

El cuidado de enfermería: instrumentalización o practica reflexiva

María Olga Jiménez Reyes

DIPLOMADO EN ESTUDIOS PEDAGÓGICOS ACTUALES

Universidad Santo Tomás Tunja

Jurado Lector: Gerardo Cardozo Rincón

17 de enero de 2022

EL CUIDADO DE ENFERMERIA: INSTRUMENTALIZACIÓN O PRACTICA REFLEXIVA

María Olga Jiménez Reyes¹

RESUMEN

Desde el nacimiento de la enfermería moderna hasta nuestros días, la construcción de un cuerpo de conocimiento propio no ha estado exenta de dificultades que las enfermeras han podido superar en beneficio del cuidado de las personas entendidas como un imperativo ético para el logro de la salud, el bienestar biofísicosocial y la dignidad de las personas y comunidades bajo cuidado. Tomando como referencias a los autores que han descrito el camino de la enfermería, se realiza una reflexión sobre los aspectos problematizantes en el desarrollo de la práctica del cuidado. Sobre ella aún se cierne la incertidumbre por la alienación de los cuidados

¹ Enfermera Esp., docente universitaria, maestrante Pedagogía Universidad Santo Tomás, Tunja

a través de las estructuras económicas de poder características del mercado de la salud y las relaciones de sumisión al paradigma biomédico.

PALABAS CLAVE: Proceso enfermero, práctica reflexiva, paradigma enfermero, teoría,

SUMMARY

From the birth of modern nursing to the present day, the construction of a body of knowledge of its own has faced difficulties that nurses have been able to overcome for the benefit of the care of people which is understood to be an ethical imperative for the achievement of health, biophysicalsocial well-being and the dignity of the people and communities under care. Taking as reference the authors who have described the path of nursing, a reflection is made on the problematic aspects of the development of caring practices. On it still looms uncertainty due to alienation brought about by the economic structures of power characteristic of the health market and its submissive relationship to the biomedical paradigm.

KEY WORDS: Nursing process, reflective practice, nursing paradigm, theory, scientific method

INTRODUCCION

Teniendo como referente el marco teórico de la disciplina profesional de enfermería se pretende llamar la atención sobre el riesgo que representa para la autonomía profesional de la enfermera y el cuidado holístico como su objeto, la implementación y generalización de la metodología del plan o proceso de atención de enfermería en el contexto de la prestación de servicios de salud en un modelo de mercado en donde la salud es un bien sujeto de valoración e intercambio y se privilegia la lógica del costo.

El riesgo evidenciado a raíz de las restricciones impuestas por la pandemia del COVID-19 obligaron a las instituciones de educación superior formadoras de enfermeras a restringir la asistencia a prácticas formativas en los centros hospitalarios y de atención primaria.

Para la formación en la disciplina de enfermería es sustancial la comprensión del cuidado como una práctica humana en interrelación permanente con la persona o personas sujeto de sus cuidados y al privarles de esta relación en la restricción pandémica se trató de sustituir, bien por la simulación clínica y/o el análisis de situaciones de enfermería, aplicando la metodología del plan de cuidado definido como un proceso de solución de problemas aplicando el razonamiento lógico en la relación problema-causa-factores relacionados-metas para solucionarlo, indicadores e intervenciones.

El proceso de enfermería se implementa de forma transversal en el componente disciplinar de los programas de enfermería mediante la aplicación de la taxonomía multiaxial de la NANDA (*NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020, 11^a Edición*) y sus interrelaciones NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería. Medición de Resultados en Salud) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

En condiciones normales el estudiante asiste a práctica clínica en donde tiene oportunidad de relacionarse con las personas y comunidades a las que se dirige en una relación dialógica para comprender e interpretar las experiencias de salud o de enfermedad. Durante el ejercicio académico simulado los estudiantes, que no han tenido la experiencia de cuidado clínico y comunitario, han desarrollado planes de cuidado mediante esta estandarización del Proceso de Atención de Enfermería siguiendo manualmente la codificación multiaxial establecida en la taxonomía NANDA.

Si los estudiantes que no han tenido experiencia clínica o comunitaria desarrollaron un plan de atención, mediante la parametrización informática, las enfermeras ya en su práctica clínica accederán a una plataforma que les lleva paso a paso a la formulación de un diagnóstico, los factores relacionados, las características definitorias, a múltiples indicadores según el caso y para cada indicador despliegan una lista de intervenciones de las que escogerán las más adecuadas. Se prescinde de la relación personal enfermera sujeto de cuidado y se estandarizan

los diagnósticos más comunes según el servicio en donde se atiende a la persona. Así, ya hay resúmenes editados de los diagnósticos más comunes según la especialidad del servicio.

El proceso de atención de enfermería sigue la lógica racional causa efecto y la patologización del cuidado mediante una serie de indicadores medibles y cuantificables que permiten la generalización y estandarización del cuidado.

Es necesario retomar la senda del cuidado, reflexionar sobre lo que ha implicado la construcción de un marco teórico que lo sustenta y continuar en el desarrollo del conocimiento disciplinar reconociendo su complejidad derivada de su forma de acercarse a su adquisición a través de su experiencia clínica, de su experiencia en la praxis del cuidado, al conocimiento tácito y empírico

FUNDAMENTO TEÓRICO Y ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO

Florence Nightingale

Con el marco histórico de la transformación de las relaciones de producción en la Inglaterra de la revolución industrial, Florence Nightingale, perteneciente a una familia aristócrata, imbuida por un fervor religioso se interesa por el cuidado de las personas más desfavorecidas. Es reconocida por su labor frente a la organización del cuidado de enfermería y los hospitales militares ingleses. Con marcada influencia religiosa y militar en la concepción del cuidar, es reconocida por sentar las bases de la enfermería moderna al incorporar el conocimiento de las ciencias al ejercicio práctico del cuidado y la formación a cargo de las mismas enfermeras. Los postulados de Florence Nightingale no constituyen un aporte al desarrollo del conocimiento enfermero en cuanto a la fundamentación teórica del cuidado pero sentó las bases de la enfermería moderna y el primer fundamento del cuidado en los conceptos de “cuidar de uno mismo, del entorno y al paciente”. (Young, P. et al, 2011).

Los años posteriores se caracterizarán por la preocupación de la comunidad de enfermeras por la construcción y fundamentación del marco teórico del cuidado; un marco epistemológico que

fundamentara el surgimiento como disciplina independiente de la medicina. Durante más de cien años la enfermería fue reconocida como la practica auxiliar de la medicina, su formación se realizaba en los hospitales bajo la orientación médica para la realización de procedimiento prácticos con el sustento teórico de la medicina. Castro Carvajal, B., (2011) refiere que en el hospital San Juan de Dios en Bogotá en 2014:

“...el doctor José Ignacio Barbieri publica dos manuales titulados ambos como Manual de enfermera. En la introducción hizo una caracterización de la enfermera y de las cualidades, ambas planteadas como ideales, pero que nos pone de presente su quehacer y su sitio en el mundo profesional: *La enfermera debe ser educada, puesto que va a rozarse con todas las clases sociales, aseada en sus vestidos y en su persona, hasta la exageración; veraz, diligente, ordenada, no mezclarse en las cuestiones íntimas de las familias, ni decir nunca nada de lo que haya podido oír en otra casa; afable, especialmente con su enfermo, obediente a las prescripciones del médico, sufrida y, finalmente, debe tener cierta instrucción científica, no con el objeto de reemplazar al médico en su oficio, sino para serle una ayuda inteligente y no una ayuda maquinal. (“MeMorai histórica istorical eMórai histórica ... - SciELO”) Debe conocer el cuerpo humano, la manera como se efectúan todas las funciones de su organismo y el modo de conservar la salud”. (“Los inicios de la profesionalización de la enfermería en ...”)*

Barbieri formado como médico en Inglaterra trae a Colombia el modelo de las escuelas que siguen la orientación Nightingale en Europa y Norteamérica.

Además de la dependencia de la medicina se evidencia el carácter de sumisión, renuncia, vocación que se imprimía al trabajo de enfermería.

No es objeto de la presente reflexión el profundizar además sobre el carácter mayoritariamente femenino de la práctica del cuidado pero ha sido un poderoso determinante de las relaciones de

poder y sumisión en la disciplina enfermera que aún persisten y han merecido conceptualizaciones feministas por parte de las enfermeras, enfermeros y de disciplinas diferentes de la enfermería.

Desarrollo epistemológico e influencias

Los primeros desarrollos epistémicos de la enfermería tienen lugar en el siglo XX hacia la década del 1960 en busca del estatus de disciplina científica que implica identificar en su constructo la contribución para el cuidado de las personas, familias, comunidades y su entorno.

La enfermería desarrolla su epistemología bajo la influencia de las diferentes corrientes filosóficas y la interpretación que de los fenómenos del cuidado de la salud y enfermedad hacen las enfermeras a la luz de cada una de ellas. Estas influencias, visiones o paradigmas han caracterizado el marco epistemológico de la enfermería de tal modo que la mirada de las diferentes teóricas se inscribe dentro de esas. Así, se pueden identificar las influencias de la racionalidad técnica del positivismo, conductismo, pospositivismo, fenomenología y hermenéutica.

Esta influencia es resumida por Sussane Kerouac (1996) con base en los trabajos de Newman, Sime, y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992), ubicándola cronológicamente y definiéndolas como visiones o paradigmas que caracterizan las orientaciones que ha tenido el desarrollo de la práctica y formación enfermera desde Nightingale a nuestros días:

La visión o paradigma de la *categorización* que puede identificarse en las orientaciones en la formación y práctica de la enfermería hacia los años 1850 – 1900 y 1900 – 1950; orientación centrada en la enfermedad y en la salud pública, la formación de la enfermera estrechamente ligada a la práctica médica aun reconociendo que Nightingale abogó por dotar a las enfermeras de un conocimiento más allá de la práctica de cuidados. La salud está enfocada en la sanación, proporcionar a las personas un ambiente sano para despertar las potencialidades del cuerpo y actuar, posición compartida por la medicina hasta que los avances de la investigación microbiológica y advenimiento de técnicas diagnósticas da paso a la curación estableciendo la

génesis de la enfermedad en una relación causa-efecto. La medicina enfoca su análisis en la división de los fenómenos y el estudio de sistemas orgánicos separados. Su fundamento desde entonces serán las ciencias. Se considerará hacia adelante la ciencia médica como una ciencia aplicada derivada de la química, la física, la microbiología, de las ciencias biomédicas. (Medina, 2017).

Enfermería en este periodo asumirá su rol como auxiliar de la medicina y su formación estará orientada hacia la curación y su actividad se centrará en la salud pública interesándose por la persona y la enfermedad y en la enfermedad en la atención domiciliaria y hospitalaria. (kerouac, 1996)

Esta es la época en que se crean las escuelas de enfermería en Colombia, que en sus inicios están integradas a los hospitales y la posterior orientación hacia la salud pública financiada por el estado y promovida a través de la intervención de las agencias internacionales en todo el continente como la Fundación Rockefeller con la creación de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras en 1943, considerado el periodo higienista de salud en Colombia. (Varela, 2009). Es un periodo de relativa industrialización de Colombia en donde es prioridad el saneamiento básico, el control de la malaria y otras enfermedades que dificultan la utilización de la mano de obra necesaria a las compañías nacionales y extranjeras. A la formación de las enfermeras se incorpora la salud pública, persistiendo en esta el modelo biomédico de control de la enfermedad. *Paradigma de la Integración*, años 1950 – 1975, centrado en la persona y el contexto en que se desenvuelve su vida, el trabajo y marcado por las influencias de los países protagonistas de la segunda guerra mundial en donde se han instaurados los programas de seguridad social. La enfermería se centra en el mantenimiento de la salud de las personas en todas sus dimensiones, salud física, mental y social. Concepción que marcaría el comienzo de los desarrollos epistémicos de la enfermería en Norteamérica en donde las enfermeras buscan legitimar su saber y alcanzar el prestigio de otros educadores, emprende una masiva cruzada por alcanzar formación avanzada a través de maestrías y doctorados que no proporciona la formación

enfermera y que las impulsa a formarse en disciplinas como la sociología, antropología o filosofía. (Medina, 2017). Esta formación contribuye a la elaboración de la concepción del cuidado de enfermería independiente del modelo biomédico. Para esta época ya la formación de las enfermeras en Colombia también adquiere rango universitario y se empiezan a ofertar programas de especialización que facilita el acceso a la preparación en otras áreas tanto clínicas como de salud pública, salud ocupacional y gestión y administración de los servicios de enfermería. (Varela, 1995).

Cabe destacar que esta época también es importante para el análisis del desarrollo de la formación de las enfermeras por cuanto es una época que recibe una marcada influencia de los teóricos del conductismo, evidente en la aplicación de métodos de análisis de tareas, medición de tiempos y movimientos y a la gestión de los hospitales, fragmentación del trabajo de la enfermería en tareas con el criterio de eficiencia que puede observarse hoy en las estructuras hospitalarias. (Medina, 2017).²

La enfermería, a pesar de reconocerse como una disciplina humanística, no renuncia a los criterios de Taylor para su formación como bien señala Medina (2017):

- 1) aplicación del análisis de tareas a la construcción del currículo; 2) estandarización de los diseños de currículo que permita medición, observación del producto de la enseñanza y eficacia del proceso; 3) esquema de medios-fines de forma lineal: objetivos, contenido, actividades didácticas y evaluación, racionalidad que se resume en el esquema del trabajo de enfermería patente en el Proceso de Atención de Enfermería y cuya aplicación es el método científico de solución de problemas al cuidado profesional de enfermería: recogida de datos,, valoración, identificación del

² En Colombia esta influencia de un modelo eficientista y economicista se hace evidente en los estudios de recursos humanos como: Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de Implementación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Harvard, 1996; Los recursos humanos de la salud en Colombia Balance, Competencias y Prospectiva· Plan de Largo Plazo para el Desarrollo de Recursos Humanos, (Cendex de la Universidad Javeriana, Family Health Foundation y Fedesarrollo.)

problema, identificación de las causas, planificación de la solución, ejecución del plan y evaluación; 4) el resultado de la aplicación de estos puntos “es la aparición de la eficiencia social como justificación ideológica del currículo de enfermería. La idea básica es que los estudiantes deben prepararse para responder de una manera eficaz a demanda de los puestos de trabajo, es decir satisfacer las demandas de la economía de la salud”.

Los currículos actuales en muchos programas de enfermería de Colombia siguen esta lógica aplicándolo transversalmente a la línea disciplinar empleando los métodos empresariales a la formación de las enfermeras y como nuevamente señala Medina, (2017): “olvidando sin más que los criterios pedagógicos, éticos y profesionales que rigen cualquier Escuela de Enfermería, como centro educativo que es, tienen poco que ver con los que rigen una empresa”. (p.230)

Si bien como refiere Kerouac, (1996) en esta visión o paradigma la enfermería enfoca sus concepciones hacia la persona, la modificación de los términos para referirse a ella se cambia por el de “cliente” de una clara connotación empresarial.

Esta visión es la que impera aún y no ha resuelto lo que la enfermería ha buscado denodadamente desde mediados del S. XX y continúa buscando. Quizá se debe reflexionar sobre las múltiples causas de la opresión de esta disciplina más allá de la búsqueda de un paradigma propio diferente a la racionalidad biomédica. Enfermería como la educación son prácticas relacionadas con la integralidad de los seres humanos y no pueden éticamente reducirse a las intervenciones tecnológicas porque son construcciones humanas fruto de la relación entre seres humanos participantes no objetos.

Paradigma de la *Transformación* desde 1975 hasta nuestros días. Este paradigma ha marcado el surgimiento de nuevas concepciones y teorías de enfermería enfocadas a reconceptualizar el fenómeno salud enfermedad, a los seres humanos como seres en permanente interacción con

el entorno y por tanto la salud deja de ser vista como la ausencia de enfermedad es parte de la vida misma de las personas. La declaración de Alma-Ata de la OMS (1978) reconoce la importancia de la atención primaria como el medio para disminuir las brechas de desigualdad e insta a sus miembros a implementar programas de atención primaria en salud que se fundamenten en la participación de los individuos desde sus comunidades. Este paradigma impulsa la formación de las enfermeras en atención primaria y salud pública en los años 60-70 del S.XX en el mundo y particularmente en Colombia. De esta concepción nace el servicio social obligatorio como requisito para la obtención de título universitario.

Se destaca en esta época la influencia en los desarrollos teóricos de las concepciones antropológicas del cuidado con Leininger y una visión de permanente cambio e interacción hombre-naturaleza-entorno acercándose a la complejidad e incertidumbre en el cuidado. Se abría paso al reconocimiento del cuidado bajo una visión holística ética que persigue el mantenimiento de la dignidad humana.

A pesar del nuevo enfoque del cuidado, la formación de las enfermeras en Colombia no se transforma, si bien se incluyen asignaturas que reflejan la realidad social del país, el currículo de enfermería sigue la estructura del modelo biomédico: con base en contenidos de aprendizaje divididos en dos áreas, una de básicas o fundamentos empíricos de las ciencias y un área disciplinar o de prácticas clínicas. La apertura hacia el mundo implicaría también una apertura a nuevas pedagogías que incentiven la reflexión y el pensamiento crítico de los futuros profesionales.

Si bien este paradigma representa un hito en el desarrollo teórico y formativo para la enfermería, la transformación de las estructuras sanitarias, la tecnologización mina la autonomía de la enfermera enajenando a la disciplina de su objeto, el cuidado.

Los paradigmas así planteados no son estáticos y se superponen, coexisten y se evidencian en las orientaciones de las diferentes teóricas de la disciplina enfermera.

Desarrollo disciplinar

Durán (2002) refiere que la enfermería como disciplina está constituida por *una perspectiva, un dominio, definiciones y conceptos existentes aceptados por la comunidad enfermera y por patrones de conocimiento propios de la disciplina*. Estos constituyentes definen el campo específico de la enfermería, encontrándose comunes dentro de las definiciones teóricas ya sea explícita o implícitamente en las aproximaciones teóricas de la comunidad enfermera desde Florence Nightingale. Estos conceptos son: *cuidado, persona, salud y entorno* que son comunes en la indagación epistémica enfermera y le dan sustento al metaparadigma enfermero. La perspectiva en la disciplina de enfermería referida por Durán (2002):

“está definida por cuatro características: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar”. (p. 8)

El dominio se refiere a los desarrollos científicos, investigaciones y conocimiento de teorías fundamentales para la práctica entre los cuales se encuentran las sistematizaciones de procedimientos, los protocolos, la sistematización de valoraciones, diagnósticos, investigaciones relacionadas con la práctica del cuidado. (Durán, 2002)

Las definiciones, son conceptos aceptados por enfermería y derivados de las teorías, de la práctica e incluso del paradigma biomédico, la racionalidad técnica de las ciencias, los procesos de enfermería, los diagnósticos.

Estas características han sido reconocidas en el devenir de los desarrollos teóricos que y no han estado exentos de las influencias de los paradigmas del desarrollo del conocimiento.

Carper en 1978 plantea que en toda acción desarrollada por la enfermera subyacen unas formas de aproximación y desarrollo del conocimiento que denominó patrones del conocimiento enfermero. Plantea en si la multipluralidad de saberes que enriquecen la disciplina de la enfermería.

Estos patrones son el *patrón empírico*, describe el conocimiento, la razón científica del conocimiento enfermero organizado en sistemas mediante leyes y teorías que explican, predicen y evalúan resultados. Es el conocimiento objetivo ausente de valores y de contrastación subjetiva. (Medina 2017). Es el conocimiento inductivo, hipotético deductivo. Sobre este patrón se han centrado los intentos de construir un cuerpo científico enfermero y en el que se basa la metodología del proceso enfermero.

El *patrón ético*, relacionado con la verdad, el derecho, el bien y los imperativos morales. Toda decisión cuidativa de la enfermera implica un juicio moral. En la práctica debe enfrentar dilemas éticos y situaciones de ambigüedad e incertidumbre que muchas veces se dan sin que implique en la práctica el conocimiento de los códigos deontológicos. (Medina 2017)

El patrón *estético* o artístico en la práctica enfermera se expresa en el acto de cuidado en un conocimiento tácito, intuitivo, particular, individual y único.

El patrón *personal* es la conciencia del yo y el reconocimiento del otro como persona. Implica el reconocimiento del propio yo en la relación terapéutica con la persona cuidada y en la que se dan transacciones transpersonales que implican el conocimiento del propio yo. Medina (2017) ejemplifica este patrón con el cuidado paliativo en donde la enfermera desde su propio yo enfrenta la muerte del otro cuyo conocimiento no puede hacerse explícito desde la racionalidad técnica, se expresa en relación con el otro, en la subjetividad del yo enfermera y el otro en la comprensión del sentido simbólico de la experiencia de la muerte.

Duran, (2006) refiere que la indagación de enfermería no puede basarse solamente en el patrón empírico dado que la enfermería se comporta como una ciencia humana. En ese sentido el

conocimiento emerge también de los patrones estético, personal y ético, evidenciados en la práctica de la enfermería.

“Como se deduce de lo escrito, la investigación, el desarrollo teórico y la práctica basada en el conocimiento obtenido, a través de los dos primeros, son los ejes a través de los cuales gira la epistemología de la enfermería, y por ese motivo debemos poner énfasis en ese desarrollo teórico” (p.13)

Pero en realidad reafirma que como disciplina humana su conocimiento se deriva tanto de la acción de cuidar, de la praxis del cuidado como del conocimiento de las ciencias naturales y humanas

Reconocida como disciplina profesional por la comunidad enfermera pero invisible en todo su constructo teórico frente a otras disciplinas quizá porque persisten relaciones de poder frente a las mismas como es el caso de su relación con las disciplinas médicas que la identifican ante las estructuras sanitarias como dependiente del saber biomédico. La sumisión no se explica solamente en las relaciones sexistas sino que aun va más allá, en las relaciones de poder también encarnadas en la estructura social que determina el valor del trabajo femenino y el mismo estatus político y económico del conocimiento biomédico.

LA PRÁCTICA

Curar y cuidar

En aras de la reflexión es necesario hacer diferencia entre los conceptos de curar y cuidar que a la postre prestarán elementos a la discusión. El cuidado, como esencia, ha permitido a los seres vivos humanos y animales su existencia, establecer lazos de ayuda y protección de su prole. Sin embargo, hay que hacer distinción cuando se emplea el término cuidado como fruto de una acción humana cargada de sentido en la conservación de la integridad y la dignidad humanas y determinada por la cultura. El cuidado no es una condición ligada al género como histórica y

culturalmente se ha querido entender ligado a la concepción patriarcal de las estructuras sociales y que también se han constituido en un factor de sumisión de la acción cuidadora frente a la hegemonía de la disciplina médica, y que trasciende las estructuras de la atención en salud, como afirma Foucault (1990): “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo” (p. 49).

El cuidado es parte fundamental de la disciplina de enfermería y los desarrollos teóricos de la disciplina han abordado su definición desde posturas de disciplinas diferentes a la enfermería como la psicología, la filosofía o la antropología. Durán (1994) y por su parte Medina (2017) son categóricos al enfatizar en la diferenciación en los términos de cuidar y tratar que marcan los límites entre las otras disciplinas de la salud y enfermería. Dos referentes importantes en la definición del cuidado son los de Leininger que desde una perspectiva antropológica se refiere al cuidado como acciones humanas de implicación emocional que son útiles a las personas y que se basan en determinados modos de ayudar (Medina 2017). Watson cuyas aportaciones tienen rango filosófico con perspectiva fenomenológica se refiere al cuidado como acciones transpersonales que implican entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad y plantea acciones caritativas que se conocen como el cuidado humanitario. El cuidado para enfermería significa acciones no solo desde lo empírico con base en principios técnico científicos enfocados a la dimensión biológica de enfermar, sino también acciones de implicación del reconocimiento de la condición humana considerando a las personas en la complejidad biopsicosocial de la concepción holística.

Por su parte la medicina se orienta a la curación de la enfermedad y sus intervenciones están encaminadas a erradicarla y sus intervenciones son tecnológicas, se sirven de las ciencias naturales por tanto Bunge (como se citó en Medina 2017) plantea que la medicina es biología aplicada, y la práctica medica es una tecnología biológica puesto que se la emplea para controlar

y transformar los procesos naturales; por tanto continúa Medina “si la enfermería también se orienta hacia la curación las enfermeras se convierten automáticamente en asistentes del médico”. (Medina, 2017, p.57)

Aquí se conjugan varios elementos amen del poder patologizante del modelo biomédico que enajena el cuidado entendido como un asunto humano, reduciéndolo a un objeto de conocimiento o aun peor su mercantilización en el modelo de salud imperante. La diferencia sustancial entre cuidado y curación se sustenta en las diferencias estructurales dado que la enfermería es considerada una ciencia humana y la medicina una ciencia aplicada cuyo método es la búsqueda de la explicación causal mientras las ciencias humanas buscan interpretar, comprender mediante la hermenéutica.

FORMACION

Currículo

Arriba se esbozó parte del desarrollo de la formación enfermera característico de cada una de las visiones o paradigmas hasta llegar a nuestros días y si bien se ha avanzado en el acceso a la formación avanzada posgradual, la formación de pregrado aún se centra en la racionalidad técnica reflejada en la estructura curricular en la que se mantienen ciclos de formación, ciencias básicas, ciencias aplicadas y práctica disciplinar, que no se correspondería con las característica de la disciplina de enfermería y la forma como se fundamenta su conocimiento. (Duran, 2020): “el conocimiento disciplinar, representado por las teorías y modelos; el conocimiento derivado de la práctica (la experiencia clínica, comunitaria, docente o administrativa), el conocimiento derivado de la investigación y el conocimiento de las ciencias naturales”. El conocimiento derivado de la experiencia clínica se da en la práctica, en la acción práctica, en la reflexión antes, durante y después de la acción práctica, con un componente importante del conocimiento tácito

que se da en el momento de la acción práctica y también se da por ensayo y error. Patricia Benner y Watson con base en esta característica especial de la disciplina consideran ese conocimiento intangible como el fundamento de la práctica experta. Benner, con base en esto, plantea la forma como la enfermera adquiere el conocimiento experto. La estructura del currículo supone que primero el estudiante debe adquirir el conocimiento de las ciencias naturales, el marco epistemológico de enfermería y aplicarlo luego en el escenario de práctica. Esa sería la lógica de la racionalidad técnica, que los programas de enfermería complementan a través del proceso de atención de enfermería sistematizándolo de forma transversal en el componente disciplinar del programa y que es un ejercicio de razonamiento lógico al margen de la realidad del cuidado. Los estudios que Schön aporta marcan un camino diferente hacia la formación de un profesional reflexivo en la acción, no la racionalidad técnica donde la práctica es un proceso de solución de problemas. Schön (1983) refiere:

“En la práctica del mundo real, los problemas no se presentan como dados para el profesional. Deben ser contruidos a partir de los materiales de las situaciones problemáticas que son incomprensibles, preocupantes e inciertas. Para convertir una situación problemática en un problema, el profesional debe hacer cierto tipo de trabajo. Tiene que dar sentido a una situación incierta que inicialmente no lo tiene” (p. 48).

El trabajo de Schön ha revolucionado la forma de comprender la naturaleza práctica de la enfermería y de la formación de los profesionales del cuidado. Cuando la enfermera identifica un problema y reflexiona sobre las causas y acciones para solucionarlo no depende exclusivamente de las categorías que la racionalidad técnica le presenta, como es el caso de la taxonomía que le prescribe las opciones de causas de las cuales existen infinitudes. Cuando la enfermera reflexiona en la acción se convierte en una investigadora y cuando la acción que se deriva de esa reflexión se ejecuta produce conocimiento en la acción. La lógica de la estructura curricular supone que el estudiante debe asimilar los contenidos de naturaleza empírica, basados en

teorías científicamente comprobadas y al pasar a la práctica le serán útiles para la resolución de situaciones en su práctica de cuidado cuando en la realidad se le presentan llenas de incertidumbre, paradójicas, no se ajustan a lo estudiado. Así las cosas el papel del docente de enfermería orienta al futuro profesional a la solución de las situaciones mediante la instrumentalización del cuidado. En esa racionalidad, el docente profundiza esa instrumentalización mediante la utilización de una herramienta técnica para solución de problemas como lo es la aplicación del proceso de atención de enfermería y su herramienta la Taxonomía NANDA.

Medina (2017) recoge los aportes de los trabajos de Schön que caracterizarían la práctica profesional de las enfermeras como una práctica en la que cada problema es único, los sujetos de cuidado de la enfermería son las personas, las comunidades y su entorno por tanto sus problemas serán de naturaleza ambigua, impredecible, cargados de incertidumbre. La resolución de los problemas prácticos afirma Medina (2017):

No se basa en la aplicación del conocimiento disciplinar: su primera comprensión del mismo estriba en una suerte de estructuración inicial y tentativa acerca de la naturaleza y características de la situación problemática. El conocimiento que el profesional requiere para resolver su problema es en gran medida tácito e implícito. Se trata de un conocimiento previo, de una amalgama de ejemplos, imágenes, comprensiones y acciones que ha ido estructurando a través de experiencias previas de resolución de problemas similares a los que ahora se enfrenta. (p.255)

La reflexión que realiza la enfermera al enfrentarse un problema y que no se resuelve solamente mediante la aplicación del saber empírico aprendido es lo que Schön denomina reflexión en la acción y lo que aclara Durán (2002) como el conocimiento tácito que solo puede darse en la práctica y desde cual la enfermera hace aporte a la construcción disciplinar.

El conocimiento en la acción (empírico), la reflexión en la acción, la reflexión sobre la acción en la acción, como lo describe Medina (2017) conducen a una epistemología opuesta a la racionalidad de la visión positivista y puede concluirse que la enfermera no actúa siguiendo esta sino al contrario afirma Medina (2017), “es una profesional práctico-reflexiva cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden distinguirse los tres componentes del conocimiento práctico que se realimentan mutuamente” (p.256).

En este sentido, antes que implementar una herramienta informática que prescriba el cuidado profesional, la formación de los profesionales del cuidado debe centrarse en la formación de profesionales reflexivos. Esto implica la construcción de un currículo que permita que la práctica del cuidado sea el eje conductor en la formación de los profesionales y que permita acompañar al estudiante en un proceso de reflexión en la acción, partiendo de la práctica para analizar los problemas que subyacen en las estructuras, esquemas y teorías en la práctica real del cuidado, con el fin de estimular la acción creativa y transformadora para mejorarla.

CONCLUSIONES

El camino recorrido por la disciplina profesional de enfermería refleja los avatares de la construcción de un marco epistemológico propio que la posiciona como disciplina y debe continuar desarrollándose a través de los patrones de conocimiento identificados. Hay que reconocer que el camino a la dignificación de la profesión aún no está allanado y que es deber de las entidades de formación superior, fortalecer la capacidad de reflexión en la acción práctica, el desarrollo de procesos investigativos, identificar las tensiones que se dan en los escenarios de práctica pedagógica, administrativa, clínica y/o comunitaria propiciando la discusión de alternativas que favorezcan la emancipación de la profesión. No es aferrándose a la aplicación de la metodología del proceso de atención de Enfermería a través de una herramienta de sistematización de este que la disciplina adquiere su autonomía.

BIBLIOGRAFIA

1. Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences. Durán de Villalobos, María Mercedes. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan, 2 (1), 7-18. Obtenido el 3 de enero de 2022 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es.
2. Durán de Villalobos María Mercedes. (2020). *Utilidad de la Investigación en Enfermería* [4ta Jornada de Capacitación ACOEEN-SIIIIGMA 2020] ACOEEN Nacional. <https://www.youtube.com/watch?v=HYwaJXsTjYU&t=2884s>
3. Durán de Villalobos, María Mercedes. (2005). "La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal." ("(PDF) La ciencia, la ética y el arte de ... - ResearchGate") Aquichan, 5(1), 86-95. Retrieved January 08, 2022, from. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en&tlng=es.
4. Foucault, M.(s.f.). la vida de los Hombres Infames.
5. Freire, P. (s.f.). Pedagogía del Oprimido
6. González Aguña, Alexandra, & Santamaría García, José María. (2015). "El ciclo del cuidado: el modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento." ("El ciclo del cuidado: el modelo profesional de ... - ISCIII") Ene, 9(1)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000100003>

7. Howard K. Butcher (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ª Edición). Elsevier Limited (Reino Unido). <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491134749>
8. Medina, J.L. (2017). *La Pedagogía del Cuidado: Saberes y prácticas en la formación profesional de enfermería* (2ª edición). Editorial Univeristaria.
9. Moreno, I. M., & Siles, J. (2015). "Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva." *Aquichan*, 14(4). Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/273>
10. Schön, D.A. (1992). *La Formación de profesionales Reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Paidós.
11. Schön, D.A. (1998). *El Profesional Reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
12. Sue Moorhead (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (6ª Edición). Elsevier Limited (Reino Unido). <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491134756>
13. Suzanne, K., Jacinthe, P., André, D., & Francine, M. (1996). *El pensamiento enfermero*. Editorial Masson. Barcelona-España.
14. Velandia Mora, A. (2012). La Escuela Nacional Superior de Enfermeras de Colombia: relaciones con organismos interamericanos. *Cultura de los cuidados*, 0(25), 36-45. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.06>