

Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera

Natalia PÉREZ FUILLERAT,¹ Manuel AMEZCUA^{2,3}

¹Hospital de Montilla, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Montilla, Córdoba, España. ²Centro Universitario San Juan de Dios, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ³Grupo de Estudios Documentales, Fundación Index, Granada, España.

Correspondencia: nataliapf206@gmail.com

La cuestión de la disociación teórico-práctica es uno de los temas recurrentes en los debates sobre disciplinas aplicadas como la Enfermería. No parece una cuestión fácil de dilucidar, pues la concepción de lo que son teoría y práctica está sujeta a diferentes interpretaciones. Comúnmente, cuando se nombra la teoría se hace referencia al mundo académico y al conocimiento recogido de forma explícita. Así mismo, la práctica ha sido utilizada para referirse a las cuestiones técnicas del cuidado y al conocimiento construido a través de la experiencia profesional, que se expresaría de forma tácita.

A nivel epistemológico, la teoría y la práctica son estudiadas por separado. Sin embargo, cuando se refiere a su uso, estos elementos son descritos como componentes de una relación compleja e interactiva.¹ En la enfermería se han descrito al menos tres tipos de relaciones entre teoría y práctica.²

a) El *enfoque científico*, que sigue la racionalidad del método científico, en el sentido de que es la teoría la que tiene que orientar la práctica. Esta perspectiva considera la práctica enfermera como un compendio de saberes técnicos cuya implementación debe seguir unas normas con el fin de conseguir de forma efectiva los objetivos marcados previamente.

b) El *enfoque pragmático*, que no contempla el uso de la teoría. La práctica se rige por los valores éticos de la profesión, siendo utilizados por la enfermera para identificar y determinar cuáles son las buenas prácticas.

c) El *enfoque del sentido común*, que a diferencia del primero, describe la práctica como generador y evaluador de la teoría. Así, la enfermera construye su teoría a partir de la experiencia, las reflexiones sobre la actividad realizada y el cono-



cimiento de los profesionales expertos.

Aunque no fue identificada en el estudio de Fealy, el *enfoque del pensamiento crítico* forma parte de esta clasificación realizada por Carr en 1986,³ modificada en parte por nosotros. Este enfoque es la combinación de las tres relaciones descritas. Así, el pensamiento crítico argumenta el uso del método científico (*enfoque científico*), defiende la necesidad de aplicar las creencias y la experiencia del profesional como guía en la práctica (*enfoque pragmático*), y cuestiona las actividades hereda-

das del hábito y la tradición mediante una actitud crítica y reflexiva (*enfoque del sentido común*).³ Esta relación es valorada como el modelo de práctica óptimo para el desarrollo de la disciplina enfermera.⁴

El cuidado de la salud se articula siguiendo principalmente dos corrientes de pensamiento: constructivista y racionalista. La corriente constructivista tiende a enfocar la atención en el paciente de una manera holística, reconociendo su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual, y desarrolla su campo de conocimiento preferentemente a través de la investigación cualitativa. Por otro lado, la corriente racionalista se fundamenta en la lógica y el estudio empírico de la realidad, optando por la categorización de los procesos de cuidado, y la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) como método para la aplicación de conocimiento.⁵

En el ámbito de la salud el pensamiento racionalista ha sido el eje central en los estudios sobre la utilización y la implantación de la ciencia en el contexto asistencial. Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto la existencia de una brecha entre teoría y práctica, justificada por la infrautilización de los resultados de investigación y un grado elevado de variabilidad

EDITORIAL

clínica, siendo relacionados con peores resultados en salud.⁶ Este argumento es reforzado por la identificación de un crecimiento exponencial de la información y la tecnología, que supera la capacidad del profesional para gestionar la sobrecarga que supone leer, recordar y actuar eficazmente sobre el volumen de literatura científica clínicamente relevante. En base a ello, se argumenta la importancia del apoyo a los profesionales en el manejo de la información.⁷

Esta situación fue tratada mediante la elaboración de síntesis del mejor conocimiento a través del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que en sus comienzos fue emulado por la disciplina enfermera con la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).⁶ Sin embargo, la adopción de la EBE ha desarrollado diversas incongruencias en la disciplina enfermera. Uno de los factores descritos es el carácter deslegitimador de la MBE sobre todo lo que no procede de la investigación experimental (es decir, solo considera válido aquello que es objetivo, cuantificable y reproducible). En este sentido, se ha mencionado el pensamiento positivista como causa de que la MBE no desarrolle la experiencia y las preferencias de los pacientes, aunque constituyen parte de su base conceptual.⁸ Así mismo, se pone en relieve su carácter elitista, siendo las universidades, las revistas científicas y el Estado los principales actores. Además, la copia de la MBE a la EBE es analizada negativamente, ya que no integra los conceptos fundamentales del metaparadigma o perspectiva enfermera.⁹

Estas distorsiones no han alterado las iniciativas desarrolladas en torno a la EBE. Entre las fases de la EBE, la implementación es considerada una etapa fundamental para la obtención efectiva y real de una práctica basada en la evidencia.¹⁰ A nivel asistencial, los actores implicados (profesionales de la salud, investigadores, organizaciones de pacientes y gobernantes) están realizando un esfuerzo por fomentar el uso de los resultados de investigación en la práctica clínica.¹¹ El manejo y solución de la brecha ha potenciado la implantación y protocolización de los cuidados por organismos como NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). En la disciplina enfermera destaca la labor realizada en defensa de un cuerpo de conocimientos específico a través de la enseñanza e implementación de las teorías y modelos de Enfermería en el ámbito asistencial.¹²

Por otro lado, hay autores que afirman que la disociación es atribuida a la suposición errónea de que “pueden producirse conocimientos y saberes (teorías y modelos de Enfermería) dentro de unos contextos teóricos y prácticos diferentes a donde aquellos deben aplicarse”.¹³ Así, la teoría enfermera es contextualizada en un escenario que no se corresponde con la realidad asistencial y que, por tanto, no es reconocida por las enfermeras en su ámbito de actuación.

Las soluciones planteadas se basan en la integración de la práctica en el desarrollo de la teoría, incluyendo la colaboración entre profesionales asistenciales e investigadores. De este modo, la teoría debe ser orientada hacia la interpretación de la realidad y de la experiencia de prácticas a partir de las cuales suceden los problemas. La validación de la teoría ha de ser dirigida en la práctica, siendo la práctica en sí la que evalúe la teoría y no al contrario. Además, se sugiere la estructuración del conocimiento no como reglas o normas sino más bien como

un recurso de observaciones y experiencias a las que puede dirigirse la teoría.¹⁴

La existencia de la brecha entre teoría y práctica es un hecho normalizado que raramente se cuestiona, siendo un tema habitual en la literatura enfermera.¹⁵ Sin embargo, de forma emergente algunos autores han presentado una perspectiva de análisis alternativa. Es el caso de Medina, quien afirma que todas las enfermeras poseen una “teoría” de Enfermería que dirige su práctica, sustenta sus decisiones y es el marco de referencia que les permite encontrar un significado a lo que hacen. Por tanto, la enfermera no percibe una discontinuidad entre la teoría que utiliza para orientar su práctica, sino que las teorías y modelos de Enfermería promovidos a nivel académico son diferentes a las teorías que utilizan las enfermeras en su realidad: “La teorización más legítima de Enfermería es aquella que surge de las experiencias, sentimientos y significados de los protagonistas del cuidado, y que a partir de ahí trate de solucionar los problemas ‘de, en y para la práctica’”.¹³

En este sentido se ha destacado la capacidad de las enfermeras para teorizar en la práctica, concibiendo esta como el medio en el que crece y se desarrolla la teoría.¹⁶ En su estudio, Amaducci et al. identificaron dos modelos teóricos seguidos por la enfermera asistencial: modelo teórico implícito y modelo teórico explícito. El primero es descrito como un modelo mental que organiza tácitamente el acto profesional, emerge o se adquiere de un grupo profesional y es fruto de la experiencia profesional, estando condicionado por el grupo, contexto o condición organizacional. El modelo teórico explícito es explicado como una estructura teórica consciente, racional e intencionada, asociada a la gestión del cuidado estandarizado y la evaluación del mismo. La utilización de ambos modelos se asocia al desarrollo de conocimiento tácito y la transferencia de conocimiento explícito, visibilizando el pensamiento auténtico enfermero en sus diferentes realidades.¹⁶

Esta perspectiva refleja la utilización de la práctica como generadora de conocimiento a través de la experiencia propia y su interacción con el grupo. A su vez, ambos elementos están condicionados por el conocimiento explícito establecido por la institución. De este modo, para que el conocimiento tácito pueda generarse y desarrollarse tiene que estar en contacto con el conocimiento explícito, manteniendo una relación de diálogo continua.

Una estructura similar es descrita a través de los “mindlines” o esquemas de pensamiento. Estos esquemas se basan en el razonamiento lógico y permiten acceder a la información de forma rápida y específica. Los clínicos adquieren sus mindlines a lo largo de su vida mediante la formación recibida, la experiencia propia y la de otros, sus interacciones con otros profesionales y los pacientes, por su lectura, su entendimiento de las circunstancias y el contexto local, sus experiencias en el manejo de situaciones conflictivas y otra serie de influencias.¹⁶ De este modo, los mindlines son utilizados por el clínico para la combinación armoniosa entre teoría y práctica.¹¹

El estudio de los mindlines abre paso a una visión más fluida, incorporada e intersubjetiva del conocimiento, adaptada al contexto y que reconoce múltiples realidades. Desde este punto de vista, se aboga por superar las nociones restrictivas de la difusión y la “traducción” de la evidencia, dirigiendo el estudio

EDITORIAL

hacia el conocimiento tácito y los procesos humanos interactivos mediante los cuales se crea, promulga y comparte el conocimiento clínico. Algunas de las propuestas se centran en el desarrollo y creación de relaciones, el aprendizaje colaborativo y el liderazgo de pensamiento.¹⁸

En conclusión, las perspectivas y aportaciones descritas facilitan una comprensión más amplia sobre la relación teoría-práctica y el papel de elementos como el conocimiento científico, la ética y el sentido común. Así mismo, nos enseñan sobre la importancia del cuestionamiento de los hechos normalizados en nuestro entorno. La concepción de la teoría como elemento que emana de la práctica abre camino a un modelo por estudiar y dimensionar, donde el mantenimiento de la brecha no está tan claro.

Se trata de una perspectiva que adopta una posición menos punitiva con la enfermera asistencial, aportando un espacio de comprensión hacia los procesos naturales generativos de conocimiento.¹⁹ Este modelo incipiente se fundamenta en la integración de diferentes teorías y diversas formas de teorizar, permite adoptar una posición flexible ante la identificación de nuevas teorías, y favorece el análisis de su aplicación y la elaboración de relaciones constructivas con el mundo de la práctica. Queda claro que precisamos analizar el conocimiento enfermero desde perspectivas más abiertas e integradoras, incorporando no solo aquellos recursos y procesos visibles y generalmente aceptados, sino también el conocimiento tácito, que en la actualidad se incluye como uno de los elementos responsables de la calidad ofrecida en la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Wenger E. Práctica. En: Wenger E, Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.; 2001: 61-178.
2. Fealy GM. The theory-practice relationship in nursing: The practitioners' perspective. *Journal Advanced Nursing* 1999; 30 (1): 74-82.
3. Carr W. Theories of Theory and Practice. *Journal of Philosophy of Education* 1986; 20 (2): 177-86.
4. Cody W. Critical Thinking and Nursing Science: Judgment, or Vision? *Nursing Science Quarterly* 2002; 15 (3): 184-9.
5. Amezcua M. La Humanización del cuidado y la atención personalizada en Enfermería. En Sacristán, José Antonio; Millán, Jesús; Gutiérrez, José Antonio (editores). *Medicina Centrada en el Paciente. Reflexiones a la Carta*. Madrid: Fundación Lilly (en prensa).
6. Gálvez Toro A. Aproximación a la práctica basada en evidencias: definición, fundamentos y orígenes. En: Gálvez Toro A. *Enfermería Basada en la Evidencia*. 2ª ed. Granada: Fundación Index; 2007: 17-36.
7. Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America. *A new health system for the 21st century*. En: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Sciences; 2001: 23-38.
8. Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Investigación y Educación en Enfermería* 2003; 21 (1): 50-64.
9. Pérez Fuillerat N. *Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento*. *Index de Enfermería* 2015; 24(1-2):5-6.
10. Rumbo Prieto JM, Martínez Ques AA, Sobrido Prieto M, Raña Lama CD, Vázquez Campo M, Braña Marcos B. Implementar evidencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias. *Enfermería Clínica* 2016; 26 (6): 381-6.
11. Gabbay J, le May A. Clinical thinking and knowledge in practice. En: Gabbay J, le May A, *Practice-Based Evidence for Healthcare*. Oxon: Routledge; 2011: 48-68.
12. Butts JB, Rich KL, Fawcett J. The Future of Nursing: How Important is Discipline-Specific Knowledge? A Conversation with Jacqueline Fawcett. *Nursing Science Quarterly* 2012; 25 (2): 151-4.
13. Medina Moya JL. Resultados de la Investigación. Una hermenéutica crítica: racionalidad, tradición y poder en la formación de enfermeras. En: Medina Moya JL. *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006: 107-293.
14. Carr W. The Gap between Theory and Practice. *Journal of Further and Higher Education* 1980; 4(1): 60-9.
15. Gallagher P. How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nurse education. *Nurse Education Today* 2004; 24: 263-8.
16. Amaducci G, Iemmi M, Saffioti A, Carpanoni M, Mecugni D. La pratica infermieristica basata sui modelli teorici: uno studio qualitativo sulla percezione degli Infermieri. *Professioni Infermieristiche* 2013; 66 (2): 99-108.
17. Gabbay J, le May J. Mindlines: Making sense of evidence in practice. *British Journal of General Practice* 2016; 66 (649): 402-3.
18. Wieringa S, Greenhalgh T. 10 Years of Mindlines: A Systematic Review and Commentary. *Implementation Science* 2015; 10:45.
19. Amezcua M. Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. *Index de Enfermería* 2010; 19(4):237-239.



ACTIVIDAD SEMI-PRESENCIAL

XIII PROGRAMA MINERVA DE JOVENES INVESTIGADORES

METODOLOGIA DE INVESTIGACION APLICADA A LOS CUIDADOS

Título propio de Findex Universidad Corp.

16,10 créditos CFC - 260 horas semi-presenciales

2 becas del fondo Index Solidaridad para enfermeras de Latinoamérica

MAS INFORMACION

secretaria@ciberindex.com - Telf. +34 958 293304

<http://www.index-f.com/einnova/minerva.php>