paréntesis se encuentra el número de unidades de significado contenidas en la categoría en relación al total de las unidades identificadas. En la columna superior derecha se encuentra la descripción de cada categoría. En la fila inferior presento una unidad de significado (atingente) con el fin de otorgar el sentido a la reducción numérica y a la descripción:

<p>Acción desde la empatía (13/387)</p>	<p>Acción o intervención en la cual el profesional intenta ponerse en la situación de la persona que requiere de cuidado profesional. El profesional se posiciona en la situación con una visión particular.</p>
<p><i>Enf1: El veintiocho de marzo una revisión de una niña de dieciocho meses que la niña no camina, tiene un hermano de tres años y suponemos -hablando con la madre- que el niño le ha empujado, le ha dado un susto y no quiere caminar. Ahora la niña gatea y está súper bien, no tiene retraso psicomotor. Yo le dije a la madre: "No te agobies, dentro de unos días te llamaré y si empieza a caminar me llamas tú". Bueno, como del día veintiocho no tenía noticias, ayer que era día dieciocho ¿no?, yo le llame y le digo: "¿Anda o no anda Ester?" y dice: "No nena, no, no camina, no camina". Y la madre se comenzó a preocupar. Y le digo: "Tranquila, está bien, le vamos a dar tiempo hasta el día veintinueve, que hace los diecinueve meses y ya te llamaré".</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:61)</p>	
<p>Adaptación de los cuidados (11/387)</p>	<p>Todas aquellas situaciones o reflexiones que hacen referencia a aquellas "modificaciones de manual" que hace el profesional acto cuidado y que surgen de la experiencia</p>
<p><i>Obs: He visto que haces un canto después de la administración... aún con aguja puesta</i>  <i>Enf2: Sí. Lo hago porque como es subcutáneo es una forma en la que se absorba, que cuando la retiro, si lo hago muy rápido, la insulina que tú tienes no le has dado tiempo a que penetre. Entonces espero, cómo cuando estas en un stop. Hago un stop, me paro y me espero, porque si retiras rápido se elimina, si porque se sale, y canto: "un, dos, tres butifarra de payés". Y entonces me acuerdo cuando comencé a conducir, que te enseñan un stop, para, miro y paso. Pues más o menos esto es un stop.</i></p> <p style="text-align: right;">(REA ENF2:7)</p>	

Adquisición del saber para la práctica (31/387)	Referencia de la (el) enfermera (o) en relación a cómo cree que ha adquirido el conocimiento que hoy aplica en su actuar profesional.
<p><i>Enf1: A ver, vas aprendiendo día a día, todo lo que hemos hablado. Vas aprendiendo tanto en procedimientos como en actitudes. También porque a medida que avanzas en experiencia también vas avanzando en edad y evidentemente la edad también es un grado y vas adquiriendo también maneras de hacer, vas cambiando comportamientos- quizá más tolerante o menos- pero cambias. Cambias o la manera de vivir experiencias con tus enfermos y la vives de distinta manera y eso también te enseña o te emocionas más o menos. La vida es una escuela en todos los sentidos y para mí es una cosa que se cruza muchísimo. También es importante separar lo personal y lo profesional, pero que profesionalmente la edad y la experiencia te va entregando muchísimo.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:87)</p>	

Análisis del propio marco de acción (10/387)	Reflexiones de los profesionales frente a sus premisas de acción. Se les explicita cada principio o valor que aparece implícito en su acción los profesionales reflexionan en torno a ello.
<p><i>Obs: ¿Qué significa esto para ti, que esté impregnado en tu trabajo...?</i></p> <p><i>Enf3: ¿Todo eso? Vital, yo creo que es mi núcleo... mi centro, mi epicentro, mi guía, eso, lo que has dicho, todo, es lo que me mueve a trabajar a hacer a como soy a... todo.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF3:63)</p>	

Calma durante el cuidado/práctica (7/387)	Acción bajo una actitud constante de tranquilidad. Demostración que se tiene el tiempo y la dedicación completa y exclusiva a la situación vinculada a la persona que recibe el cuidado en ese momento
<p><i>Enf3: Cuando más calma transmitas y más sensación de quietud mejor será la respuesta del paciente. Un paciente adrenérgico que se ahoga y si tú entras gritando en una situación de estrés y todavía gritas más, el paciente se pone más nervioso y todavía respira peor. En cambio si entras y dices “venga, tranquilo, que vamos a andar mejor”. O “te vamos a dormir porque no respiras bien”, “te vamos a poner un tubo para...”. No es lo mismo que gritar, no es lo mismo, es que lo ves, el paciente te dice “lo vas a poner”, “te voy a poner un tubo”. ¿Un tubo?, que te digan eso ¿hay algo peor que eso? Si me lo dicen a mí se me sale el corazón de la boca. Pero si lo explicas, “ahora no respiras bien, ¿te das cuenta?, entonces te vamos a dormir y ponemos el tubo, con eso conseguimos que tus pulmones...”, el paciente te dice “vale” [lo dice como expresión de tranquilidad del paciente], no es lo mismo un paciente que se duerme así</i></p>	

*que un paciente que se duerme agitado, o desconcentrado, o desorientado. La respuesta del paciente incluso en su despertar no tiene nada que ver.*

*En las cirugías con extracorpórea el anestésico los duerme tranquilos. Los pacientes se despiertan tranquilos. Tú sabes cuando el paciente se despierta desorientado y agitado es porque se ha dormido nervioso, o se ha dormido mal. Lo sabes, lo sabes, es así.*

(RSA ENF3:59)

Cercanía con la persona en necesidad de cuidado (9/387)	Demostración de acercamiento y disposición permanente con la persona o familia en las situaciones vinculadas con la salud
---	---

*Enf3: Yo creo que los que nos caracteriza a los humanos es esa cercanía, esa capacidad de acercamiento, de empatía, de sensibilidad. Ponerse en el sitio del otro, eso es ser humano, una persona con humanidad. Yo creo que es básico para enfermería, esa premisa, estar al lado de la otra persona y poder contemplarla. Estar cerca de él.*

*Desde que ves al paciente y le dices "Buenos días" y le sonríes. Y preguntas sólo "¿cómo está?", no por el simple hecho de saber la clínica o la patología del paciente, sino que realmente saber cómo se siente. Desde ese instante cualquiera de los momentos que se dan, cuándo lo miras, cómo lo miras, la manera que lo mires, le sonríes, esa conexión es básica. Yo creo que le da al paciente una seguridad, una tranquilidad, una confianza que es básica.*

(RSA ENF3:49)

Claves para la comunicación eficaz con la persona y/o familia (18/387)	Referencias al modo y los detalles del cómo se relaciona la enfermera (o) comunicacionalmente con la persona que requiere de cuidados, durante la enfermedad o para prevenirla. Revela saberes experienciales, aplicaciones y sugerencias prácticas para la comunicación con la persona y familia en necesidad de cuidado.
--	--

*Enf1: Que no haya tecnicismos, que como mucho este la palabra fontanela, mientras tú escribirás fontanela tal y tal. Tú tendrás que explicar: "Mira ahora que está tranquila mira cómo se mueve, eso es normal, y si llora se pondrá así". Cercano, explicarles con lenguaje cercano y, lo más importante, interactuar mucho con ellos.*

(REA ENF1:2)

*Obs: ¿Cómo estaban los familiares?*

*Enf2: Muy preocupados*

*Obs: ¿Qué hiciste tú?*

*Enf2: Tranquilizarlos*

*Obs: ¿Cómo?*

*Enf2: Informándoles, que aún no sabemos el origen, pero que va bien y los exámenes que se han hecho. Yo entiendo que se preocupen porque si ya sabes que es lo que tiene te despreocupas pero creo que es más preocupante no saber que tiene.*

*Obs: ¿Qué usaste con ellos para comunicarte?*

*Enf2: Acercamiento*

*Obs: Yo vi una comunicación inmediata. De hecho, te avisaron que ellos estaban preocupados y fuiste cuando llegaste ellos esperaron, eso aumenta la tensión de los familiares.*

*Enf2: En un principio...*

*Obs: ¿No te complicó?*

*Enf2: No, son familiares, hay que tranquilizarlos con lo que se sabe.*

*Obs: ¿Y el humor?*

*Enf2: ¿El humor? Lo hago inconsciente. Yo creo que hay que ser serio, pero ser amable y contento eso facilita la tranquilidad del paciente. Hay que ser serio pero no estricto.*

*Obs: El efecto fue inmediato, se calmaron...*

*Enf2: Sí, se dejaron. Hay cosas que se hacen de forma involuntaria. Quizá lo he aprendido, pero he visto que con una sonrisa o una buena actitud es mejor que una forma agresiva o asertiva antes que pasar de las cosas. Que uno se interese es importante para ellos.*

*(REA ENF2:12)*

<p>Colaboración con la autonomización (12/387)</p>	<p>Hace referencia a la acción permanente de dar la responsabilidad del cuidado de la salud a las personas. Abandono del paradigma paternalista en salud</p>
<p><i>Enf1: O sea, que sin ser obeso, obeso espectacular, pero sí que tiene una desviación importante ya con catorce años. Y aparte que a lo mejor es que hablando con él, ya has visto es que come todo lo que engorda, y es que es claro si todo lo que engorda esta riquísimo, pero no le va bien por su crecimiento.</i></p> <p><i>Obs: ¿Y qué hiciste tú en relación a eso?</i></p> <p><i>Enf1: Responsabilizarlo a él. Darle la caña pero no pescar los peces. Decirle: “mira, tú tienes éste abanico de posibilidades, pero la decisión es tuya. Si tú quieres tirar adelante...”. Aparte del riesgo cardiovascular, en este caso, él tiene un amigo, muy amigo que tiene diabetes. Entonces, igual por ahí puede engancharse, de cambiar de hábitos, de comer más verdura. A ver, pero no se trata sólo de comer más verdura y verdura, sino de comer de todo-que es lo que él no hace- y que deje de comer las cosas que no son necesarias. Y que no quiere decir que no se coma más una bolsa de patatas - pobrecillo - pero que no sea una comida habitual, a mí tampoco me gusta insistir: “¡Tienes que comer verduras, es que debes comer fruta!” Eso a mí no me gusta, “es que tienes que comer diferentes cosas, fruta, macarrones, es que tienes que comer diferentes cosas, pero de todo”. Y por eso ya le he dicho, que era su responsabilidad.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(RSA ENF1:30)</i></p>	

<p>Conocimientos acerca de la persona y/o familia (11/387)</p>	<p>Situación o reflexión que demuestra que la (el) enfermera (o) conoce a la persona y/o familia a quien brinda el cuidado profesional. No se refiere a un</p>
--	--

	conocimiento personal social sino más bien a un conocimiento específico que hace que la (el) enfermera (o) pueda dar un cuidado integral a la persona. Incluye conocimiento del entorno y de la situación de vida.
<p><i>Enf1: Entonces a raíz de ahí hablando con la niña, hablando con la madre - estuvimos casi cuarenta y cinco minutos eh- salió la madre llorando, me explico el problema que tiene con su hijo de seis años, más con la niña que lo lleva mal. Al final llegamos a un pacto, con ella, con la niña y cómo actuar en la situación. Si sigo un protocolo no les doy ninguna solución. Yo les voy a hacer un seguimiento porque quieren que lo haga y ya está. Si sigo un protocolo se va a la casa y deja de comer bollerías, chocolates y no sé qué más pero no solucionas el problema. Obs: ¿Cómo lograste llegar a la causa?</i></p> <p><i>Enf1: Porque, no sé, me parecía que... los conocía desde hace tiempo. Los atendí de bebé y la familia confía en mí. Y hubo un momento que le pregunté si se habían separado los padres, o si había alguna muerte o algo que a la niña le estuviese haciendo sentir mal. Y fue cuando la madre sacó toda la historia y pudimos hablar con la niña y la madre.</i></p> <p style="text-align: right;">(REA ENF1:36)</p>	

Cuidado ejercido bajo una mirada integradora (6/387)	Preocupación, evaluación, observación y acción en todas las situaciones o sucesos que ocurren en una persona en estado de enfermedad durante una hospitalización ya sea de algo físico menor a algo mayor o emocional, ya sea un detalle que pareciera ser menor hasta una situación compleja. Denota que no hay situación que debe ser ignorada en relación con la persona
<p><i>Enf3: ¿Mi prioridad? Yo suelo apuntarlo todo, no suelo dejar nada, porque cualquier información en el parte de pacientes críticos es importante. A veces la gente deja de lado las apendicetomías o intervenciones así, menores, y después el paciente de UCI suele dar muchos problemas con apendicitis o vesículas que se inflaman. Si ya tienes el antecedente que se ha operado de una cosa o la otra, tú ya eres capaz de dirigir la observación. Por ejemplo [refiriéndose a un antecedente del caso] “crisis comiciales en la infancia”, hay gente que quizá no lo pondría, pero en el contexto ahora me parece importante; o yo que sé, una hiperuricemia, el paciente ahora tiene los dedos así [con lesión descamativa y hematoma] y el médico viene y te pregunta. Si tú tienes la información descartas muchos problemas o muchas pruebas complementarias. O que el médico se esté rompiendo la cabeza en busca de información, no sé, lo de la insuficiencia mitral o la tricúspide o la miocardiopatía dilatada que tiene el señor, o si tiene las extremidades con edema o empieza a bajar la presión. Tiene una presión de eyección correcta pero ya vas con la mirada más dirigida. Igual en el contexto de su patología de ingreso no es tan importante [problema encefalopatía y post quirúrgica por várices esofágicos] pero no sabes cómo se va a comportar o cómo se desarrolla la situación. Si es importante tener todo o, por ejemplo, si haber leído que en varias de sus patologías dice que “no sigue el tratamiento”. No sabes si va a colaborar o no, o qué va a pasar. Para mí es importante valorarlo todo.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF3:17)</p>	

<p>Detección precoz de alteraciones en el curso de la salud o la enfermedad (4/387)</p>	<p>Evidencia de la habilidad de detección de problemas. Lograr ver algo que no parece visible. La detección precoz de alteraciones repercute en la evolución tanto de la salud cómo de la enfermedad de las personas</p>
<p><i>Obs: El caso de tu paciente que no iba bien en su desarrollo psicomotor.</i>  <i>Enf1: Sara.</i>  <i>Obs: Esa situación del “hay algo que no va bien” ¿Cómo podríamos definirla?, ¿Qué cosa es?</i>  <i>Enf1: Eso, definirlo, no se puede definir. Es algo que yo creo depende de lo receptiva que tú seas o del feeling. No todo el mundo lo tiene, no todo el mundo sabe ver que no va bien algo que no va bien. Y yo... lo hablamos... es algo que es ¿qué es?, no lo sabes, hay algo que no va bien y... yo que venía de primaria. Haber estado en UCI u Hospital, eso te ayuda un montón. Eso es básico, y luego tanto en el hospital cuando había algo que no iba bien, lo sabía. Pues porque como que lo percibes... es una cuestión que... quizá muy fantasioso ¿pero sabes? Cuando ves esas películas que viene el fantasma con la nube que notas que hay algo en el ambiente que no va bien, hay algo que te está avisando y no hablo de un niño que este monitorizado y todo eh, incluso así, los monitores puede que no te digan nada pero sabes que hay algo que no va bien. Y en primaria pues es por la experiencia hospitalaria, los sustos que he tenido en primaria los veo por la experiencia que tuve en hospital.</i>  <i>Obs: ¿Cuántas veces te ha pasado eso “no va bien”?</i>  <i>Enf1: En primaria poco, pero en general mucho y familiar también eh...</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:62)</p>	

<p>Dialogando los conocimientos para el cuidado de la salud (9/387)</p>	<p>Conversación de tipo reflexiva acerca de los conocimientos para el cuidado de la salud ocurrido entre la(el) enfermera (o) y las personas en situación de enfermedad o que requieren información para el cuidado de su salud</p>
<p><i>Obs: Un caso que me ha llamado la atención es el caso de Noa. Ella venía a control de peso y cuando se iba te dice la madre: “¿Cuándo le pongo los zapatos con suela?”</i>  <i>Enf1: Sí, cuando estaba allí [señalando el lugar]</i>  <i>Obs: ¿Qué hiciste tú?</i>  <i>Enf1: Primero yo normalmente, como venía a control de peso, vi que venía con unas bambas [zapatillas] ¡una monada de la muerte!, y tiene ocho meses... dije [hablando para sí misma] “bueno, no digas nada, un día que venga sola -porque venía con la tía- cuando venga a los nueve se lo diré”.</i>  <i>Cuando vienen a revisión normal y vienen con zapatitos, les pregunto “¿por qué viene con zapatos?”. Y me dicen, “porque hace frío, porque me gusta, porque es mono, porque no sé qué...” y les digo “quítale un zapato y mira que hace con el pie, ¿lo veis?”. Pues es verdad porque les pregunto “¿y los zapatos para qué son?” Y todo el mundo</i></p>	

*me responde “para andar”, “¿anda?” “no”. “Entonces no necesita zapatos”. Entonces ya está, no se los ponéis, y los guardan en la vitrina. Es lo que hice con ella, lo que hago habitualmente, eh.*

*Les hago reflexionar para qué, no es aquello que le dices “no le tienes que poner zapatos” es para que lo vean. Sino salen de aquí y se lo van a poner. Si en cambio han visto que el niño no mueve igual el pie con zapato que un pie sin zapato van a decir: “Sí, ella que diga lo que quiera y yo haré lo que me da la gana” entonces ven y ven que es beneficioso.*

(REA ENF1:6)

<p>Elaboración de saberes en la práctica profesional (30/387)</p>	<p>El profesional, desde su propia experiencia, reconoce que en la práctica profesional se generan saberes. En variadas ocasiones corresponde a un conocimiento teórico que al ponerlo en práctica evidencia una nueva riqueza y se incorpora como un saber práctico</p>
<p><i>Enf2: El equipo de enfermería es un conjunto de profesionales que poseen los mismos conocimientos pero que se amplían cuando estás en un mismo servicio durante un tiempo más prolongado. Cuando se incorpora un nuevo profesional que no es experto se encuentra vulnerable y tiene que trabajar más para poder llevar acabo los mismos objetivos.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF2:29)</p>	

<p>Entrega constante de información necesaria para la persona (2/387)</p>	<p>Referencia a todos los actos que el profesional realiza con el fin de entregar información relevante y pertinente para la persona en situación de enfermedad.</p>
<p><i>Enf3: Cuando un paciente sabe de su situación, generalmente- siempre hablamos en general pues hay excepciones- generalmente tiende a colaborar más contigo. Si tú tienes a un paciente nervioso y le dices “¿tienes un poco de dolor? Es normal, es que te han operado, han abierto, te han hecho tal, te han hecho cual”, quizás le haces comprender mejor la situación y al comprender el paciente se relaja y dice “claro, ella me entiende, me está entendiendo y es lo que estoy sintiendo”. Entonces se ve más comprendido, se ve más contemplado.</i></p> <p><i>El paciente que está muy nervioso, desorientado, está agitado, no sabe dónde está y dices “tal, estamos aquí, yo soy tal”, le narras un poco la situación. Si lo que está viendo realmente es lo que tú estás diciendo, le vuelves a la realidad y confía en ti. Vuelve a ser lo mismo, la capacidad de confianza del paciente en ti. Yo creo que es básico, que no vea que lo estás engañando. La falta de confianza de un paciente al personal sanitario es terrible, jamás hará un tratamiento como Dios manda, jamás se comportará de acuerdo a una situación clínica en la que esté. “Me está mintiendo”, “igual no me está diciendo la verdad”. Un paciente informado, consciente de la situación, colaborará siempre más contigo, sea buena situación, le ayudará a evolucionar mejor o sea mala la situación diciendo: “Voy a estar quieto, intentaré estar tranquilo, no voy a mover la pierna porque esa máquina me está ayudando a filtrar, el riñón, que es lo que yo necesito...”.</i></p> <p style="text-align: right;">( RSA ENF3:51)</p>	

Formas de sentir en el quehacer profesional (25/387)	Se incluyen las emociones, sentimientos, sensaciones que los profesionales refieren o que el observador constata en las acciones diarias.
<p><i>Enf1: No todo es tan bonito, también hay tensiones, tristezas y frustraciones, y por eso también hemos de tener mecanismos que nos protejan y que protejan a nuestras familias. El papel facilitador es clave, sin dejar que las familias tomen su propia responsabilidad, pero sí que les hemos de facilitar el camino.</i></p> <p><i>Nuestra autoprotección debe basarse principalmente en el trabajo en equipo. La frase de que “la reina debe ser honrada y además parecerlo” se puede adaptar muy bien a nuestra profesión. No estamos por encima de nadie, el poder de la bata blanca es un concepto que hemos de descartar, somos profesionales de la salud igual que nuestras familias son profesionales en otros campos.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:49)</p>	

Implicación activa y orientada hacia la mantención o pronta recuperación del bienestar (7/387)	Situación en la que la (el) enfermera (o) pone todos los medios conocidos por ella (el) para que la persona pueda tener un cambio positivo en relación a su situación de salud o enfermedad. El profesional aúna criterios de gestión, de asistencia, de educación con el fin de favorecer la recuperación de la salud o del bienestar de la persona. Esta acción se realiza en el momento adecuado, es dependiente de una constante observación de las capacidades y situación particular de la persona
<p><i>Enf3: En cuanto empezó a recuperar en lo más mínimo de que se sentara, ponerle la cánula de plata, que tragara, ansiaba, tenía ansia por ver eso de prisa, siempre siguiendo una norma. Pero mi ansia era sacarlo como fuera de la UCI. Porque después, al sacarlo a la semana de sacarlo de la UCI se fue a su casa y estuvo en la UCI setenta y cinco días... La UCI ayuda pero la UCI mata y todo lo que se alargue en la UCI es en mal para el paciente. Cuarenta y ocho horas más en UCI es disminuir la supervivencia del paciente...</i></p> <p><i>Obs: Colaborar con la evolución del pacientes es básico para enfermería ¿no?</i></p> <p><i>Enf3: ¡Es básico!</i></p> <p><i>Obs: Y la enfermera pone un...</i></p> <p><i>Enf3: Una cucharada gorda... muy gorda. Por ejemplo, en este paciente a mí no me interesaba que se estuviera quieto. A mí me interesaba llegar a las ocho de la mañana, sentarlo, y no aguantaba. Tú imagínate después de tantos días en cama. ¡Tenía una hipotonía! ¡Unos músculos! Pero a mí me interesaba sentarlo en la cama. Si a la media</i></p>	

*hora tenía que volverlo a echar volverlo a echar, si a la media hora tenía que volverlo a levantar, volverlo a levantar. ¡Me interesaba moverlo y lo hacía! Eso sí, después se iba relajando a lo largo del día... pero a mí me interesa hacerlo. Ese es mi trabajo...  
Obs3: Te interesa, ¿por qué?, ¿qué te inspira a hacerlo?  
Enf3: ¡Porque yo estudié para salvar vidas! En el término de enfermería, en mi estructura, pero yo estudié para salvar vidas, para salvar vidas, para sacar adelante a la gente. No para dejarlos ahí postrados. Para jugármela, para decir “oye, ¿por qué no le ponemos la cánula de plata?”, “es que no sé, es que... bueno, vamos a pensarlo”... Y otra vez intentarlo. Una vez empujó al médico otra vez el médico me empuja a mí.  
(RSA ENF3:30)*

<p>Individualización en el acto de cuidar (21/387)</p>	<p>Acciones o referencias directas e indirectas del profesional que revelan que está entregando un cuidado único y particular a la persona.</p>
<p><i>Enf1: Yo como paciente no quiero una persona que me sepa hacer un electro -que también- pero que sí que a lo mejor, que si estoy angustiada y me hacen el electro por eso a lo mejor si tengo a alguien al lado que me habla, me tranquiliza, que me escucha a lo mejor luego ni me hace falta el electro... y ya está. Y yo lo he vivido, en una guardia, en personas que no conocía, en un ataque de ansiedad, como era una persona que ya tenía antecedentes de problemas respiratorios se pensaban que era una bronquitis asmática y no, no, era una crisis de ansiedad, me senté a su lado en la camilla y ella con el ahhhh, ahhhh [imita sonido emitido por un paciente con dificultad respiratoria notas contextuales de la investigadora no en cursiva]. Le puse las manos así, no pasa nada, y bueno... se quitó la mascarilla ella sola, me miró y me dice ¿Tu mañana vas a estar?... Es que es eso, era una crisis de ansiedad, no una bronquitis asmática, eso es lo que pienso que hay que enseñar... (RSA ENF1:83)</i></p>	

<p>Interpretación de las necesidades de la persona (2/387)</p>	<p>Modo de enfrentarse a las situaciones en la cual se logra captar lo que la persona requiere o necesita y adaptar ello a la situación con el fin de brindar un mejor cuidado y que la persona que lo necesita logre un bienestar</p>
<p><i>Enf3: A ver, en la UCI el paciente está en la situación que nosotros llamamos de desuso. Es una situación en que físicamente la persona está en crisis, en situación de no poder hacer nada orgánicamente hablando. La enfermera lo que hace es un rol de suplencia, en todo lo que pueda hacer, física y a veces psíquica.  Entonces todo lo que pueda hacer de cualquiera de los dos parámetros, cualquier respuesta, la que le puede suplir en la UCI es la enfermera o la que le puede ayudar a expresarse o a exteriorizar o a reconducir la situación es la enfermera. Es que en la UCI el paciente está totalmente dependiente, físicamente, está claro, no puede hacer nada, pues depende de una máquina, de otra máquina, de una medicación, de unos sueros... y psicológicamente, ¿quién puede ayudar? Es la enfermera. “Me duele la cabeza, tengo sed, ¿va a venir mi familia?”. O si está sedado y gesticula dolor, ¿quién</i></p>	

*puede ayudar en esa situación? La enfermera, que está veinticuatro horas al lado suyo, la que lo ve ocho horas seguidas, la que sabe que tiene dolor porque si gesticula en la cara, porque ha visto tres veces que cuando le tocan el brazo hace un gesto... claro, eres tú el vehículo. El médico que entra lo ve y hace una exploración de veinte minutos. No ha visto que los otros veinte o treinta o sesenta minutos cada vez que le levantan las sábanas se le pone el pelo así [hace gesto de acomodado del pelo], es que tiene frío, cosas de esas. Es que es necesario, estás ahí, eres tú el vehículo de todo eso.*

(RSA ENF3:54)

Lenguaje, forma y disposición para la educación para la salud (4/410)	Actitud tanto física y/o psicológica utilizada en una situación de entrega de conocimientos o dialogo sobre conceptos vinculados con la salud
---	---

*Enf1: Lo primero es el conocimiento. Porque no es aconsejable el uso del zapato, reconocimiento bibliográfico. Luego el acercamiento, o sea, el acercamiento. Para acercarte primero debes saber por qué no es aconsejable el zapato, y pues para acercarte al entorno y hablarlo y demostrarlo en vivo y en directo, qué hace un pie y el otro, es un continuo. Primero el conocimiento, luego lo pones en práctica y luego que participe la familia. No decir “esto no lo puede comer”. O sea, yo comeré lo que me dé la gana. O “no pueden llevar zapatos” ¿por qué no?, debes explicar, y que sepan por qué no, que realmente lo vean. No porque lo dice la Ana [refiriéndose a ella] o porque... no, no, que lo vean. Hay mamás que me dicen “yo no hago nada hasta que me lo digas tú”. No, no, yo soy la enfermera de tu hijo, pero a ver... yo siempre les digo no hay blancos ni negros, hay grises y no quiere decir que en esa escala estés mal, cada uno puede estar ahí, no imponer.*

(RSA ENF1:11)

Medios utilizados para brindar el cuidado (9/387)	Todos los saberes, creencias, valores, teorías a los cuales el profesional refiere recurrir para brindar el cuidado
---	---

*Enf2: Si él te trata agresivamente y tú lo tratas igual aumentarás el conflicto. Es importante usar la asertividad para decir las cosas, pero intentando tranquilizar, pues de lo contrario aumentamos más la conducta y no podemos negociar* (RSA ENF2:34)

*Obs: ¿Qué medios utilizas para estar ahí todos los días, atenta a la necesidad del paciente?*

*Enf3: Mi vocación, no utilizo nada más. Es querer hacer todos los días que el paciente salga adelante.*

(RSA ENF3:40)

Modos de actuar frente a la falta de conocimientos para la práctica (7/387)	Acciones que realiza la (el) enfermera (o) cuando desconoce un procedimiento o alguna información para la atención o cuidado de las personas
---	--

*Enf2: Siempre que desconozco alguna técnica o cura no dudo en buscar recursos como compañeros, protocolos o intranet. Nunca he actuado sin conocimiento, no soy tan irresponsable de perjudicar al paciente por mi valentía.*

(REA ENF2:3)

<p>Modos de organización en y para el acto de cuidar (18/387)</p>	<p>Referencias de la (el) enfermera (o) a cómo se organiza para desempeñar una acción profesional ya sea el momento de la acción o previa a la acción</p>
<p><i>Enf2: ¿Qué cómo me ordeno yo?</i>  <i>Obs: Sí.</i>  <i>Enf2: Se mira los que se levantan, la dependencia. Hacemos la higiene. El señor de la 17, como tenía prueba, lo hicieron [se refiere al higiene del paciente] y luego vemos lo que necesitan menos atención.</i>  <i>Obs: Don Gabriel ¿qué prioridad tiene en la atención?</i>  <i>Enf2: El redón que no fuese abundante, la estabilidad. Por eso le hemos hecho primero la cama y que se siente. Luego a levantarse. Mañana irá a la ducha, porque el tono vagal.</i>  <i>Obs: ¿Y en la señora Estela?</i>  <i>Enf2: Mirar el nivel de conciencia, como tiene hematoma subdural, que no tenga desorientaciones, aunque tenga pañal y eso, pero que no vaya a más.</i>  <i>Obs: ¿Y en don Felipe?</i>  <i>Enf2: La cura, que este bien hecha, que no drene mucho. El color del exudado, que no sea purulento...</i>  <i>Obs: ¿En don Javier?</i>  <i>Exp2: Lo mismo, que siga con la misma evolución. Ver la orientación la coordinación de los movimientos...</i>  <i>Obs: ¿Y en don Jorge?</i>  <i>Enf2: Pues este señor que responda, que haga de vientre porque si no hace se molesta mucho. Y su estado neurológico, porque tuvo una hernia discal le tuvieron que hacer una laminectomía de C6 y C7. Y eso es lo que lo tiene una parálisis del lado izquierdo. Hay que ver el exudado y que tenga movilidad. Que no vaya a más... que recupere.</i>  <p style="text-align: right;">(RSA ENF2:38)</p> </p>	

<p>Ofrecimiento de información en contexto (2/387)</p>	<p>Modos por los cuales la enfermera(o) logra que la persona en situación de enfermedad, vale decir, una situación alejada de su situación o estado habitual o de confort; se mantenga conectada con su propia realidad e idealmente sin perder vinculación con su entorno</p>
<p><i>Enf3: La UCI es una especialidad muy realista. También lo da el que estés en una situación muy crítica, entonces no hay vuelta de hoja. En otras especialidades todo se matiza, parece que, como no estás en una situación crítica, no todo va tan mal, todo va un poco mejor. La sensación que tienen los pacientes, hasta que no llegan a la UCI, es “que estaba mejor”, “pues si iba bien”. Siempre digo lo mismo, “si estas en un hospital es porque no estás bien y si estas en la UCI es porque las cosas no van bien”. Y a los familiares les pasa lo mismo, “pero si iba bien”, “pero si comía”, “pero si caminaba”. Yo digo “Sí. Pero en el momento que llegamos aquí es porque las cosas no estaban bien o ya no están bien”. Creo que hay que mostrar la realidad, cruda y dura</i></p>	

*a veces. Pero hay veces en que si tiene que ser cruda y dura, pero hay que hablar claramente, ellos lo necesitan. Es la mayor libertad que les puedes dar.*

*Obs: Tú me dices eso “libertad, deben saber, tienen derecho...”*

*Enf3: Sí, tienen derecho a saber qué les pasa, cómo les pasa y por qué les pasa.*

*Obs: ¿Viene de la experiencia, del modo de ver la vida?*

*Enf3: Si, a mí no me gustan las cosas medias tintas, las cosas no claras. A mí me gustan las cosas claras, aunque me duelan. Porque entonces yo tendré la capacidad de decidir. Voy por aquí, o voy por acá o no voy o me salgo.*

*El paciente en la UCI no tiene el poder de decir... o si... habrá alguno que podrá decir “hasta aquí hemos llegado, no me pongáis más máquinas”. Que tenga esa libertad de decidir o que decida la familia, que tengan toda la información posible para que pueda decidir. No hay mayor libertad que la de poder decidir. ¿Cómo puede decidir? Con información, porque entonces no tiene libertad.*

*Si no informas, están dolidos, están contrariados, no colaboran, no quieren que les hables, no quieren que les digas... pero es lógico, una persona que no te dice la verdad no quieres verla.*

(RSA ENF3:53)

Percepción del rol que asume en el cuidado (11/387)	Evidencia del rol que el profesional cree o demuestra que asume en el cuidado profesional
<p><i>Enf3: El estado del paciente es responsabilidad mía. Yo soy responsable de que el paciente en la situación en la que está, esté lo mejor posible. Bienestar físico, psicológico, emocional, todo. Responsabilidad del médico, del fisioterapeuta que entra, de la enfermera, es tu responsabilidad (...).</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF3:52)</p>	

Percepción del trabajo en equipo (6/387)	Referencias directas al quehacer diario unido a un grupo de personas con características particulares, disciplinas diversas con un objetivo en común
<p><i>Enf1: Un médico es médico, yo no soy menor y la auxiliar no es menor que yo porque es auxiliar. Cada uno con su trabajo y evidentemente no puedo trabajar si no está el médico ni están las auxiliares. El tener un buen equipo es básico. Si no tienes un buen equipo no puedes sostenerte en el tiempo. Nadie va a salir bien parado, ni tu ni el paciente ni el equipo.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:93)</p>	

Preocupación de los detalles en y para el cuidado (26/387)	Acción que denota una preocupación constante por los elementos que informan una necesidad particular. Elementos particulares tanto de la situación, de la persona que requiere cuidados o del ambiente. Pone de manifiesto una observación cuidadosa.
<p><i>Enf1: La primera visita es muy importante. Si tú acoges bien en el primer contacto con la familia, eso es muy importante. Primero tener en cuenta... pero esto son cosas que sabes por incorporación o por intuición... tú sabes que la mamá es la que ha parido y tú como mujer sabes que estas más vulnerable. Entonces si hay una silla, que se siente la mamá. Ir recordando al papá que la mamá necesita cariño, que la mamá necesita que la mimen, que el bebé no necesita nada más que a la mamá, y esto refuerza la confianza. Haces la visita, le explicas lo que tengas que explicar, el ombligo, la lactancia materna, lo que ellos necesiten y que quieren saber, y escucharlos, y luego dejar abierta la puerta por tonta que les parezca, llamar aquí o preguntar por mí, y ya está y de ahí van solos.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:85)</p>	
Procesos de estandarización en el trabajo diario (16/387)	Referencia directa a los procesos de estandarización utilizados en la práctica profesional enfermera, tales como PAE, NIC, NOC, NANDA-I
<p><i>Enf1: Mucho arbolito y cosas, pero no te da información concreta o sea, supone más esfuerzo aún para enfermeras y pacientes. Los planes de cura te obligan a hacer el doble de trabajo, pedir nuevamente información... y es entonces como si no conocieras al paciente.</i></p> <p><i>Si hay algo nuevo que genere beneficios, todo bien. Pero si te genera pérdida de tiempo, no lo utilizo. No voy a perder el tiempo en tonterías. Mira, si lo ves son planes que no dicen nada. NIC, NOC, no dice nada. Mira pones vacuna y el plan genera... fomentar salud bucal [muestra en pantalla el programa informatizado] fomentar la nutrición... ¿qué han hecho? Ponen una vacuna... y que... ¡a mí que me lo expliquen!</i></p> <p style="text-align: right;">(REA ENF1:27)</p>	
Respeto por la individualidad (9/387)	Manifestación de consideración por la particularidad de cada situación que involucran personas y familia. Es una referencia directa al respeto por cada persona y familia
<p><i>Enf1: Ahora la gente se piensa que todas las personas deben ir a la Universidad ¿Por qué? No, hay gente que va, hay gente que no, hay otros valores de la vida que no es la Universidad. Ya está. Esto es lo mismo, la visita igual. Cada niño tiene su tiempo, cada familia tiene su tiempo y no solamente como tú dices del tiempo sino que su tiempo de crecimiento. A la que ves que algo no va bien, ya pasa a ser una patología, y ya lo ves. Pero si no, no.</i></p> <p style="text-align: right;">(RSA ENF1:72)</p>	

Respeto por la libertad de elección en salud (9/387)	Referencia directa de la (el) enfermera (o) en relación al derecho a la libertad de las personas para elegir y decidir en situaciones vinculadas con su salud
<p><i>Enf1: Yo con lo de la lactancia materna puedo ser pro pero soy muy pro mujer y hay algo que me fastidia mucho... yo cuando doy un taller a los futuros papás y mamás ya les digo a los papas: "Ustedes ahí no tienen nada que decidir, ni abuelos ni abuelas". Porque pienso que la mujer que es continente y contenido, es la que tiene que decidir si ella está bien. Bebé y mamá se entienden. Lo llevan bien de una manera plácidamente y tal, cap problema, hasta los seis meses lactancia materna exclusiva. Pero si en un momento una madre me dice "mira, estoy cansada", o ella como lo ha verbalizado "es que de verdad que hay noches que no duermo, que estoy de mal humor", no, yo he insistido en que la elección es de ella.</i></p>	
(REA ENF1:43)	

Tiempo de dedicación al acto de cuidar (6/387)	Referencia directa al tiempo que se utiliza y cómo se utiliza en la acción profesional
<p><i>Enf1: Lo que me comentabas antes del tiempo por visitas... Yo para cada tipo de visitas como esta tengo veinte minutos. Y ellos han entrado a las cuatro y media y han salido... una hora. Mira, yo no llevo ni reloj pero vamos haciendo y según las necesidades lo haces. Hay visitas que pueden ser de veinte minutos pero hay otras de una hora y tienen veinte minutos. Pero le dedicas el tiempo que necesitan por paciente. Por ejemplo nuestros pacientes, si son nuestros desde siempre, ellos ya saben que normalmente vamos con retraso pero saben que cada uno, cuando ingrese tiene su tiempo. Y por eso no hay nadie que te apure, cada uno tiene el tiempo que necesita.</i></p>	
(REA ENF1:45)	

Utilización de la observación en y para el acto de cuidar (12/387)	Situaciones o referencias directas a la utilización de la observación en la acción y antes de la realización de la acción
<p><i>Enf3: Lo más importante es observar al paciente, hasta el último detalle en la situación de un paciente, es que te lo dicen todo, te lo dicen todo, yo sé... cuando llega un paciente de un ingreso... por ejemplo yo ahora tengo un paciente neurológico de un hematoma subdural crónico que se agudizó. Hizo un... de una descompresora, por la forma de despertar del paciente, yo ya le dije ayer a la doctora "no va a despertar bien, no va a despertar bien" y no está despertando bien... no me digas "¿Qué?"... pero hay signos, formas de... de... moverse el paciente, de toser, de expresar, que te lo dicen, te lo dicen. Te dan mucha información y en la evolución de los pacientes pasa lo mismo. Un paciente de cirugía cardíaca lo ves que cuando llega no habla, sangra, o no sé qué. No es la pauta normal, hay algún signo o síntoma clínico que te indica que no, que algo se va a alargar.</i></p>	
(RSA ENF3:29)	

Valor asignado a los procesos de estandarización (18/387)	Valor que el profesional asigna a los procesos de estandarización utilizados en la formación y en la práctica profesional en enfermería, tales como: PAE, NIC, NOC, NANDA-I
<p><i>Enf1: El PAE lo puedes hacer cuando estás estudiando, luego tampoco te sirve para nada, porque resulta que cuando estas estudiando te piden el PAE de un enfermo y la realidad que te das de bruces es cuando acabas la carrera te dan el titulito y si tienes suerte al día siguiente eres enfermera y vas a trabajar a un hospital y te encuentras que tienes que llevar a catorce o veinte enfermos que tienes que cuidar; y ve a hacer el PAE de catorce o veinte enfermos como te han enseñado en la escuela... bueno... como empieces el primero y acabes el segundo, ya han pasado tres días. O sea, no tiene sentido.</i> (RSA ENF1:79)</p> <p><i>(Refiriéndose al PAE)</i>  <i>Obs: Yo he visto que lo usas para vaciar lo que ya hiciste...</i>  <i>Enf2: Exactamente. Es como un registro. Pero puedo hacer más cosas y no... en realidad no lo uso.</i> (REA ENF2:4)</p> <p><i>Obs: ¿Qué te ofrece el PAE como profesional?</i>  <i>Enf3: A mí nada, absolutamente nada. Ni me ofreció nada cuando estudié, ni me ofrece dieciséis años después, que hemos llegado al NIC, NOC, NANDA... y jija no saben que más inventarse!! Y porque me lo tuve que estudiar para las oposiciones, [risas] porque si no... ¡¡vamos!!</i> (RSA ENF3:38)</p>	

Visión del vínculo teoría-práctica en enfermería (6/387)	Percepciones vividas en relación a la relación de los conocimientos impartidos en la formación formal en enfermería y aquellos reconocibles en la práctica
<p><i>Enf2: Sí, ni todo es teórico ni todo es práctico. A veces hay que ver las dos cosas. No se puede decir te he enseñado esto y ya está y lo practico desarrolla lo teórico. No, no. Lo teórico te puede ayudar para conocer, pero la práctica es fundamental. Por eso en enfermería se hacen muchas prácticas, pues es lo que más te favorece.</i> (RSA ENF2:64)</p> <p><i>Enf1: (...) tienen teorías del año de la... y no son para nada realistas. No se ajustan a las realidades de las demandas actuales de la gente. ¡Es que no se ajustan para nada! Te hablan del autocuidado, de la Orem, en primaria,... Señora... ¡ha cambiado!, la Señora Orem puede haber estado muy bien en su tiempo, ¡pero vamos a ajustarnos! ¿Ahora se puede? No, entonces olvidémonos de la Orem y de las teorías pasadas...</i> (RSA ENF1:101)</p>	

Haciendo una síntesis, en la siguiente tabla presento el listado de categorías, el número de unidades de significado contenidas en cada una (NUS) y la relación porcentual de estas con el total obtenido:

<i>Categorías</i>	<b>NUS</b>	<b>%</b>
<i>1.- Acción desde la empatía</i>	13	3,35
<i>2.- Adaptación de los cuidados</i>	11	2,84
<i>3.- Adquisición del saber para la práctica</i>	31	8,01
<i>4.- Análisis del propio marco de acción</i>	10	2,58
<i>5.- Calma durante el cuidado/práctica</i>	7	1,80
<i>6.- Cercanía con la persona en necesidad de cuidado</i>	9	2,32
<i>7.- Claves para la comunicación eficaz con la persona y/o familia</i>	18	4,65
<i>8.- Colaboración con la autonomización</i>	12	3,10
<i>9.- Conocimientos acerca de la persona y/o familia</i>	11	2,84
<i>10.- Cuidado ejercido bajo una mirada integradora</i>	6	1,55
<i>11.- Detección precoz de alteraciones en el curso de la salud o la enfermedad</i>	4	1,03
<i>12.- Dialogando los conocimientos para el cuidado de la salud</i>	9	2,32
<i>13.-Elaboración de saberes en la práctica profesional</i>	30	7,75
<i>14.-Entrega constante de información necesaria para la persona</i>	2	0,51
<i>15.- Formas de sentir en el quehacer profesional</i>	25	6,45
<i>16.- Implicación activa y orientada hacia la mantención y/o pronta recuperación del bienestar</i>	7	1,80
<i>17.- Individualización en el acto de cuidar</i>	21	5,42
<i>18.- Interpretación de las necesidades de la persona</i>	2	0,51
<i>19.- Lenguaje, forma y disposición para la educación para la salud</i>	4	1,03
<i>20.- Medios utilizados para brindar el cuidado</i>	9	2,32

21.- <i>Modos de actuar frente a la falta de conocimientos para la práctica</i>	7	1,80
22.- <i>Modos de organización en y para el acto de cuidar</i>	18	4,65
23.- <i>Ofrecimiento de información en contexto</i>	2	0,51
24.- <i>Percepción del rol que asume en el cuidado</i>	11	2,84
25.- <i>Percepción del trabajo en equipo</i>	6	1,55
26.- <i>Preocupación de los detalles en y para el cuidado</i>	26	6,71
27.- <i>Procesos de estandarización en el trabajo diario</i>	16	4,13
28.- <i>Respeto por la individualidad</i>	9	2,32
29.- <i>Respeto por la libertad de elección en salud</i>	9	2,32
30.- <i>Tiempo de dedicación al acto de cuidar</i>	6	1,55
31.- <i>Utilización de la observación en y para el acto de cuidar</i>	12	3,10
32.- <i>Valor asignado a los procesos de estandarización</i>	18	4,65
33.- <i>Visión del vínculo teoría-práctica en enfermería</i>	6	1,55
TOTAL	387	100%

**Tabla 12** *Categorías y cuantificaciones (NUS: número de unidades de significado)*

### 6.5.3 Codificación axial: su materialización en el estudio

Una vez finalizada la codificación abierta, se desarrolló la codificación axial en la que se vincularon categorías entre sí en función de sus propiedades y dimensiones. Se trata de reagrupar los datos fracturados en la codificación axial pero, esta vez basándome en los objetivos y las preguntas de investigación. Por ejemplo, la categoría *Utilización de la observación en y para el acto de cuidar* se une con otras similares tales como *Implicación activa y orientada hacia la mantención o pronta recuperación del bienestar*, *Claves para la comunicación eficaz con la persona y/o familia*, *Ofrecimiento de información en contexto*. Esta agrupación de categorías, vale decir, Familia<sup>57</sup>, se denomina como: *Recursos que se implican en el acto de cuidar*. Y corresponde a los saberes que el profesional reconoce como instrumentos o acciones necesarias en el momento de brindar cuidado.

Para presentar el análisis axial de los datos, descrito anteriormente, en la siguiente tabla se agrupan las metacategorías, sus definiciones y las categorías asociadas a ella:

METACATEGORÍAS	CATEGORIAS ASOCIADAS
<p><b><i>Educación reflexiva para la autogestión del conocimiento</i></b>  <i>Modo de transmitir los conocimientos a las personas.                      La reflexión sobre los contenidos educativos para el cuidado de la salud genera apropiación de los conocimientos y con ello un potencial de replicación.</i></p>	<p>Dialogando los conocimientos para el cuidado de la salud                      Colaboración con la autonomización                      Lenguaje, forma y disposición para la educación para la salud                      Respeto por la libertad de elección en salud</p>
<p><b><i>Particularismo en el cuidado de la salud</i></b>  <i>Integra todos los elementos que evidencian que el cuidado de la salud es único y particular</i></p>	<p>Adaptación de los cuidados                      Acción desde la empatía                      Calma durante el cuidado/práctica                      Colaboración con la autonomización                      Conocimientos acerca de la persona y/o familia                      Cuidado ejercido bajo una mirada integradora</p>

<sup>57</sup> Terminología existente en ATLAS.ti para referirse a las metacategorías.

*así como lo es la naturaleza de quien lo recibe y quien lo ejerce*

Entrega constante de información necesaria para la persona  
 Individualización en el acto de cuidar  
 Interpretación de las necesidades de la persona  
 Preocupación de los detalles en y para el cuidado  
 Tiempo de dedicación al acto de cuidar  
 Procesos de estandarización en el trabajo diario (oposición)

***Percepciones en y sobre la práctica profesional***  
*Los profesionales desde su experiencia profesional reflexionan y demuestran sus modos de ver la su propia práctica profesional enfermera, lo que han observado en su entorno y la vinculación de la teoría con estas practicas*

Adquisición del saber para la práctica  
 Análisis del propio marco de acción  
 Elaboración de saberes en la práctica profesional  
 Formas de sentir en el quehacer profesional  
 Modos de actuar frente a la falta de conocimientos para la práctica  
 Percepción del rol que asume en el cuidado  
 Valor asignado a los procesos de estandarización  
 Visión del vínculo teoría-práctica en enfermería

***Premisas implicadas en la acción profesional***  
*Valores y principios explícitos o implícitos (reconocidos por los profesionales) insertos en el acto de cuidar, en su organización y en la educación para la salud*

Acción desde la empatía  
 Calma durante el cuidado/práctica  
 Cercanía con la persona en necesidad de cuidado  
 Colaboración con la autonomía  
 Entrega constante de información necesaria para la persona  
 Individualización en el acto de cuidar  
 Interpretación de las necesidades de la persona  
 Preocupación de los detalles en y para el cuidado  
 Respeto por la individualidad  
 Respeto por la libertad de elección en salud

***El tiempo y el quehacer por y para el otro***  
*Saberes relacionados con la organización de un cuidado integrador y particular.*

Tiempo de dedicación al acto de cuidar  
 Modos de organización en y para el acto de cuidar  
 Percepción del trabajo en equipo

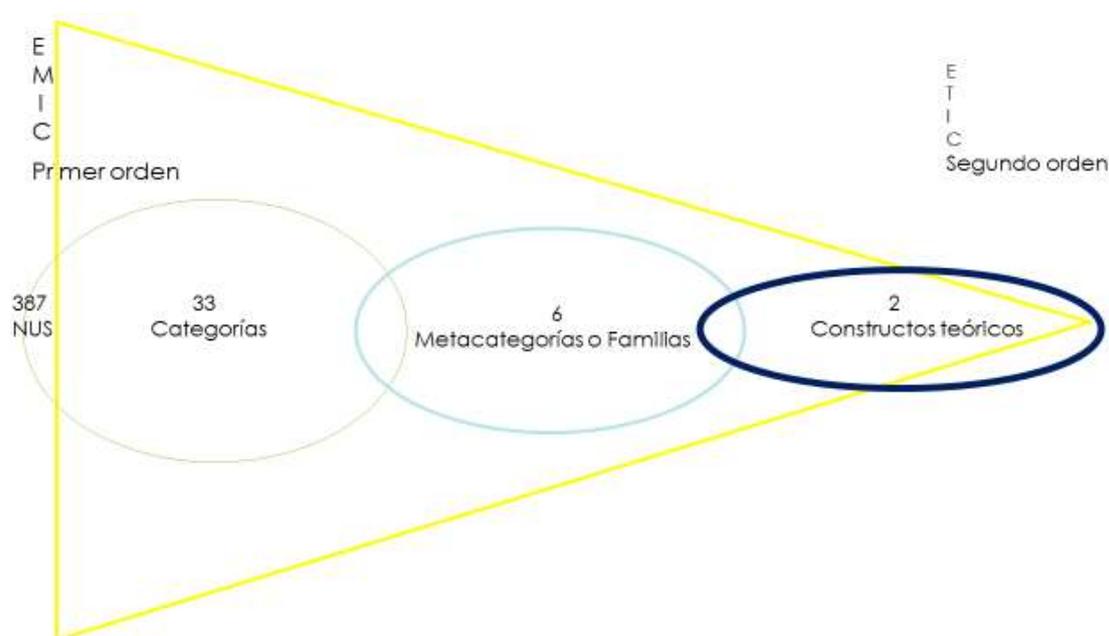
***Recursos que se implican en el acto de cuidar***  
*Saberes que el profesional reconoce como instrumentos o acciones necesarias en el momento de brindar cuidado*

Utilización de la observación en y para el acto de cuidar  
 Implicación activa y orientada hacia la mantención o pronta recuperación del bienestar  
 Claves para la comunicación eficaz con la persona y/o familia  
 Ofrecimiento de información en contexto  
 Medios utilizados para brindar el cuidado  
 Detección precoz de alteraciones en el curso de la salud o la enfermedad

**Tabla 13** Codificación axial de los datos (metacategorías y relaciones)

#### 6.5.4 Codificación selectiva: su materialización en este estudio

Por último, se buscaron enlaces finalmente concertados entre las metacategorías (crf. Strauss 1987, p.69); con el fin de elaborar constructos que representan el resultado de la unión de significados de los eslabones previos. En la siguiente figura, a modo de síntesis, represento visualmente este trayecto desde los datos a la conformación de teoría.



**Figura 14** *Interacciones de los datos en análisis cualitativo* (Fuente: elaboración propia)

Como puede observarse en la figura, el análisis ha transitado desde los conceptos de primer orden (la dimensión EMIC), que reflejan el punto de vista de los actores hasta los conceptos de segundo orden (la dimensión ETIC) que son los constructos que se refieren descriptivamente a los conceptos de primer orden pero que pertenecen al campo teórico y disciplinar del investigador. Con ellos más que silenciar el primer orden se busca aumentar su densidad respecto al sentido mediado por la rigurosidad investigativa (crf. Van Maanen 1983, Medina 2006).

El triángulo volteado (o lateralizado) intenta graficar una cuantificación de datos. En un principio tengo un corpus de datos representado por 387 unidades de significado (Altas.ti) iniciales que fueron subsumidas en 33 categorías. De ellas se obtienen 6 metacategorías y finalmente en dos constructos teóricos que constituyen el resultado de la investigación.

El tamaño de los círculos sugiere el número de datos que contienen, mientras su grosor grafica la densidad de significado, que va aumentando paso a paso. A su vez la unión entre los círculos representa la interacción de estos elementos.

En el estudio luego de un análisis de datos basado en la realidad, y bajo la utilización de una herramienta informática, fue posible identificar dos constructos centrales o distintivos con los que se puede ofrecer una colaboración para el aprendizaje en enfermería.

Parece simple pensar que una suma de categorías forma una metacategoría y luego la suma de ellas forma un constructo. Creo que no es así, el contenido de los saberes impregnados en la práctica clínica son complejos, se interrelacionan y todos los datos obtenidos finalmente están contenidos unos en otros. Acorde a los objetivos y la episteme del estudio puedo decir que el análisis cualitativo refleja la interrelación de los datos en función de su significancia, no como una sumatoria de las partes.

La integración e interrelación de los datos obtenidos generan - a modo de constructo teórico derivado del saber práctico de profesionales de enfermería- conceptos integradores que hacen sintonía con la dignidad tanto de quien ejerce como de quien recibe el cuidado profesional. Estos son:

1.- Saberes situados

2.- Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar

Sus definiciones y vinculaciones serán presentadas en la siguiente tabla. Un mayor desarrollo de estos se presentan en el capítulo de resultados.

El contenido de categorías y metacategorías en uno y otro no son absolutamente excluyentes. Considero que algunas categorías forman parte de más de una metacategorías. Del mismo modo, del cual una metacategoría podría formar parte de ambos constructos. En este análisis, los componentes de las premisas de acción (aunque son consideradas una metacategorías) se ubican también en otras metacategorías. En ello se hace evidente la integración de los conceptos. Esta cuestión la considero una fortaleza, ya que revela que la práctica enfermera es compleja y en una acción se encuentran implícitos saberes prácticos así como también (y dentro de la misma acción) principios, valores y virtudes.

Constructo	Metacategorías	Categoría
<p><b>Saberes situados</b>  <i>Saberes que surgen a partir del contacto con personas (en la práctica enfermera). Poseen una elaboración experiencial que transforma el saber formal en función de la diversidad y particularidad de los contextos.</i></p>	<p>Educación reflexiva para la autogestión del conocimiento</p>	<p>Dialogando los conocimientos para el cuidado de la salud            Colaboración con la autonomización            Lenguaje, forma y disposición para la educación para la salud            Respeto por la libertad de elección en salud</p>
	<p>Percepciones en y sobre la acción profesional</p>	<p>Adquisición del saber para la práctica            Análisis del propio marco de acción            Elaboración de saberes en la práctica profesional            Formas de sentir en el quehacer profesional            Modos de actuar frente a la falta de conocimientos para la práctica            Percepción del rol que asume en el cuidado            Valor asignado a los procesos de estandarización            Visión del vínculo teoría-práctica en enfermería</p>
	<p>El tiempo y el quehacer por y para el otro</p>	<p>Tiempo de dedicación al acto de cuidar            Modos de organización en y para el acto de cuidar            Percepción del trabajo en equipo</p>
	<p>Recursos que se implican en el acto de cuidar</p>	<p>Utilización de la observación en y para el acto de cuidar            Implicación activa y orientada hacia la mantención o pronta recuperación del bienestar            Claves para la comunicación eficaz con la persona y/o familia            Ofrecimiento de información en contexto            Medios utilizados para brindar el cuidado            Detección precoz de alteraciones en el curso de la salud o la enfermedad</p>

<p><b><i>Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar</i></b></p> <p><i>Representa el trasfondo e impulso para las acciones ejercidas durante el cuidado. Implica virtudes, valores y principios consistentes con el hecho de que, las necesidades (que ordenan el modo de ejercer el cuidado) contienen una particularidad en cuanto a quien las posee, en qué momento, bajo qué circunstancias y en qué contexto se presentan.</i></p>	<p>Particularismo en el cuidado de la salud</p>	<p>Adaptación de los cuidados Acción desde la empatía Calma durante el cuidado/práctica Colaboración con la autonomización Conocimientos acerca de la persona y/o familia Cuidado ejercido bajo una mirada integradora Entrega constante de información necesaria para la persona Individualización en el acto de cuidar Interpretación de las necesidades de la persona Preocupación de los detalles en y para el cuidado Tiempo de dedicación al acto de cuidar Procesos de estandarización en el trabajo diario (oposición)</p>
	<p>Premisas implicadas en la acción profesional</p>	<p>Acción desde la empatía Calma durante el cuidado/práctica Cercanía con la persona en necesidad de cuidado Colaboración con la autonomización Entrega constante de información necesaria para la persona Individualización en el acto de cuidar Interpretación de las necesidades de la persona Preocupación de los detalles en y para el cuidado Respeto por la individualidad Respeto por la libertad de elección en salud</p>

**Tabla 14** Integración de datos mediados por los constructos.

QUINTA PARTE *Resultados y conclusiones*

## CAPITULO 7: RESULTADOS

### 7.1 Introducción

Al iniciar esta investigación he planteado un problema que ha surgido desde mi experiencia como enfermera y como docente de enfermería. *La persistencia de un modelo pedagógico limitado y limitante en la formación inicial en enfermería, el cual surge desde la racionalidad técnica y genera un saber rígido, incompatible tanto con una docencia centrada en el aprendizaje, como con una asistencia sanitaria sensible a la singularidad y complejidad de la persona.*

Frente a dicho problema, han surgido una serie de interrogantes: *¿Qué saberes genuinos se encuentran integrados en la práctica de la (el) enfermera(o)? ¿Cómo se elaboran? ¿Cómo llevar a la educación universitaria los saberes que surgen de la acción profesional al enfrentarse reflexivamente a situaciones singulares, si estas difícilmente pueden reproducirse en el aula?*

Sensible a estas interrogantes he planteado los siguientes objetivos que orienten el estudio:

- *Identificar saberes que surjan desde la práctica reflexiva de los profesionales y que sean pertinentes para la formación inicial de enfermería.*
- *Reconocer los saberes integrados en la práctica profesional enfermera.*
- *Recoger y organizar los saberes profesionales en un conjunto compacto y consistente de contenidos para la formación inicial.*
- *Integrar el ejercicio profesional como fuente genuina de conocimientos en la formación inicial en enfermería.*

- *Fomentar la formación para el cuidado del ser humano desde el cuidado reflexivo.*
- *Colaborar en la revisión del ejercicio profesional.*

El problema, las preguntas y los objetivos señalados son inherentes a una motivación: Desvelar los saberes inmersos en la práctica clínica en enfermería, para una vez hechos visibles poder hacer un aporte a la formación inicial.

En este capítulo presento a modo de constructos teóricos, los saberes observados y evidenciados<sup>58</sup> mediante la reflexión en la práctica profesional de tres profesionales del cuidado enfermero.

## 7.2 Un preámbulo necesario, la multidimensión de significados

Antes de dar cuenta de los resultados me parece importante mirar el trasfondo de la investigación, que constituye un estudio que analiza la práctica de profesionales. Lo que ha obtenido son relatos llenos de riqueza, llenos de contenido significado por los participantes, valiosos segmentos de sabiduría práctica que contienen, según mi punto de vista, una variedad de dimensiones de significado.

La siguiente figura puede ayudar a explicitar esta diversidad semántica:

---

<sup>58</sup> Algunas de las evidencias (segmentos o unidades de significado) serán citadas en variadas ocasiones pues cada una de ellas encierra una multiplicidad de significados.



**Figura 15** *Multidimensión de significados*

Dar significado teórico a los resultados no es algo simple, pues los relatos poseen una riqueza de contenidos que son reflejo de un saber contextualizado, es decir, son la expresión de un saber complejo.

En el ejemplo, el profesional relata que si hiciera una acción por pautas o normativas, no descubriría las necesidades reales. La niña, en el caso, tenía un problema de sobrepeso, para resolverlo existen pautas de seguimiento y evaluación. Incluso existe la posibilidad de insertar *el problema* en el ordenador con un sistema de atención digitalizado<sup>59</sup>, este plantea un nomograma mediante el cual se debe *resolver el problema*. Pero es interesante advertir que, en esta ocasión, el profesional ignora esta posibilidad y se conecta con la situación, preguntándose a sí mismo y preguntándole al

<sup>59</sup> En los hospitales y centros de atención primaria donde se realizó el trabajo de campo cuenta con un sistema digitalizado de atención. En salud primaria es el E-CAP que corresponde a *L'Estació clínica d'atenció primària*, sistema informático que utiliza el ICS (Institut Català de la Salut) y en hospital es GACELA (o Gacela Care), que corresponde al sistema de *Gestió avançada de cuidados línia oberta* un software de cuidados. Ambos sistemas contemplan un plan de cuidados de enfermería estandarizado y digitalizado.

otro el por qué de la situación. Se constata que se trata de un profesional inmerso en la situación y que actúa en virtud de ello. Si intentamos ubicar el segmento del ejemplo en una sola categoría seguramente perdería su riqueza, es por ello que hablo del multisignificado de los segmentos, redes semánticas que colaboran con esta investigación.

Si intentamos fragmentar el segmento se pueden ver reflejadas las siguientes categorías:



Figura 16 Multidimensión, un primer paso

A la vez podríamos ver reflejo de las siguiente metacategorías (familias en ATLAS. ti):

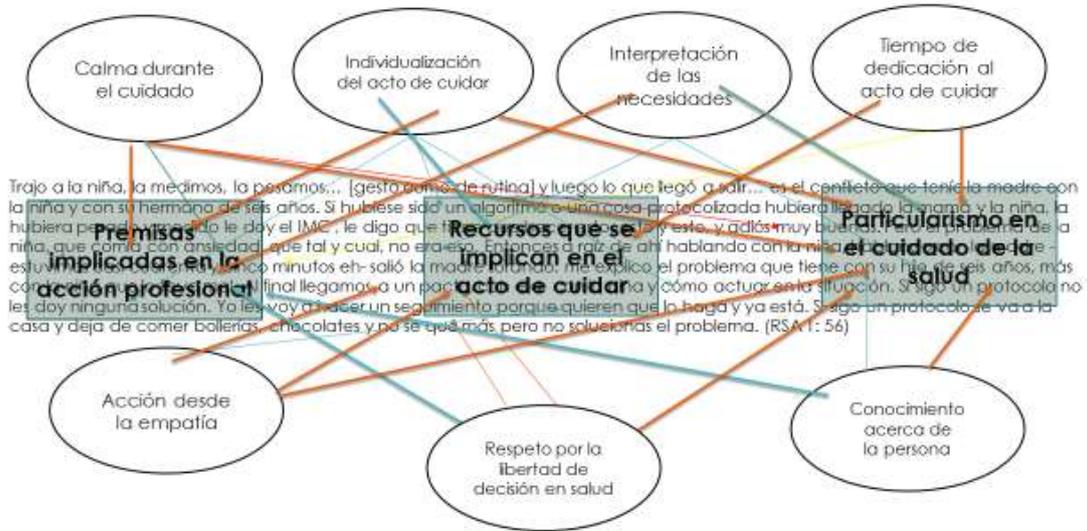


Figura 17 Multidimensión, un segundo paso

Y uniendo los elementos podríamos ver, en el segmento el reflejo de los siguientes constructos:



Figura 18 Multidimensión, un tercer paso

He podido vivenciar en esta investigación (y lo he intentado graficar anteriormente) el valor que puede tener para el saber enfermero un profesional reflexivo. Como tal, no es un profesional que *sólo sabe*: es un profesional que *reflexiona* y que transforma sus conocimientos desde el acto reflexivo. Desde la concepción tradicional, el profesional habitualmente supone internamente que él es quien sabe, y mantiene distancia con el *otro* para, de cierta manera, proyectar una imagen de pericia, interponer sus conocimientos y busca un estatus en la respuesta del cliente hacia él como persona. Por el contrario, el profesional reflexivo además de reconocer tener conocimientos, sabe que no es el único poseedor de ellos dentro de una situación busca conexiones con la persona que cuida (crf. Schön 1998, p.263).

Es por ello que si fragmentamos o desfragmentamos una unidad de significado podemos encontrar contenidos complejos. Y es que la expresión de un saber implícito en una acción y expresado por medio de la reflexión, que presenta características multidimensionales. Debemos considerar cada palabra, pues la experiencia a modo de sabiduría práctica está contenida en cada segmento del relato. Creo que haciendo visibles estos saberes de la experiencia ya es posible colaborar con la formación inicial. Es un paso, un reflejo de la profesión. La expresión escrita de un acto situado, puede ser leída y la lectura puede ser interpretada y bajo el criterio personal puede ser utilizada.

Después de este preámbulo aclaratorio, quisiera dar cuenta de una representación de los resultados obtenidos a partir de una experiencia reflexiva. Nos re-encontraremos con los mismos segmentos en variadas ocasiones, pues estos fueron observados y analizados desde prismas diferentes con el fin de distinguir y ratificar los múltiples

significados del saber expresado. Como queda claro en lo anterior, la motivación es conservar la riqueza de los contenidos propios de cada relato.

### 7.3 Los resultados a modo de constructos: saberes desde la realidad práctica del cuidado profesional.

Las horas de observación a un profesional que reflexiona durante la acción, han mostrado de manera generosa algunos aspectos del saber enfermero.

En primer lugar, podría calificar este saber cómo un saber de tipo práctico, como saber en la acción, un saber hacer. Luego de ver y sentir lo vivido puedo decir que el elemento fundamental que se evidencia corresponde a saberes que surgen del *contacto con personas en situaciones particulares*, saberes que se generan *en y desde* la realidad práctica. Una realidad con trasfondos personales. Saberes que, creo, son valiosos para un currículo enfermero que necesita desprenderse de los sistemas lineales de resolución de problemas y vincularse a los contextos. Es por ello que estos saberes se funden en dos constructos cualitativos, ambos se interrelacionan, no existe el uno sin el otro, apelo a una lectura dialogante entre ellos.

#### *1.- Saberes situados*

Saberes que surgen a partir del contacto con personas (en la práctica enfermera). Poseen una elaboración experiencial que transforma el saber formal en función de la diversidad y particularidad de los contextos.

#### *2.- Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar*

Representa el trasfondo e impulso para las acciones ejercidas durante el cuidado. Implica virtudes, valores y principios consistentes con el hecho de que, las necesidades (que ordenan el modo de ejercer el cuidado) contienen una particularidad en cuanto a quien las posee, en qué momento, bajo qué circunstancias y en qué contexto se presentan.

### 7.3.1 Saberes situados

Este constructo desvela, desde el contexto del cuidado profesional, saberes que surgen a partir del contacto con las personas. Respecto a este elemento, me gustaría sugerir que se constituye por una elaboración experiencial, que transforma el saber formal en función de la diversidad y particularidad de los contextos. A continuación fundamentaré esta afirmación.

En la vida profesional como enfermera y como docente he podido experimentar personalmente una falta de sintonía entre la teoría y la práctica. Aún más, como investigadora he podido corroborar que muchos estudios lo avalan: Conway (1994), Hatlevik (2012), Moss (2010), Chang *et al* (2002), Hewison y Wildman (1996), Benner (2010), Falk (2011)<sup>60</sup>. Más aún, a lo largo de la observación de los profesionales en sus lugares de trabajo, he visto con claridad que esa carencia de sintonía no era sólo percibida por la investigadora, sino que cada participante corroboraba dicha situación.

En el siguiente segmento se aprecia una referencia a la descontextualización de la enseñanza actual en enfermería, una necesidad sentida de ajustar los conocimientos con la realidad:

*Enf1: Yo pienso que las monitoras<sup>61</sup> se tendrían que adaptar, ser mixtas. Su parte asistencial y su parte docente... Sí, sí, porque o si no, tienen teorías del año de... y **no son para nada realistas. No se ajustan a las realidades de las demandas actuales de la gente**<sup>62</sup>. ¡Es que no se ajustan para nada! Te hablan del autocuidado, de la Orem<sup>63</sup>, en primaria,... Señora... ¡ha cambiado!, la Señora Orem puede haber estado muy bien*

---

<sup>60</sup> Temática desarrollada en el capítulo *Cosas dichas*.

<sup>61</sup> La profesional utiliza el concepto *monitora* para referirse de modo genérico a las enfermeras docentes (pertenecientes a la Escuela de Enfermería) realicen o no actividades con estudiantes en los campos clínicos. El término *monitora* ya no es utilizado. Actualmente existen denominaciones diferenciadas según actividad docente bajo los términos: *tutoras, profesoras asociadas, enfermeras referentes*.

<sup>62</sup> En adelante, a los segmentos (sean de entrevistas o notas) les he destacado algunas frases o palabras con **negrillas**, con el fin de destacar algunos aspectos importantes que se requieren según la importancia de ello en el punto que se esté desarrollando.

<sup>63</sup> La profesional se refiere a *Orem* haciendo alusión al apellido de Dorotea Orem una teorista de enfermería que desarrolla su teoría en el año 1971.

*en su tiempo, ¡pero vamos a ajustarnos! ¿Ahora se puede? No, entonces olvidémonos de la Orem y de las teorías pasadas...*

(RSA ENF1:101)

Por otra parte el profesional de asistencia secundaria hace una referencia acerca de los profesionales de enfermería que desarrollan su profesión en la academia, y una sugerencia a escuchar la práctica:

*Enf2: Si la teórica evoluciona a doctorado, intentar **a partir de lo que tenga de práctico** intentar integrarlo, **no son dos mundos separados, son dos mundos conjuntos** (...)*

(RSA ENF2:67)

Se reconoce que la teoría no se puede desvincular de la práctica:

*Enf2: (...) ni todo es teórico ni todo es práctico. A veces hay que ver las dos cosas. **No se puede decir te he enseñado esto y ya está** y lo práctico desarrolla lo teórico. No, no. Lo teórico te puede ayudar para conocer, pero la práctica es fundamental.*

(RSA ENF2:64)

Incluso existe dentro de la práctica una fuerte crítica a la utilización del PAE (cuestión que analizaré más adelante) como herramienta didáctica, y se hace explícitamente la sugerencia de acoger la práctica enfermera en la formación más que centrarse en estructuras lineales. Adicionalmente, y una cuestión que es eje de esta investigación, la profesional orienta su actividad al *cuidado de la persona y no de la enfermedad*. Este segmento revela el problema de despersonalización que encierra la utilización de procesos de estandarización en la enseñanza en enfermería:

*Obs: Cuando llegaban las alumnas a práctica y **ellas venían a hacer un PAE**. ¿Qué pasaba?*

*Enf1: No lo hacían. Yo les pedía que vieran cómo coger el parte, la medicación, que vieran como se organizaba la enfermera. **“Tú mira a la enfermera cómo lo hace, que es al fin y al cabo cuando termines la carrera lo que tendrás que hacer, que PAES e historias. Mira que ella está sacando la medicación, las dietas de casa uno, sin gluten, normal. Eso es lo que tienes que hacer. Ese es el PAE que tendrás que hacer de tú trabajo, no del que más te guste, no de la enfermedad más rara”**. Además, **se empeñan en escoger enfermedades, no pacientes**. ¿Son médicos? No, la enfermera no se debe ocupar de ese paciente porque la enfermedad es más rara. No, la enfermedad es de otra disciplina, no de tu disciplina. La enfermedad se la curaran o*

*no, tú te debes centrar en el paciente. Eso cuesta, cuando hablas con los alumnos te hablan de patologías: “he visto un niño que tiene...”, “he visto un niño que tiene...”, “¿y el niño como estaba?...” “ah estaba...”. ¡No se fijan!...*

*Es como cuando quieren hacer un proyecto de investigación. Lo primero que te preguntan es: “¿Qué muestra necesito?, ¿qué encuesta utilizo?” [risas]. La pregunta es: “¿Qué quieres saber?”. Claro, pues esto igual, **ellos van de prácticas y dicen de las patologías. Y les dices: ¿y el niño? ¿y la familia?** Y... no. Eso es compaginar. Pero pienso que las monitoras se deben reciclar. Tendrían que ser más asistenciales. Pienso que ahí... aquí se llaman Popes... **que tienen las teorías pero la realidad no la viven. No le puedes pedir a alguien nada que no se ajuste a la realidad.** La realidad es cambiante y como te digo, si antes tenías cuatro enfermeras en una planta ahora nada más tienes dos. No le puedes pedir a una alumna que te haga un PAE porque no, te tienes que ajustar. **Yo pienso que las monitoras se tendrían que adaptar, ser mixtas. Su parte asistencial y su parte docente.** (RSA ENF1:81)*

Lo que los profesionales evidencian es que, una vez dentro del mundo del cuidado, se encuentran con realidades diferentes a la teoría y deben enfrentarse a ella con una manera nueva a lo que realmente aprendieron en el aula.

*Enf3: (...) Mira, cuando al principio de empezar mi carrera profesional, mi trayecto, yo lo de la muerte lo llevaba así un poquito mal. Yo creo que fue Marta [enfermera jefa de servicio en ese momento] la que me dijo: “Es que la enfermera ayuda en la vida y a morir con dignidad”. Que ya nos lo habían dicho en la carrera, que Henderson lo decía, pero no lo había visto tan claro como en ese momento o, como lo he visto después en el trayecto profesional... (RSA ENF3:24)*

El profesional que reflexiona en su práctica<sup>64</sup> sabe que a medida que avanza el tiempo de trabajo debe ir generando nuevas formas de enfrentarse al día a día, porque este es cambiante. Es entonces cuando se ve concretamente que lo que se desarrolla en el trabajo diario forma parte de un conocimiento situado (en contexto). Porque en la práctica diaria existe un enfrentamiento permanente a cambios, incertidumbres, situaciones de conflicto (Schön 1998), que demandan la generación de estos conocimientos. Una evidencia de la incertidumbre que deparan las situaciones para enfermería es descrita por la profesional de salud terciaria de la siguiente manera:

---

<sup>64</sup> Llamaré *profesional reflexivo o profesional que reflexiona en su práctica* a los participantes de la investigación, quienes durante la misma se transformaron en investigadores de su propia práctica y fueron quienes aportaron con la expresión de sus saberes a estos resultados.

*Enf3: Lo que pasa es que un paciente te responde así, no quiere decir que otro paciente en la misma situación haciendo lo mismo responda igual. Y ahí es donde hay problemas en enfermería.* (REA ENF3:66)

Esta incertidumbre, situación de cambio constante, exige la necesidad de *adaptar* y *sintonizar* las acciones de las enfermeras. Este proceso genera saberes situados, que son los requeridos en las ciencias humanas en cuanto éstas conciben dicho proceso dentro de un ambiente social determinado. (Lave & Wenger 2008).

*Enf3: (...) Hasta que no estás delante de un paciente no lo ves. No puedes explicar. Explicar hipotéticamente los matices no creo que sirva.* (RSA ENF3:14)

Otro aspecto que es interesante señalar es que en el mundo de la práctica profesional enfermera, también, pude observar de cerca el *desarrollo permanente* de estos saberes. En efecto, no se trata sólo de un conocimiento práctico, autocontenido como una receta. Por el contrario, estamos frente a un conocimiento que absorbe la realidad del cuidado y se hace parte al ser conocido y reconocido y en muchas ocasiones reelaborado mediante la reflexión en y sobre la acción.

Un ejemplo de ello corresponde a esta reflexión realizada por la enfermera de salud primaria, donde comenta cómo planifica los cuidados para un niño con bajo peso:

*Obs: ¿Qué hiciste con éste niño? [niño con problemas de peso, recién atendido]*

*Enf1: Nada, la revisión<sup>65</sup>*

*Obs: ¿Algo extraño o diferente? ¿Y por qué lo citaste en un mes?*

*Enf1: Para darle tiempo a la iniciación de la complementaria*

*Obs: ¿Y eso dónde está escrito?*

*Enf1: ¿Esto?, en ninguna parte*

*Obs: ¿De dónde lo sacaste?*

*Enf1: **Lo saque de mí** [ríe]. Porque claro, si ahora yo lo cito para la semana que viene, los valores que me dé: puede ser que haya engordado cien gramos o dos kilos, pero a mí no me sirve. Porque **tiene que ser en el tiempo, que no esté comprometida su salud**, que no veas que está enfermo o desnutrido o... pero si es un niño que va muy bien, con un desarrollo psicomotor de cuatro cruces [ríe, y asiente como muy bien]*

---

<sup>65</sup> La respuesta espontánea del profesional a la pregunta *¿Qué hiciste?* es: **Nada**. Sólo al ser estimulada a la reflexión con nuevas preguntas, la profesional despliega un abanico de saberes implícitos en la acción. Esto parece ser una constante en las observaciones, la práctica reflexiva colabora con la expresión del saber implícito en la acción, y una vez expresado este, puede ser comunicado.

*para valorar necesito ese tiempo. Así podemos ver que ha introducido la papilla de verduras, que la acepte, a favor tenemos que ha aceptado la cuchara eso ya... la papilla de frutas a veces **no la quieren en éste tiempo porque está muy fría** y por eso les **he dicho que las pongan en un baño de agua caliente** y la de verduras y carne le gustará. **Y te da tiempo para valorar si es real el peso**. Si viene el día veinticinco y no ha ganado más que doscientos gramos **entonces habría que ver si no hay algún problema de intolerancia a algo**, a la proteína de la vaca, porque por lo que está, la madre que no quiere la leche artificial... el cuerpo es muy sabio, quizá la rechaza porque ya no las tolera y si este niño no subiera de peso o subiendo muy poco sería cuestión de mirar, si no es alérgico a algo por ejemplo o quizá si la madre come de todo quizá hubo problemas con eso, con la leche de la madre, bueno, pero hay que ver.*  
(REA ENF1:46)

En el segmento se aprecian acciones de cuidado que se han ido conformando desde la experiencia, en contacto con las personas. Además, el profesional realiza una acción particular sólo para ese niño en ese momento, sin importarles las guías propuestas para la resolución de este problema. La profesional valora el peso, el tipo de alimentación, cómo está el desarrollo psicomotor, si la madre ha comido bien, si el niño ha rechazado la alimentación. Vale decir, analiza diferentes elementos, piensa en las causales de la situación, relaciona parámetros que indican que no tiene afectada la salud y los cita nuevamente para evaluar. Da un margen de tiempo para ello. Todo lo anterior surge en un contexto e implica saberes situados.

Un respaldo teórico coherente con estos hallazgos lo encontramos en Lave y Wenger (2008), quienes observan que el conocimiento situado es parte fundamental del aprendizaje situado y constituye un modo de explorar el carácter (situado) de la comprensión humana. Una forma de aprender desde las comunidades de la práctica.

En este sentido el conocimiento situado, implicado y reconocido, no es el simple reconocimiento de lo empírico de manera aislada como algo significativo para el aprendizaje. Más bien, dicho conocimiento se constituye sobre la base de correlaciones directas entre lo aprendido (el conocimiento que surge) y las personas (vinculadas

directamente en la práctica). Si bien se otorga importancia a la experiencia por su valor (que desarrollaré más adelante), este no es intrínseco, sino que es mediado por la reflexión, la cual logra dar el sentido vinculante a un espacio, un tiempo y la experiencia entre personas (Lave & Wenger 2008).

Este conocimiento situado, entonces, se reconoce como un conocimiento vivido, impregnado de experiencias. Si bien es cierto que al iniciar el trabajo profesional poseemos un repertorio teórico (teoría formal), este se va enriqueciendo en el sitio donde nos desarrollamos como profesionales.

*Enf2: ¿Pues cómo? Como es un tejido de granulación, si hay o no esfacelos, si necesita tratamiento enzimático o quirúrgico<sup>66</sup>. Eso te lo explican, **pero como hasta que no los ves no entiendes como va eso**. Luego es importante asistir a congresos, intercambios científicos, **pero verlo en tu experiencia te hace ganar mucho**.*

*Obs: Por ejemplo, en la lesión con la que ingresó don Manuel en el sacro ¿cómo la viste el primer día?, ¿cómo la evaluaste?, ¿qué hiciste?*

*Enf2: **A partir de la experiencia. Había una úlcera grado dos, con pérdida de la continuidad de la piel, con flictenas**. En algunas partes con flictenas rotas. Entonces hay que intentar secar y que no vaya a más. **Entonces hidratación y luego sólo con protector de sacro**.*

(REA ENF2:11)

De este modo, los saberes formales del aula se enriquecen con el conocimiento que surge de la práctica, en algunos casos incluso antes de ejercer profesionalmente.

Durante la práctica profesional el saber del aula tiene un contacto directo con la

---

<sup>66</sup> El profesional se refiere a las características del tejido en una herida en la piel, la cual se produce por la presión que se ejerce entre el cuerpo (prominencias óseas) y la superficie de reposo (habitualmente ocurridas en personas con reposo mantenido en el tiempo). Donde, el tejido de granulación corresponde a un tejido rojo con características irregulares (granular), *esfacelos* corresponde a piel de coloración oscura, necrótica que ha perdido vitalidad y flictenas corresponde a levantamiento de la piel con acumulación de líquido bajo la misma. Estas lesiones ha sido estratificado con fines terapéuticos. *Las categorías de las úlceras por presión (UPP) según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) son: Categoría I: Piel intacta con eritema no blanqueable; Categoría II: Pérdida parcial del espesor de la dermis; Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel (grasa visible), Categoría IV Pérdida total del espesor de los tejidos (músculo/hueso expuesto)* (Valls-Matarin et al 2016, p.270). El cuidado que refiere el profesional es: *hidratación* (que puede efectuarse con suero fisiológico o algún tipo de gel) más *protección* (para evitar mayor presión) en el sacro (hueso prominente en la zona de apoyo inferior del dorso de la espalda, donde existen de modo frecuente el tipo de lesión descrita).

realidad, que lo enriquece, y cuya conjunción reconozco como conocimiento situado. El valor relativo de este conocimiento está sujeto a su carácter práctico y tácito: si no se explicita, el conocimiento cobra valor sólo dentro de la esfera personal del profesional y su radio causal más inmediato. Pero si dicho conocimiento logra explicitarse, aún a modo reflexivo, esa repercusión personal se expande exponencialmente hacia el marco comunitario que valida a la profesión misma. El valor de este conocimiento práctico, entonces, reside en su carácter colaborativo dentro del marco comunitario que es inherente al cuidado.

Dicho lo anterior, caracterizaré el saber situado aludiendo a los siguientes rasgos:

- Surge del contacto entre personas (o de la persona con elementos utilizados en y para el cuidado), es interactuante.
  
- Posee fundamento experiencial
  
- Es un saber transformado

Cada uno de estos rasgos supone principios y distinciones relevantes para este estudio.

A continuación ofrezco un análisis de cada uno con sus respectivos apartados.

#### 7.3.1.1 Saber interactuante.

Es un saber interactuante porque se nutre y surge desde el contacto con las personas y de las personas con elementos utilizados en el cuidado. Este rasgo se ha evidenciado a lo largo del estudio por observación y se han ratificado por reflexión de los profesionales en y sobre la acción. Para ejemplificar un caso de un saber que surge del contacto de las

personas con elementos utilizados en el cuidado, podemos reflexionar sobre el siguiente testimonio:

*Enf2: Yo sabía que **en las curas hay que poner Irujol y Askina** <sup>67</sup>, pero **no sabía por qué**. Yo no sabía ni que era un esfacelo ni cómo era. Después me di cuenta que eran como hilos o hebras blancas o grises y que si había mucha humedad tenía que aportarle solo colagenasa - que es debridador enzimático- que es el Irujol © .O que si estaba muy seco había que darle hidrogel, que es la Asquina © para que la colagenasa se active, porque si no le das hidrogel la colagenasa no se activa. Entonces no se activa el debridador enzimático. **Entonces los conocimientos teóricos o no me llegaron bien o hasta que no los vi no los razoné**, que también a veces es eso, te pueden enseñar cosas, pero si no lo ves... (RSA ENF2:24)*

En este caso el profesional deja en evidencia que necesitó *observar* (en contexto o en uso) productos o sustancias que se utilizan la práctica enfermera en algunos cuidados específicos, para comprender el modo y la finalidad de su utilización. Si bien, ello implica más bien un saber de tipo procedimental, se ha puesto como ejemplo práctico de cómo se va obteniendo el conocimiento.

De los *saberes que surgen en contacto con las personas* hay algunos en los cuales a continuación daré mayor detalle. Estos recubren gran importancia en los resultados pues son elementos evidenciados en la práctica, poseen características propias y colaborativas para la formación inicial (que surgen del contacto con las personas). Estos saberes son: La *educación reflexiva*, el *tiempo por y para el otro*, como un fundamento para la organización del trabajo profesional y *la observación*, elemento reconocido como un recurso esencial en y durante la acción profesional.

---

<sup>67</sup> Askina e Irujol son marcas registradas de productos químicos utilizados en el cuidado de un tipo de heridas. Askina es la marca registrada por laboratorio Braun para una barrera de protección formada por Disiloxano (Hexametildisiloxano) y un Copolímero acrílico: formador de la película, recuperado de <http://www.bbraun.es/cps/rde/xchg/cw-bbraun-es-es/hs.xsl/products.html?prid=PRID00006471> el día 09 de agosto 2016. A su vez el Irujol es la marca registrada por laboratorio Smith and Nephew los principios activos son enzimas proteolíticas, que actúan sobre componentes de las úlceras de la piel. Se utiliza para el desbridamiento (limpieza y retirada) de los tejidos necrosados (muertos) en úlceras cutáneas recuperado de [http://www.vademecum.es/medicamento-irujol+mono\\_prospecto\\_59557](http://www.vademecum.es/medicamento-irujol+mono_prospecto_59557) el día 09 de agosto 2016. Se detalla este contenido a modo de información no como un aporte al conocimiento desde la práctica.

## i.- Educación reflexiva para la autogestión del conocimiento

La educación para la salud es un elemento permanente en la relación que tiene la enfermera con las personas, ya sea en su trabajo en comunidad o dentro de una sala de hospital. Habitualmente se trata de interacciones breves. Sin embargo creo importante considerar que las interacciones en salud, si bien pueden ser breves, poseen un significado de trascendencia muy particular, pues suceden en momentos críticos del bienestar o corresponden a intervenciones vinculadas con sus estados vitales.

Las formas mediante las cuales se transmita la información para el cuidado de la salud son fundamentales. Durante las observaciones, llevadas a cabo en el trabajo de campo, esta apreciación fue ratificada muy precozmente. A los pocos días de observación y sucedió la siguiente intervención<sup>68</sup>:

*Ingres a una paciente de siete meses para evaluar peso, ya que en el control de los seis meses tenía estancamiento del peso debido a un cuadro diarreico anterior. En la evaluación está todo bien. Al irse le pregunta la madre: "¿Cuándo puedo ponerle zapatos de suela?" La enfermera pide retirar un zapato (tenía puestos un par de zapatos blandos de género). **Al quitarle el zapato la niña comenzó a mover el pie, de arriba debajo de un lado a otro, mientras el otro pie permanecía quieto.***

*Entonces la enfermera dice a la madre que mire los pies de la niña.*

***La madre dice: "Mira cómo se mueve"***

*Entonces la enfermera dice: "¿Has tenido alguna vez un yeso puesto?"*

*"Sí", dice la madre*

*"¿Cómo te quedó la extremidad sin yeso?"- pregunta la enfermera*

***"Delgada y sin fuerza"-dice la madre***

*"Eso significa que el músculo se ha atrofiado"- dice la enfermera.*

*Y continúa: "Lo mismo sucede con los pies de los niños con zapato"*

*"En éste caso el zapato mantiene el pie rígido sin movimiento, mientras el otro se mueve, eso le ayuda a tu hija a fortalecer la musculatura con la que luego tendrá que comenzar a caminar"- dice la enfermera*

*Y entonces pregunta: "¿Cuándo crees que es bueno poner el zapato?"- dice la enfermera*

***"Cuando camine"- dice la madre.***

(NO ENF1:28)

---

<sup>68</sup> Ver anexo 4 Caso Zapato. En este anexo se expone en forma íntegra el caso con sus reflexiones en y sobre la acción, se ofrece como ejemplo de educación reflexiva.

En este registro observacional existe una situación, que si bien no involucra un bienestar visible o tangible, involucra una acción que puede generar un problema de salud a la niña. La pregunta surge de algo muy coloquial y la profesional no pierde la oportunidad para intervenir, sin dar una respuesta inmediata a la pregunta. Más bien, primero ilustra la situación con un ejemplo en la niña, y luego le pregunta a la madre lo que piensa acerca de la situación, logrando con estas dos acciones que la *madre reflexione* sobre el hecho. Esto logra una respuesta apropiada (y propia) derivada de la confrontación con la realidad y las preguntas realizadas por la profesional.

Este elemento de generación de conocimiento en y por el propio individuo, el cual surge en virtud de confrontarse reflexivamente con la realidad, si bien se encuentra habitualmente inserto en metodologías didácticas para la formación inicial o en parámetros formales de educación para profesionales de la salud. Creo que resulta muy sugerente su utilización como un elemento en educación para la salud, vale decir como un mecanismo por el cual la enfermera(o) pueda entregar información para el cuidado de la salud a la población.

Este diálogo reflexivo, al servicio de la educación en salud, necesita de también de una forma, un lenguaje y una disposición particular.

*Obs: Un caso que me ha llamado la atención es el caso de Sara. Ella venía a control de peso y cuando se iba te dice la madre: “¿Cuándo le pongo los zapatos con suela?”*

*Enf1: Sí, cuando estaba allí [señalando el lugar]*

*Obs: ¿Qué hiciste tú?*

*Enf1: Primero yo normalmente, como venía a control de peso, vi que venía con unas bambas [zapatillas] ¡una monada de la muerte!, y tiene ocho meses... dije [hablando para sí misma] “bueno, no digas nada, un día que venga sola -porque venía con la tía- cuando venga a los nueve se lo diré”.* (REA ENF1:6)

La actitud que toma el profesional frente a una necesidad educativa, es de espera.

Aguardar el momento adecuado en el cual poder interactuar con la madre, y esto con el

fin de facilitar la expresión de la madre y generar el ambiente para el diálogo reflexivo. Lo anterior constituye una forma adecuada de dirigirse a las personas y evaluar la necesidad educativa en la cotidianidad. La atención en los pequeños detalles<sup>69</sup> es fundamental. Otro ejemplo de esta forma de dirigirse a las personas es el siguiente:

*Enf1: No es necesario decir: “¿está hipertónica?, ¿está hipotónica?”<sup>70</sup>, sino, una entrevista muy cercana, con un idioma común y que sea entendible para las dos partes. Que no haya tecnicismos, que como mucho este la palabra fontanela, mientras tú escribirás fontanela tal y tal. Tú tendrás que explicar: “Mira ahora que está tranquila mira cómo se mueve, eso es normal, y si llora se pondrá así”. Cercano, explicarles con lenguaje cercano y, lo más importante, interactuar mucho con ellos. (REA ENF1:2)*

Si se utiliza un diálogo que estimule la reflexión personal sobre un evento en particular, se facilita la generación de saberes significativos para las personas. Y este elemento promueve la apropiación del saber. En virtud de lo anteriormente dicho, describimos la educación reflexiva *como el modo de transmitir los conocimientos a las personas. La reflexión sobre los contenidos educativos para el cuidado de la salud generaría una apropiación de los conocimientos y con ello, un potencial de replicación.*

El diálogo reflexivo se realiza con preguntas reflexivas respecto a la situación como enlace, con el fin de que la persona vaya reflexionando basada en la información que se le va entregando. De cierta manera, la persona encuentra las respuestas. Estas respuestas generadas desde su propia reflexión seguramente serán más significativas.

---

<sup>69</sup> *Detalle*, es un elemento recurrente en el texto. Veremos su desarrollo como elemento práctico en la observación y como premisa de las acciones. *Lograr ver un detalle* en o para la acción significa percibir lo que es importante para decidir una acción y para dentro de esa acción dirigir correctamente la acción por y para una persona.

<sup>70</sup> Las palabras técnicas a las cuales se refiere la profesional corresponden a signos o síntomas correspondientes a evidencias de algún grado de alteración en el sistema nervioso. *Hipotonía* corresponde a un menor tono muscular (musculatura floja y por lo tanto la movilidad se dificulta). *Hipertonía* corresponde a un mayor tono muscular (musculatura tensa, igualmente la movilidad se ve dificultada).

Vuelvo sobre la nota observacional, marcando en negrillas las preguntas para ejemplificar:

Entonces la enfermera dice: **“¿Has tenido alguna vez un yeso puesto?”**

“Sí”, dice la madre

**“¿Cómo te quedó la extremidad sin yeso?”**- pregunta la enfermera

“Delgada y sin fuerza”-dice la madre

“Eso significa que el musculo se ha atrofiado”- dice la enfermera.

Y continúa: **“Lo mismo sucede con los pies de los niños con zapato”**

“En éste caso el zapato mantiene el pie rígido sin movimiento, mientras el otro se mueve, eso le ayuda a tu hija a fortalecer la musculatura con la que luego tendrá que comenzar a caminar”- dice la enfermera

Y entonces pregunta: **“¿Cuándo crees que es bueno poner el zapato?”**- dice la enfermera

“Cuando camine”- dice la madre.

(NO ENF1:28)

Resulta interesante considerar que, la educación reflexiva, que surge como un saber situado, considera la libertad de elección en salud<sup>71</sup> y colabora con el aprendizaje personal, (significativo y permanente). Estas cuestiones las planteo a continuación.

a.- Considera la libertad de elección en salud

Cuando se transmite un contenido educativo, parece primordial respetar los tiempos de cada persona. Para ello se deben ir identificando los conocimientos de modo de dialógico, con el fin de que la persona se vaya informando y pueda finalmente decidir lo que quiere hacer con plena (e informada) libertad:

*Obs: Yo le puedo decir “no le ponga zapatos hasta que camine”, pero tú no hiciste eso. ¿Por qué?*

*Enf1: Es que yo no le voy a imponer nada, yo te voy a dar a escoger, ponerlos o no, yo te doy las razones para ponérselos o no y tú escoges. **La madre eres tú, yo no voy ni detrás de ti ni a tu casa ni nada. Tú sabes que poniendo los zapatos pasa una cosa y no poniéndolos pasa otra. Escoges tú, yo no...** por ejemplo en la alimentación señalo muy mucho “esto es un menú orientativo”. No quiere decir el que debe hacer, porque incluso poniendo orientativo y explicando que es una cosa que cada familia es un mundo. Hay madres que vienen y dicen “es que como lo pone aquí”... no, no, no,*

---

<sup>71</sup> Premisa de acción, término que se ampliará en el desarrollo del segundo constructo, pero podemos ver que ambos interactúan, los principios y valores no se desprenden de las acciones.

*cada familia es un mundo y cada familia organiza su tiempo como mejor le va. A lo mejor a un niño le tienen que dar el puré de pollo a la mañana, ¿qué pasa?, ¿qué es raro? Para nuestra cultura, pero no para el estómago. Al fin y al cabo, las veinticuatro horas serán igual. **El tema del derecho a escoger es fundamental en todo.***

(REA ENF1:16)

Cada persona que necesita información debiese ser estimulada a participar activamente en su situación:

*Enf1: O “no pueden llevar zapatos” **¿por qué no?**, debes explicar, y **que sepan por qué no, que realmente lo vean.** No porque lo dice la Ana [refiriéndose a ella] o porque... no, no, que lo vean. Hay mamás que me dicen “yo no hago nada hasta que me lo digas tú”. **No, no, yo soy la enfermera de tu hijo, pero a ver... yo siempre les digo no hay blancos ni negros, hay grises y no quiere decir que en esa escala estés mal, cada uno puede estar ahí, no imponer.***

(RAE ENF1:11)

He centrado los ejemplos en el *Caso zapato*, me parece importante dar cuenta de otra evidencia con la cual ratifico la importancia de la libertad de elección a considerar en la transmisión de contenidos educativos para el cuidado de la salud:

*Enf1: (...) a una persona con insuficiencia cardíaca, en la primera visita [gesto en el aire como señalando un listado en un papel], **“Tiene que dejar de comer, de esto, de esto, de esto, además tiene que dejar de fumar, tiene que dejar de hacer ejercicio, tiene que...” ¡Socorro!**, entonces el incumplimiento es muy elevado. Si, en cambio, lo planteas como lo planteó ella: “De éstas cinco **cosas ¿cuál se sentiría preparado para hacer?**” Entonces, seguro, seguro que al menos una la pilla. Pues esto es lo mismo, pienso que es lo mismo, tú le das el derecho a escoger: “¿Mejor que comas verduras? Sí, pero no hace falta que las comas todas, empieza por una y después ya empezarás por las demás, o fruta; manzana está bien pero, ahora cuando venga la sandía, el melón”. Es dar un poco ideas. **Pero tiene que ser personal, ese “tienes” que no me parece normal, no me parece como enfermera ni como persona tampoco, no me gusta.***

(REA ENF1:35)

## b.- Colabora con el aprendizaje significativo y permanente

Una transmisión de contenidos que utilice un diálogo reflexivo favorece un aprendizaje significativo<sup>72</sup>, ya que la persona logra comprender las razones que *en su caso y en su situación* son importantes. Esto tiene un efecto participativo: la persona se *hace parte del conocimiento*. De este modo un aprendizaje razonado dentro de su situación colabora con un significado propio de los contenidos, y con ello puede favorecer la incorporación permanente de lo aprendido. El diálogo reflexivo es un aprendizaje permanente: permite aprender siempre y a cada momento, en cada instancia de contacto con el profesional de la salud.

*Enf1: Si yo digo: "No hay que ponerle los zapatos porque hasta que no ande no hay que ponerle los zapatos y punto", y me quedo ahí... esa madre cuando salga le pondrá los zapatos. Dirá: "Esta... qué hace, es mi hijo y yo hago lo que me da la gana". Si le explicas el porqué de las cosas, en general, lo pueden adquirir o no, lo pueden comprar o no, pero ya saben el por qué. En el tema de los zapatos hay madres que dirán: "Ostras, es verdad". Y además cuando venga la abuela a ponerle zapatos la madre le dirá: "No le pongas zapatos por esto y por esto" (...)* (RSA ENF1:59)

Como lo reconoce el profesional, un diálogo sobre los contenidos educativos colabora con la apropiación del conocimiento y el hecho de apropiarse del saber va a favorecer su replicación. Esto puede suceder persona a persona, dentro de una población o familia. Al hacer propio el conocimiento este aprendizaje permanece en el tiempo, al ser además un saber importante para su vida diaria. Y es posible que sea objeto de diálogo

---

<sup>72</sup> El aprendizaje significativo es un concepto desarrollado por David Ausubel (2000), el cual considera que la persona aprende o incorpora conocimiento a su estructura cognitiva si se presentan para él ideas relevantes y puede interactuar con dicho conocimiento desde una perspectiva personal, de este modo lo puede incorporar el contenido como un nuevo saber y puede retenerlo en el tiempo. He desarrollado en este punto algunos elementos que son considerados en la educación formal, pero que creo, sin lugar a dudas, son aplicables para la educación permanente que ocurre a las personas a lo largo de la vida en relación al aprendizaje de contenidos de cuidado para su salud. Cuestión atendible entonces por los profesionales de la salud.

entre otros, y ello conforma un valor de replicación del contenido de aprendizaje en el medio donde la persona se desenvuelve.

Para educar en salud es importante situarse en el momento, el lugar, siendo sensible a los factores particulares que orientan la necesidad de educación, factores tan diversos como creencias, experiencias anteriores, estado de bienestar y salud, factores sociales<sup>73</sup>.

Mi parecer es que un diálogo reflexivo ofrece el soporte metodológico para una educación reflexiva.

#### ii.- El tiempo y el quehacer por y para el otro

Otro saber situado que se caracteriza por ser generado del contacto entre personas es *el tiempo y el quehacer por y para el otro* este se ha evidenciado como el eje organizacional del trabajo enfermero. Refleja la preocupación directa por las personas.

a.- No responde a estándares pre-establecidos, sino a las necesidades particulares del entorno y de las personas.

En los sistemas de salud se definen criterios de rendimiento bastante precisos. Esto quiere decir que el profesional de la salud debe ejecutar ciertas acciones y/o atenciones en un lapso determinado de tiempo. Como por ejemplo, en atención primaria una visita de enfermería tiene un tiempo asignado de veinte minutos.

Los profesionales que integran el estudio dejan en evidencia que el tiempo debe ser administrado en función de las necesidades particulares del otro. La acción no puede ser interrumpida por el reloj. Es cierto que criterios, muchas veces económicos, regulan la

---

<sup>73</sup> Este elemento vincula este saber directamente con el constructo de la necesidad particular como fundamento del acto de cuidar, cuestión que se plantea más adelante en el escrito.

acción general. Pero el profesional es quien, finalmente, regula los tiempos de la acción particular.

*Enf1: Lo que me comentabas antes del tiempo por visitas... Yo para cada tipo de visitas como esta **tengo veinte minutos**. Y ellos han entrado a las cuatro y media y han salido... una hora. Mira, yo no llevo ni reloj **pero vamos haciendo y según las necesidades lo haces**. Hay visitas que pueden ser de veinte minutos pero hay otras de una hora y tienen veinte minutos. Pero **le dedicas el tiempo que necesitan** por paciente. Por ejemplo nuestros pacientes, si son nuestros desde siempre, ellos ya saben que normalmente vamos con retraso pero saben que cada uno, cuando ingrese tiene su tiempo. Y por eso no hay nadie que te apure. **Cada uno tiene el tiempo que necesita**.* (REA ENF1:45)

*Enf1: Que los demás sepan que **pueden hablar contigo y que les vas a escuchar**. No que les vas a juzgar. No, no. No lo que tienen que hacer, uno los ve. El problema está ahí y ellos deben gestionar, pero yo creo que es principalmente la confianza que pueden tener los pacientes en ti, y la comunicación. **No tener prisa, saber escuchar, no estar como [se toca el reloj] como mirando el reloj, no, como decir lo que necesites**.*

*Obs: Aquí estoy para ustedes*

*Enf1: Sí, sí. A ver, no siempre se puede, pero cuando se puede, ¿por qué no?*

(RSA ENF1:58)

*Obs: Tú tienes calma. Una cosa es que actúes rápido pero otra el tiempo que le dediques al paciente. Aunque fuera de la sala estés corriendo.*

*Enf2: Sí [ríe].*

*Obs: ¿Cómo llegar a eso?*

*Enf2: Pues es que **actuar muy rápido en un paciente tampoco es beneficioso**. Lo que pasa es que es eso, es como dosificar el tiempo. **Si tienes que hacer esto, pues el resto [hace gesto de no importar]**.*

(REA ENF2:62)

Estar dispuesta a escuchar en base a las necesidades de la persona habitualmente implica salirse de las normativas o guías establecidas, y ello a la vez implica más tiempo.

Pero el tiempo está para el otro:

*Enf1: Tendría que -la enfermera en general- **tendría que estar más abierta** [gesto con las mano de apertura a nivel de la frente]. De mente, "open mind"<sup>74</sup>. Para mí eso es básico. No te puedes centrar en compartimentos, la técnica, el tal y tal, el cual... lo que decíamos antes de una visita estructurada. Sí que hay un guión en el programa que tengo que hacer esto, esto y esto porque además la alimentación, el baño, la talla, la tal, la tal. Pero, no quiere decir que mi relación con la madre y el niño van a ir por*

---

<sup>74</sup> Open mind: mente abierta

*esa dirección. Al final el contenido puede ser el mismo, pero el feedback<sup>75</sup> es diferente y eso es muy personal. Pero no hay que compartimentarse, pues decir: “¿qué come? pues esto y esto...pero sabes que pasa es que en el comedor... [hablando como una preocupación de la madre]... no, no, da igual pasemos al baño... [haciendo las preguntas como la enfermera]”*

*No, no, quizá lo que le preocupa a la madre es lo que come en el comedor, o que vomita, o porque no le dan, o por qué... ¡céntrate en lo que te están hablando!, después sí: “¿se baña o no se baña?, ¿si se lava o no los dientes?”. En ese momento eso es secundario. Hay que ser abiertas, no estructuradas.*

*Eso me pasó haciendo una entrevista que hice con Noelia. [Se refiere a una enfermera debutante]. Noelia iba muy cuadradita, bueno no sé qué. Decía “a ver - por el Pfeifer<sup>76</sup>- y usted hace esto, esto y esto [imita como mirando un papel haciendo check list]. Bueno pero usted ¿qué día estamos?”. El otro “bueno, el día tal, tal”. Pos claro, iba tal, tal, tal. Yo le dije “pues yo no lo sé”. Yo iba entablado una conversación que fluía de otra manera, claro, las entrevistas que ella hacía demoraban veinte minutos **y yo muchísimo más** porque el hombre empezó a contar que fue enfermero de la guerra, que había trabajado aquí y allí, imagina ¡para hacer un Pfeifer! O sea, en eso ¡no eres operativa!, no eres... pero a lo mejor al siguiente le hago el Pfeifer en cinco minutos, ¿no?  
(RSA ENF1:63)*

*Cada familia necesita su tiempo, y a lo mejor un día la misma familia te viene con una problemática X, que en ese momento lo están pasando mal por algo y que por la confianza o empatía necesitan un tiempo y **que en lugar de diez minutos necesitan una hora o al revés. Y ya está. Momento, familia, niño, su tiempo.** (RSA ENF1:71)*

*Organizar el tiempo y el cuidado por y para el otro genera un cuidado particular, no pierde el tiempo en utilización de guías o normativas y como es un trabajo dirigido por las necesidades ofrece mayor efectividad por la adecuación a la situación.*

#### **b.- El quehacer por y para el otro *requiere implicarse***

El quehacer diario por el otro insta a *implicarse de modo activo* por el beneficio del otro, esto quiere decir, que el profesional está alerta de las necesidades de la persona y activa *todos los recursos* para colaborar en la evolución positiva de la persona. Por ejemplo, activar el sistema de flujo de camas para el traslado de un paciente, hacer contacto con

---

<sup>75</sup> Feed back: retroalimentación

<sup>76</sup> El profesional se refiere al cuestionario breve de Pfeifer, este corresponde a un cuestionario de estado mental que se realiza para la evaluación del déficit orgánico cerebral en los pacientes de edad avanzada (Pfeifer 1975).

servicios para toma de exámenes o lectura de resultados, levantar a un paciente en el post-operatorio, solicitar la alimentación y reanudar la misma a un paciente luego de una cirugía, hacer llamada para interconsultas médicas. La acción en la atención implica gestiones, pero no sólo a modo de resolución técnica en el sentido de gestión interna hospitalaria, sino con el fin que el paciente *cambie de su estado a un estado de mayor bienestar*. Ya sea levantarse, cambiarse de servicio, irse a su casa, continuar con un régimen adecuado, cuidarse a sí mismo. En el estudio se configuran algunas evidencias de lo que señalo. Por ejemplo: la *agilización de un proceso quirúrgico*.

En esta situación el profesional realiza actividades que no le son propias, con el fin de agilizar la cirugía de un paciente. Implica todos sus recursos por la resolución de una necesidad urgente. La persona atendida se siente acogida y tranquila (cuestión que pude percibir en la acción):

*Obs: Tú llegaste al turno y él debía irse a Pabellón de inmediato. Y tú, porque estaba en un pasillo, **buscaste un lugar donde ponerlo**. Pusiste camilla, preparaste todo para la cirugía, fuiste a buscar a los familiares y cuidaste los objetos de valor. Yo te pregunté por qué habías hecho todo eso.*

*Enf2: Pues en un principio estaba de refuerzo y como vi que **los otros estaban liados** y él era la prioridad en ese momento, que tenía que pasar a quirófano porque había un espacio, pues intentar hacer todo lo antes posible, porque eso es la urgencia ¿no? Intentar priorizar para ver que tienes que hacer primero. No puedes ponerte a tomar constantes a los pacientes en la mañana para ver la tensión de la tarde. **Intentar agilizar. Lo que es prioritario en ese momento es pasar al paciente a un box**, quitarle la ropa, rasurar, retirar los objetos de valor. Si no hay nadie, llamar a las azafatas<sup>77</sup>. En ese momento **las azafatas también estaban liadas** y él tenía que irse. **Entonces asumí yo la responsabilidad**, que no es lo habitual, pero a mí no me importa, asumo la responsabilidad. (RSA ENF2:19)*

---

<sup>77</sup> Personas responsables de prestar servicios inmediatos de acogida, información y orientación a usuarios del Hospital (pacientes y familiares). Denominación asignada a personal de apoyo en el Hospital donde se realiza el trabajo de campo casos: Enf2 y Enf3.

Por otra parte, hay acciones que hacen que el paciente recupere independencia y bienestar. El profesional pone todos los medios, activamente para que la persona se recupere, vuelva a sus actividades habituales y abandone el estado de hospitalización.

Enf3: En cuanto **empezó a recuperar en lo más mínimo de que se sentara**, ponerle la cánula de plata, que tragara, ansiaba, tenía ansia por ver eso de prisa, siempre siguiendo una norma. **Pero mi ansia era sacarlo como fuera de la UCI**<sup>78</sup>. Porque después, al sacarlo a la semana de sacarlo de la UCI se fue a su casa y estuvo en la UCI setenta y cinco días... La UCI ayuda pero la UCI mata y todo lo que se alargue en la UCI es en mal para el paciente. Cuarenta y ocho horas más en UCI es disminuir la supervivencia del paciente...

Obs: Colaborar con la evolución del pacientes es básico para enfermería ¿no?

Enf3: ¡Es básico!

Obs: Y la enfermera pone un...

Enf3: Una cucharada gorda... muy gorda. **Por ejemplo, en este paciente a mí no me interesaba que se estuviera quieto. A mí me interesaba llegar a las ocho de la mañana, sentarlo, y no aguantaba.** Tú imagínate después de tantos días en cama. ¡Tenía una hipotonía! ¡Unos músculos! Pero a mí me interesaba sentarlo en la cama. Si a la media hora tenía que volverlo a echar volverlo a echar, **si a la media hora tenía que volverlo a levantar, volverlo a levantar.** ¡Me interesaba moverlo y lo hacía! Eso sí, después se iba relajando a lo largo del día... pero a mí me interesa hacerlo. Ese es mi trabajo...

Obs3: Te interesa, ¿por qué?, ¿qué te inspira a hacerlo?

Enf3: ¡Porque yo estudié para salvar vidas! En el término de enfermería, en mi estructura, pero yo estudié para salvar vidas, para salvar vidas, **para sacar adelante a la gente. No para dejarlos ahí postradicos.** Para jugármela, para decir "oye, ¿por qué no le ponemos la cánula de plata?", "es que no sé, es que... bueno, vamos a pensarlo"... **Y otra vez intentarlo.** Una vez empujo al médico otra vez el médico me empuja a mí. (RSA ENF3:30)

(...) Enf3: ¿Quién ve al paciente? ¿Quién está a la cabeza del paciente minuto a minuto?, ¿Quién está al lado?, ¿Quién ve la respuesta a una medicación u otra? A ver, "esta medicación hace que orine más, que orine menos, la tensión ha subido" son signos clínicos que te dan una respuesta del organismo. **Estas ahí para verlo. Si obvias esos signos pasarán ocho horas... hasta que venga otro a verlo** y el siguiente que lo vea será el que podrá tener capacidad de reacción. Se verán, en algún momento se verán, pero cuanto antes los veas, tanto en positivo como en negativo, la recuperación del paciente será antes. (RSA ENF3:55)

---

<sup>78</sup> UCI: Unidad de cuidados intensivos.

El profesional ratifica que las acciones deben conducirse al paciente, con el fin de que este recupere su bienestar, en ello la enfermería toma un amplio rol dentro del equipo de salud.

Una constante en el estudio es que el hacer está en función del otro y sus necesidades. Toda acción se realiza para que la persona recupere su bienestar, esto implica asumir responsabilidades y tener valor para hacerlo, todo en virtud de un bien mayor para y por el otro.

*Enf3: **No iba bien pero no iba mal y había que probarlo.** Pero claro, hay un riesgo. Pero hay que querer hacerlo y hay que querer asumir riesgos.*

*Obs: Y para querer hacerlo y querer asumir riesgos, ¿qué se requiere?*

*Enf3: Valor.*

*Obs: Porque uno ve día a día en los hospitales a pacientes que se van quedando.*

*Enf3: Quedando, quedando...*

*Obs: **Y uno ve colegas que te lo pasan, te lo pasan en el parte y durante el día sabes que el paciente llegó acá [señala con las manos hacia arriba] y luego vienes y te entregan al paciente acá. [señala con manos hacia abajo]...***

*Enf3: Igual... lo mismo, sí, sí.*

*Obs: ¿Esas cosas hay que mejorar en enfermería?*

*Enf3: [Asiente con la cabeza] **Pero se necesita valor, yo creo que la enfermería tiene que ser totalmente vocacional, totalmente.** Y a pesar de ser totalmente vocacional existe igualmente el síndrome del quemado, totalmente, que el sistema te quema. El sistema, porque luchas contra el sistema. Luchas contra las formas de trabajar, luchas contra para que haya... **hay mucha gente y muy buen profesional, pero hay que estar ahí empujando y queriendo.** Cuesta ir contagiando y no dejarte contagiar con algunas cosas, eso en un profesional es muy importante. (RSA ENF3:64)*

### iii.- La observación, un valioso recurso en el cuidado:

Un tercer saber situado que surge del contacto con las personas es la observación. En el acto de cuidar se implican variados recursos incluyen variadas habilidades, desde las comunicacionales a cuestiones más concretas, como la *observación*. Si bien, es una actividad reconocida y estudiada en la formación inicial como parte de la valoración (primera fase del proceso enfermero) en este estudio se han identificado rasgos

importantes de este elemento, rasgos que adquieren nueva dimensión al ser contextualizados:

a.- Implica conocimientos tanto de comunicación verbal, no verbal, signos y síntomas de patologías.

*Enf2: Dependiendo de lo que ha pasado, siempre tienes que estar atento (...) Por ejemplo **ese hombre está más agitado y es que tiene un hematoma [intracraneal]. Me lo han dicho, pero desde antes había que preocuparse. Pero ahora lo han confirmado. Luego este otro chico, el Julio, que ha sido por agresión, esta consiente, orientado, está pendiente del TAC<sup>79</sup>, porque primero han dicho que era un probable hematoma occipital pero en el TAC no he visto nada. Y luego la Gabriela, hay que hacer una sutura, el comportamiento es el mismo que tenía antes de la caída por lo cual no te hace... Y luego Carmen que está afuera está súper tranquila y está acompañada, está bien (...)*** (REA ENF2:39)

El profesional relata lo que concluye de las observaciones que ha realizado. Como se evidencia, la observación implica conocimientos de diferentes orígenes o fuentes. Aún más, la observación requiere y manifiesta integración de conocimientos. Corresponde a un recurso muy valioso en el cuidado. Creo que es interesante consignar que esta caracterización sugiere que la observación podría también constituir un instrumento integrador de contenidos de aprendizaje en el currículo.

b.- Constituye el punto de partida para organizar en y para el acto de cuidar

*Enf3: Lo más importante es observar al paciente, hasta el último detalle en la situación de un paciente, es que te lo dicen todo, te lo dicen todo, yo sé... cuando llega un paciente de un ingreso... por ejemplo yo ahora tengo un paciente neurológico con un hematoma subdural crónico que se agudizó. Hizo un... de una descompresora, por la forma de despertar del paciente, yo ya le dije ayer a la doctora “no va a despertar bien, no va a despertar bien” y no está despertando bien... no me digas “¿Qué?”... pero hay signos, **formas de... de... moverse el paciente, de toser, de expresar, que te***

---

<sup>79</sup> TAC sigla donde T corresponde a tomografía, A corresponde a axial, C corresponde a computarizada. La tomografía axial computarizada es un examen de imágenes que se realiza con el fin de conocer alteraciones que ocurren en los órganos blandos e internos del cuerpo, en este caso se refiere a la necesidad de un estudio de imágenes de espacio interior a los huesos del cráneo que evalúe el estado del cerebro y sus anexos (meninges, venas, arterias, nervios).

*lo dicen, te lo dicen. Te dan mucha información y en la evolución de los pacientes pasa lo mismo. Un paciente de cirugía cardíaca lo ves que cuando llega no habla, sangra, o no sé qué. No es la pauta normal, hay algún signo o síntoma clínico que te indica que no, que algo se va a alargar. En uno que está bien se ve claramente lo que va a pasar, si está bien vamos a forzar que se vaya de la UCI. (RSA ENF3:29)*

Las situaciones personales (particulares) no poseen estabilidad por lo que, la observación debe ser dirigida y continua. Esto provee a la (el) enfermera (o) de información clave para organizar los actos y los recursos que se requieren para los mismos<sup>80</sup>.

c.- Presta atención a los detalles

*(...) Enf3: La enfermera, que está veinticuatro horas al lado suyo, la que lo ve ocho horas seguidas, **la que sabe que tiene dolor porque si gesticula en la cara, porque ha visto tres veces que cuando le tocan el brazo hace un gesto... claro, eres tú el vehículo. El médico que entra lo ve y hace una exploración de veinte minutos. No ha visto que los otros veinte o treinta o sesenta minutos cada vez que le levantan las sábanas se le pone el pelo así [hace gesto de acomodo del pelo], es que tiene frío, cosas de esas. Es que es necesario, estás ahí, eres tú el vehículo de todo eso. (RSA ENF3:54)***

*Enf3: Ahora, por ejemplo, hubo días después, la paciente de al lado se extubó<sup>81</sup> pero claro, es una paciente que **llevaba un trayecto de agitación, agresión... sí que le das la oportunidad, se quita el tubo y sí que le das... pero sabes que no, yo no voy a preguntarle a esa chica “¿hola cómo estás?”, no. Lo primero que voy a hacer es coger las manos y seguramente monitorizarla, porque seguramente se lo ha quitado todo. Pero no le voy a preguntar cómo está. Voy a gritar ¡prepárame un tubo!, porque no va a servir de nada que le pregunte cómo está. **Son las observaciones, los detalles...** (RSA ENF3:62)***

Ambos segmentos se refieren a una observación que es cuidadosa respecto a la situación, la persona y el ambiente, si se realiza de esta manera, la (el) enfermera (o)

---

<sup>80</sup> A la luz de las observaciones realizadas en el estudio, debo señalar que los recursos que se requieren para organizar un cuidado particular incluyen los recursos humanos, materiales así como también los recursos individuales que implica la (el) enfermera (o) en o para la acción así como lo son los valores, principios y las virtudes.

<sup>81</sup> Se refiere a la extracción del tubo endotraqueal, en este caso una extracción accidental. El tubo endotraqueal es un instrumento (cánula o sonda) que se instala por nariz o boca en la tráquea con el fin de administrar oxígeno (en grandes concentraciones) en los casos en los cuales es necesario sustituir en forma total o parcial la función respiratoria de una persona. También puede ser utilizado sólo para despejar artificialmente la vía aérea.

logrará darse cuenta de la presencia de elementos que colaboran con la reflexión sobre la situación con la cual luego podrá orientar una acción específica y atingente.

En el contexto del cuidado, la observación no puede ser considerada sólo como el acto de *mirar*. Por el contrario, esta investigación ha hecho evidente que una observación detallada, permanente y particular, considera aspectos personales y orienta y potencia el cuidado efectivo. Con ello genera confianza por parte de la persona que lo recibe, pues la persona se da cuenta que el profesional se ha preocupado de todos los detalles y que está permanentemente alerta a los cambios que se producen en su estado de salud.

#### 7.3.1.2 Saber con fundamento experiencial

La experiencia es considerada como un importante factor en la obtención de los saberes. Así lo han hecho sentir los profesionales, en repetidas ocasiones, cuando reflexionan sobre ello:

*Obs: Por ejemplo en la lesión con la que ingresó don Manuel en el sacro ¿cómo la viste el primer día?, ¿cómo la evaluaste?, ¿qué hiciste?*

*Enf2: **A partir de la experiencia.** Había una úlcera grado dos, con pérdida de la continuidad de la piel, con flictenas. En algunas partes con flictenas rotas (...)*

*(REA ENF 2:11)*

*(...) Obs: ¿En qué procedimientos crees muy necesaria la práctica?*

*Enf2: En todos. A veces sólo el protocolo no sirve. Ganas **con la experiencia.***

*(REA ENF2:10)*

***Pero la experiencia te dice** que en cada paciente y en cada situación eso varía.*

*(RSA ENF3:20)*

*(...)Enf3: Hay montones de signos visibles que denotan que un paciente sufre. Millones: piel, color, formas de respirar, expresiones de la cara, millones. Que yo vea que se está yendo dignamente.*

*Obs: Y eso lo fuiste aprendiendo...*

*Enf3: **Con la experiencia, el tiempo y la experiencia.***

*(RSA ENF3:24)*

Podríamos pensar que sólo se hace referencia a la experiencia como generatriz y sustento de las acciones procedimentales. Sin embargo, el profesional la considera también en la adquisición de actitudes:

*Obs: ¿Cómo se puede lograr?, ¿cómo crees tú que fuiste logrando esa capacidad?*

*Enf3: Yo creo que a través de la experiencia (...) **Que si yo me acerco al paciente y me responde, entonces yo me acerco más, recibo más, me acerco más.***

*(RSA ENF3:48)*

*Obs: En el caso del niño, **tú le hablaste claramente a él** [asiente], **aunque estaba con su madre.** Y le citaste para seis meses más para control de peso, talla y tensión. ¿Desde dónde obtienes la información para dar esa indicación?*

*Enf1: ¿De trabajar con él y todo esto? **De la experiencia**, de trabajar todos los días y también de la experiencia personal (...)*

*(RSA ENF1:32)*

Durante el análisis inicial de los datos pude distinguir inmediatamente las referencias *al saber desde la experiencia*. Al transcribir los datos pensé, que sólo era parte de una familia u otros elementos de categorización. Sin embargo a medida que iba meditando sobre los elementos obtenidos, fui concluyendo que cada saber obtenido (saber situado) *surge desde la experiencia profesional*, impregna este constructo y se proyecta hacia el que presentaré más adelante (la necesidad particular como fundamento del cuidado). A continuación se presenta este fundamento experiencial de manera extendida. Para introducir este tema presento el siguiente segmento:

*Enf3: Un Glasgow<sup>82</sup> tres en un paciente sin intubar es un Glasgow más profundo que si es con tubo. **El tubo no te deja hablar aunque sean reacciones incomprensibles.** No es lo mismo un Glasgow con o sin tubo.*

---

<sup>82</sup> Glasgow corresponde al nombre de una escala utilizada para la realización de una valoración de estado de conciencia. Conocida como Escala del Coma de Glasgow Es un tipo de estándar orientativo de acciones. Fue diseñada por los neurocirujanos ingleses Graham Teasdale y Bryan Jennett, se publicó por primera vez en el año de 1974 en la revista The Lancet con el título *Assessment of coma and impaired consciousness*. En su primera edición se conformaba de 3 categorías a evaluar (*apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora*) que daban una sumatoria total de 14 puntos. Para 1976 fue revisada y adaptada con la adición de un punto para valorar la flexión anormal (postura de decorticación), en el rubro de respuesta motora quedando con un total de 15 puntos, justo como se conoce ahora. (crf. Muñana 2014). Información rescatada desde [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005) el día 09 de agosto 2016.

*Obs: En la búsqueda de los signos de reacción para evaluar el Glasgow, ¿qué detalles ves en las diferencias que tuvieron ustedes en el cómo buscarlos?*

*Enf 3: Es cuestión de experiencia, nada más. **Ella se rigió por la lectura de la gráfica [escala de Glasgow]. Cada paciente es un mundo, la lectura de la gráfica te sirve para el básico, después según la situación de cada paciente hay que aplicarlo.***

*Obs: De esta situación, ¿qué llevarías a la práctica profesional o a las estudiantes?*

*Enf 3: **Hasta que no estás delante de un paciente no lo ves. No puedes explicar.** Explicar hipotéticamente los matices no creo que sirva. Es muy difícil de asimilar, cuesta asimilar hasta el básico, no lo asimilan porque cuando llegó aquí [la estudiante] ni un básico sabía hacerlo, pero ella no. Hay una laguna ahí, si te pones a hacer los hipotéticos... yo cuando llegaron les explicaba los gases arteriales, de un básico bien, pero cuando comienzas con los matices... ya no. Eso te lo da la experiencia, la situación polipatológica de los pacientes...* (RSA ENF3:14)

El segmento presentado refleja el caso de un cuidado a un paciente realizado por una estudiante y una enfermera: como se puede apreciar, la estudiante tiene un modo de ver y entender la atención realizada de una manera diferente al de la enfermera, si bien la acción (presenciada por la observadora y dirigida por la enfermera en resguardo del procedimiento complejo para el paciente en situación crítica) se ejerce del mismo modo. Podría decir que el conocimiento implícito en la acción es diferente. La enfermera aduce las razones de esa diferencia a la experiencia. La experiencia *de ver y estar* en el lugar de cuidados críticos con diferentes pacientes en condiciones similares pero actuar en cada momento de acuerdo a la situación propia del paciente. En este caso, no un Glasgow, sino que un Glasgow para una persona en situación x. Y este paciente, en *esta* situación no era un paciente en situación x sino más bien y. Y es por eso que su acción y su reflexión serán diferentes. Toda acción particular en contacto con la realidad hace que surja de ella un conocimiento situado. A continuación presento esta idea en contraste con la teoría sobre la experiencia.

i.- La experiencia, acepciones para la educación en enfermería

La palabra *experiencia* puede tener distintas acepciones, sobre todo en educación. *Tener la experiencia* puede significar tanto pasar por la situación en un momento. Como

apropiarse de situaciones vividas a lo largo del tiempo. ¿Es una más importante que la otra? Creo que ambas significativas en educación. Gadamer (1975), Dilthey (1985), Van Manen (1990), describen este elemento mediante el concepto de *experiencia vivida*, el cual, como parte de la hermenéutica fenomenológica<sup>83</sup>, constituye una interpretación intrínseca del fenómeno complejizada por los significados individuales.

Esta tesis valora la experiencia, ya sea vista desde *sus percepciones, sus sensaciones* (corto plazo o momentánea), como de su *apropiación interpretativa*. Apropriarse de la experiencia implica mirar hacia atrás, reflexionar, hacerla propia mediante los conocimientos obtenidos de la misma. En este caso, un conocimiento práctico experiencial.

Ilustro estas acepciones del término experiencia mediante la referencia situaciones propias del ejercicio del cuidado:

(i). Tener la experiencia **de hacer** la visita a un paciente (vivir la experiencia de: *tuve la experiencia de; generalmente de tipo sensorial*)

Podría ejemplificarlo referido a la primera vez que una enfermera **hace una visita** a un paciente. Habitualmente un estudiante de enfermería en primer año o segundo año, quien por currículo, *debe* hacer la visita de enfermería a un paciente. Este estudiante tendrá la experiencia única (que vivirá seguramente con nervios), e intentará recolectar toda la información que luego le solicitarán.

---

<sup>83</sup> Aunque el enfoque central de esta Tesis no es fenomenológico, *el entendimiento de la experiencia vivida como fenómeno que implica un proceso reflexivo de los significados* (crf. Van Manen 1990, p.77) también ha sido tocado tangencialmente, los significados de las experiencias si han sido parte de las observaciones y la reflexión de los profesionales, aunque no son el foco central de este estudio.

La experiencia *momentánea*, de tipo básicamente sensorial, ha sido descrita por Aristóteles como *Empeiría* (Hamlyn 2010, p.45) y puede suceder día a día, no exclusivamente, en las personas en formación sino que corresponde a un momento, la primera experiencia en algo. Es razonable pensar que este tipo de *experiencia* instanciada en un momento y ocasión determinada genera un aprendizaje sólo en la medida que la persona reflexione retrospectivamente sobre ella, apropiándose de su contenido.

La experiencia del estudiante, estará mediada, lamentablemente por una pauta rígida, en la mayor parte de los casos, al pasar el tiempo, el estudiante ¿Qué recordará de la visita? Lo más probable es que ya no recordará la pauta, recordará a la persona que vio, su situación, cómo le hablaba, como estaba el lugar, como se sentía respecto a la situación. Esta experiencia sin dudas dejará un conocimiento que creo debemos respetar y conservar. Es válida e irá conformando su actuar profesional. Esta experiencia en sí, si bien colabora con un aprendizaje personal, a la luz de esta investigación, también podría ser mejorada como experiencia educativa con el fin de colaborar con esa experiencia personal (Dewey 1997).

(ii). **Tener la experiencia** de hacer visitas a pacientes (*poseer experiencia: tengo experiencia*)

Con el paso del tiempo, un profesional hará muchas visitas a sus pacientes, cada una de ellas aportará un nuevo saber, sensación, sentimiento, que irá conformando su saber práctico. Es posible que los nervios de la primera vez no existirán y tampoco entrará a las habitaciones con un cuaderno en la mano mirando la pauta de lo que le *pidieron ver*. Utilizará su propio criterio, valorará la situación bajo un prisma personal, y hará lo que

deba hacer, tomándose el tiempo que deba tomarse y priorizando las necesidades de su paciente en ese momento, en virtud de la particularidad de la persona y su contexto. Aquí se muestra el relato de una profesional donde se denotan estos elementos. El profesional está planificando las actividades luego de una visita, ordena, relaciona los antecedentes, sus propias observaciones para brindar un cuidado acorde a la situación:

*(...)Enf3: Si ya tienes el antecedente que se ha operado de una cosa o la otra, **tú ya eres capaz de dirigir la observación**. Por ejemplo [refiriéndose a un antecedente del caso] “crisis comiciales en la infancia”, hay gente que quizá no lo pondría, **pero en el contexto ahora me parece importante**; o yo que sé, una hiperuricemia, el paciente **ahora tiene los dedos así [con lesión descamativa y hematoma]** y el médico viene y te pregunta. Si tú tienes la información descartas muchos problemas o muchas pruebas complementarias. (...), **o si tiene las extremidades con edema o empieza a bajar la presión**. Tiene una presión de eyección correcta pero **ya vas con la mirada más dirigida**. Igual en el contexto de su patología de ingreso no es tan importante [problema encefalopatía y post quirúrgica por várices esofágicas] pero no sabes cómo se va a comportar o cómo se desarrolla la situación. Si es importante tener todo, por ejemplo, si haber leído que en varias de sus patologías dice **que “no sigue el tratamiento”**. No sabes si va a colaborar o no, o qué va a pasar. Para mí es importante valorarlo todo.* (REA ENF3:17)

Volviendo a las cuestiones de las acepciones del término experiencia puedo decir que la diferencia de un tipo de experiencia (sensorial) con otro (apropiación) será: numérica, temporal, de sentido, de objetivos y de contenido. Cada momento dará una nueva mirada, dejará sin duda un nuevo conocimiento (enriqueciendo el anterior), sólo si es que esa experiencia se valora desde la necesidad de la persona a quien se visita. Si pasamos por las mismas situaciones sin tener intención de colaboración es muy difícil que la situación experiencial deje algo de conocimiento significativo.

La vivencia o la situación experiencial colaboran en enfermería en diversas modalidades, y en esta investigación se han hecho evidentes. No son insignificantes la experiencia de hacer una primera visita a los pacientes, ni la acumulación de situaciones vividas, ni el

tiempo de interacción entre personas. Este círculo interactuante (enriquecedor) genera visiones, modos, y formas diferentes para el ejercicio del cuidado, corresponde a lo que Schön denomina el repertorio para la acción.

*El repertorio de un profesional incluye la totalidad de su experiencia en tanto que le es accesible para la comprensión y para la acción.* (Schön 1998 p.131)

El repertorio de ideas e imágenes a las cuales acude un profesional reflexivo constituye lo que Wrigth Mills (crf. 2000 p.196) ha llamado pensamientos marginales, los cuales corresponden a todo el conjunto de ideas o subproductos del quehacer diario. Temporalmente, el efecto del repertorio es que el pasado colabora y afecta al presente definiendo la capacidad de actuación en el futuro. La experiencia es una importante fuente de trabajo intelectual original. Para poder recopilar y desarrollar ese trabajo intelectual debe ser fundamentado en la autorreflexión, la reflexión en y sobre la acción (Schön 1998, Wrigth Mills 2000). Para Wrigth Mills (crf. Wrigth Mills 2000, p.198), el simple hecho de nombrar un elemento de la experiencia a menudo genera la inquietud de encontrar una explicación del mismo y eso es lo que colabora finalmente con la expresión del saber.

Por lo aducido anteriormente, creo que es responsable sugerir que cada experiencia de tipo sensorial colabora con la *apropiación de la experiencia* y ofrece un contenido genuino para una investigación como esta. Y es que cada momento vivido o experimentado en la acción se vincula con una persona en particular, en un momento particular, y ese momento es el que va aportando el rasgo particular a la experiencia (crf. Hamlyn 2010, p.46). Bajo esta perspectiva la experiencia debe ser un concepto valorado en la formación inicial y continua, con el fin de mediar cada experiencia momentánea y luego convertirla como propia formando parte del conocimiento.

La experiencia personal debe ser valorada, en el estudio cada caso implica una experiencia personal, que mediadas por la reflexión, pueden ser aplicables en educación, como un aporte, respetando a su vez la experiencia del estudiante (Dewey 1997).

A modo de resumen y volviendo sobre los casos, la importancia de la experiencia en el origen de un conocimiento situado, radica en que esta, otorga conocimiento a un sujeto en un proceso abierto, tanto porque el sujeto se desarrolla dentro de ella como por lo que las situaciones otorgan en sí mismas como un resultado. De este modo, el sujeto se enfrenta a la situación con una experiencia previa (aporta desde la misma al caso) y a su vez, la situación actual dejará un nuevo conocimiento en su repertorio, como por ejemplo: La experiencia gatilla, potencia y alienta la observación.

*Enf3: La teoría dice que retirando el midazolam<sup>84</sup> en cuatro horas comenzará a despertar, con los reflejos disminuidos, pero los primarios comienzan antes. Pero la experiencia te dice que en cada paciente, en cada situación eso varía... Si soy novata igualmente sabría que la situación es grave pero la información te la da la experiencia de ver diferentes despertares de los pacientes en la misma situación varía totalmente el enfoque.*

(REA ENF3:20)

La experiencia hace que se vea lo implícito. A través de la reflexión en el estudio se ha podido hacer emerger y criticar las comprensiones tácitas que han madurado en torno a experiencias recursivas de una práctica especializada, dando un nuevo sentido a las situaciones de incertidumbre o únicas (crf. Schön 1998, p.66). En el siguiente segmento el profesional da cuenta de saberes implícitos que pueden entenderse del otro en una

---

<sup>84</sup> El Midazolam es un medicamento de la familia de las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas poseen propiedades útiles para la premedicación incluyendo el alivio de la ansiedad, la sedación y amnesia; benzodiazepinas de acción corta tomados por vía oral son los más comunes premedicación. Las benzodiazepinas se usan también para la sedación antes de los procedimientos clínicos y para la sedación en cuidados intensivos. <https://www.evidence.nhs.uk/formulary/bnfc/current/15-anaesthesia/151-general-anaesthesia/1514-sedative-and-analgesic-peri-operative-drugs/15141-benzodiazepines> información rescatada el día 09 de agosto 2016

sola palabra. Revela que entre profesionales (por experiencia) hay un lenguaje compartido que no refleja únicamente la semántica, la palabra dicha, sino que poseen una pluralidad de significados (significados que forman parte de estos resultados).

*Obs: ¿Hay mucho que no queda registrado y que cada profesional que viene entiende al otro que está entregando no una palabra (la dicha) sino...?*

*Enf3: Entiende **un despliegue de acciones** que han conllevado esa situación que está explicando.*

*Obs: ¿y cómo?*

*Enf3: Por experiencia... claro.*

(REA ENF3:6)

Por último algo que me parece muy necesario recalcar, creo que la experiencia profesional es inseparable de la experiencia personal.

*Enf1: Vas aprendiendo tanto en procedimientos como en actitudes. También porque a medida que avanzas en experiencia también vas avanzando en edad y evidentemente la edad también es un grado y vas adquiriendo también maneras de hacer, vas cambiando comportamientos- quizá más tolerante o menos- pero cambias. **Cambias o la manera de vivir experiencias con tus enfermos y la vives de distinta manera y eso también te enseña o te emociona más o menos. La vida es una escuela en todos los sentidos y para mí es una cosa que se cruza muchísimo.** También es importante separar lo personal y lo profesional, pero que profesionalmente la edad y la experiencia te va entregando muchísimo.*

(RSA ENF1:87)

### 7.3.1.3 Saber transformado

El saber situado no es un conocimiento que surge directamente desde la teoría formal. La práctica profesional va acrecentando la gama de conocimientos, aumentando el repertorio del profesional (Schön 1998). En este sentido, el conocimiento no es estático, sino que cambiante, flexible, y en el caso de la investigación podría decir que lo que se obtiene es un saber transformado. En efecto no se reconocen saberes *teóricos puros*, tampoco saberes obtenidos en una totalidad y exclusivamente de la práctica, lo que

emerge es un saber contextualizado, situado, transformado, que surge del razonamiento en la práctica.

*Enf2: ¿Qué detalle? Pues en un principio a veces cuando le ves cara de dolor, el dolor es una cosa subjetiva y la cara muestra el dolor que tienen por dentro. A partir de lo subjetivo que puedes obtener y lo objetivo del paciente tú puedes un poco interpretar. Yo en un principio intento eso, ser más cauto, no ser agresivo con pacientes con conductas agresivas porque luego provocas más conflicto, más agresividad. Entonces con calma y siendo cauto disminuye el conflicto*

*Obs: ¿Qué significó para ti en ese momento la situación?*

*Enf2: A mí me incomodan mucho esas situaciones. Intento socializar, estar más tranquilo, dar más confianza. La confianza te ayuda para lograr con el paciente más contacto y ese contacto genera que el tolere o toleremos más cosas.*

*Obs: De la acción realizada ¿De dónde se obtienen esos elementos para actuar?*

*Enf2: A nivel de la formación no te enseñan. Es decir, en la enseñanza teórica, **en bases psicosociales, a veces no te hacen aprender**. Está separado de la práctica, **la práctica me ha conllevado a actuar así, creo yo**. He tenido varios casos similares. Como llevo doce años... en ese tiempo tratas con muchos pacientes, con muchas personas y es difícil...* (RSA ENF2:36/2:37)

*Obs: En cuanto a las vacunas (...) vi que a los niños pequeños dejabas que los vistieran y luego bajabas un poco el pantalón y vacunabas. En relación a eso, esas cosas que haces extras, que no están protocolizadas...*

*Enf1: Esto es de la experiencia. Pues cuando yo venía de primaria, pues yo no recuerdo bien, pero creo que primero pinchaba y luego los vestían no y eso fue para economizar tiempo eh, porque los padres entonces los cogían en brazo y pobrecito y venga... [Gesto de que acuna a un niño] y luego lo volvían a estirar y lloraba, luego lo volvían a tomar [como tomando a un niño y poniéndolo en una camilla] y vuelta a tomar en brazos (...) Entonces yo dije "perfecto, que los vistan todos enteritos". Y como el mismo pantalón cuando los bajas hasta las rodillas te sujeta las piernas, o sea que también era muy práctico, ahora les pincho y nada más les queda subir el pantalón cuando los tienen cogidos. Va mucho mejor, pero en principio fue solo para economizar tiempo, de ésta manera les dices: "no, no vístelo". **Y una cosa llevo a la otra** economizas tiempo y el pantalón o el leotardo sujeta las piernecitas de la criatura y entonces luego suben el pantalón y ya está.* (RSA ENF1:51)

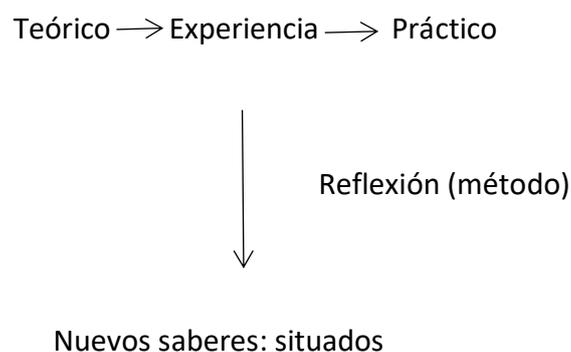
En los dos casos expuestos existen conocimientos previos por parte de los profesionales.

En el primero de ellos se reflejan elementos de la comunicación que se adquieren en la formación inicial (el profesional menciona incluso la asignatura donde lo **enseñan**, pero como señala **no te hacen aprender**), que luego se van transformando con la experiencia.

En el segundo caso, se posee el conocimiento de base de cómo se administra una vacuna. Pero la práctica muestra que los niños se mueven, que esto implica dolor y

riesgos, por lo cual la profesional transforma el conocimiento inicial en un saber práctico. Si bien este último se relaciona con una acción netamente procedimental, refleja distintos aspectos presentes en la acción práctica (la profesional piensa en el dolor, en el riesgo para el niño, en el tiempo utilizado para el procedimiento). Estos aspectos influyen en la transformación de los saberes y creo que la reflexión sobre ellos es potencialmente relevante.

Podría decir al iniciar la experiencia profesional o las experiencias prácticas existe un saber teórico puro. Al contraste con la realidad, este saber, se va transformando en un saber cada vez más práctico, una vez que se reflexiona sobre el mismo, en contacto con los casos de las personas, el saber que se va generando se vincula con los conocimientos previos, ya sean teóricos o prácticos. De este modo, surgen entonces nuevos saberes, fruto de la elaboración reflexiva entre experiencia, teoría, realidad, valores, recuerdos, del repertorio profesional. Esta cuestión intento graficar a continuación:



**Figura 19** *Transformación del saber* (Fuente: elaboración propia)

¿Es comunicable este nuevo conocimiento?, la respuesta que surge de este estudio es: sí y solo si este conocimiento es escrito (y comunicado en detalle) podrá ser de utilidad.

Es por ello que creo en la responsabilidad y la necesidad de rescatar los saberes prácticos mediante la reflexión y así obtener de modo constante nuevos saberes situados.

*Sólo mediante conversaciones en que pensadores intercambian información acerca de su manera real de trabajar puede comunicarse a un estudiante novel un concepto útil del método y de la teoría. Por lo que creo útil referir con algún detalle cómo procedo en mi oficio.* (Wright Mills 2000, p.195)

### 7.3.2 Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar

Este segundo constructo implica un fundamento *para la acción* recogido *desde la acción*.

Corresponde al trasfondo de los saberes situados (que he evidenciado anteriormente) representa, de cierta manera, los valores y principios que sustentan los saberes.

El profesional cuida desde y por la necesidad de la persona que requiere cuidados, esta persona se encuentra en un contexto particular, en un momento particular, *su situación es particular*.

Contextualizaré la necesidad particular con una actividad que un profesional (en el ámbito hospitalario) puede incluir entre sus cuidados: *el reposo*. Parece ser una acción simple, e incluso ser catalogada como una omisión (*no acción*). De hecho, podría ser muy cuestionado un profesional de enfermería que dijera: *A esta persona ahora no la tocaremos, no tomaremos las constantes vitales, ni haremos baño en cama*. Resulta interesante analizar las reflexiones de un profesional en relación a *dejar reposar a una persona*:

*(...)Obs: decidiste dejarla en reposo, más que reposo era **no tocar**... ¿esa decisión por dónde pasa?*

*Enf3: Por la experiencia, creo. Creo que cuando tenemos a la paciente con un shock cardiogénico de origen desconocido y heparinizada, **que yo la mueva no le va a aportar nada**. Lo que sí puede aportarle **es que le cause más sufrimiento o que le***

***aumente el problema*** cardíaco<sup>85</sup>, por lo cual hay situaciones vitales en las que ***hacer*** no es importante. ***No es tan importante que los cuidados de enfermería se lleven estrictamente al dedillo***, hay que saber valorar la situación del enfermo. Eso te lo da la experiencia. (...) te das cuenta que en las situaciones vitales el paciente requiere reposo absoluto, ***que su cuerpo quede en reposo para poder recuperarse***. De modo que si yo a ese paciente lo muevo le estoy exigiendo un trabajo, aunque a tí no te lo parezca, aunque a tí no te lo parezca, lateralizar a un enfermo es cambiarle las presiones. ***Aumentarle las fuerzas y trasladarle todo, lo haces tú, él no hace nada, pero a él le está suponiendo un trabajo, seguro, seguro***. ¿Cómo lo sé? Por la experiencia, por lo que he visto. Puedes tener a un paciente cien por ciento bien, sin que le pase nada, puedes moverlo y puede tardar en recuperar la saturación, sin ninguna situación de riesgo que haya corrido, hasta cuatro a cinco horas. Y estamos hablando de un paciente bien, siempre del área de críticos, hablamos. Si yo tengo un paciente en un fracaso cardiogénico y encima con heparina, descoagulado, y yo me pongo a moverlo puedo matar al paciente. (...) Si yo tengo a un paciente en una urgencia vital, que yo lo mueva tres veces al día le va a suponer más riesgo del beneficio que le puede causar. Y eso sólo te lo da la experiencia.

(RSA ENF3:27)

En esta situación se evidencia una atención a la necesidad particular de una persona a quien moverla o incluso, *seguir con las rutinas diarias* de un hospital podría significar un compromiso negativo para su estado de salud.

La necesidad particular se identifica como un fundamento para el acto de cuidar. En la observación he constatado que cada acción (o no acción, como en el caso) y organización de los cuidados tiene una tendencia marcada a actuar en virtud de las necesidades de la persona y del entorno, y no tanto por estándares establecidos previamente. Estas necesidades eran variables, dependiendo del lugar, la persona y el momento del día. Es por ello que lo describo desde el concepto de necesidad *particular* y no sólo *individual* pues es una necesidad que no sólo varía de persona en persona, sino que en la misma persona varía dependiendo la situación y el momento particular. Lo he

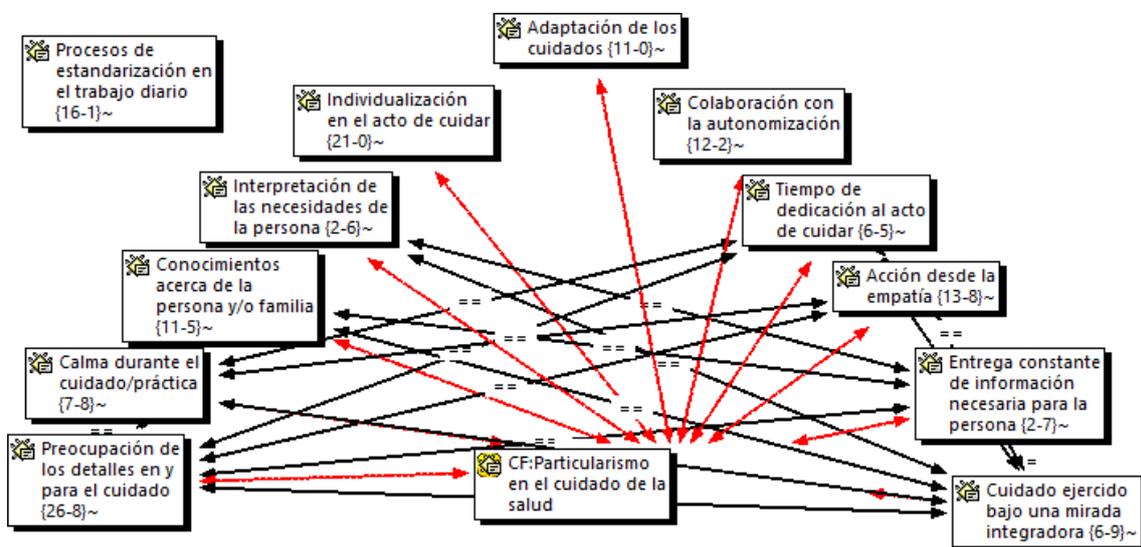
---

<sup>85</sup> La profesional incorpora en su relato algunos términos tales como:

Shock cardiogénico: situación extrema de alteración cardíaca en la cual el corazón no puede impulsar la sangre necesaria para oxigenar el organismo; Heparina: medicamento utilizado para disminuir la capacidad de coagulación de la sangre, habitualmente utilizada en situaciones en las cuales existe riesgo de formación de coágulos (crf.Echazarreta 2012, pp.29-37).

denominado *necesidad particular* o particularismo en enfermería, considerando además que en el acto de cuidar son particulares, aparte de la propia necesidad: la persona en necesidad de cuidado, la persona que cuida, la situación o contexto.

Si se observa de manera gráfica una red de significados derivada de vinculaciones entre categorías y metacategorías, se puede constatar una tendencia al particularismo en la acción. Ese particularismo conforma, dentro del análisis de datos, una metacategoría, al interrelacionarse con todos los resultados de las codificaciones. Esto ha dado el sustento para sugerir que este elemento es un fundamento de la acción, y que traspasa entonces desde una metacategoría haciendo fusiones de conceptos hasta llegar a constituirse un constructo. En la siguiente figura, se observa que todos los elementos se relacionan con el particularismo en el acto de cuidar (categoría) y el único elemento que se opone a ello son los procesos de estandarización en el trabajo diario.



**Figura 20** Imagen de Network en ATLAS.ti. Saberes para el cuidado particular

En la imagen el concepto de particularismo (en esta atapa aún como categoría) cruza la mayoría de los demás conceptos, siendo atisbado muy precozmente en el análisis como un elemento que sustenta la acción. Y esta es una de las razones de que unido a otros elementos conforman el eje del constructo.

### 7.3.2.1 Procesos de estandarización, la oposición al particularismo en enfermería

Para comenzar a reflexionar y fundamentar sobre el constructo cualitativo denominado *necesidad particular como fundamento del acto de cuidar* identificaré primero el elemento presente en el currículo actual de enfermería que obstaculiza y se opone al particularismo. Este elemento corresponde a los *procesos de estandarización en enfermería*.

A continuación analizaré algunas características interesantes de los procesos de estandarización reflexionados y levantados por profesionales en la práctica.

#### i. Interfieren en el trabajo diario.

Los profesionales apuntan a la idea que utilizar pautas y pensar en la utilización de un plan de cuidados estandarizado interviene negativamente en la disponibilidad de tiempo que debiese ser utilizado directamente en el cuidado.

*Tiempo, quita tiempo. **Quita tiempo en estarme fijando a ver ¿qué dice?, ¿que pone?** Sobre todo al principio, al principio que recibes a un paciente, que tienes que estar... Se supone que lo que te da son unas normas de observación para el paciente, ¡bueno entonces déjame observarlo! No estar delante de una pantalla, ahora me toca observar... y debe estar [gesto como mirando la pantalla] sí, sí, sí, sí, sí... este, este, este, este... No, ¡déjame observarlo! (...)* (RSA ENF3:37)

*(...) Lo tengo que escribir igual...y lo único que es, **es doble trabajo**. Y si luego la que sigue lee y sigue el plan de curas como está hecho y sigue explicando la herida como está, perfecto. Pero si se guía por el plan de curas al tercer día **ya me pierdo** y no sé cómo van las cosas... no sé qué evolución ha tenido. **A mí esto no me da ninguna información.*** (REA ENF1:77)

ii. No consideran a la persona

Al utilizar planes estandarizados se pierde de vista la persona que se tiene en frente, no se logra reunir la información que corresponde a la persona por lo cual el trato se vuelve despersonalizado, interfiere en la interacción, dificulta la empatía.

*Enf1: Por ejemplo, si viene un niño de cuatro años le pregunto el nombre de la novia y lo registro luego cuando vuelve a venir y le pregunto: “¿Y qué y la novia María qué tal?” Entonces el niño ya... **es una relación, y eso un PAE no lo refleja. Yo lo registro y eso me sirve.** Las cosas cotidianas, que si le gusta el tenis, o las monster high<sup>86</sup>, eso el PAE no, no. En el adulto también, no la espiritualidad y si es religioso o no, lo que le guste de verdad. Por ejemplo jugar cartas. Y en un momento determinado el del lado te dice lo mismo y les dices: “Les traigo una baraja de cartas y juegan los dos” por ejemplo (me lo invento). Pues claro, esas cosas tienes información **de ese tipo como para ayudarles.** No sé... es de cada uno, de la vida diaria.*

(ENF1:89)

iii. No aportan información adecuada al profesional para su actuar.

Los procesos de estandarización agrupan información a modo de formatos rígidos, por lo que en muchas ocasiones dejan sin la información que el profesional requiere en el momento para brindar el cuidado correspondiente a la persona.

*Enf1: No me aporta nada profesional, no me aporta nada. Tendría que volver a preguntar todo nuevamente “¿cómo le paso?, ¿cómo lo tenía ayer?, ¿se acuerda?”. O sea, si no lo vi, no me da información del paciente como tal, quizá yo veo una herida del paciente hoy y veo que esta como infectada. ¿Y ayer? Entonces si la enfermera de ayer me pone: “No tiene buen aspecto, vigilar”, esto me da más información. Pero si veo a una persona con un vendaje y miro la pantalla, no me da... no me da nada, ni en NIC ni el NOC... no me da nada...*

(RSA ENF1:23)

iv. Constituyen la simplificación de una acción compleja

---

<sup>86</sup> Franquicia de productos para niños, en el texto el profesional se refiere a unas muñecas que son de gusto actual de las niñas.

Finalmente, el trabajo de la enfermera queda reflejado en patrones, normas y acciones lineales que dejan como registro una acción pobre, vacía en contenido.

*OBS: ¿Entonces no ves ninguna ventaja al plan informatizado que tienen aquí?*

*Enf1: No, yo es que de hecho, y esto es una de las cosas que nos queríamos meter, no queremos que sea operativo lo del NIC los NOC y todo eso. Para nada, para nada, para los médicos una neumonía es una neumonía, para una enfermera una cosa tiene mil nombres. Depende de la enfermera. Entonces no hay una continuidad de cuidados o puede no haberla porque no queda escrito. ¿Cómo lo interpreta? Hay sólo etiquetas.*

(REA ENF1:20)

v. No colaboran con el aprendizaje en enfermería

Desde la experiencia de una teoría en la acción, la profesional da cuenta de la inutilidad de los procesos de estandarización para aprendizaje:

*Enf1: El PAE lo puedes hacer cuando estás estudiando, **luego tampoco te sirve para nada**, porque resulta que cuando estas estudiando te piden el PAE de un enfermo y la realidad que te das de bruces es cuando acabas la carrera te dan el titulito y si tienes suerte al día siguiente eres enfermera y vas a trabajar a un hospital y te encuentras que tienes que llevar a catorce o veinte enfermos que tienes que cuidar; **y ve a hacer el PAE de catorce o veinte enfermos como te han enseñado en la escuela... bueno... como empieces el primero y acabes el segundo, ya han pasado tres días. O sea, no tiene sentido.***

(RSA ENF1:80)

En este segmento el profesional da cuenta del sin sentido de la enseñanza del PAE. Es un punto de vista muy importante pues en la enseñanza actual se invierte gran cantidad de tiempo en una metodología que no tiene aplicación.

*Obs: Cuando llegaban estudiantes a práctica y ellas, como dices tú, venían a “hacer un PAE”. ¿Qué pasaba?*

*No lo hacían. “Tú mira a la enfermera como lo hace, que es al fin y al cabo cuando termines la carrera lo que tendrás que hacer”, ¡que PAES e historias! Mira que ella está sacando la medicación, las dietas de casa uno, sin gluten, normal. Eso es lo que tienes que hacer, ese es el PAE que tendrás que hacer de tú trabajo, no del que más te guste, no de la enfermedad más rara”. **Además, se empeñan en escoger enfermedades, no pacientes. ¿Son médicos? No, la enfermera no se debe ocupar de ese paciente porque la enfermedad es más rara. No, la enfermedad es de otra disciplina, no de tu disciplina.** La enfermedad se la curaran o no, tú te debes centrar en el paciente. Eso cuesta, cuando hablas con los alumnos te hablan de patologías: “he visto un niño que tiene...”, “he visto un niño que tiene...”, **“¿y el niño como estaba?...”** “ah estaba...”. ¡No se fijan! (...)*

(RSA ENF1:81)

En este segmento <sup>87</sup> podemos constatar el valor asignado a los procesos de estandarización, la visión de la práctica y la teoría, la importancia del respeto por la individualidad, la necesidad particular como fundamento del cuidado, la importancia de cuidar a la persona y no a la enfermedad, demuestra la importancia de un trabajo humanizado.

El segmento aporta saberes para el aprendizaje en enfermería, apunta a errores y omisiones que se ocultan en la enseñanza bajo los principios de los procesos de estandarización. Bajo estos, el ser humano, que es el objeto de cuidado, queda relegado. Pasamos a dar un ***cuidado netamente mecanizado, no se impregna en la realidad***, más aún se ***empobrece el aprendizaje***, pues si las estudiantes orientan su práctica a “hacer un PAE” su objeto no es conocer, no es reflexionar, no es aprender: es hacer algo mecánico, que consiste en ***separar a la persona en partes*** y analizarla mediante una guía pauteada, no hay tiempo para pensar. *El desarrollo de criterios prácticos y profesionales no puede generarse* y quedan bajo los supuestos de una acción mecánica, y el encasillamiento de una persona dentro de una enfermedad. Bajo esta óptica, no es persona quien sufre la enfermedad. El estudiante se ve forzado a ***definir a la persona bajo el concepto de una enfermedad***, porque lo orientamos a realizar una serie de acciones hacia una enfermedad (en una persona). Si alguien posee la enfermedad entonces cae automáticamente en una serie encadenada de acciones, en las cuales no media ni la persona que cuida ni quien es cuidado. Como consecuencia de lo anterior **despersonalizamos la atención y el cuidado de la salud.**

---

<sup>87</sup> Desde la multidimensión de sus significados he utilizado este segmento al inicio del capítulo para dar cuenta de la percepción de la distancia entre la teoría y la práctica enfermera.

En suma, puedo decir que los profesionales del estudio coinciden en la inutilidad del proceso de atención de enfermería tanto en la formación inicial como en el trabajo diario de los profesionales. Lo que se hace evidente en el análisis semántico y gráfico de los datos obtenidos.

### 7.3.2.2 Noción de necesidad particular: un fundamento desde la verdad práctica

He analizado anteriormente la concepción dominante en el currículum de enfermería que se opone a la noción de particularismo. Entonces ¿De qué hablamos cuando hablamos de particularismo? El constructo surge desde la voz de los actores y en él resuenan en él las palabras *particular* y *necesidad*. Considerando estas palabras, y los contenidos de las mismas en el contexto del cuidado, he tomado el concepto de particularismo moral y desde allí he hecho una apropiación del concepto.

*El enfoque primordial del particularismo es el caso particular, como es obvio. Esto significa que nuestro deber principal, en el juicio moral, es mirar muy de cerca el caso ante uno. Nuestra primera pregunta no es “¿A qué otros casos esto se parece?”, sino “¿Cuál es la naturaleza del caso ante nosotros?”. Por supuesto, una comparación con otros casos puede ayudarnos a decidir cómo son las cosas (...). Pero esta decisión o diagnóstico es, aun así, esencialmente particular.* (Dancy 1993, p.63)

Para entender el particularismo quisiera remontarme a las descripciones acerca de verdad práctica de Aristóteles en *Ética Nicomáquea* (1985), y las interpretaciones del mismo por parte de algunos autores actuales. La *Ética Nicomáquea* de Aristóteles se refiere a la verdad práctica. ¿Por qué se vincula particularismo con la verdad práctica? He comentado en el inicio de este escrito que, este estudio pretendía desvelar y recoger los saberes desde la práctica de profesionales de enfermería, estos saberes desvelados son en sí una verdad práctica, y la verdad práctica que se ha desvelado es que la acción enfermera se fundamenta en las necesidades particulares de las personas. Olfert argumenta, bajo las luces de Aristóteles, que:

*La verdad práctica es la verdad acerca de lo que es incondicionalmente bueno para una persona en particular en una situación particular.* (Olfert 2014, p.206)

Por lo tanto, la acción práctica enfermera debe ser acorde con la particularidad de quien cuida a quien se cuida y en la circunstancia particular en que se cuida. Si esto no se realiza bajo estos principios, entonces la verdad práctica de la enfermería no se cumple, vale decir, erramos en el cumplimiento de nuestra verdad práctica. Bajo estos principios los procesos de estandarización generan un error en nuestra verdad práctica, una falacia práctica.

Lo que es incondicionalmente bueno para una persona particular, en un momento particular, no tiene por qué ser incondicionalmente bueno para otra persona (crf. Olfert 2014, p.206). Incluso puede no serlo para esa persona particular en otro momento particular. Por lo tanto, en enfermería es falaz aplicar un modelo estándar de acciones aplicables a todas las situaciones. Lo que podemos tener y observar son criterios de acción que colaboren en la identificación de acciones particulares, para una situación particular y acorde a una persona en particular.

Un ejemplo claro de lo anterior se aprecia en este segmento:

***Yo con lo de la lactancia materna puedo ser pro, pero soy muy pro mujer y hay algo que me fastidia mucho... yo cuando doy un taller a los futuros papás y mamás ya les digo a los papas: "Ustedes ahí no tienen nada que decidir, ni abuelos ni abuelas". Porque pienso que la mujer que es continente y contenido, es la que tiene que decidir si ella está bien. **Bebé y mamá se entienden. Lo llevan bien de una manera plácidamente** y tal, cap<sup>88</sup> problema, **hasta los seis meses lactancia materna exclusiva**. Pero si en un momento una madre me dice "mira, estoy cansada", o ella como lo ha verbalizado **"es que de verdad que hay noches que no duermo, que estoy de mal humor"**, no, yo he insistido en que la elección es de ella.*** (REA ENF1:43)

---

<sup>88</sup> Cap es una palabra en catalán que posee diferentes acepciones, tales como jefe, cabeza, final, principio, ninguno, ningún. La traducción de esta palabra en este contexto significa ningún (cap problema: ningún problema).

La enfermera, reflexiona respecto a la lactancia, es un consenso la importancia de la lactancia materna en el desarrollo de los niños. Sin embargo, en este caso se manifiesta la preocupación por la mujer, la mujer quien amamanta. La profesional respeta su decisión y sus sensaciones respecto a la lactancia, no se centra en lo que diga el mundo. Respeto la libertad de decisión en ese momento en particular, valora el vínculo madre e hijo sobre la lactancia. Considera, que *si la madre está bien el niño estará bien* y eso no es dependiente sólo de la lactancia. La enfermera, desde su experiencia, con una impronta de valores, logra ver un bien superior más allá de una norma general.

El fundamento de la necesidad particular es una realidad práctica mediada por la razón, por lo que podría decir que la razón práctica es fuente y requisito de las formulaciones teóricas en enfermería. Si no se cumple con el fundamento particular estamos errando en nuestra acción y el errar en la acción genera efectos en el ser humano que es cuidado.

La actividad intelectual es una función de la razón práctica, pero no debe ser considerada una acción distinta. La actividad intelectual debe ser alero, complemento y conjunto de la acción. Es por ello que el particularismo, que surge en función de la razón práctica, es también un fundamento que nos colabora en la reconsideración de la llamada brecha teórico práctica. Ambos elementos, teoría y práctica, deben ser razonados en conjunto, sino, como he dicho anteriormente, ambos transitarían por rumbos diferentes y serían dos tipos de conocimientos diferentes. El cuidado del ser humano requiere de sólidos fundamentos, que fusione la teoría y la práctica y que lo que oriente los cuidados sea una verdad práctica. Y este requisito creo que puede cumplirse poniendo por fundamento las necesidades particulares.

La (el) enfermera (o) debe ser consciente que cada acto que realiza es particular. Si bien se debe conceder que, existen algunos procedimientos o rutinas de trabajo previamente establecidas, esas mismas deben ser aplicadas toda vez en conciencia de una particularidad. Sabemos cómo enfermeras(os), por experiencia, que, muchas veces cuando se intenta cumplir un protocolo o una acción bajo una norma, la situación escapa de la norma. Y en ese momento precisamente ocurren o se cometen errores. Y el problema radica, en que los efectos son directamente sentidos en una persona, incluso podría involucrar su condición vital.

*Obs: En el paciente del coma inducido, él no salía, y tú estabas muy tranquila porque luego me explicaste que la eliminación de los fármacos en ese paciente sería más lenta, por su situación, por el daño renal que tenía, etc. En relación a esa situación, ¿qué detalles son importantes para uno como enfermera?*

*Enf3: **Los diferentes despertares.** Sobre todo en un paciente como el nuestro, que tuvo el estatus convulsivo, que al despertar no despierte convulsionando. Convulsión no es una de esas generalizadas, sino pequeños movimientos sutiles en brazos en la cara, etcétera, que te puedan indicar que la persona está convulsionando en el despertar. Signos de decorticación, de descerebración, chupeteo en el tubo, ausencia de tos, ausencia... hay múltiples signos que evidencian si el paciente va bien o no.*

*Obs: La tranquilidad que tú tenías...*

*Enf3: Principalmente porque cuando quitas la sedación a pacientes como los nuestros [se refiere a pacientes de cuidados intensivos], tú sabes, por la cantidad y el tipo de sedación que ha llevado, el tiempo más o menos en el cual va a despertar. Por ejemplo, el chico tuvo cirugía con extracorpórea. **Normalmente, después de ese tipo de cirugías tú quitas la sedación y dos minutos después ya están despertando.** Lleven la sedación que lleven, midazolam se le para y no despertaba. No despertaba. Yo le comentaba a un compañero eso es raro, es raro... los médicos me decían que no, que era porque era obeso, que tardaría más. **Pero no, en una cirugía de ese tipo con un paciente sano, no adicto, normal, no es normal que no despierte una hora después.** Es raro [el paciente a quien se refiere profesional tuvo varios infartos cerebrales y luego de unos días recién comenzó a tener reacción] En un paciente como el nuestro, luego del estatus, **además con bolus de tiopental<sup>89</sup>, fracaso renal, un poco obeso, sabes que el despertar será con dos o cuatro días de evolución.** (RSA ENF3:15)*

---

<sup>89</sup> La profesional señala algunos conceptos que describo a continuación. *Signos de decorticación:* se refiere a signos físicos que se observan en las personas en las que la comunicación entre el cerebro y la médula espinal entre ellos brazos flexionados hacia el cuerpo y los puños cerrados. *Signos de descerebración:* se refiere a signos físicos que presentan las personas que han sufrido daño cerebral grave y habitualmente aumenta la tensión muscular, los brazos están extendidos, cuello arqueado hacia atrás. *Chupeteo del*

El cuidado basado en las necesidades particulares debe atender diferentes aspectos de la persona, tales como *creencias y aspectos culturales particulares*:

*Enf1: ...pero acá ayudas en pequeñas cosas, por ejemplo en las joyas, por ejemplo en él no me olvides, ¿sabes? Esa plaquita que tiene un borde muy afilado, “es que esto está muy afilado”, “es que es un regalo de tal...” es que él bebe no sabe que esto está muy afilado y se pone así [lleva la mano a su ojo] y se hace una herida en la córnea y les digo: “Tú, coges esto, y cuando sea mayor se lo pones en una cadenita y muy bien”. Es lo mismo, y le explicas a quien se lo ha regalado que se puede hacer una herida, seguro que lo entenderá. Y a veces se lo sacan y a veces no, y eso también puede ser una cuestión cultural.*

***Porque parece que sobre todo para los gitanos puede ser como un desprecio a quien se lo ha regalado. En cambio a otras personas no gitanas normalmente lo entenderán y más que nada es que luego vendrán corriendo porque tendrá una lesión y se lo quitan en la misma consulta o anillos.*** (RSA ENF1:90)

*O también, aspectos particulares de las experiencias de la persona en salud/enfermedad;* como por ejemplo tener en cuenta los aspectos que sean antecedentes para una enfermedad.

*Enf2: (...) han venido unos familiares preocupados por una enfermedad que no se sabe que es, si es encefalitis u otra cosa. Comenzó con una orquiepididimitis y ahora ingresa por encefalitis<sup>90</sup>, entonces he preguntado si estuvo en el extranjero, porque cogió la infección, ve tú a saber dónde procede.* (REA ENF2:12)

Del mismo modo, una experiencia previa a la situación de ingreso hospitalario, por ejemplo en el caso de un paciente que ingresó muy agresivo pero el profesional lo relaciona con la patología que tuvo y con el lugar donde estuvo previamente

---

*tubo*: corresponde a un signo que denota un tipo de crisis convulsiva. Estatus convulsivo: corresponde a una serie incontrolada de convulsiones (movimientos involuntarios del cuerpo producto de alteraciones en el sistema nervioso, pueden ocurrir por lesiones, tumores, medicamentos, etc). *Cirugía con extracorpórea*: se refiere a cirugías complejas que requieren que la circulación de la sangre se realice de modo externo. *Tiopental*: medicamento utilizado para sedación o inducción para la anestesia necesaria en algunas cirugías y también se utiliza en caso de convulsiones. (Ropper *et al* 2014). En el contexto profesional se refiere a todos los signos que las personas pueden presentar, pero ella relaciona diferentes aspectos propios *de esta persona* para brindar un cuidado particular.

<sup>90</sup> El profesional se refiere a tipos de inflamaciones localizadas en órganos específicos, estas habitualmente son causadas por agentes infecciosos, virus o bacterias. La orquiepididimitis afecta al testículo y epidídimo (parte del aparato genital masculino). La encefalitis afecta al encéfalo (cerebro).

*Enf2: Tienes que estar más asertivo e intentar suavizar la situación, antes que se ponga más agresivo y la cosa empeore. Entonces creo que fue así, que **el señor venía de intermedios** y el señor **estaba muy desorientado por lo que tenía** y luego ya viste que poco a poco se fue... era otro señor (...)* (REA ENF2:42)

Y por supuesto, el estado particular de bienestar y salud:

*(...)Enf1: Sara vino a la primera visita de recién nacida, padres primerizos y en principio fue una visita normal, todo estaba bien. **Durante los primeros tres meses no había nada a destacar, Sara dormía, comía, la familia completa era feliz. Al cuarto mes en la visita del niño sano, detecté que lloraba raro**, mi experiencia hospitalaria me hizo detectar que algo no iba bien.* (RSA ENF1:92)

*Enf2: Luego este otro chico, el Julio, que ha sido por agresión, **esta consiente, orientado, está pendiente del TAC, porque primero han dicho que era un probable hematoma occipital pero en el TAC no he visto nada**. Y luego la Gabriela, hay que hacer una sutura, el comportamiento es el mismo que tenía antes de la caída por lo cual no te hace ni que pueda hacer convulsiones... Y luego Carmen que está **afuera está súper tranquila y está acompañada, está bien**.  
El que más me preocupa es el señor Daniel, que aunque tenga noventa y cuatro años es quien más complicaciones puede tener y a veces no poder... va a ingresar para observación.* (REA ENF2:39)

Por último un aspecto importante son las particularidades de los aspectos sociales:

*Enf1: Aparte del riesgo cardiovascular, en este caso, **él tiene un amigo, muy amigo que tiene diabetes**. Entonces, igual por ahí puede engancharse, de cambiar de hábitos, de comer más verdura (...)* (REA ENF1:36)

Si apreciamos cada aspecto del ser humano como un aspecto propio y particular para el momento en el cual sucede podemos ejercer un cuidado acorde a una verdad práctica.

### 7.3.2.3 Rasgos de la acción bajo un principio particularista

Las acciones que se realizan desde el principio particularista evidenciado en el estudio implican una mirada integradora y empática, además de presentar una preocupación permanente por los detalles.

La integración de la mirada, implica preocuparse de todo

*Enf3: (...) es mi paciente y me tiene que preocupar todo él. Desde que respire hasta que tenga un esparadrapo que le pueda levantar la piel, o que la pulsera de aquí le esté apretando. Hoy había un paciente, consciente y orientado, y la pulsera le apretaba. Pero le apretaba porque estaba todo tenso. Las manos bajas, no se movía... “Pablo, levanta las manos, muévete, ábrelas, ciérralas”. Me importa tanto eso como que tenía dobutamina<sup>91</sup> y se la estaba retirando. El paciente es un todo y yo tengo que fijarme en todo y que todo esté bien. Que le siente bien el zumo, que le puedan quitar la sonda, que las manos las mueva, que esté tranquilo, que pueda colaborar, que vea que todo está tranquilo. No sé, es que es todo, es todo.* (RSA ENF3:60)

*Enf3: A mí me da mucha rabia cuando viene el cirujano digestivo y sólo ve la barriga y entra mira la barriga y se va y sale y ni ha tapado al paciente ni ha dicho “hola soy... y vengo...”. ¡Madre mía, es que no es una barriga el señor! El señor es una cara, unos ojos, alguien que te está mirando o no. Da igual. Es un todo. Un cuerpo que luego hay que tapar después de destapar. Es un todo, y es importante tratar de verlo todo, dentro de la imperfección de cada uno. Tampoco llegas a todo, ni las personas tenemos la capacidad para verlo todo. Muchas veces hay cosas o situaciones que se te escapan, pero bueno, dentro de eso hay que intentar, intentar (...).* (RSA ENF3:61)

Implica ponerse en el lugar del otro, pensar y mirar de manera empática,

*Enf1: En general cuando a las personas les hablas claro, sea bueno o sea malo, están agradecidos porque saben dónde están. Si le dices por ejemplo a un adulto y que su pareja ha tenido un ICTUS<sup>92</sup>: “Mire, su marido va a tener un período de recuperación que va a tener paresia, le va a costar caminar”, si se lo dices a su esposa-que va a ser la cuidadora- y lo sabe y sabe que evolución puede tener, le da más seguridad. Y si le dices: “No se preocupe”, ese “no se preocupe” lo encuentro horroroso. ¿Por qué no me voy a preocupar de ese niño o mi marido? Lo normal es que me preocupe, no que no me preocupe. Por ejemplo: “No llores” ¿Por qué no llores? ¡Llora si quieres!, no hay que cortar los sentimientos, es una descarga que, además, pienso, puede ayudar a la persona. Hay que decir la verdad de una manera normal, al cuidador, y al paciente, él te lo dice si lo quiere saber.*

(REA ENF1:14)

---

<sup>91</sup> Dobutamina: medicamento utilizado para aumentar la fuerza contráctil del corazón y con ello se consigue que aumente la circulación sanguínea (Kenakin 2006), en el contexto se considera como un elemento importante en el cuidado pero uno más dentro de todos, para el profesional todo es importante.

<sup>92</sup> Corresponde a una alteración de las funciones cerebrales producida por una lesión vascular dentro del cerebro en forma de falta de irrigación (isquemia) o hemorragia cerebral. Ambas lesiones no corresponden a un traumatismo. Anteriormente este tipo de lesión se denominaba *accidente vascular cerebral* (AVC) (Ropper et al 2014). La persona que sufre un ICTUS, tal como lo señala la profesional en el segmento, puede evolucionar con secuelas tales como una *paresia* que significa una alteración o ausencia total de movilidad de una zona del cuerpo, esta es una de las causas más frecuentes por las cuales la persona que sufre un ICTUS requiere ayuda para realizar sus actividades habituales.

Tener en cuenta los detalles, hacer importantes las acciones que para otro puedan ser insignificantes pero que para la persona (inserta en la situación) significa que se preocupan *de sus* necesidades.

*Enf1: La primera visita es muy importante. Si tú acoges bien en el primer contacto con la familia, eso es muy importante. Primero tener en cuenta... pero esto son cosas que sabes por incorporación o por intuición... tú sabes que la mamá es la que ha parido y tú como mujer sabes que estas más vulnerable. Entonces si hay una silla, que se siente la mamá (...).* (RSA ENF1:85)

#### 7.4 La importancia de los principios y valores en el fundamento del cuidado

En el estudio pudo evidenciarse de manera recurrente la verdad práctica que se encuentra implícita en el fundamento particularista. Esta noción cruza los conceptos desde un comienzo del análisis de los datos en la forma de valores y principios. La reflexión incorporada en la práctica profesional logra evidenciar estos elementos implícitos en la acción, se reconocen como *premisas de acción* y son la expresión de los valores profesionales y personales, necesarios, para el cuidado brindado a las personas. Las premisas son trascendentales en la profesión enfermera y en la formación (ya sea inicial o continua).

En esta investigación los valores se demuestran arraigados a la práctica clínica, primariamente en la disposición para la colaboración por parte de los profesionales en expresar los conocimientos, darse el tiempo para pensar, reflexionar en medio de su trabajo. Considero que esta investigación es el resultado de la interrelación de los valores personales y profesionales que si bien pueden ser considerados como agentes individuales creo que al ser inherentes al ser humano su separación parece innecesaria.

Los valores funcionan *como normas por las cuales nuestras acciones se seleccionan* (Mason et al 2010 p.71) y son consideradas como parte de las creencias en y desde las cuales las personas actúan de una manera particular (crf. Allport 1961 p.454). En la investigación he utilizado la práctica reflexiva de los profesionales como estrategia metodológica para evidenciar los saberes y esto hizo que el primer día de observación aparecieran las premisas de acción (un segmento que he visto desde otras dimensiones de significado también) como lo vemos a continuación:

*Enf1: Para mí por encima de la lactancia materna está la **libertad de elegir**. Quizá como enfermera pueda pensar que la lactancia materna es mejor y tal y tal, **pero antes que la lactancia materna está el derecho a elegir**. Y en eso si la decisión de la madre es “yo no le doy lactancia materna”. **Tendrá sus razones, no tiene por qué explicármelas.***  
(REA ENF1:3)

Los principios y valores evidenciados en las acciones fueron reflexionados por los participantes, esto significó confrontarse con sus propios valores y colaboró con la expresión de su sentido en el quehacer diario. Veamos algunos ejemplos:

*Brindar cercanía*, apela a la necesidad de seguridad de la persona.

*Enf1: (...) habitualmente el paciente, como paciente, necesita esa cercanía. **Piensa que no están con su familia, no están con esas personas que le dan la sensación de seguridad, de paz de tranquilidad, de confianza.** Entonces, que te responda negativamente un paciente cuando tú te acercas y te presentas de esta manera es extraño. A medida que lo vas ejecutando te vas dando cuenta que es necesario.*  
(RSA ENF3:48)

*Entregar información necesaria para la persona*: genera en la persona tranquilidad en medio de una situación de incertidumbre.

*Enf1: (...) cuando **un paciente sabe de su situación, generalmente- siempre hablamos en general pues hay excepciones- generalmente tiende a colaborar más contigo.** Si tú tienes a un paciente nervioso y le dices “**¿tienes un poco de dolor? Es normal, es que te han operado, han abierto, te han hecho tal, te han hecho cual**”, quizás le*

***haces comprender mejor la situación y al comprender el paciente se relaja y dice “claro, ella me entiende, me está entendiendo y es lo que estoy sintiendo”. Entonces se ve más comprendido, se ve más contemplado.*** (RSA ENF3:51)

*Interpretar las necesidades:* de este modo el profesional se pone en el lugar del otro para dar voz a algo que el mismo no puede dar cuenta por limitaciones propias de su condición de salud.

*Enf3: O si está sedado y gesticula dolor, ¿quién puede ayudar en esa situación? La enfermera, que está veinticuatro horas al lado suyo, la que lo ve ocho horas seguidas, la que sabe que tiene dolor porque si gesticula en la cara, porque ha visto tres veces que cuando le tocan el brazo hace un gesto... claro, eres tú el vehículo. El médico que entra lo ve y hace una exploración de veinte minutos. No ha visto que los otros veinte o treinta o sesenta minutos cada vez que le levantan las sábanas se le pone el pelo así [hace gesto de acomodo del pelo], es que tiene frío, cosas de esas. **Es que es necesario, estás ahí, eres tú el vehículo de todo eso.*** (RSA ENF3:61)

Respetar la individualidad con un énfasis en lo particular<sup>93</sup>:

*Enf1: (...) **Es que yo lo encuentro tan natural...** es que es verdad porque **cada niño es cada niño.** Recién lo hablamos con lo de las madres Marroquíes. Cada familia necesita su tiempo, **y a lo mejor un día la misma familia te viene con una problemática X, que en ese momento lo están pasando mal por algo** y que por la confianza o empatía necesitan un tiempo y que en lugar de diez minutos necesitan una hora o al revés. Y ya está. Momento, familia, niño, su tiempo.* (RSA ENF1:70)

Respetar la libertad de decisión:

*Enf3: **Es respetarlo a él y respetar lo que la familia quiere decidir.** Yo quiero darle la carta blanca a la familia o darle las posibilidades a la familia para que actúen, en caso de que quiera entrar... que entre, si no quiere entrar... que no entre... pero tienen que decidir ellos, las personas más importantes en la vida de esa persona es su familia, o su amigo. No digo que la sangre actúa en ello, pero aquellos que están a su lado tienen un derecho fundamental, hay quien quiere morirse solo, a quien...* (REA ENF3:23)

Los profesionales, al enfrentarse a sus propias premisas, las reconocen como el eje de sus acciones:

---

<sup>93</sup> He evitado realzar el concepto de individualización en el cuidado, que es un concepto al cual se recurre habitualmente en enfermería. En este estudio la individualidad ha sido trasladada al particularismo, la atención individual refiere al individuo, si bien habitualmente se asocia también al contexto del individuo. Esto puede crear confusión, pues el individuo se inserta en situaciones cambiantes, el mismo posee cambios permanentes ya sea por tiempo, desarrollo o experiencias. Es por ello que se ha transitado del concepto individual al concepto particular, pues este implica una visión integradora.

*Obs: ¿Qué significa esto para ti, que esté impregnado en tu trabajo...?*

*Enf3: ¿Todo eso? Vital, yo creo que es mi núcleo... mi centro, mi epicentro, mi guía. Eso, lo que has dicho, todo, es lo que me mueve a trabajar a hacer a como soy a... todo.* (RSA ENF3:63)

Tanto la reflexión en la acción como la reflexión sobre la acción permite a las personas *ver sus valores impregnados en sus acciones* (Bolton 2010, Arthur *et al* 2005, Taylor 2010) tal como se ha evidenciado. El enfrentarse a los valores permite reafirmar la acción profesional y permite al profesional confrontar sus propios valores con los valores de la institución. Más importante aún, le permite ver sus valores en contraste con los valores necesarios para el cuidado. En virtud de ello la práctica profesional reflexionada además plantea la posibilidad de una actividad dinámica abierta al cambio y al crecimiento profesional (Rowland 2000). En este sentido, creo que, evidenciar las premisas de acción, sustento de la acción profesional, pueden ser en sí mismas un aporte a la formación inicial pues ya que reflejan el trasfondo de las relaciones entre las personas, como lo han sostenido las participantes *son el motor, el sentido de las acciones, eje y motivación*. Siendo así, pienso que pueden colaborar en un camino necesario para la mantención de humanización en el cuidado.

Las premisas de acción, fueron el primer llamado de atención de que algo en la práctica sucede de un modo diferente a la teoría, *existe algo* que ponen en juego los profesionales que no está descrito en los libros, *es algo que elaboran, que traen consigo de la vida o que les otorga la experiencia*, quizá podría decir que este tipo de saber al ser personal es intransferible, pero en este estudio creo que al poder evidenciarlos y reflexionar en torno a ellos pueden demostrar una sabiduría que, aunque no se pueda asumir como un valor personal puede, si se valora, ser de gran utilidad como un valor profesional, un ejemplo de ello es la permanente referencia al respeto por la libertad en

las decisiones vinculadas con la salud, si bien es cierto, puede ser interpretado como un valor intrínseco, puede formar parte del valor profesional, el respeto por el otro y sus decisiones forman parte del abandono radical de un modelo paternalista en salud por el cual las enfermeras creo que debiésemos abogar.

A modo de resumen, presento en la siguiente tabla los valores y principios de acción que se han visualizado en la investigación, y que han caracterizado los dos constructos sugeridos. Lo siguiente constituye una reorganización (el valor que poseen sólo se da en su conjunto) que creo podría colaborar en vistas de una integración de los contenidos a la formación inicial.

*Premisas de acción*    *En el acto de cuidar*                      *En la organización en y para el acto de cuidar*                      *En la educación para la salud*

<i>Def: Principios y valores implicados en la acción.</i>	Cercanía con la persona en necesidad de cuidado	Interpretación de las necesidades de la persona	Cercanía con la persona en necesidad de cuidado
	Colaboración con la autonomización	Preocupación de los detalles en y para el cuidado	Colaboración con la autonomización
	Entrega constante de información necesaria para la persona]	Respeto por la individualidad	Respeto por la individualidad
	Individualización en el acto de cuidar		Respeto por la libertad de elección en salud
	Interpretación de las necesidades de la persona		Preocupación de los detalles en y para el cuidado
	Respeto por la individualidad		
	Respeto por la libertad de elección en salud		
	<i>Preocupación de los detalles en y para el cuidado</i>		

**Tabla 15** Valores como parte de los resultados de la investigación

## 7. 5 Encuentros teóricos de los significados emergentes.

Una vez reconocidos los significados emergentes puedo hacer un contraste teórico con ellos. Si bien es cierto que variados aspectos pueden coincidir tangencialmente con algunas teorías, existen dos elementos teóricos de importancia especial con marcada afinidad con los resultados y acerca de los cuales ofrezco algunos paralelos.

En el marco teórico he señalado los dilemas teóricos que suscita la descripción de los saberes en enfermería. Correspondientemente con ello, he descrito las características de la denominación de la ciencia humana del cuidado (Meleis 2012) y mirando los resultados he visto que estos se pueden reflejar con las características de la ciencia humana. Esto lo represento en siguiente tabla:

<i>Propiedades de la Ciencia Humana</i>	<i>Encuentros con los resultados</i>
1. Una ciencia humana se centra en los seres humanos como totalidades.	Se ha evidenciado la importancia de la identificación y la intervención de enfermería en la particularidad de la persona. Se ratifica mediante el constructo: necesidad particular como fundamento del cuidado profesional.
2. Tiene su centro en la comprensión de las experiencias vividas por sus miembros.	El saber situado se ha explicitado gracias a la reflexión de las experiencias vividas por los participantes. Si bien las experiencias no ha sido inicialmente el objeto del estudio, los resultados poseen fundamento experiencial.
3. Una ciencia humana no separa el arte de la ciencia.	El saber situado es el resultado de la integración de los saberes, que logra el reconocimiento de todas las fuentes de conocimientos.
4. Se guía por los significados que son fruto de la reflexión y el procesamiento de las experiencias de sus miembros.	Los resultados son íntegramente la voz de la experiencia reflexionada.

	Por lo que pueden contribuir a la ciencia humana.
5. Debe ser capaz de comprender los significados y las experiencias; el científico de la ciencia humana tiene un diálogo significativo con los participantes.	El diálogo con los participantes se expresa y se significa en los resultados.
6. Si se realiza una generalización debe ser dentro de un contexto	Los resultados no pretenden una generalización, sino brindar sugerencias para y dentro del contexto del cuidado
7. Las respuestas y experiencias forman patrones y los patrones proporcionan información significativa.	Se han evidenciado saberes profesionales, y a partir de las voces de sus actores, los he interpretado para hacerlos visibles y eventualmente ser incorporados a la formación inicial (ver sugerencias curriculares).
8. Con fines descriptivos, algunas situaciones, comportamientos o eventos son reducibles.	Las voces de los actores han sido analizadas y razonablemente <i>reducidas</i> con fines descriptivos.

**Tabla 16** *Propiedades de la ciencia humana, encuentros con los resultados.*

Al considerar nuevamente, en una re-lectura, las propiedades de la ciencia humana descritas por Kim (2000), Newman (2002), Owen & Holmes (1993) y Meleis (2012, p.89-90) puedo decir que la investigación suscribe totalmente a dichos planteamientos. Espero dar cuenta de los resultados de la investigación vinculantes con la ciencia humana mediante la difusión de los mismos y mediante un trabajo continuado, para de este modo, poder contribuir al desarrollo una ciencia humana (contextual) en enfermería.

Otra visión con la cual me parece muy importante contrastar los resultados, por su relevancia para la sinergia entre enfermería y educación, es aquella ofrecida por Maurice Tardiff (2004) en relación a los saberes docentes. Este investigador plantea una

interrogante muy similar a la que ha motivado esta investigación ¿Qué conocimientos sirven de base para al oficio de profesor? (p.23). Tardiff se cuestiona cual es la naturaleza de esos saberes, de dónde provienen, e intenta su identificación. Dada la similitud de nuestras motivaciones me parece adecuado hacer un contraste teórico entre estos contenidos, con el fin de correlacionar los saberes operacionales en la docencia y en la enfermería.

*Saberes del docente (crf. Tardiff 2004, p.48)*

Encuentros con los resultados

*Saberes personales de los docentes; los que se adquieren desde la familia, del ambiente de vida, la educación en sentido lato.*

Saberes personales se encuentran en los resultados a modo de premisas de acción.

Un ejemplo de ello: **La libertad en las decisiones respecto a la salud.** Este ha sido un rasgo permanente frente al cual debiésemos prestar atención.

*Para mí por encima de la lactancia materna está la libertad de elegir. Quizá como enfermera pueda pensar que la lactancia materna es mejor y tal y tal, pero antes que la lactancia materna está el derecho a elegir. Y en eso si la decisión de la madre es “yo no le doy lactancia materna”. Tendrá sus razones, no tiene por qué explicármelas. (RSA ENF1:3)*

*Es respetarlo a él y respetar lo que la familia quiere decidir. Yo quiero darle la carta blanca a la familia o darle las posibilidades a la familia para que actúen, en caso de que quiera entrar... que entre, si no quiere entrar... que no entre... pero tienen que decidir ellos, las personas más importantes en la vida de esa persona es su familia, o su amigo. No digo que la sangre actúa en ello, pero aquellos que están a su lado tienen un derecho fundamental, hay quien quiere morirse solo, a quien... (RSA ENF3:23)*

*Saberes procedentes de la formación escolar anterior; adquiridos mediante la escuela primaria y secundaria y postsecundarios no especializados.*

Los saberes provenientes de la formación y de los programas tienen referencia tangencial. No se desconocen los saberes iniciales, pero más bien existe mención a la transformación de los saberes formales

*Saberes procedentes de la formación profesional para la docencia de los establecimientos de formación del profesorado, las prácticas, los cursos de especialización.*

*Saberes procedentes de los programas y libros utilizados en el trabajo provienen del estudio y observación de las herramientas didácticas, desde clases y libros al respecto.*

*Saberes procedentes de su propia experiencia en la profesión, en el aula, la experiencia con sus compañeros, etc, provenientes de la práctica del oficio.*

mediante la experiencia. Reflexionan sobre las debilidades prácticas de la formación inicial, dentro de ello, cabe destacar que, los tres participantes niegan la utilidad (tanto para la formación como para la práctica enfermera) de los procesos de estandarización (PAE; NIC; NOC; NANDA-I) como metodología de enseñanza del cuidado. Esta situación se ha evidenciado anteriormente pero la ratifico con las siguientes reflexiones:

*Mucho arbolito y cosas, pero no te da información concreta o sea, supone más esfuerzo aún para enfermeras y pacientes (...). (RSA ENF1:27)*

*(...) Exactamente. Es como un registro. Pero puedo hacer más cosas y no... en realidad no lo uso. (REA ENF2:4)*

Los saberes de su propia práctica son referencia permanente por parte de los actores. Su descripción se encuentra como saber experiencial en medio del constructo de saberes situados como ilustración de lo anterior:

*(...) la universidad te da lo básico, lo estándar y de ahí a lo que te encuentras, cien mil vueltas, pero cien mil vueltas que te va dando la experiencia (ENF RSA3:21)*

*Obs: Y esos signos y síntomas que identificas ahí, (seguramente no sólo ahí sino también en los servicios), ¿tú lo recordabas porque alguna vez te lo pasaron o...?*

*Enf2: Por experiencia. De haberlo visto, y como has sido corre-turnos, ya ves lo que tienen los pacientes, de qué índole. Como son episodios que se repiten. Pero aunque actúo más, no por la patología, sino por los casos: ver qué cuidados tienes que hacer, no por los servicios. (RSA ENF2:59)*

*Es cuestión de experiencia, nada más. Ella se rigió por la lectura de la gráfica [escala de Glasgow]. Cada paciente es un mundo, la lectura de la gráfica te sirve para el básico, después según la situación de cada paciente hay que aplicarlo. (RSA ENF3:14)*

**Tabla 17** Encuentro teórico Saberes del docente/Saberes enfermeros

## 7.6 La unión de los constructos desde la epistemología de la práctica

Esta investigación se ha desarrollado bajo las luces de la epistemología de la práctica. En este punto, puedo ponderar que la aplicación de la práctica reflexiva como método y trasfondo epistémico ha logrado conformar un constructo coherente con su episteme. En efecto los participantes han reflexionado mostrando su repertorio de acción, haciendo emerger saberes y principios insertos en sus propias acciones las que han madurado en torno de su experiencia y a la vez han demostrado dar un nuevo sentido a las situaciones (Schön 1998).

Volvamos al segmento utilizado en el desarrollo de la multidimensión de significados para graficar la unión de los constructos:

*Enf1: Trajo a la niña, la medimos, la pesamos... [Gesto como de rutina] y luego lo que llegó a salir... es el conflicto que tenía la madre con la niña y con su hermano de seis años. Si hubiese sido un algoritmo o una cosa protocolizada hubiera llegado la mamá y la niña, la hubiera pesado y medido le doy el IMC<sup>94</sup>, le digo que tiene que hacer esto, esto y esto, y adiós muy buenas. Pero el problema de la niña, que comía con ansiedad, que tal y cual, no era eso. Entonces a raíz de ahí hablando con la niña, hablando con la madre - estuvimos casi cuarenta y cinco minutos eh- salió la madre llorando, me explico el problema que tiene con su hijo de seis años, más con la niña que lo lleva mal. Al final llegamos a un pacto, con ella, con la niña y cómo actuar en la situación. Si sigo un protocolo no les doy ninguna solución. Yo les voy a hacer un seguimiento porque quieren que lo haga y ya está. Si sigo un protocolo se va a la casa y deja de comer bollerías, chocolates y no sé qué más pero no solucionas el problema.*

(RSA ENF1:56)

La enfermera de salud primaria se da el tiempo de atender a toda la **situación particular**.

Escucha, reconoce el estado anímico de la niña, da el tiempo de expresión a la madre.

La profesional en ningún momento actúa mediada por protocolos, sino que actúa en

**base a la necesidad particular** evidente en el contexto.

---

<sup>94</sup> IMC es la sigla correspondiente a Índice de Masa Corporal, corresponde a la relación del peso con la talla. Este índice se utiliza en salud como uno de los parámetros para determinar el estado nutricional de las personas.

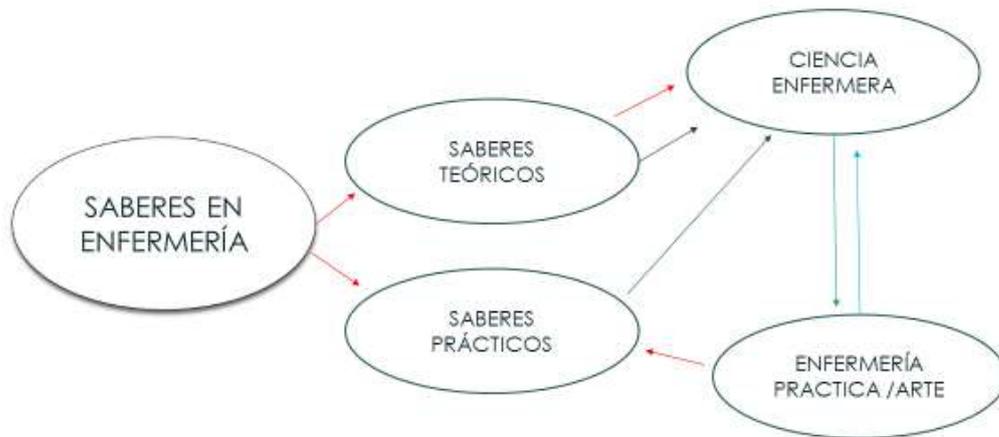
El profesional que reflexiona en y sobre la acción ha sido capaz de plantearse el problema práctico como un caso único, utiliza como fundamento la **necesidad particular**. No actúa como si no tuviera experiencias anteriores importantes, sino al contrario (valor de la experiencia). Pero atiende a las peculiaridades de la situación que tiene entre manos, podría decir que, utiliza **saberes situados** para su actuar (crf. Schön 1998, p121).

El profesional no puede aplicar una regla de la experiencia pasada porque ignoraría el carácter particular y único de la situación. Esto implica que está dando sentido a la situación presente.

Los constructos extraídos de los valiosos relatos que reflejan un repertorio de saberes surgen de la reflexión sobre casos únicos pero puede ser aplicables en otros casos (crf. Schön 1998, p.132) no como una regla, sino más bien recogen como una referencia que, junto a otras, podrá tomar el estudiante para ir nutriendo su propio repertorio formando sus propios criterios para el ejercicio del cuidado profesional.

#### 7.7 Saberes en enfermería contraste de supuestos

En el marco teórico he señalado la siguiente figura que representa algunos supuestos respecto a los saberes en enfermería.



**Figura 1** Saberes en enfermería: relaciones y supuestos (Fuente: capítulo cosas dichas)

A modo de resumen e interpretación de los resultados planteados en este capítulo, quisiera hacer los siguientes comentarios, en contraste con los supuestos iniciales:

1.- Los saberes en enfermería tienen dos contenidos, uno teórico y otro práctico: Sin lugar a dudas, los participantes han evidenciado la presencia de ambos contenidos, pero han evidenciado también que los saberes teóricos iniciales ya no son los mismos sino que con el tiempo, la experiencia y la reflexión han sido transformados. Para ratificar este supuesto retomo la mirada de los profesionales:

*Enf1: A ver, vas aprendiendo día a día, todo lo que hemos hablado. Vas aprendiendo tanto en procedimientos como en actitudes. También porque a medida que avanzas en experiencia también vas avanzando en edad y evidentemente la edad también es un grado y vas adquiriendo también maneras de hacer (...). (RSA ENF1:87)*

*Obs: (...) tú convives con situaciones de muerte muy frecuentemente...*

*Enf3: En la UCI y en reanimación es el pan nuestro de cada día.*

*Obs: ¿Qué cosas pones... para vivirlo, para apoyarlo, para salir tranquila de la UCI, que crees que aplicas?*

*Enf3: Que el paciente se muera lo más tranquilo posible, que no sufra, que no padezca. Que yo no vea ningún signo que me pueda denotar que el paciente está sufriendo, ninguno. Hay montones de signos visibles que denotan que un paciente sufre. Millones: piel, color, formas de respirar, expresiones de la cara, millones. Que yo vea que se está yendo dignamente.*

*Obs: Y eso lo fuiste aprendiendo...*

*Enf3: Con la experiencia, el tiempo y la experiencia, no lo da nada más, eh...*

(RSA ENF3:24)

2.- *Que el conjunto de saberes teóricos conforma la ciencia (saber escrito), esto lo reconozco como un error, y quisiera sugerir, para la corrección de dicho error, incluir que los saberes obtenidos de la práctica, transforman la ciencia pura en una *ciencia situada*. Sensible al rico abanico de valores y actitudes que requiere el cuidado del ser humano.*

3.- *El conjunto de saberes teóricos, más los saberes prácticos, conforman la ciencia enfermera. Un supuesto ratificado en la investigación.*

4.- *La enfermería práctica es el origen del saber práctico. En el saber práctico inciden factores teóricos y prácticos, ninguno de los componentes debe ignorarse. El saber práctico no surge del vacío ni prescinde del saber teórico.*

5.- *La enfermería es una ciencia práctica, ciencia y arte. Comparto este supuesto a la luz de los resultados, pero necesita explicitación y validación, algo que lamentablemente hoy no se comparte ni imparte en la formación inicial.*

6.- *¿La ciencia enfermera deriva de la práctica o la práctica enfermera deriva de la ciencia enfermera? Creo que el diálogo con su carácter bidireccional y coimplicativo entre la teoría y la práctica es el origen real de una ciencia enfermera adecuada a sus fines.*

## CAPITULO 8: CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS

### 8.1 Introducción

Este, el último capítulo representa una invitación a escuchar la práctica profesional en enfermería y hacerla parte de la formación inicial. Presenta una propuesta de inserción de los saberes desvelados al currículo inicial, elemento recogido dentro de los objetivos de esta investigación. Adicionalmente da cuenta de las limitaciones del estudio necesidad y deseo de la continuidad de la investigación.

### 8.2 Propuesta de inserción de los saberes profesionales (situados) al currículum inicial

*Si al mundo profesional se le acusa de ineficacia y deshonestidad a los centros de formación de profesionales se les acusa de no saber enseñar las nociones elementales de una práctica eficaz y ética.* (Schön 1998, p.21)

Concibiendo el currículo como *un puente entre la teoría y la acción, entre las intenciones y la realidad* (crf. Gimeno Sacristán 1991), la propuesta que aquí presento intenta conducir los saberes desde la realidad del cuidado profesional al aula de formación inicial, colaborando en parte, a la solución del problema de la desvinculación entre teoría y práctica que subsiste en los centros de formación de profesionales como lo señala Schön (1998).

Los saberes identificados en este estudio se unen en un corpus que interrelaciona dos constructos: *Saberes situados y Necesidad particular como fundamento del acto de cuidar*. Se pretende que la inserción en el currículum de estos constructos, no sea de modo instrumental. Más bien, el propósito es colaborar con los principios obtenidos desde la práctica y hacer con ellos una contribución sustantiva a la formación.

Es por ello que, a la vista de los resultados, parece interesante considerar que los constructos nos orientan no sólo en la necesidad de integración teórico práctica, mediante la recuperación de saberes desde la práctica profesional, sino también en la apropiación del *concepto de necesidad particular como fundamento* (contextual) de la acción profesional.

Durante la investigación he podido ver de cerca el quehacer profesional de tres enfermeras(os). La observación se realizó siguiendo de cierto modo un orden en la escalada de complejidad del cuidado: En una primera instancia con el profesional de atención de salud primaria, en segundo lugar con el profesional de atención salud secundaria, y en tercer lugar el profesional atención de salud terciaria. Si bien es cierto que, estos niveles han sido desarrollados para distinguir el nivel de complejidad de la atención para efectos de organización de los sistemas de salud, en la acción profesional enfermera, a medida que transcurría el estudio esa jerarquización perdió importancia. Es destacable reconocer que las prioridades inmersas en la acción profesional se asemejan en cada nivel, y resulta sumamente sugerente que, en cada acción profesional, independientemente de su grado de complejidad, se desvelan saberes similares. No es difícil determinar la razón: el cuidado, esencia de la acción profesional, atiende necesidades de un ser humano expuesto a situaciones complejas y variables, indistintamente del nivel de atención en salud donde estas se presenten. Esta realidad ha sido desvelada en la investigación y ha sido el contenido más sustantivo de los constructos a los que la investigación nos ha conducido. Es así como considero que los constructos pueden ofrecer dos oportunidades dentro del currículum:

- Aportar un fundamento desde la práctica: La necesidad particular
- Colaborar con la contextualización de los saberes: Saberes situados

### 8.2.1 Aportar un fundamento desde la práctica: la necesidad particular

Una de las conclusiones de esta investigación es la necesidad de ser sensibles con la verdad práctica. El currículo, más que una red de materias de estudio, implica una forma de *mirar* el cuidado. Y esta investigación hace evidente un principio inherente al cuidado: la necesidad particular. En efecto, creo que además, tanto la formación como el cuidado profesional se constituyen de situaciones particulares. Cada momento, cada persona, cada estudiante, cada docente. Son partícipes de una verdad práctica que puede contribuir a la humanización del cuidado.

¿Pero de qué manera efectuar la integración de la necesidad particular al currículo? Creo que la investigación, evidenciando que existe esta verdad práctica, ha dado solamente un punto de inicio. Considero este constructo como un punto de partida coherente con nuestra verdad práctica, que sin lugar a dudas requiere desarrollo comenzando con la socialización del concepto para la construcción coherente de un fundamento curricular. Esta integración sugiere que el concepto de necesidad particular, como fundamento del cuidado, cruce todos los elementos integradores del currículo. Esta debe adoptar diversas (y complementarias) formas en diferentes aspectos:

*En el diseño curricular:* un diseño curricular de enfermería centrado en las necesidades particulares de las personas se orienta al respeto de y por la humanidad en el contexto de la salud. Para ser consistente, debe considerar las necesidades particulares de todos los integrantes del proceso educativo. Por consiguiente, el desarrollo de este principio requiere la realización de la significación del concepto tanto por estudiantes, docentes, administrativos y autoridades. Adicionalmente, requiere de la revisión de teorías

humanísticas, teorías del cuidado y teorías de la educación que, a modo de sinergia, lo sustenten.

*En las estrategias metodológicas:* para que estas estrategias sean coherentes con las necesidades particulares deben centrarse en el aprendizaje. Este aprendizaje tiene que corresponder también al enfoque de la particularidad *del estudiante*. Por lo cual resulta imperativo que estas estrategias se desarrollen respetando los diferentes modos de aprendizaje y se correspondan al tiempo particular de su desarrollo. Consecuentemente, una secuenciación correspondiente a la adquisición de los aprendizajes (de modo evolutivo) es necesaria. Luego, el *contenido* de aprendizaje debe orientarse a la particularidad de las personas a quienes se ofrece el cuidado profesional. La constitución de estos contenidos debiese considerar los saberes situados (con los que el currículo se retroalimenta de modo permanente), algunos de los cuales presento en este capítulo.

*En la evaluación:* Bajo un prisma particularista, la evaluación debiese respetar los momentos y componentes particulares del aprendizaje. Por lo tanto, me parece importante que considere mecanismos de evaluación participativa que integren de manera activa la autoevaluación y las condiciones particulares del estudiante, como lo son, por ejemplo, sus habilidades.

#### 8.2.2 Contextualizar; la integración de saberes situados.

A partir de los resultados, se hace evidente la necesidad de incorporar la práctica como elemento integrante e integrador en la conformación del cuerpo de conocimientos enfermeros. Aquí radica la importancia *de los saberes situados*, se propone entonces trabajar una retroalimentación permanente entre la práctica y la teoría enfermera.

Todas las cuestiones prácticas, considerando las palabras de Aristóteles, poseen carácter de mutabilidad, indeterminación y particularidad, por lo cual organizar los saberes inscritos en el currículum de manera rígida y permanente en el tiempo sólo generará un complejo error de descontextualización. Lo inherente para los asuntos humanos es la mutabilidad, el cambio, aquello que Marta Nussbaum ha escrito como *la fragilidad del bien* (crf. Nussbaum 2001, capítulo 10). Impregnada en esta reflexión acerca de la naturaleza humana, esta tesis sugiere re-visitar la práctica de modo permanente.

La forma propuesta es ofrecer las estrategias metodológicas que han sido utilizadas en este estudio como un elemento válido para la revisión y actualización curricular, mediante la cual se incorporen los conocimientos valiosos que surgen de la reflexión profesional (Schön 1998, Lave and Wenger 2008, Dewey 1997). Una revisión permanente de la práctica, (como lo que se ha realizado con este estudio) para hacer explícitos los conocimientos tácitos en la práctica de profesionales, trabajando con las personas que estén dispuestas a reflexionar en y sobre su práctica, dispuestas a expresar sus saberes prácticos, en ese valor radica la mejor expresión de los saberes (situados). Más aún, la práctica reflexiva permite que la persona se apropie de sus experiencias y que desde esa apropiación evidencie su contenido.

Entonces, se propone, utilizar la experiencia vivida en este estudio y realizar estudios de casos con profesionales (mediada por la práctica reflexiva) de modo regular como por ejemplo cada vez que la institución realice sus revisiones curriculares. El objeto de ello será mantener una retroalimentación permanente con el fin de entregar el contexto al cuidado profesional. En salud, así como en otros ámbitos los contextos son variables, las

influencias ambientales, las complejidades de las situaciones cambian, eso se refleja en la atención directa, en la práctica, un profesional percibe esos cambios, los puede informar y desde ellos hacerlos parte del currículo, para que la formación sea acorde y contextualizada con lo que sucede con las personas.

Creo que en la formación inicial debemos estar permanentemente informándonos de lo que sucede, estar atentos, mirar al ser humano en sus situaciones de vida que influyen en la salud y de qué modo la enfermera (o) en la práctica es receptiva de ello, modificando sus acciones, adaptando sus conocimientos. La sugerencia surge como un modo de inclusión y re-valorización de todos los elementos que se debiesen incluir en los programas de formación profesional.

### 8.2.3 Propuestas prácticas

Durante el análisis de los datos han destacado saberes prácticos que se fueron conformando de códigos a familias y que también forman parte de los constructos. Se distinguen rasgos distintivos en cada uno de ellos los cuales describo en la siguiente matriz cualitativa. Cabe destacar que la propuesta es bastante amplia para dar cabida a nuevos desarrollos e ideas personales. Por lo mismo se sugiere que idealmente se instalen en el currículo de manera progresiva. He tomado tres saberes que, según la experiencia docente, son elementos posibles de ser incorporados de modo didáctico. Les he llamado saberes situados porque se hicieron evidentes en la práctica profesional de las(os) enfermeras del estudio estos son (i) *Educación reflexiva*; (ii) *El tiempo y el quehacer por y para el otro*; y (iii) *Observación como principio de organización de la acción*. Cada saber situado ha surgido de la reflexión en y sobre la práctica. Su descripción, características y beneficios fueron resultado directo del análisis de las

primeras voces y son reflejo de la sabiduría práctica. Estos principios no pueden ni pretenden ser integrados a nivel de norma universal (crf. Nussbaum 2001, p.302), pues una adecuada forma de aplicación de la sabiduría práctica implica siempre una mirada particular y desde ese prisma es desde donde me parece adecuado proponer la utilización de los siguientes saberes situados:

<i>Saberes situados</i>	<i>Características</i> <sup>95</sup>	<i>Beneficios</i>	<i>Propuesta de implementación</i>
<p><b>Educación reflexiva</b><sup>96</sup>  <i>Modo de transmitir los conocimientos a las personas. La reflexión sobre los contenidos educativos para el cuidado de la salud genera apropiación de los conocimientos y con ello su potencial replicación.</i></p>	<p>Enseñanza de contenidos educativos mediante diálogo reflexivo</p> <p>Considera la libertad de elección en salud</p> <p>Respeto las libertades individuales</p> <p>Colabora con el aprendizaje significativo y permanente</p>	<p>Colabora con la apropiación de conocimiento</p> <p>Favorece la replicación del conocimiento persona a persona dentro de una población o familia</p>	<p>Integrar el diálogo reflexivo con ejemplos y situaciones reales, extraídas de las problemáticas concretas de práctica en asignaturas relacionadas con la educación para la salud. (ver Anexo 4: Caso Zapato)</p> <p>Generar espacios en las prácticas clínicas donde las estudiantes puedan desarrollar actividades de educación para la salud por medio de educación reflexiva a las personas que lo requieran.</p>
<p><b>El tiempo y el quehacer por y para el otro.</b>  <i>Eje organizacional del trabajo enfermero. Refleja preocupación (activa) por la necesidad de la persona.</i></p>	<p>No responde a normativas o guías previamente estandarizadas sino a las necesidades particulares del entorno y de las personas.</p> <p>Utiliza el tiempo que corresponde a la situación</p> <p>Requiere de implicación activa</p>	<p>Genera un cuidado particular para las personas.</p> <p>Como es un trabajo dirigido por las necesidades ofrece mayor efectividad</p>	<p>Insertar problemáticas de organización de la acción con una mirada activa e implicada por y para el otro en asignaturas clínicas y teóricas. Incorporar en el lenguaje habitual los conceptos integradores de la organización del cuidado no como un modelo de gestión de recursos financieros de o de rendimiento sino centrado en la importancia de las necesidades particulares de las personas.</p>

<sup>95</sup> Características desarrolladas en capítulo 7

<sup>96</sup> Observar desarrollo del principio práctico situado en *Caso Zapato* (capítulo 7 y anexo 4 respectivamente)

<p><b>Observación como principio fundamental en y para el acto de cuidar</b></p> <p><i>Acción permanente orientada a percibir los detalles propios del paciente que aportan conocimiento acerca de su estado físico, psicológico y espiritual.</i></p>	<p>Es el punto de partida para la organización en y para el acto de cuidar.</p> <p>Aunque es un punto de inicio para la organización debe realizarse de manera permanente vale decir, genera acción constante; principio de acción cíclico</p> <p>Se debe poner atención a los detalles mínimos</p> <p>Implica relacionar todas las situaciones</p> <p>Implica interpretar a la persona en estado de necesidad</p> <p>Implica conocimientos de comunicación verbal, no verbal, signos y síntomas de patologías y el conocimiento particular de la persona a quien entrega el cuidado.</p>	<p>Orienta el cuidado</p> <p>Potencia el cuidado efectivo</p> <p>Genera confianza por parte del usuario o paciente</p>	<p>Implementar el concepto de observación de los detalles, en el marco de un principio particular. Esto debe ser de manera continua en el currículo, se propone insertarlo en las asignaturas que contengan rasgos del cuidado.</p>
--	---	--	---

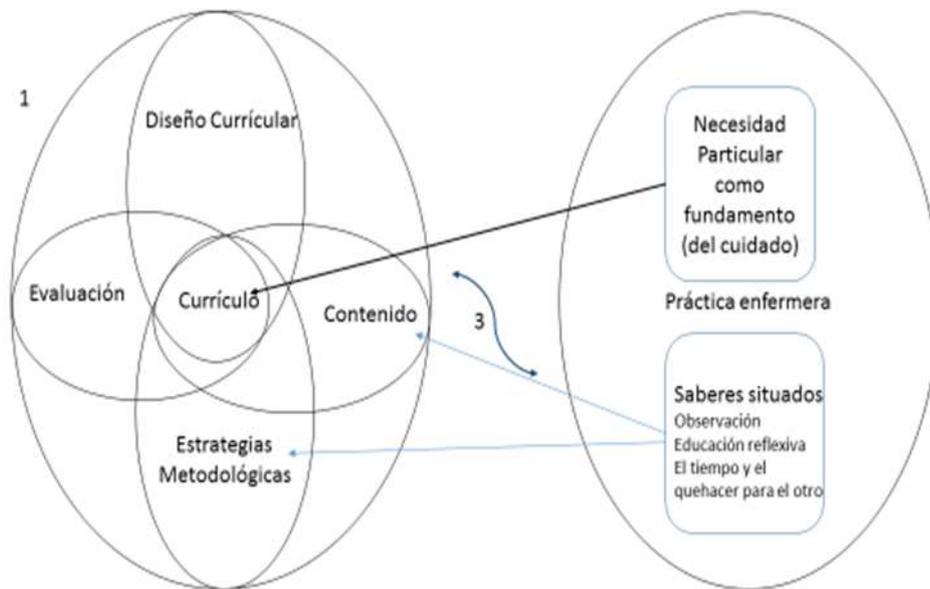
**Tabla 18** Sugerencias para el currículo inicial: saberes situados

Quiero recalcar que estos saberes situados se exponen a modo de sugerencia y requieren de desarrollo futuro. Creo que el planteamiento de un currículo inicial, dominado en primera instancia por las ciencias básicas y luego por las ciencias aplicadas,

modelo impregnado de la racionalidad técnica en las profesiones (Schön 1998) lamentablemente en enfermería repercuten en las personas, en su bienestar. Creo que, si un currículo se orienta de manera parcelada y lineal, puede llegar a condicionar el pensamiento del estudiante y generar un modo de actuar dirigido hacia una acción igualmente parcelada. El resultado de ello en la formación inicial en enfermería podría significar un cuidado fragmentado. El modo como se enseña es cómo el modo como se adquieren los criterios de acción profesional. Por lo tanto pienso que es de gran responsabilidad asumir de modo adecuado los principios que fundamentan un currículo orientado al cuidado. Me parece fundamental que los principios que orientan un currículo sean acordes a la realidad humana y su particularidad.

Para la incorporación de estas sugerencias al currículo se necesita tolerancia y aceptación de nuevas ideas por parte de los gestores del conocimiento. El fundamento de esta aceptación se encuentra arraigada en el valor de la **colaboración**, entendiéndola como un proceso de desarrollo permanente para el cuidado de la salud de las personas. Este proceso de desarrollo se basa en las relaciones de trabajo entre los profesionales de enfermería (conocer la experiencia del otro), con los estudiantes, con otros profesionales, con los clientes/pacientes/familias y comunidades para el logro de resultados óptimos para la salud. Algunos elementos contenidos en el concepto de colaboración son el respeto, la confianza, la toma de decisiones compartida, y las asociaciones, todos contenidos en los resultados de esta investigación (crf. Canadian Interprofessional Health Collaborative 2010).

En la siguiente figura presento las propuestas anteriormente desarrolladas:



**Figura 21** *Propuesta de traslación de los saberes de la práctica profesional al aula* (Fuente: elaboración propia)

En la figura, 1 corresponde al currículo inicial de enfermería, el 2 corresponde a los resultados de este estudio (los dos constructos que constituyen el saber fruto de la sabiduría práctica), mientras 3 representa la sugerencia de mantener una retroalimentación permanente entre la práctica y la teoría.

En síntesis, sostengo que el fundamento de la necesidad particular (que corresponde igualmente a un saber situado) puede resultar útil como centro del desarrollo curricular, este constructo debiese cruzar todos los elementos que lo conforman. De este modo, los saberes situados explicitados (que tienen por fundamento la necesidad particular) pueden ser integrados tanto en el contenido del aprendizaje, como en las metodologías didácticas.

### 8.3 Propuesta de continuación de esta investigación

Esta investigación me presenta nuevos desafíos. Si bien se han evidenciado saberes situados y creo que estos colaborarán con la formación inicial. Se me plantean nuevos y concretos problemas. Uno en particular surge de la interrogante: ¿Qué cabida y cómo se pueden proyectar los saberes evidenciados?

He visto en los resultados que los saberes evidenciados son fundamentalmente situados. El objeto final de integrar el saber situado al currículo reside en la colaboración con la enseñanza del cuidado de un modo atingente a la naturaleza del ser humano, que es un eslabón más en la humanización el cuidado.

Como es sabido, La necesidad de humanizar el cuidado ha sido una preocupación constante en la atención en salud. Desde esta preocupación han surgido diferentes propuestas que orientan la atención en salud brindada por los profesionales de la salud. Entre ellas, quisiera destacar dos modelos atención (*o cuidado*): *el modelo centrado en la persona (Person centred care)* y *el modelo centrado en las relaciones (Relationship-centred care)*. Los rasgos característicos de estos modelos de atención son:

*Modelo del cuidado o atención centrado en la persona (PCC)*

*Modelo del cuidado o atención centrado en las relaciones (RCC)*

Tiene por antecedente el modelo de atención centrado en el paciente (Balint 1969)<sup>97</sup>, incluso en la literatura aún no

Tiene por referencia el modelo centrado en el paciente (Balint 1969).

---

<sup>97</sup> Modelo de atención centrado en el paciente (Balint 1969, Rogers 1951), más ampliamente desarrollado en medicina. Plantea la vinculación del paciente con el profesional utilizando conceptos tales como la transferencia (vinculación emocional, positiva o negativa, que los pacientes experimentan hacia el profesional) y contra-transferencia (vinculación emocional experimentada por el profesional hacia el paciente) (crf. Wyer *et al* 2014) Plantea una atención compartida entre los profesionales y el paciente, que respete y responda a las preferencias individuales de cada paciente, necesidades y valores (crf. Betow 2016).

existe claridad en la distinción (Betow 2016).

Reemplaza la palabra paciente por persona no solamente por las antiguas concepciones (derivado de la pasividad en cuestiones de salud), sino considerando además que existe un trato a la población como pacientes de modo general, *también a aquellos que no poseen patologías, pues la sociedad les ha animado a reestructurar sus rutinas diarias y aumentar el contacto clínico para reducir su riesgo de desarrollar enfermedades graves, mejorar su salud y proporcionar mercados rentables para el cuidado de la salud como una industria* (Betow 2016, p.30).

La noción de la atención centrada en la persona afirma que los pacientes son personas y socios en la atención y no deben ser reducidos a su enfermedad. (crf. Olsson et al 2013, p. 456)

Intenta separarse del modelo paternalista en salud.

Otorga importancia a los valores como parte del cuidado.

Valores del cuidado centrado en la persona: consiliencia<sup>98</sup>, autenticidad, igualdad moral, personalismo.

Virtudes del profesional o del paciente (persona): humanidad, prudencia, justicia, humor, buena fe, excelencia, auto- actualización. (crf. Betow 2016)

Se basa en la importancia que las personas asignan a los demás en la resolución de los problemas de salud (Beach 2006).

*Las relaciones de los profesionales con sus pacientes, de sus pacientes con la comunidad y con otros profesionales son fundamentales para la atención de la salud, y son el vehículo para poner en marcha un paradigma de la salud que integra el cuidado, la curación, y la comunidad.* (Tresolini 1994, p.24).

Intenta separarse del modelo paternalista en salud.

Otorga importancia a los valores como parte del cuidado.

*El profesional requiere conocimientos, actitudes y valores a desarrollar en distintas áreas: (a) la auto-conciencia y continuar el crecimiento personal, (b) la experiencia de la salud y la enfermedad del paciente, (c) desarrollar y mantener relaciones con los pacientes, y (d) comunicarse con claridad y eficacia* (Tresolini 1994, p. 30).

Valores requeridos en el profesional: (contempla valores por cada área, señalo los centrales)

<sup>98</sup> Consiliencia concepto rescatado el siglo pasado por el biólogo Edward Wilson (1999). Parece interesante considerarlo como un valor inmerso necesario para el cuidado de la persona. Corresponde a la unidad del conocimiento, la clave de la unificación de los saberes, literalmente significa *saltar juntos*, una *real aventura intelectual*, la unión de saberes para lograr comprensión (Wilson 1999).

Sugerencias para la implementación: La implementación requiere la producción de las condiciones sociales (comunidad, escuelas, familias y tecnologías emergentes) favorables para que las personas y los profesionales puedan ejercer las virtudes y buen carácter. La virtud se concibe aquí no tanto como una habilidad que se puede aprender en el aula sino como una forma de ser y pueden ser socializados en todos los niveles de la sociedad. (crf. Betow 2016, p.161)

Importancia de la auto-conciencia, respeto por la diversidad, compromiso con la misión, apertura a otras ideas, humildad, confianza mutua, empatía, apoyo (crf. Tresolini 1994, pp. 34-36).

Sugerencias para la implementación: Para desarrollar programas educativos que abordan el cuidado centrado en las relaciones, se debe trabajar en (a) el desarrollo curricular, (b) en el desarrollo profesional, (c) de los pacientes y las comunidades, y d) la investigación. El desarrollo curricular podría ocurrir a través de la elaboración de sistemas de prestación de atención ejemplar en el que participan estudiantes y profesionales, planes de estudios experimentales o vías alternativas, o en los sitios de formación de base comunitaria. (crf. Tresolini 1994, p. 48)

**Tabla 19** Rasgos del modelo del cuidado centrado en la persona y modelo de cuidado centrado en las relaciones (Fuente: elaboración propia)

Creo que ambos modelos, lejos de ser antagonistas, poseen la virtud de considerar a las personas (y su contexto) como centro del cuidado y constituyen aportes concretos para la humanización de la atención en salud. Sin embargo, surge naturalmente la interrogante: ¿De qué modo se aplican estos modelos al cuidado enfermero? En el *Report of the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education* (Tresolini 1994) se describen los principios del RCC para las profesiones de la salud, incluyendo las estrategias metodológicas a utilizar para la aplicación del modelo cuestión. Me parece muy importante continuar revisando estas orientaciones<sup>99</sup>. Es particularmente significativo para las motivaciones de este estudio que el modelo PCC

---

<sup>99</sup> Una de las personas que contribuyó a la elaboración de este *Reporte* fue Jean Watson, teórica en enfermería que ha desarrollado un amplio trabajo en pos de la humanización del cuidado acuñando la noción de la Ciencia del Cuidado (1979, 1985, 2008)

se ha desarrollado a nivel de currículo de la formación inicial en enfermería por lo cual, me parece interesante destacar.

Basado en el PCC se ha desarrollado *modelo de enfermería centrado en la persona*, cuyos componentes son:

- **Requisitos previos:** se centran en los atributos de la enfermera e incluyen, ser profesional competente; habiendo desarrollado habilidades interpersonales; estar comprometido con el trabajo; ser capaz de demostrar la claridad de las creencias y valores; y autoconocimiento.
- **Entorno de atención:** que se centra en el contexto en que se da la asistencia e incluye, adecuada combinación de capacidades; sistemas que facilitan el compartir la toma de decisiones; las relaciones personales efectivas; sistemas de organización; el ejercicio del poder; y el potencial para la innovación y la asunción de riesgos.
- **Los procesos centrados en la persona:** se centran en la prestación de atención a través de una serie de actividades e incluyen, trabajar con las creencias y valores del paciente; compromiso; teniendo presencia simpática; compartir la toma de decisiones; y proveer para las necesidades físicas.
- **Resultados:** incluyen, satisfacción con la atención; participación en la atención; sensación de bienestar; y la creación de un ambiente terapéutico (McCormack & McCance 2010, p. 3).

Desde el modelo de enfermería centrado en la persona se ha derivado el *Person-centred practice curriculum*<sup>100</sup>. Este modelo curricular se encuentra en proceso de implementación en Escuelas de enfermería de Australia, Canadá y Reino Unido, y ya se encuentra implementado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Ulster<sup>101</sup>.

Donde, entre los módulos de enseñanza destacan:

- Cuidado, la compasión y la comunicación
- Entendiendo la evidencia de enfermería centrada en la persona
- La persona en la sociedad
- Evaluación de enfermería integral y práctica
- Enfermería a la persona con necesidades complejas

---

<sup>100</sup> Término en Inglés correspondiente a la aplicación del modelo centrado en la persona al currículo enfermero. Información recogida en comunicación personal con Brendam McCormack (ver McCormack & McCance 2010; McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. 2014)

<sup>101</sup> Recuperado desde <https://www.ulster.ac.uk/courses/course-finder/201718/nursing-adult-9635#secyeartwo> 14 Junio 2016.

- Interprofesional y Trabajo Colaborativo
- Comprensión de la investigación
- Cuidado centrado en las necesidades de la persona en la práctica de enfermería para adultos
- Enfermera segura y eficaz
- Enfermería reflexiva e innovadora
- El desarrollo de una propuesta de investigación de enfermería
- Problemas en práctica profesional de enfermería contemporánea
- La aplicación de los valores profesionales en la práctica

Al ahondar en el plan de estudios de esta Escuela se observa la inserción de un nuevo enfoque, donde su centro considera valores del cuidado de la persona. No se incluyen en la formación los procesos estandarizados para la enseñanza del cuidado como el PAE. Aún se desconoce el alcance de la implementación del currículo centrado en la persona o de la práctica centrada en la persona. Por estos motivos, resulta sugerente plantear una nueva línea de investigación que consista en profundizar en torno al conocimiento sobre los contenidos, inserción e implementación de dicho currículo.

Por otra parte, y como lo he mencionado anteriormente, quisiera continuar con un planteamiento concreto acerca de la *necesidad particular como fundamento de la atención*. Socializar el concepto e integrar en el mismo más antecedentes teóricos y prácticos, y no sólo delinearlos como una propuesta, sino, más sistemáticamente, buscar su implementación.

Ambas líneas de desarrollo contemplan mantener la retroalimentación entre la teoría y la práctica. Para ello parece necesario buscar instancias para utilizar las estrategias metodológicas utilizadas en este estudio de manera permanente.

#### 8.4 Propuestas metodológicas para futuras investigaciones

La tesis ha incorporado la práctica reflexiva como fundamento epistemológico y herramienta metodológica. Mediante el uso de la práctica reflexiva de los *profesionales* en el lugar de la acción se ha logrado la expresión (parcial) del contenido del conocimiento práctico situado y los mecanismos por los cuales ese conocimiento es reconocidamente adquirido. Creo que la utilización de la práctica reflexiva (la cual es más ampliamente utilizada como herramienta didáctica) es un recurso valioso para fortalecer la profesión, contextualizar los saberes y eventualmente poder entregar un aprendizaje significativo, situado y motivador para los estudiantes. Por lo que se ofrece esta investigación y su metodología para la realización de futuras investigaciones.

#### 8.5 Limitaciones de la investigación realizada

La investigación se ha desarrollado prácticamente sin limitaciones. El interés por la contribución al saber por parte de los participantes ha sido un gran impulso para este trabajo.

Las limitaciones podrían provenir en la aplicación de los resultados, desvelar una verdad práctica tal y como la necesidad particular como fundamento del cuidado es sólo un inicio y requiere de estudios posteriores. Adicionalmente, utilizar los resultados de la investigación el reconocimiento de la importancia de los saberes obtenidos desde la práctica. Si bien durante los últimos años, desde la instalación del movimiento *Currículum revolution*<sup>102</sup> (NLN 1988) con el trabajo investigativo de autores como Bevis,

---

<sup>102</sup> Llamado hace 20 años de la National League of Nursing que intenta desinstitucionalizar el modelo Tyleriano (orientado por objetivos) de la educación enfermera, cambió el paradigma del conductismo al empirismo de la ciencia humana del cuidado.

Moccia, Muhall y Watson, se han abierto nuevas formas de incorporación del saber en enfermería y se ha recalcado la necesidad de un currículum humanizado aún existe resistencia a los cambios y la aplicación de los resultados de esta tesis necesita de otras profesionales que se vinculen activamente con sus principios.

#### 8.6 ¿Qué he aprendido? ¿La investigación ha resuelto el problema?

En el desarrollo de esta investigación he experimentado mi *admiración* por la profesión enfermera. He observado en el trabajo diario de la enfermera (o) la abnegación desinteresada en el otro. No es necesario que el otro esté con una enfermedad grave o este sano y necesite una consejo o asesoramiento en salud, lo que importa es lo que el otro necesita. La entrega es vinculada con su persona. Una vez recibí el siguiente consejo por parte de una docente: *no te puedes involucrar como persona en la atención*. La experiencia me ha demostrado que cada uno pone de sí en su trabajo y eso es humanizar el trabajo. Eso es la base de todo y fundamento de nuestra profesión.

Los saberes desvelados surgen desde una sabiduría práctica que no es estática, sino variable, pues actúa en virtud de las situaciones. *Posee carácter de mutabilidad, indeterminación y particularidad* (Nussbaum 2001, p.302) tres características que se encuentran reflejadas en los dos constructos que son resultado de esta investigación y que a la vez se fusionan con los principios de la práctica reflexiva. Lo anterior implica que, las normas como el PAE no se adecuan a la naturaleza mutable en la cual se inserta el ser humano. Como profesionales de la salud, debemos estar preparados para la incertidumbre, la mutabilidad, el carácter indeterminado de las situaciones (Schön 1992, 1998), observando siempre los detalles concretos que nos revelaran las necesidades particulares a las cuales debemos atender.

Reitero aquí el problema impulsó la investigación:

La persistencia, en la formación inicial de enfermería, de un modelo pedagógico limitado y limitante, que surge desde la racionalidad técnica y que genera un saber rígido incompatible tanto con una docencia centrada en el aprendizaje, como con una asistencia sensible a la singularidad y complejidad de la persona.

Creo que la Tesis muestra de manera concreta los saberes que surgen desde una experiencia reflexiva. Estos saberes situados al hacerse visibles (explícitos) pueden ser integrados a un corpus de conocimientos, y de este modo colaborar con una asistencia sanitaria sensible a la singularidad y la complejidad de la persona.

Desinstalar un modelo de limitante con predominio de la enseñanza centrada en procesos de estandarización no es tarea simple ni sucederá sólo con una investigación por lo que como tal, el estudio no representa la total solución al problema planteado, pero creo que colabora propositivamente con su resolución.

#### 8.7 Conclusión, una mirada hacia los supuestos

La enfermería profesional surgió desde la práctica del cuidado. Su historia fundacional proviene desde la práctica y es fruto de una necesidad de contexto: asistir a las personas involucradas en una guerra, brindándoles el mejor cuidado. Es por ello que se profesionalizó generando un conjunto organizado de conocimientos teóricos, que en su mayoría provinieron y siguen proviniendo de la práctica. Por lo anterior, se ha reconocido que la enfermería es una ciencia humana y práctica, ¿Es necesaria la teoría?, de ello, no hay duda, ¿Es necesaria la práctica? Tampoco hay duda sobre ello. ¿Cuál es el origen de los saberes? Habitualmente el saber se origina desde la práctica, pero

necesita de la teoría y de otras ciencias, pues el ser humano es un ser complejo y razonablemente su cuidado también lo es. Por ello se necesita una teoría enriquecida permanentemente: la teoría y la práctica deben retroalimentarse, criteriosamente por el bien del cuidado de la persona.

La cooperación entre los profesionales, el diálogo permanente entre la academia y el mundo profesional, los valores profesionales son fundamentales para que exista sintonía entre la teoría y la práctica. La virtud del cuidado humano radica en su humanidad: tanto en la humanización del cuerpo de conocimientos, como en la humanidad del ejercicio del cuidado.

## 8.8 Reflexión final

*María está confinada en una habitación blanca y negra, ha sido educada con libros en blanco y negro, y mediante lecciones transmitidas en un televisor blanco y negro. De este modo, aprende todo lo que hay que saber sobre la naturaleza física del mundo. (...)*

*Sin embargo, parece que María no sabe todo lo que hay que saber. Pues cuando sea liberada de la habitación en blanco y negro, o cuando le den un televisor en color, aprenderá cómo es ver algo rojo.* (Jackson 1986, p. 291)

He comenzado este escrito con el ejemplo de una científica cautiva. Terminaré con el mismo ejemplo pues a lo largo de la investigación ha cobrado aún mayor sentido. La experiencia en enfermería es un factor que frecuentemente se considera parte de la didáctica en la forma del aprendizaje experiencial. En esta Tesis se ha concebido desde el prisma de la generación de saberes, saberes que surgen de un contexto. No quiero decir con ello que no posean rasgos teóricos. Más bien y como lo he sugerido en el desarrollo del escrito, son saberes transformados.

En este sentido y si se me permite el uso de la analogía, María podría representar al currículum. Un currículum alejado de la realidad. Los colores que existen fuera de la habitación de María podrían ser los saberes que surgen desde el contexto. María *necesita conocer el exterior de la habitación* para poder completar su conocimiento. Sólo saliendo de la habitación reconocerá y tendrá la comprensión real de su conocimiento. No cabe duda que lo que ya conoce será de una gran ayuda para que, una vez saliendo de la habitación, logre la comprensión completa y haga sentido a sus saberes. Esto es lo que creo necesario, que el currículum salga de las habitaciones y que sea nutrido, realimentado. Una manera de hacerlo la he vivenciado en este estudio, y seguramente existen otras formas que deberé explorar. Comprendo que los saberes que surgen desde la práctica profesional no son transmisibles como un modelo simple, sería un pobre aliento. Considero que deben ser un aporte desde el conocimiento práctico para enriquecer el currículum, una sugerencia, una mirada. Luego, la estudiante vivirá su propia experiencia y de esa experiencia el currículum también necesita aprender, será un círculo virtuoso, necesario para mantener contextualizado el saber enfermero. Se deja esta tesis como un pequeño aporte para continuar una inagotable tarea que otorgue, pleno sentido humano, a los saberes necesarios para el cuidado profesional de personas para las personas.

## Referencias

- Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. (ACENDIO). Recuperado de <https://www.acendio.net> el 21 de julio de 2016.
- Adler, P. A., & Adler P. (1994). *Observational techniques*. En N. K, Denzin & Y. S, Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 377-392). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. (AENTDE). Recuperado de <https://www.aentde.com> el 21 de julio de 2016.
- Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers. (AFEDI). Recuperado de <https://www.afedi.com> el 21 de Julio de 2016.
- Alfaro-LeFevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero* (5ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Allgood, M. R. (2014a). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- Allgood, M. R. (2014b). *Nursing Theory. Utilization and Application* (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Anscombe, E. (2000). *Intention* (2th ed.). London: Harvard University Press.
- Angrosino, M. (2007). *Naturalistic Observation*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Aristotle. (1975). *The Nicomachean ethics*. Boston: D. Reidel.
- Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea; Ética Eudemia*. Madrid: Editorial Gredos.
- Arthur, A., Davison, J., & Lewis, M. (2005). *Professional Values and Practice* (1st ed.). Oxon: Routledge Falmer.
- Asselin, M. E., Schwartz-Barcott, D., & Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 905–914.
- Atkinson, T & Claxon, G (2002). *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro
- Ausubel, D. (2000). *The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View*. Springer Science and Business Media.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract* 17, 269–76.
- Beach, M.C., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 1), 3–8.
- Beam, R. J., O'Brien, R. A., & Neal, M. (2010). Reflective Practice Enhances Public Health Nurse Implementation of Nurse-Family Partnership. *Public Health Nursing*, 27(2), 131-139.

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner P., Hooper-Kyriakidis P., Stannard D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care, a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating Nurses. A call for radical Transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berbiglia, V.A (2014). Orem's Self-Care Deficit Theory in Nursing Practice. En M.R Allgood (Ed) *Nursing Theory. Utilization and Application* (pp.222-244). Missouri: Elsevier
- Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), 1142–1147.
- Blondeau, D. (2002). Nursing art as a practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. *Nursing Philosophy*, 3(3), 252–259.
- Bolton, G. (2010). *Reflective practice. Writing and Professional Development*. SAGE (3th ed.). London: SAGE.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York: National League of Nursing Publications.
- Boykin, A., Schoenhofer, S., Linden, D. (2010) Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's Nursing as Caring Theory. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.370-385). Philadelphia: Davis Company.
- Burns, N. (2004). *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier
- Butcher, H.K & Malinski, V. (2010). Martha E. Rogers' Science of Unitary Human Beings. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.253-273). Philadelphia: Davis Company.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Recuperado de <http://www.cihc.ca> 10 de febrero 2016.
- Carpenito, L. J. (2010). *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. Wolters Kluwer Lippincott Williams Wilkins (13th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. (CNC). Recuperado de <https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness> 21 julio 2016.

- Chalmers, A. (2005). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* (3ra ed.). Décimoséptima impresión. Madrid: Siglo XXI
- Chang, B. L., Lee, J. L., Peason, M. L., Kahn, K. L., Elliott, M. N., & Rubenstein, L. L. (2002). Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. *Journal of Nursing Administration*, 32 (7/8), 405– 418.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2015). *Knowledge development in nursing* (9th ed.). Missouri: Elsevier.
- Chirema, K.D. (2007). The use of reflective journals in the promotion of reflection and learning in post-registration nursing students. *Nurse Education Today*, Apr 27(3): 192-202
- Chomsky, N & Lees, R. (1957). Syntactic Structures. *Language*, 33(3 Part 1), 375-408.
- Chomsky, N. & Halle, M. (1968). *The sound pattern of English*. New York: Harper & Row
- Chomsky, N. (1980). Rules and representations. *Behavior and Brain Sciences*, 3, 1- 61.
- Chomsky, N. (1995). *The Minimalist Program*. Cambridge: MIT Press.
- Clements, I.W & Roberts, F. (1983). *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: John Wiley & Sons.
- Coetzee, J.C. (2005). *Hombre lento*. Barcelona: Random House.
- Coller, X. (2005). *Estudio de casos*. Cuadernos metodológicos, 30. Madrid: C.I.S.
- Collins, H. (2010). *Tacit and Explicit Knowledge*. The University of Chicago Press. Chicago: The University of Chicago Press.
- Conway, J. (1994). Reflection, the art and science of nursing and the theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 3(3), 114–118.
- Cross, P. (1981). *Adults as learners*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Dahl, H., & Eriksen, K. Å. (2016). Students' and teachers' experiences of participating in the reflection process "THiNK." *Nurse Education Today*, 36, 401–406.
- Dancy, J. (1993). *Moral Reasons*. Blackwell. Oxford: Blackwell.
- Deal, P. (2010). Betty Neuman's Systems Model. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.182-201). Philadelphia: Davis Company.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.(2008). *Principios éticos para las investigaciones médicas que involucran seres humanos*. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea.
- Denzin, K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N. K. (2001). *Interpretive interactionism* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Dewey, J. (1938). *Logic: The theory of Inquiry*. Holt Rinehart & Winston, New York.
- Dewey, J. (1997). *Experience and Education*. Touchtone. New York: Touchtone.
- Dexheimer, M. (2010). Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.290-313). Philadelphia: Davis Company.
- Dilthey, W. (1985). *Poetry and experience*. Selected Works (Vol. V). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Domingo, A. (2008). La práctica reflexiva en la formación inicial de maestros. (Tesis Doctoral). Universitat Internacional de Catalunya. Departament de Ciències de l'Educació. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/9346>
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2006). *Knowledge to action?* Oxford: University Press.
- Dossey, B. (2008). Theory of integral nursing. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E52–E73.
- Dossey, B (2010). Barbara Dossey's Theory of Integral Nursing. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.224-250). Philadelphia: Davis Company.
- Dossey, B., & Keegan, L. (2013). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Jones and Bartlett Learning (6th ed.). Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Dreyfus, S., & Dreyfus, H. L. (1986). *Mind over machine*. New York: The Free Press.
- Echazarreta, DF. (2012). Cardiogénico Shock. *Insuficiencia cardíaca*, 7 (1), 29-37.
- Edwards S.D. (1998). The art of nursing. *Nursing Ethics*, 5(5), 393–400.
- Ekebergh, M. (2011). A learning model for nursing student during clinical studies. *Nurse Education in practice* 11: 384-389
- Emerson, R. (1983). *Contemporary field research*. Prospect Heights, IL: Waveland.
- Erickson, H.C., Tomlin, E.M., & Swain, M.A (1983). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Prentice Hall.
- Erickson, H. (2010) Helen Erickson, Evelyn Tomlin, and Mary Ann Swain's Theory of Modeling and Role Modeling. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.202-223). Philadelphia: Davis Company.
- Erickson, M.E. (2014a). Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, and Mary Ann P. Swain. En M.R Alligood. *Nursing Theorists and Their Work*. (pp.496-517). Missouri: Elsevier
- Erickson, M.E. (2014b). Modeling and Role-Modeling Theory in Nursing Practice. En M.R Alligood. *Nursing Theory. Utilization and Application* (pp.303-331). Missouri: Elsevier.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (2002). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Cedar Park, (TX): EST Co.
- Falk, K., Falk, H., & Jakobsson U. (2016). When practice precedes theory – A mixed methods evaluation of students' learning experiences in an undergraduate study program in nursing. *Nurse Education in Practice*, 16 (1), 14 – 19.

- Fawcett, J. (1978). *The "what" of theory development. In Theory development: What, why, how? (NLN Pub. No. 15-1708.)* New York: National League for Nursing.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115–119.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge*. Davis Company (2nd ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Ferrer, V., Medina, J.L & Lloret, C. (2003). *Complejidad en enfermería: profesión, gestión, formación*. Barcelona: Laertes.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (1974). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury.
- Gimeno Sacristán, J. (1991). *El currículo: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.
- Glaser, B & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company
- Glaser, B & Strauss, A. (2006). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick and London: Aldine Transaction.
- Glynn, D. M. (2012). Clinical Judgment Development Using Structured Classroom Reflective Practice: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Education*, 51(3), 134–139.
- Gordon, S., Touhi, T., Gesse, T., Dombro, M & Birnbach N. (2010) Twentieth-Century Nursing: Ernestine Wiedenbach, Virginia Henderson, and Lydia Hall's Contributions to Nursing Theory and Their Use in Practice. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.54-66). Philadelphia: Davis Company
- Gunther, M. (2014a). Martha E. Rogers: Unitary Human Beings. En M. R. Alligood (Ed). *Nursing Theorists and Their Work* (pp.220-239). Missouri: Elsevier.
- Gunther, M. (2014b). King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment in Nursing Practice. *Nursing Theory. Utilization and Application* (pp.160-180). Missouri: Elsevier.
- Jackson, F. (1986). «What Mary Didn't Know». *Journal of Philosophy* (83): 291-295.
- Jensen, S.K. (2005). Exploring a model to evaluate levels of reflection in baccalaureate nursing students journals. *Journal of Nurse Education*, Mar, 44 (3): 139-42

- Jesse, E & Alligood MR. (2014a) Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. En M.R. Alligood (Ed) *Nursing Theorists and Their Work* (pp.79-97). Missouri: Elsevier
- Jesse, E & Alligood MR. (2014b). Watson's Philosophy and Science of Caring in Nursing Practice. En M.R Alligood (Ed) *Nursing Theory Utilization and Application* (pp. 96-117). Missouri: Elsevier
- Johns, C. (1996), Visualizing and realizing caring in practice through guided reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1135–1143.
- Johnson, B. (2015). *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Johnson, D. E. (1968). *Theory in nursing: Borrowed and unique*. *Nursing Research*, 17(3), 206–209.
- Johnson, D. (1978). State of the art of theory development in nursing. In *Theory development: What, why, how?* New York: National League for Nursing
- Johns, C., & Freshwater, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*. (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
- Hall, L. E. (1963). *Center for nursing*. *Nursing Outlook*, 11(11), 804-806.
- Hall, C., & Ritchie, D. (2009). *What is nursing? Exploring Theory and Practice*. Exeter: Learning Matters.
- Hamlyn, D. W. (2010). *Experience and the Growth of Understanding*. Boston: Taylor and Francis.
- Hatlevik, I. K. R. (2012). The theory-practice relationship: Reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 868–877.
- Henderson, V., & Harmer, B. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62–68.
- Herdman, TH & Kamitsuru, S (2014) *Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017*. (10rd. ed) Oxford: Wiley Blackwell.
- Hetherington, S. (2011). *How to Know; A practicalist Conception of Knowledge* Chichester: Wiley Blackwell.
- Hewison, A., & Wildman, S. (1996). The theory-practice gap in nursing: a new dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 754–61.

- Holaday, B. (2010). Dorothy Johnson's Behavioral System Model and Its Applications. En M. Parker & M. Smith (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp.104-120). Philadelphia: Davis Company
- Kagan, P. N., Smith, M. C., Cowling, W. R., & Chinn, P. L. (2010). A nursing manifesto: An emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis: Original article. *Nursing Philosophy*, 11(1), 67–84.
- Kenakin, T. (2006). *A Pharmacology Primer*. Elsevier: London
- Kemmis, S. (2005). Knowing practice: Searching for saliences. *Pedagogy, Culture and Society*, 13, 391–426
- Kemmis, S., & Smith, T. J. (2008). *Enabling praxis: Challenges for education*. Rotterdam: Sense.No Title.
- Kim, H. S., & Kollak, I. (2006). *Nursing Theories: Conceptual & Philosophical Foundations*. New York: Springer Publishing Company.
- Kim, H.S. (2000). An integrative frame- work for conceptualizing clients: A proposal for a nursing perspective in the new century. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 37–40.
- Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- King, I. M. (1971). *Toward a theory for nursing*. New York: John Wiley.
- Kinsella, E.A. (2007). Technical rationality in Schön's reflective practice: dichotomous or non-dualistic epistemological position. *Nursing Philosophy* 8, p: 102-113
- Kinsella, E. A. (2009). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy* 11, pp. 2-14
- Kinsella, E. A. (2012). *Phronesis as Professional Knowledge Practical Wisdom in the Professions*. Rotterdam: Sense.
- Lave, J., & Wenger, E. (2008). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. (Vol. 1). London: Cambridge University Press.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley.
- Leininger, M. M. (1985). Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing & Health Care*, 6(4), 209-212.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing
- Leininger & McFarland. (2010). Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. En M. Parker & M Smith. (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice*. (pp.317-336). Philadelphia: Davis Company

- Levine, M. E. (1966). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing*, 66, 2450–2453.
- Levine, M. E. (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*, 6, 45–59.
- Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), BOE núm. 298 & 23750 (1999)
- Liimatainen, L. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education, *Journal of Advanced Nursing* Jun 34(5):648-58
- Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (2009). *A Contemporary Nursing Process*. New York: Springer Publishing Company.
- Mackintosh, C. (1998). Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today*, 18, 553–557
- Marriner-Tomey, A. (1983). *The Nursing process: A scientific approach to nursing care*. St. Louis: Mosby.
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería* (6th ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.
- Mantzoucas, S. (2004) Reflective practice and daily ward reality: a cover power game. *Journal of Clinic Nursing*. Nov 13(8): 925-33
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595–621.
- Mason T., Hinman P., Sadik R, Collyer D., Hosker N & Keen A. (2010). Values of reductionism and values of holism. En J. McCarthy & P. Rose (Eds). Values- based health and social care. Beyond evidence-based practice. (pp.70-96) London: Sage.
- May, B (2014) Orlando's Nursing Process Theory in Nursing Practice. En M. R Alligood (Ed). *Nursing Theorists and Their Work*. (pp.285-302). Missouri: Elsevier.
- McCarthy, J & Rose.P (2010). *Values- based health and social care. Beyond evidence-based practice*. London: Sage.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (2014). *Practice Development in Nursing*. Oxford: Blackwell.

- McEwen, M., & Wills, E. (2011). *Theoretical Basis for nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- McFarland, M. (2014a). Culture Care Theory of Diversity and Universality. En M.R Alligood (Ed) *Nursing Theorists and Their Work* (pp.417-441). Missouri: Elsevier.
- McFarland, M. (2014b). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality in Nursing Practice. En M.R Alligood (Ed) *Nursing Theory. Utilization and Application* (pp.350-367). Missouri: Elsevier.
- McGuidam, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*; Vol.23 Issue 31, p: 51-57.
- McKenna, H., Pajnikihar, M., & Murphy, F. (2014). *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice* (2nd ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Medina, J.L. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2):303-11.
- Medina, J. L. (2008). De mapas y territorios : el problema de la formalización de los saberes profesionales en el curriculum. *Enfuro*, (107), 6–8.
- Medina, J.L. & Jarauta, B. (2013). *Enseñanza y aprendizaje en la educación superior*. Madrid: Síntesis.
- Medina, J.L. (2013). Una reconceptualización de los saberes profesionales que se enseñan en la universidad: más allá de las competencias. En J.L Medina., B. Jarauta (Eds) *Enseñanza y aprendizaje en la educación superior* (pp. 37–84). Madrid: Síntesis.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development and Process* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Miles, M., Huberman, M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook. European Journal of Science Education* (3rd ed., Vol. 1). Arizona: Sage.
- Ministros Europeos de Educación. (1999). *Declaración de Bolonia*. Recuperado de [http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion\\_Bolonia.pdf](http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf) el día 02 de Septiembre 2016.
- Moore, K. (2010). Myra Levine's Conservation Model. En M. Parker & M. Smith. (Eds). *Nursing Theory and Nursing Practice*. (pp. 83-103). Philadelphia: Davis Company
- Moss, C., Grealish, L., & Lake, S. (2010). Valuing the gap: A dialectic between theory and practice in graduate nursing education from a constructive educational approach. *Nurse Education Today*, 30(4), 327–332.
- Muñana-Rodríguez, JE & Ramírez-Elias. (2014) A. Escala de Coma de Glasgow de: Orígenes, Análisis y USO apropiado. *Enferm. Univ* [en línea], 11(1), 24-35. Recuperado de [http://www.scielo.php?scriptt=sci\\_arttext:S1665-70632014000100005](http://www.scielo.php?scriptt=sci_arttext:S1665-70632014000100005) el día 09 de agosto 2016.

NANDA-I. Descripción e historia recuperada del sitio <http://www.nanda.org> el día 21 de julio 2016.

National League of Nursing. (1988). *Curriculum Revolution. Mandate for Change*. New York: NLN

Nelson, S. (2012). The lost path to emancipatory practice: towards a history of reflective practice in nursing. *Nursing Philosophy* 13: 202-213

Newman, B. (1982). *The Newman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Newman, M.A. (1979). *Theory Development in Nursing*. Philadelphia: Davis Company.

Newman, M.A. (2002). The pattern that connects. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 1–7.

Newman, M. (2008). *Transforming Presence. The Difference that Nursing Makes*. Philadelphia: Davis Company.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. London: Harrison & Sons

Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing. What it is, and what it is not* (reimpresión). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nussbaum, M. (2001). *The Fragility of Goodness* (Revised Ed). New York: Cambridge University Press.

Olfert, C. M. (2014). Aristotle's Conception of Practical Truth. *Journal of the History of Philosophy*, 52(2), 205–231.

Olsson, L., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., y Ekman, I. (2013). Efficacy of person centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3/4), 456-465.

Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.

Orem, D.E. (1983). The self-care deficit theory of nursing: A general theory. En I.W. Clements and F.B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care*. (pp.205-215). New York: John Wiley & Sons.

Orem, D.E. (1987). *Orem's general theory of nursing*. In R. Parse, *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 35–41.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: G. P. Putman's Sons

- Ousey, K., & Gallagher, P. (2007). The theory-practice relationship in nursing: A debate. *Nurse Education in Practice*, 7(4), 199–205.
- Owen, M.J., & Holmes, C.A. (1993). 'Holism' in the discourse of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1688–1695.
- Parker, M., & Smith, M. (2010). *Nursing Theory and Nursing Practice*. (3th ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R.R. (1997). The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 10, 32–38
- Paterson, J., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic Nursing*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Paterson, J.G. & Zderad, L.T. (1988). *Humanistic nursing* (2nd ed.). New York: National League of Nursing.
- Peden A., Laubham., Autumnwells., Staal J., & Rittman M (2010) Nurse–Patient Relationship Theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, and Ida Jean Orlando. En M. Parker & M Smith (Eds) *Nursing Theory and Nursing Practice* (pp. 67-75). Philadelphia: Davis Company
- Pelletier, I. P. (1976). Fundamental issues in professional nursing. Tulsa, OK: Unpublished presentation, University of Tulsa College of Nursing. En M. R. Alligood (Ed). *Nursing Theory. Utilization and Application*. (p.285). Missouri: Elsevier.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York, NY: Springer.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Palgrave Macmillan.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 23(10):433-41
- Phillips, K & Harris R. (2014). Roy's Adaptation Model in Nursing Practice. En M.R Alligood (Ed) *Nursing Theory Utilization and Application* (pp. 263-284). Missouri: Elsevier.
- Pokorny, M. (2014). Nursing Theorist of Historical Significance. En M. R. Alligood (Ed). *Nursing Theorists and Their Work* (pp.43-58). Missouri: Elsevier.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polanyi, M (1966). *The tacit dimension*. New York: Doubleday and Company
- Polanyi, M. (1969). *Knowing and Being*. London: Routledge.
- Purnell M (2014) The Theory of Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice. En M. R. Alligood (Ed). *Nursing Theorists and Their Work* (pp.358-377). Missouri: Elsevier.

- Rees, K. L. (2013). The role of reflective practices in enabling final year nursing students to respond to the distressing emotional challenges of nursing work. *Nurse Education in Practice*, 13 (1): 48-52.
- Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge. Science, Practice and Philosophy*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Robinson Wolf, Z. (2014). *Exploring Rituals in Nursing. Joining art and science*. New York: Springer Publishing Company.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. London: Constable.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Rolfe, G. (2014). Rethinking reflective education: What would Dewey have done? *Nurse Education Today*, 34(8), 1179–1183.
- Rommelspacher, B (2006). Transculturality and Nursing. En H. Kim & I. Kollak (Eds). *Nursing Theories: Conceptual & Philosophical Foundations* (pp.236-258). New York: Springer Publishing Company.
- Ropper, A., Samuels, M & Klein, J.(2014). *Adams and Victor's. Principles of Neurology*. McGraw-Hill Education: London.
- Rowland, S. (2000) *The Enquiring University Lecturer*. Buckingham: Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. London, Hutchinson.
- Ryle, G. (1967). *El Concepto de lo Mental*. Buenos Aires: Paidos
- Ryle, G. (2009). *Collected Papers* (Vol. II). London: Routledge.
- Schatzman, L., & A.L.Strauss (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs. New York: Prentice-Hall.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner. How Professionals Think in Action*. Basic Books: New York.
- Schön, D.A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un Nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidos
- Schön, D.A. (1995). The new scholarship requires a new epistemology. *Change*; Nov/Dec, Vol 27 Issue 6, p26
- Schön, D.A. (1998). *El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*. (1ra ed. Español). Barcelona: Paidos.
- Schramm, W. (1971). *Note on Case Studies of Instructional Media Project paper for Academy of Educational Development*. Washington DC.

- Smith, B. (1988). 'Knowing How vs. Knowing That', in J. Nyiri and B. Smith (eds.), *Practical Knowledge: Outlines of a Theory of Traditions and Skills* (pp. 1-16) London: Croom Helm.
- Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Ediciones Morata, SL.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (1st ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (2nd ed.). London: Sage.
- Tardiff, M. (2004). *Los Saberes del Docente* (2nd ed.). Madrid: Narcea Ediciones.
- Taylor, B. J. (2010). *Reflective Practice for Healthcare Professionals* (3th.ed.). Berkshire: Open University Press.
- Tetley, J., Dobson, F., Jack, K., Pearson, B., & Walker, E. (2016). *Building a values-based culture in nurse education*. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 152–155.
- Thistlethwaite, J. (2012). *Values-Based Interprofessional Collaborative Practice. Working Together in Health Care*. Cambridge University Press (1st ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tranvag, O & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohab- itant of a person with bipolar affective disorder: A cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 5–18.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Tresolini, C & Pew-Fetzer Task Force. (1994). *Health Professions Education and Relationship-Centered Care. Report of the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.
- Universidad de Ulster. Asignaturas incluidas en Person Centred Practice Currículum enfermería. Rescatado de <https://www.ulster.ac.uk/courses/course-finder/201718/nursing-adult-9635> el día 14 de julio 2016.
- Valente, G.S. (2007). El pensamiento crítico reflexivo en la enseñanza de la investigación en enfermería. *Enfermería Global*. Mayo 10: p 1-7.
- Vallés, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vallés, M. (2009). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos Metodológicos CIS 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociales.

Valls-Matarín, J., Del Cotillo-Fuente, M., Pujol-Vila, M., Ribal-Prior, R & Sandalinas-Mulero, I. (2016). Diferenciación entre lesiones cutáneas asociadas a la humedad y úlceras por presión mediante el uso de fotografías en un área de críticos. *Enfermería Clínica*, 26(5), pp.268-274.

Van Maanen, J. (1983). The moral fix: On the ethics of fieldwork. En R. M. Emerson (Ed.), *Contemporary field research* (pp. 269–287). Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado 15 de julio de 2016, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es)

Wallace, W. (1996). *The Modeling of nature. Phylosophy of Science and Philosophy of Nature in Synthesis*. Washington: The Catholic University of America Press.

Watson, J. (1979). *Nursing: the Philosophy and Science of Caring*. Boston: Litle Brown and Co.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Appleton-Century-Crofts: Norwalk, CT.

Watson, J. (2008). *Nursing Theory. The Philosophy and Science of Caring* (Revised ed). Colorado: University Press of Colorado.

Wiedenbach, E. (1958). *Family-centered maternity nursing*. New York. GP Putnam's Sons

Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing: A helping art*. New York: Springer.

Wilson, E.O. (1999). *Consilience: The unity of knowledge* (Vol. 31). New York: Vintage.

Woodside, A. G. (2010). *Case Study Research: Theory, Methods and Practice*. Emerald Group Publishing Limited.

Woodside, A. G., & Samuel, D. M. (1981). Observation of centralized corporate procurement. *Industrial Marketing Management*, 10(3), 191–205.

Wright Mills, C. (2000). *The Sociological Imagination*. (Fortieth Anniversary Edition). Oxford: Oxford University Press.

Wyer, P. C., Alves Silva, S., Post, S. G., & Quinlan, P. (2014). Relationship-centred care: Antidote, guidepost or blind alley? the epistemology of 21st century health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 881–889.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. (2th ed.). London: Sage Publications.

