

Construir el conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva

Javier Colina*, José Luis Medina**

RESUMEN

Se analizan las cuestiones previas que determinan los contenidos de Enfermería y posteriormente se propone la «práctica reflexiva» como filosofía pedagógica y metodológica de la formación enfermera. Es el profesor —según los autores— quien desarrolla el curriculum en su actividad docente y en el aula, tomando decisiones sobre: diseño de la materia, metodología y desarrollo de los contenidos, evaluación del conocimiento construido por el alumno, sus actitudes y sus aptitudes. Como parece demostrado por las investigaciones realizadas, el conocimiento que, en última instancia, ayuda a comprender el contexto de actuación docente y determina las decisiones tomadas por el profesor, es el basado en la práctica reflexiva, producto de su biografía y experiencias, de sus conocimientos y de su relación activa con la práctica.

Los contenidos de este artículo fueron expuestos como conferencia en el III Seminario de Profesores de Enfermería Médico-Quirúrgica.

Building Nursing Knowledge by Means of Reflexive Practice

SUMMARY

After analyzing the prior questions which determine the nursing field contents, the authors propose «reflective practice» as the methodological and pedagogical philosophy of choice in the formation of nurses. According to the authors, the professor is responsible for developing the curriculum. As such, the professor makes decisions regarding course design, methodology, content development, and student evaluation in terms of aptitude, attitude and knowledge acquisition. Research studies seem to demonstrate that the knowledge which, in the end, aids in comprehending the context taught and which determines the decisions a professor takes, is that knowledge based on a reflective practice, a product of the professor's experiences, background, knowledge and active relationship with nursing practice.

The contents in this article were presented as a conference in the Third Seminar of Professors of Nursing for General Practice and Surgery.

INTRODUCCIÓN

Plantearse los contenidos (su selección y secuenciación) y las estrategias de enseñanza dentro del curriculum de

Enfermería exige una reflexión que va más allá de la simple distribución de créditos durante los diferentes cursos o semestres y la selección de métodos de enseñanza de la gama de posibilidades existentes.

Intentaremos analizar algunas cuestiones que, bajo nuestro punto de vista, son previas, subyacen o determinan los contenidos de Enfermería, para des-

* D. E. E.U.E.

** D.E. Doctor en Pedagogía. Facultad de Pedagogía.
Universidad de Barcelona.



pués proponer la *Práctica Reflexiva* como filosofía pedagógica y metodológica de la formación enfermera.

Nos parece del todo oportuno hablar de los contenidos, justo en este momento en que se está llevando a cabo la reforma de los planes de estudio. Hoy día, la implantación de titulaciones académicas que legitiman para ejercer la Enfermería supone, por parte de la administración educativa, una determinación de los contenidos de las correspondientes enseñanzas, que garanticen que en todo el territorio de implantación de esos programas (el Estado Español) se impartan unos mínimos contenidos comunes a todos los alumnos que cursen la diplomatura de Enfermería. Ahora bien, el planteamiento adoptado por la LRU es el de currículos abiertos y flexibles que quedarán posteriormente configurados por las comunidades autónomas con competencias educativas, los centros universitarios y los propios profesores. Siguiendo ese espíritu es el profesor, en definitiva, quien realiza el desarrollo del currículum en su actividad docente y en el aula. Será en este *tercer nivel de concreción* en el que centraremos nuestro análisis porque es aquí donde se toman decisiones sobre:

- **El diseño** de la materia o la selección de los contenidos y su secuenciación. Es decir: **¿qué enseñar?** y **¿cuándo enseñar?**
- **La metodología** o desarrollo de los contenidos. Es decir, **¿cómo enseñar?**
- **La evaluación** del conocimiento construido por el alumno, sus actitudes y sus aptitudes. Es decir **¿qué, cuándo y cómo evaluar?**

Las respuestas a las preguntas anteriores se generan a partir de cuatro ámbitos teórico-disciplinares, que aportan cada uno de ellos una información de naturaleza diferente y de carácter específico imprescindible para fundamentar las decisiones respecto a la selección-secuenciación de los contenidos, las estrategias metodológicas y los modelos de evaluación utilizados, a los cuales denominamos fuentes del currículum:

- **Ámbito sociológico.** Aportará información acerca de las demandas socioprofesionales (prevención basada en la educación, enfermedades

crónico-degenerativas, etc., contempladas en los Planes de Salud nacionales y autonómicos) hacia el campo académico. El currículum debe recoger las finalidades y funciones sociales de la Enfermería, intentando que los alumnos lleguen a ser miembros activos y responsables de la profesión a la que pertenecen.

- **Ámbito psicológico.** Aportará información sobre los procesos de aprendizaje. El conocimiento de las regularidades que determinan el aprendizaje y los procesos cognitivos humanos es un marco indispensable para tomar decisiones acerca de los métodos de enseñanza, cuándo aprender, qué es posible aprender y cómo aprenderlo [1].
- **Ámbito pedagógico.** Informará de la experiencia en el aula de los docentes, así como de su fundamentación teórica.
- **Ámbito epistemológico.** Informará acerca de los conocimientos científicos que integran los contenidos de la materia de Enfermería Médico-Quirúrgica que pretendemos desarrollar. La estructura interna de la disciplina, su estado actual de desarrollo y sus métodos de investigación aportan una información definitiva a la hora de configurar los contenidos de las materias a impartir.

Estos cuatro factores deben considerarse sincrónicamente a la hora de determinar los contenidos de las materias y las estrategias didácticas más adecuadas. Sin embargo, tradicionalmente la respuesta a la pregunta ¿Qué debe saber el alumno? (contenidos) se ha dado exclusivamente desde la racionalidad técnica derivada del conocimiento científico. Es decir, se ha basado sólo en la fuente epistemológica o disciplinar y en la transmisión lineal de conocimientos, adoptando así un marco teórico positivista. La gran debilidad de este planteamiento del diseño

es su reduccionismo: la ausencia total de referencias al contexto social, económico y político en el que se inscribe la formación de enfermeras, ignorando y ocultando al mismo tiempo los determinantes socioculturales de aquélla.

La formación de enfermeras como acción práctico-reflexiva

Como parece demostrado tras la enorme cantidad de investigaciones realizadas en el campo de «el pensamiento del profesor» y una vez superado el reduccionismo que supuso la hegemonía de los enfoques de la psicología cognitiva en esta perspectiva [2,3] con la aparición de aproximaciones prácticas e integradoras [4,5] el conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación docente y que determina en última instancia las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la enseñanza es un conocimiento personal [5] o práctico-reflexivo [6], producto de la biografía y experiencias pasadas del profesor, de sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Es un saber hacer, en su mayor parte tácito, que se activa en la acción misma.

Si bien es cierto que los trabajos de Schön [6] han supuesto una de las aportaciones más originales y sugerentes para la conceptualización e interpretación de la enseñanza como actividad práctica, no es menos cierto que sus ideas han tenido un enorme impacto e influencia en la reconceptualización de la práctica profesional de Enfermería, lo que ha generado, como consecuencia, una transformación en la manera de entender la formación de sus profesionales.

En la actualidad, el conocimiento enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico [7-12] y ello ha supuesto una

Nos parece del todo oportuno hablar de los contenidos, justo en este momento en que se está llevando a cabo la reforma de los planes de estudio

reconsideración de la función de la enfermera como profesional de los cuidados: del conocimiento requerido y su construcción, de sus habilidades, reconsideración que ha conducido, a su vez, a una transformación muy profunda en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente [13-15].

Sin duda, la aportación de Argyris y Schön [16] y más recientemente la de Schön [17], han tenido una creciente influencia en la formación de profesores y de enfermeras durante la última década tal y como puede apreciarse tras un análisis de la literatura [10-11, 18-23]. La contribución de esos trabajos al desarrollo de la formación de enfermeras en Estados Unidos y Europa ha sido enorme. En nuestro país ese impacto ha sido más relevante en la formación del profesorado que en la de enfermeras, donde estos trabajos son todavía poco conocidos.

Fueron Argyris y Schön quienes por primera vez alertaron a los educadores en general, y a los profesionales en particular, de la posible discrepancia entre teorías explícitas e implícitas que utilizaban [10]. Y fue Schön quien reveló, incisivamente, las carencias e inadecuaciones de la racionalidad técnica, que ha dominado de un modo hegemónico la comprensión de la actividad práctica de los profesionales y de su formación. Esa crítica demuestra que la racionalidad técnica no alcanza a explicar plenamente el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño de su labor y que presenta, por tanto, una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos.

Schön explica que la manera dominante de entender el modo como los profesionales de diferentes campos resuelven los problemas que encuentran en su actividad se adaptaba a la racionalidad técnica. Se defendía que la acción de un profesional consistía en la selección de una serie de técnicas, validadas científicamente, con objeto de alcanzar unos fines preestablecidos, y que tanto los procedimientos de selección y aplicación de las técnicas, como los de selección de objetivos se hallaban científicamente fundados. El conocimiento que debe poseer un profesional hace referencia a teorías científica-



El profesional en acción se enfrenta al problema que ha de resolver como si fuese un caso único.

mente válidas y fiables y a la aplicación de éstas a la resolución de los problemas que encuentra en su actividad profesional, la cual se reduce, de ese modo, a una solución instrumental de los problemas. Solución que será rigurosa en función de la «cientificidad» de los principios y reglas que aplique.

Uno de los aspectos más originales del trabajo de Schön es el análisis empírico del modo en que ciertos profesionales (psicoterapeutas, arquitectos e ingenieros) resuelven los problemas con los que se enfrentan durante su actividad profesional. Lo interesante del trabajo de Schön es que presenta una visión radicalmente diferenciada de lo que hasta ahora se había entendido como una actividad técnica. Aunque las repercusiones y conclusiones que se han extraído del trabajo de Schön son múltiples, recogemos las más relevantes para nuestro trabajo:

1) Cada problema es un caso único.

Para Schön, un práctico —profesional en la acción— se acerca al problema que ha de resolver como si fuese un caso único, de tal manera que el contexto en que debe resolverse aquél es percibido como una situación particular con características únicas, complejas, cambiantes, inciertas y ambiguas. Debido a su naturaleza de caso único, el problema queda fuera del alcance de las teorías y técnicas disponibles en el

conocimiento disciplinar. Por tanto no puede ser tratado como un problema instrumental ni resuelto por la aplicación de una regla determinada.

2) Percepción ambigua de la naturaleza del problema. Derivado de lo anterior, el problema no es externo o independiente de la situación en que surge. Dada la ambigüedad, turbulencia y multidimensionalidad de la misma, el profesional no percibe con claridad los límites y las características del problema. El problema es, en primer lugar, encontrar el problema. Dado lo incierto y complejo de las situaciones la primera tarea del profesional será comprender la naturaleza del problema, identificar sus límites y determinar sus características.

3) Resolución de problemas a través de la reflexión en la acción. El práctico nunca resuelve el problema aplicando reglas extraídas del conocimiento disciplinar. Cuando el profesional práctico se enfrenta con el problema su primera comprensión del mismo estriba en una suerte de estructuración inicial y tentativa acerca de la naturaleza y características de la situación problemática. El conocimiento que el profesional requiere para resolver su problema es en gran medida tácito e implícito. Se trata de un conocimiento previo, de una amalgama de ejemplos, imágenes, comprensiones y acciones que ha ido



El conocimiento que debe poseer un profesional hace referencia a teorías científicamente válidas y fiables y a la aplicación de éstas a la resolución de los problemas que encuentra en su actividad profesional

estructurando a través de experiencias previas de resolución de problemas similares a los que ahora se enfrenta. Sin embargo, no existe una relación directa entre esos conocimientos tácitos y previos con el problema concreto con el que se enfrenta. El profesional se apoya inicialmente en esa amalgama de comprensiones, ejemplos y acciones para estructurar e interpretar y dar un significado en primera instancia a la situación problemática, pero esa atribución o valoración inicial es siempre tentativa; el profesional nunca puede

estar seguro de si su lectura del problema es la correcta, no tiene la certeza de que la comprensión que le ha proporcionado esa primera valoración sea el fundamento que le permita resolver el problema. Más bien, con esa primera valoración, el profesional puede poner en marcha una respuesta durante la acción cuyo resultado le permitirá reinterpretar el problema y así sucesivamente.

A partir de las conclusiones anteriores que deriva de trabajos empíricos, Schön propone una nueva epistemo-

logía de la práctica opuesta totalmente a la visión positivista de acción racional. Para Schön, el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica. Antes al contrario, el profesional es un práctico reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción, y reflexión sobre la reflexión en la acción.

La noción de conocimiento profesional que hasta ahora ha dominado en Enfermería ha estado inspirada en la doctrina racionalista basada en la filosofía positivista y su epistemología empírico analítica, aquella que defiende que la razón es la primera fuente de conocimiento y que es independiente de la experiencia [24]. Desde los primeros trabajos estadísticos de Nightingale en los que se relacionaba la higiene con la salud hasta recientemente, el conoci-

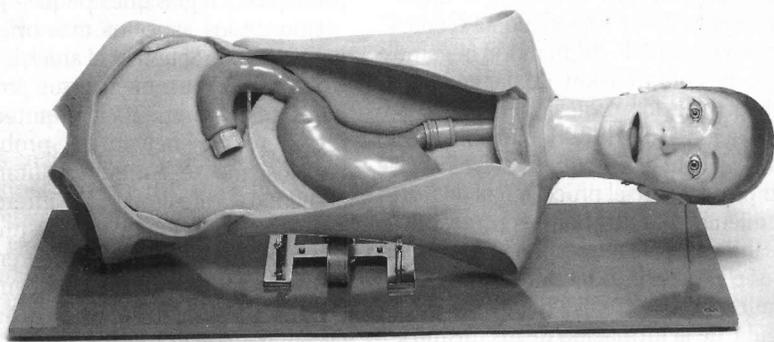
Modelo para la endoscopia del conducto biliar



Modelo de tamaño natural, fabricado en material flexible, consistente en un tronco con hígado, estómago, intestino grueso y delgado. El conducto biliar es de material flexible y su color se asemeja completamente a la realidad. Se muestran los conductos hepático y cístico así como el colédoco. El modelo presenta una vesícula biliar desmontable.

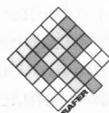
Con el diseño y asesoramiento del Prof. Dr. K. Lennert, Evang. Hospital, Oberhausen. Alto: 22 cm. Ancho: 50 cm. Fondo: 35 cm. Peso 7,6 Kg.

Maniquí OGI



Para entrenamiento en la endoscopia del tracto gastrointestinal superior, cateterismo de la papila Vateri mediante instilación retrógrada de un medio de contraste en el conducto pancreático (Tamaño natural). Esofagoscopia, gastroscopia, bulboscopia, así como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CRPE) de acuerdo con los doctores Classen y Ruppín.

Alto: 35 cm. Ancho: 98 cm. Fondo: 32 cm. Peso: 11 Kg.



comercial **RAFER, S/L**

Bolonia, 12
Teléfono 9 76 23 74 00 • Fax 9 76 21 71 52
E - 50008 ZARAGOZA (España)

Solicitenos **CATÁLOGO GENERAL** ref.C2

Nombre.
Función.
Empresa.
Dirección.
Localidad.
Teléfono. Fax.

LE ASEGURAMOS UNA RAPIDA CONTESTACIÓN

miento enfermero ha sido representado como un saber de proposiciones universales, objetivo y prescriptivo [25]. Sin embargo, esos planteamientos entraron en crisis desde el momento en que se empieza a aceptar de manera generalizada el hecho de que el conocimiento profesional necesario para demostrar competencia en una práctica (como la Enfermería) es de naturaleza artística antes que técnica, es un conocimiento personal o práctico [5] o conocimiento en la acción [6]. Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma [26].

En la actualidad, se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero. La multiparadigmática comprensión de la Enfermería ya sugerida por Carper [27] ha venido haciéndose más evidente en el desarrollo conceptual y teórico de la Enfermería. Los trabajos etnometodológicos y antropológicos de Leininger [28,29] y Rizzo Parse [30], el uso que de la fenomenología existencial ha hecho Watson [31] para construir una Ciencia Humana del Cuidado, o los trabajos de Benner [26] sobre el conocimiento práctico son casos bien conocidos. La noción de que en Enfermería existe una pluralidad de saberes se ha convertido en una afirmación unánimemente aceptada en la literatura del campo [27, 32-35].

Aunque, tradicionalmente, los relatos escritos por enfermeras acerca de sus experiencias profesionales han sido publicados en las revistas científicas y profesionales del campo, esos trabajos, muy útiles para las profesionales, han sido ignorados hasta recientemente por los investigadores [24]. Hasta finales de los setenta y principios de los ochenta los trabajos de autoras como Carper y Benner empiezan a defender la idea de que la práctica profesional, las experiencias de las enfermeras, son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina [23].

El trabajo ya clásico de Carper [27] ofrece una clasificación de los tipos de conocimiento que se hallan presentes en toda acción profesional de la enfermera. Esta autora, después de una exhaustiva revisión documental afirma que la literatura enfermera contiene cuatro modalidades o patrones de conocimiento, de los cuales solamente



Las enfermeras expertas pueden reconocer rápidamente situaciones irregulares en las personas que cuidan.

uno es empírico en el sentido positivista del término. Esos cuatro patrones fundamentales de conocimiento son: empírico, personal, estético/artístico y ético.

Sin embargo, pese a la importancia de estos trabajos en la reformulación del saber enfermero, la obra que más influencia ha tenido y que ha permitido realizar un serio cuestionamiento a la visión que las escuelas de Enfermería poseen acerca de la naturaleza del conocimiento profesional y su relación con la práctica ha sido la de Patricia Benner [26] que en su libro *From Novice to Expert*, considerado ya un clásico en el ámbito de la Enfermería, estudió la pericia en Enfermería utilizando para ello un enfoque fenomenológico hermenéutico de investigación.

La importancia del trabajo de Benner radica en que es el primero que, en el ámbito de la Enfermería, alerta de la discrepancia entre saber teórico y conocimiento práctico. El trabajo demuestra la existencia de un conocimiento implícito que se activa con la acción de la enfermera y que permite el reconocimiento instantáneo de situaciones problemáticas y respuestas intuitivas características de una práctica profesional experta. Ese conocimiento práctico o «saber cómo» en términos de Polanyi [36] es inefable, se halla incrustado en la misma práctica,

es tácito. Es decir, cuando a una enfermera se la interroga acerca del porqué de alguna de sus acciones presenta verdaderas dificultades para explicitar verbalmente ese proceso. A lo sumo, puede describirlo vagamente. Las enfermeras expertas pueden reconocer rápidamente situaciones irregulares en las personas que cuidan; sin embargo, no pueden presentar una descripción precisa del método o proceso racional que han seguido para alcanzar esa conclusión [21-22, 37-38].

Benner, a partir de las aportaciones de Polanyi realiza una distinción entre «saber qué» y «saber cómo». El primero es el conocimiento de Enfermería tal y como se presenta en el currículum: altamente formalizado, acontextual, instrumental y teórico, es decir, la racionalidad técnica. El segundo es un conocimiento tácito y dependiente de la experiencia. El problema es que, en Enfermería, sólo se ha considerado legítimar la primera forma de conocimiento permaneciendo olvidada y en segundo plano el «saber cómo». Es más, el esquema bajo el que se estructura el currículum refleja esa supeditación o subordinación del conocimiento práctico al saber teórico donde el periodo de prácticas no sólo es posterior a la formación teórica sino que suele ser un ámbito del currículum enfermero considerado como de segundo orden.

El estudio de Benner arroja eviden-

cias que demuestran que el juicio experto deriva de una comprensión global de la situación, una valoración cualitativa y holística que posee dos características distintivas:

1) **Esquemas de reconocimiento:** habilidad perceptual que permite a una enfermera reconocer configuraciones y relaciones sin una especificación analítica de los componentes del patrón o modelo. Las personas a las que las enfermeras cuidan presentan patrones que las enfermeras expertas aprenden a reconocer de modo inmediato y global. En contraste con esta visión de los esquemas de reconocimiento, la racionalidad técnica propone un esquema de reconocimiento como «chek list», donde la enfermera debe comparar una serie de características que mantiene en la memoria con las presentadas por la persona.

2) **Sentido de «saliencia»:** capacidad de distinguir o discriminar aquellos datos relevantes de los que no lo son. La enfermera que posee este sentido no considerará todas sus observaciones como pertinentes, sólo aquellas que destacan o sobresalen y que actúan a modo de pistas que guían las observaciones siguientes. La observación continuada del paciente durante un cierto espacio de tiempo permite a la enfermera determinar qué características son «sobresalientes» en esa situación. Por contra, las rutinas de valoración basada en listados de observaciones no son efectivas en casos que requieren observaciones individuales y contextualizadas.

Modelos para la enseñanza reflexiva

Una vez constatada que la noción de conocimiento profesional que transmiten las escuelas de Enfermería (la racionalidad técnica) se muestra insuficien-

te para preparar profesionales con competencia práctica y habilidades para la formulación de juicios práctico/clínicos y aceptada la idea que existen aspectos centrales de la práctica profesional de las enfermeras que han sido tradicionalmente olvidados en la formación [39], se están desarrollando modelos alternativos, basados en los trabajos de Schön, Benner y Diekelmann los cuales, aceptando que el conocimiento técnico-científico es un ingrediente necesario para la práctica profesional, elevan el estatus de la práctica y del conocimiento en ella incrustado considerándolo no ya secundario o una aplicación del anterior sino la clave de una práctica experta. Existe un conocimiento en la práctica que puede y debe informar el diseño y la acción curricular.

El aumento del interés hacia las nociones de reflexión y práctica reflexiva que se ha desarrollado en Enfermería (en la formación de su profesorado y de sus profesionales) a lo largo de estos últimos años ha sido la manifestación del creciente interés por explorar los modos en que las enfermeras profesionales desarrollan su trabajo y en particular examinar el potencial de la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado [40]. Del mismo modo ha habido un creciente interés por acercarse al mundo de la Teoría y el de la Práctica en Enfermería en el ámbito de la práctica asistencial [41,42] en el ámbito de la formación de los profesionales [43,44] y en el de la formación del profesorado de Enfermería [45].

¿Cuáles serían las derivaciones curriculares y didácticas de las ideas que acabamos de exponer? ¿Cómo puede contribuir la noción de conocimiento práctico y reflexión en la acción que hemos desarrollado al aprendizaje de la práctica de la Enfermería?

En la formación de enfermeras fuera de nuestro país son numerosos los programas que ya están experimentando la

enseñanza reflexiva como filosofía de formación. Estos programas se centran en la formación clínica y comunitaria de las futuras enfermeras [46-48] y en ellos se hace un fuerte énfasis en el conocimiento práctico [26,49] y el aprendizaje experiencial [18].

En todos esos intentos subyace la necesidad constatada de superar la relación jerárquica y lineal entre conocimiento técnico y práctica, educativa o cuidadora. Bajo nuestro punto de vista, una de las estrategias que mejor puede contribuir a ese intento es la idea que defiende que **las prácticas** deben ocupar un lugar central alrededor del cual se estructura el curriculum de formación.

Desarrollaremos esta idea de las prácticas como eje del curriculum de Enfermería basándonos en autores que como Burnard [7], Clarke [50] y Kim [51] han propuesto la reflexión en la acción como modalidad idónea para la práctica de enfermería y otros que como Clark y Peterson [52], Zeichner [53] o Pérez Gómez [54] han realizado aportaciones sobre la formación de profesores como profesionales reflexivos.

Desde esta perspectiva, las prácticas que las alumnas de Enfermería llevan a cabo presentarían, sin ningún orden, las siguientes características:

Las prácticas son el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el curriculum de Enfermería. No se realizan «después» de la «teoría» sino que a través de ellas se asimilan los contenidos de las materias que conforman el curriculum básico de formación. Las prácticas son el punto de inicio de los aprendizajes que las/os alumnas/os llevan a cabo; por tanto, los contenidos de las diferentes materias deben construirse no a partir de una descripción del estado del enfermo y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino en el análisis y cuestionamiento de los esquemas conceptuales, marcos de referencia, repertorios de cursos de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

Las prácticas no son la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. Cuando afirmamos que la práctica es el eje del curriculum de Enfermería no

Cuando la alumna practica las acciones de cuidar delegadas normalmente por la enfermera explica la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa

significa que aceptemos acríticamente los esquemas y rutinas empíricas que modelan la práctica del cuidado, que se transmiten generacionalmente y que impiden a menudo una mejora y desarrollo real de la misma. Antes al contrario; ese conocimiento en la acción (semiautomático y rutinario), ese saber hacer, sólo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción.

Las prácticas suponen una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción. No existe una separación entre teoría y práctica. El conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. Ciertamente, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único elemento) de su saber práctico.

Las prácticas son procesos de investigación. Si se entienden como acabamos de precisar, las prácticas que los alumnos llevan a cabo se convierten en un proceso de investigación más que de aplicación. Durante las prácticas las alumnas se sumergen en un universo nuevo para ellas y para comprenderlo tratan de acceder a los significados que le otorgan las enfermeras profesionales. Cuando la alumna «practica» las acciones de cuidar delegadas normalmente por la enfermera explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. Pero lo importante es darse cuenta que esas acciones al mismo tiempo que repercuten en la persona que cuida, sirven para que la alumna verifique su comprensión provisional de lo que está haciendo. Con esa «experimentación» la alumna reestructura nuevos cursos de acción a la vez que modifica el modo como ella interpreta la situación.

El rol de la profesora de prácticas es sumamente relevante. Ciertamente, el conocimiento práctico es difícil de



Una enfermera competente es capaz de distinguir los datos relevantes de los que no lo son.

enseñar, debido sobre todo a su naturaleza personal y tácita (se halla incrustado en la práctica de las enfermeras de una manera implícita, personal e irreplicable). Sin embargo, es posible aprenderlo. Se aprende siguiendo la máxima de Dewey «haciendo», reflexionando en y sobre la acción, conjuntamente con la profesora de prácticas. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula, es experiencial, de aquí que la profesora de prácticas adquiera un rol central en los procesos de enseñanza del saber práctico. Su función consiste en una suerte de práctica de segundo orden donde más que controlar la aparición de errores en la aplicación que la alumna realiza del conocimiento aprendido en el aula, lleva a cabo una conversación reflexiva con aquélla acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la alumna les otorga.

Los modelos de formación reflexiva en los que se inspiran la mayoría de los programas antes aludidos son la **supervisión clínica** [55,56] y el **aprendizaje experiencial** [57, 58].

Supervisión clínica y aprendizaje experiencial

Un modelo claramente identificado con la enseñanza de la Enfermería es la formación clínica (no debe confundirse

con formación en la clínica o en el hospital). En la formación de enfermeras la supervisión clínica se ha ido transformando de un modelo con connotaciones directivas y autoritarias a otro más caracterizado por su visión democrática y por estar centrado en la alumna y en sus procesos de reflexión [59].

Interacción profunda y continuada entre profesora y alumna [60], desarrollo en ambientes naturales [19], retroalimentación de la profesora a la alumna [61] y objetivos públicos y negociados durante la práctica [59] son algunas de las características que habitualmente encontramos en la formación práctica de las enfermeras y que nos permiten caracterizarla como clínica. La formación clínica permite a las alumnas vivir la realidad desde dentro, aproximarse a los problemas reales y a los modos como las profesionales los resuelven. Todo ello les ayuda, junto al rol de la mentora, tutora o profesora de prácticas, a potenciar y desarrollar sus capacidades de análisis, síntesis, inferencia y observación.

El segundo modelo es el denominado de aprendizaje experiencial. Este modelo inicialmente diseñado en la Universidad de Harvard goza de gran predicamento en Enfermería [57]. El aprendizaje experiencial ha sido ampliamente utilizado para la formación de enfermeras y la mejora de la práctica asistencial. Se parte de una situación real y a través de un proceso en el que los componentes principales



son la experiencia y la retroacción se llega a la mejora de la actividad de cuidar [62]. El aprendizaje experiencial tiene lugar cuando las alumnas, a partir de una experiencia determinada, observan y reflexionan sobre aquélla y realizan algún tipo de abstracción integrando esas reflexiones en su mente que son utilizadas como guías para acciones posteriores.

En primer lugar, la alumna realiza una serie de experiencias, ya en el aula, ya en los lugares de prácticas. Esas experiencias concretas después son compartidas con otras personas que han participado en ellas. Ello permite a los participantes disponer de la experiencia del resto ampliando de ese modo su percepción. Después se lleva a cabo un examen sistemático de esas experiencias: qué se sintió, qué se vio, qué se entendió, qué significado tuvo la experiencia, qué conclusiones pueden extraerse de cara a experiencias semejantes y ulteriores. Esta es una fase clave en el proceso de aprendizaje experiencial donde las alumnas, ya individualmente, o en grupo, son capaces de clarificar el significado de la experiencia y de empezar a tomar conciencia de cómo esa información generada por la actividad podría ser usada en futuras experiencias. Después de esos tres momentos, la alumna lleva a cabo una identificación de lo que puede ser abstraído de la realidad de la actividad y aplicado a situaciones futuras. La alumna está ahora en disposición de preguntarse cómo los conceptos y principios abstraídos en el análisis anterior pueden ser aplicados en el futuro.

El presupuesto básico de este modelo es que la experiencia es la fuente y origen de todo aprendizaje y que a través del aprendizaje experiencial podemos articular los aprendizajes formales y abstractos con las experiencias prácticas. Esto es particularmente importante en Enfermería, donde las alumnas pasan una considerable parte de su tiempo de formación en los centros de prácticas.

Supervisión clínica y aprendizaje experiencial estructuran el modelo de Curriculum Experiencial que nos proponemos aplicar a la enseñanza y el aprendizaje de la Enfermería. Modelo

En la formación de enfermeras la supervisión se ha ido transformando de un modelo con connotaciones directivas y autoritarias a otro más caracterizado por su visión democrática y por estar centrado en la alumna y en sus procesos de reflexión

en el que además está presente otra estrategia ampliamente usada en la formación de enfermeras [63]: el laboratorio de formación. Los laboratorios permiten introducir y aproximarse a segmentos de la práctica de enfermería en unas condiciones que permiten a las alumnas ejercitar sus habilidades con menos tensión que en las situaciones reales.

En el curriculum de Enfermería, los modelos de aprendizaje experiencial y supervisión clínica se pueden operativizar con el uso de variadas estrategias metodológicas. Por ejemplo, autores como Jarvis [64], Cameron y Mitchell [65] y Allen, Bowers y Diekelmann [46] proponen el uso de los **diarios** como modo de elicitar una enseñanza y aprendizaje reflexivos. Las historias de vida, autobiografías o autobiografías colaborativas son también consideradas como técnicas apropiadas para favorecer los procesos reflexivos [66]. La narración de situaciones ha sido usada por autores como Lanshley [67] con ese mismo fin. También se han considerado como útiles los estudios de casos y los seminarios.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Coll C. Psicología y Curriculum. Barcelona: Laia, 1987.
- [2] Ferrer V. Pensamiento crítico y formación del profesorado (tesis doctoral inédita). Universidad de Barcelona, 1993.
- [3] Marrero J. Las teorías implícitas del profesorado: Un puente entre la cultura y la práctica de la enseñanza. III Congreso sobre Pensamiento del Profesor y Desarrollo Profesional. Sevilla, 1992.
- [4] Clandinin J, Connelly F. The reflective practitioner and Practitioners Narrative Units. Canadian Journal of Education 1986; 11(2): 184.
- [5] Elbaz F. The teachers practical knowledge: Report of a case study. Curriculum Inquiry 1981; 11(1):43.
- [6] Schön D. The reflective practitioners: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books, 1983.
- [7] Burnard P. Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. JAN 1995; 21:1167.
- [8] Kim H. Practice Theories in nurs and a science of nurs practice. Scholarly Inquiry for N Practice 1994; 8(2):146.
- [9] Ashworth P, Longmate M. Theory and practice: beyond the dicotomy. N Education Today 1993; 13(5):321.
- [10] Greenwood J. Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön. JAN 1993; 18(8):1183.
- [11] O'Brien B, Pearson A. Unwritten knowledge in nurs:

- consider the spoken as well as the written word. Scholarly Inquiry N Practice 1993; 7(2):111.
- [12] Pearson A. Knowing nurs: emerging paradigms in nurs. In: Robins K, Vaughan B, ed. Knowledge N Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
- [13] Tanner C. Education as social responsibility. Journal of N Education 1992; 31(1):3.
- [14] Munhall P. Curriculum Revolution: A social mandate for change. In: NLN, ed. Curriculum revolution mandate for change. New York: National League N 1988.
- [15] Spence D. The curriculum revolution: can educational reform take place without a revolution in practice? JAN 1994; 19:187.
- [16] Argyris C, Schön D. Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey Bass, 1974.
- [17] Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós MEC, 1992.
- [18] Burnard P. Learning Nurs Knowledge. In: Robinson K, Vaughan B, ed. Knowledge N Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
- [19] French P, Cross D. An interpersonal-epistemological curriculum model for nurse education. JAN 1992; 17:83.
- [20] Jarvis P. Reflective Practice and Nurs. Nurse Education Today 1992; 12(4):174.
- [21] Meerebeau L. Tacit nurs knowledge: an untapped resource or a methodological headache? JAN 1992; 17(1):108.
- [22] Tanner C, Benner P, Chesla C, Gordon R. The phenomenology of knowing the patient. IMAGE. JN Scholarship 1993; 25(4):273.
- [23] Vaughan B. The Nature of Nurs Knowledge. In: Robinson K, Vaughan B, ed. Knowledge N Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
- [24] Meleis A. Theoretical Nurs. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1985.
- [25] Fawcett J. Approaches to knowledge development in nurs. Canadian JNR 1991; 23(4):23.
- [26] Benner P. From novice to expert: power and excellence in nurs practice. Palo Alto, CA: Addison-Wesley, 1984.
- [27] Carper B. Fundamental Patterns of Knowing in Nurs. In: Nicoll L, ed. Perspectives on Nurs Theory. Philadelphia: Lippincott, 1978.
- [28] Leininger M. Humanism, Health and Cultural Values. In: Flynn P, ed. The Healing Continuum. Journeys in Philosophy of Holistic Health. New York: Robert Brady, 1979.
- [29] Leininger M. Some Philosophical, Historical and Taxonomies of Nurs and Caring in American Culture. In: Leininger M, ed. Characteristics and Classification of Caring Phenomena. Salt Lake City: University of Utah, 1980.
- [30] Rizzo Parse R. Caring from a Human Science Perspective. In: Leininger M, ed. Characteristics and Classification of Caring Phenomena. Salt Lake City: University of Utah, 1980.
- [31] Watson J. Nurs: Human Science and Human Care. New York: National League N, 1985.
- [32] Chinn P, Jacobs M. Theory and nurs: a systematic approach. St. Louis: Mosby, 1983.
- [33] Chinn P, Jacobs M. Perspectives on Knowing: a Model of Nurs Knowledge. In: Nicoll L, ed. Perspectives N Theory. Philadelphia: Lippincott, 1992.
- [34] Meleis A. Theory development and Domain Concepts. In: Moccia P, ed. News Approaches to theory development. New York: National League N, 1986.
- [35] Meleis A. Revisions in Knowledge Development: A Passion for Substance. In: Nicoll L, ed. Perspectives N Theory. Philadelphia: Lippincott, 1992.

[36] Polanyi M. Personal knowledge: toward a post critical philosophy. London: Routledge and Kegan Paul, 1958.

[37] Benner P. Práctica progresiva de Enfermería. Barcelona: Grijalbo, 1987.

[38] Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness. California: Addison-Wesley, 1989.

[39] Corcoran S, Tanner C. Implications of Clinical Judgment Research for Teaching. In: NLN, ed. Curriculum Revolution. Mandate for Change. New York: National League N, 1988.

[40] Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of literature. JAN 1993; 18:1188.

[41] James L. Nurs theory made practical. JNE 1992; 31(1):42.

[42] Kim H. Putting theory into practice: problems and prospects. JAN 1994; 18:1632.

[43] Ferguson K, Jinks A. Integrating what is taught with what is practised in the nurs curriculum: a multi-dimensional model. JAN 1994; 20:687.

[44] Lutjens L, Horan M. Nurs theory in nurs education: an educational imperative. JPN 1992; 8(5):276.

[45] Bevis E, Watson J. Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nurs. New York: National League N, 1989.

[46] Allen D, Bowers B, Diekelmann N. Writing to learn: a reconceptualization of thinking and writing in the nurs curriculum. JNE 1989; 28(1):6.

[47] Davis D, Dearman C, Schwab C, Kitchens E. Competencies of novice nurse educators. JNE 1992; 31(4):159.

[48] Diekelman N, Allen D, Tanner C. The NLN Criteria for Appraisal of Baccalaureate programs: A critical Hermeneutical Analysis. New York: National League N 1989 (Moody L, Shannon M, ed.).

[49] Carlson L, Crawford N, Contrades S. Nurs student novice to expert-Benner's research applied to education. JNE 1989; 28(4):188.

[50] Clarke M. Action and reflection: practice and theory in nurs. JAN 1986; 11:3.

[51] Kim H. Action science as an approach to develop knowledge for nurs practice. N Science Quarterly 1994; 7(3):134.

[52] Clark C, Peterson P. Teachers Thought process. In: Wittrok MC, ed. Handbook on research on teaching. New York: McMillan, 1986 (vol III).

[53] Zeichner K. The practicum as an occasion for learnign to teach. Journal of Teacher Education 1986; 14(2):11.

[54] Pérez Gómez A. El pensamiento práctico del profesor. Implicaciones en la formación del profesorado: San Sebastián: Congreso Mundial Vasco, 1988.

[55] Clifford C. The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. JAN 1993; 18:281.

[56] Rubritz M. Clinical learning experiences and professional nurs caring: a critical phenomenological study of female baccalaureate nurs students. JNE 1995; 34(5): 235.

[57] Burnard P. The language of experiential learning. JAN 1991; 16:873.

[58] Miles R. Experiential learning in nurs. In: Jolley M, Allan P, ed. The curriculum in nurs education. London: Croom Helm, 1989.

[59] Scharaeder B. Clinical Teaching of Parent/Child Nurs. In: Roode J, ed. Changing patterns in nurs education. New York: National League N., 1987.

[60] Lindeman C. Clinical teaching: Paradoxes and Paradigms. In: NLN, ed. Curriculum revolution: Reconceptualizing N Education. New York: National League, 1989.

[61] Reilly D, Oermann M. The clinical field. Its use in nurs education, 1985.

[62] Jarvis P. Theory and practice and the preparation of teachers of nurs. N Education Today 1992; 12(4):256.

[63] De Tornyay R, Thompson M. Strategies for teaching nurs. New York: John Wiley, 1987.

[64] Jarvis P. Quality in practice: the role of education. N Education Today 1992; 12(1):3.

[65] Cameron B, Mitchell A. Reflective peer journals: developing authentic nurses. JAN 1993; 18:290.

[66] Diekelmann N. The emancipatory power of the narrative. In: NLN, ed. Curriculum Revolution: Community Building and Activism. New York: National League N 1991:41.

[67] Lanshley M, Wittstadt R. Writing across the curriculum: an integrated curricular approach to developing critical thinking through writing. JNE 1993; 32(9):422.

Ahora puede conectarse a la medicina universal, acceder a las mayores bibliotecas, leer las mejores publicaciones, artículos, libros, revistas, comentarios, estudios, consultar las bases de datos más completas, participar en fóruns, descubrir los últimos avances tecnológicos, intercambiar opiniones, estar al día de todos los acontecimientos y congresos relevantes, másters, cursos de especialización, legislación, correo electrónico, . . .

Ahora puede conectarse a

Ready

Soft
i n t e r n e t
 El mejor servidor de recursos médicos

Visite nuestra página Web en:
<http://www.readysoft.es/medicina>