

Las Comunidades de Práctica enfermeras: Un proceso de aprendizaje e identidad*

Nursing Communities of Practice: A Space of Learning and Identity

Lucía Goñi

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
lucia.goni@ehu.es

Elizabeth Pérez-Izaguirre

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
elizabeth.perez@ehu.es

ISSN 1989-7022

RESUMEN: Este trabajo enmarca la práctica enfermera dentro de una Comunidad de Práctica (CoP). Una CoP puede estar constituida por individuos que se relacionan para dar respuesta a problemas de la práctica laboral diaria. En dichas CoP las enfermeras noveles y aquellas más experimentadas interactúan y aprenden. Este trabajo parte de la idea de que en las CoP enfermeras uno de los temas recurrentes es el cuidado. El cuidado va más allá de curar y en la práctica enfermera se considera inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida. Este ha de ir de la mano de la ética del cuidado, en la que enfermera y paciente establecen una relación bidireccional que se nutre del compromiso por ambas partes. Del mismo modo, la identidad enfermera se constituye a un nivel reflexivo entre el enfermero y la propia CoP enfermera. Este artículo contribuye a la discusión de las formas de aprendizaje, la ética del cuidado y la construcción identitaria enfermera en la CoP enfermera.

PALABRAS CLAVE: Comunidades de Práctica; aprendizaje; ética del cuidado; identidad enfermera; compromiso

ABSTRACT: This paper considers the nursing practice as a Community of Practice (CoP). A CoP is constituted by individuals who relate to each other to face their day-to-day working issues. This work is based on the idea that in these CoP, novice nurses interact and learn, and caring is one of the recurring topics of conversation. Caring does not only involve curing, but is also related to the concept of survival, social living, development and life in a general sense. This needs to consider the ethics of care, where nurse and patient establish and compromise in a two-way relationship. Similarly, the nurse identity is constituted in a reflexive way between the nurse and the CoP. This article contributes to the discussion of the forms of learning, the ethics of caring and the construction of nurse identity in the nurse CoP.

KEYWORDS: Community of practice; learning; ethics of caring; nurse identity; commitment

1. Introducción

Nos encontramos en un momento relevante en la historia de la práctica sanitaria, sin olvidar otros conocidos hitos como la gripe, la peste, o el sida. En tiempos de la pandemia del COVID-19 en el siglo XXI, las sanitarias¹ trabajan sin descanso para dar respuesta a una crisis mundial. Este trabajo se centra en la práctica enfermera dentro del mundo sanitario, ese mundo formado por diferentes agentes cuyo centro de atención es la persona en su totalidad, sus procesos de salud y enfermedad.

Nadie podría negar la realidad comunitaria de la práctica enfermera. Como indica el Código del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, por sus siglas en inglés) la práctica enfermera se nutre de las relaciones con las compañeras, con los alumnos de enfermería, con los colegas, los pacientes y sus acompañantes, y con la comunidad en general. Las relaciones entre enfermeros en este mundo sanitario tienen una serie de características que las distinguen de otras profesiones relacionadas con la salud y el cuidado de los pacientes. Por su carácter asistencial-convivencial, durante las 24h del día en turnos de 8 horas estas relaciones encierran modos de hacer específicos de la práctica enfermera y propios de la misma, que incluyen no sólo elementos formales o protocolarios científico-técnicos, sino también elementos informales y éticos que tienen que ver con el cuidado de los pacientes (Tauber, 2011).

*Las autoras agradecen el apoyo obtenido de su grupo de investigación Ethics in Communities of Practice (ETICOP-IT) y el proyecto de investigación vinculado GIU 18/140.



Received: 15/06/2020
Accepted: 16/07/2020



En este trabajo consideraremos la comunidad enfermera como aquella dispuesta a ofrecer a la humanidad un valioso ingrediente, el cuidado a la persona en momentos de vulnerabilidad y desprotección, porque entiende su trabajo en la respuesta a las necesidades biosanitarias de una sociedad susceptible de padecer (Jasanoff, 1999). Ante el dolor y la incertidumbre, la comunidad enfermera actúa como un agrupamiento complejo de personas con dos misiones principales: una formal y protocolaria que tiene que ver más con el curar, y otra más informal y difícilmente medible, y que tiene que ver con el cuidar (Saillant, 2009). En línea con esa segunda misión, en este trabajo consideraremos dicha práctica enfermera enmarcada dentro de una comunidad de práctica (CoP). Una CoP está constituida por un grupo de personas que comparten un mismo escenario y que de manera informal e intencional se constituyen con un mismo objetivo, un compromiso por trabajar mejor y alcanzar una mejor manera de desempeñar una tarea en concreto (Wenger y Snyder, 2002). En el colectivo enfermero se establecen CoP en múltiples momentos, a modo de ejemplo, en los momentos de descanso o pausa-café en el office, donde quizá la información que se comparte es más relevante que la que ha de ser registrada en el historial evolutivo del paciente por orden protocolaria.

Un objetivo de la CoP enfermera puede consistir en aliviar la “fatiga por compasión” de los profesionales sanitarios expuestos a las experiencias de vulnerabilidad humana y mejorar así la resiliencia en los equipos de salud. De hecho, un trabajo reciente muestra cómo este conocimiento compartido puede ser una fuente de fuerza mientras simultáneamente incrementa la confianza y la resiliencia del equipo de salud (Delgado et al., 2019). Este trabajo busca analizar la función de la CoP enfermera en relación al cuidado y las necesidades bio-psico-social-espirituales del paciente. De esto deriva el segundo objetivo: elucidar el compromiso que se da en las CoP enfermeras, entendiendo que las enfermeras se relacionan con el paciente y van construyendo su propia identidad profesional.

2. La Comunidad de Práctica enfermera

Todos los seres humanos necesitamos y deseamos ser bien atendidos por los profesionales sanitarios a los que acudimos en condiciones de ausencia de salud. Cuando necesitamos ayuda sanitaria deseamos profesionales que nos traten bien, que escuchen nuestras preocupaciones, nos ayuden a curarnos o en el caso de no tener cura y de tratarse de un final, que nos ayuden a vivir un final digno. Podríamos seguir enumerando y describiendo las múltiples necesidades que se van presentando cuando vivimos un estado de cambio en nuestra salud, con dolor o sin él y en ese estado de gran incertidumbre y desconocimiento de uno mismo cuando acudimos a un centro sanitario en busca de ayuda. Sin duda alguna, el buen hacer profesional es una cuestión ética que tiene urgencia por desentrañar sus más valiosos ingredientes, y así descansar en un confortable estado de madurez e integridad profesional (Tauber, 2011).

Todos estos elementos en la práctica enfermera se gestan en la CoP. El concepto surgió en el Palo Alto Research Center (PARC) de la empresa Xerox, en el marco de un estudio realizado sobre técnicos dedicados a la reparación de fotocopiadoras (Brown y Duguid, 1991; Lave y Wenger, 1991). Esta investigación puso de manifiesto que dichos técnicos aprendían y se enseñaban mutuamente en sus relaciones informales, es decir, estaban creando e intercambiando conocimiento y todo ello con conocimiento de su práctica, una práctica técnica de trabajo. La investigación demostró algo muy evidente en el mundo laboral y en todos los

procesos de aprendizaje: que hay un salto excesivo desde lo que se trabaja en los manuales o en las sesiones de aprendizaje y formación formal al saber hacer diario práctico.

Tras aquella investigación, Wenger (1998a) definió la Teoría de las Comunidades de Práctica. Dicha teoría propone que las soluciones a los problemas surgen en las relaciones informales, donde estas se comparten y difunden. Basándose en estas ideas, el autor presentó la Teoría del Aprendizaje Situado. El aprendizaje es un proceso que debe realizarse a través de prácticas en las que necesariamente aprenden las que lo procesan. Además, Wenger (1998b) añadió que el aprendizaje es un fenómeno social, es decir, que para aprender nuevas prácticas necesitamos de los demás. A menudo se aprende en interacción, pero en general, se aprende entrando en la comunidad de quienes practican una práctica concreta, participando y formándose en sus hábitos. También propuso que el aprendizaje es una práctica enmarcada en una situación específica, a menudo ligada a problemas concretos. Además, añadió que en el conocimiento que se genera en dicha interacción siempre hay un aspecto explícito (discursivo) e implícito (puramente práctico). Es decir, lo que sabemos explicar no coincide con lo que sabemos hacer y esto último suele ser mayor que lo primero.

Por lo tanto, la CoP es la compactación de la red que se teje en torno a una práctica común. Esta surge espontáneamente cuando los que trabajan en una misma práctica tienen la posibilidad de asociarse. Las CoP tienen objetivos y técnicas muy concretas, que incluyen trucos para resolver problemas, soluciones especiales o nuevas. En las CoP también se cosechan y refuerzan las relaciones entre iguales y se trabaja la innovación, la previsión y la reflexión prospectiva en las relaciones entre personas con prácticas comunes (Wenger, 1998a; Wenger, 1998b; Wenger y Snyder, 2000).

La disciplina enfermera se ha erigido científicamente mediante razonamientos inductivos, aquellos que permiten hacer generalizaciones a partir de realidades concretas; y razonamientos deductivos, los que nos reconducen a la concreción a partir de generalizaciones. El modelo teórico-conceptual que sustenta la disciplina enfermera se ha formado en base a seis escuelas que en orden cronológico responden a diferentes modelos conceptuales: (1) la escuela de las necesidades, (2) la escuela de la interacción, (3) la escuela de los efectos deseables, (4) la escuela de la promoción de la salud, (5) la escuela del ser humano unitario, y (6) la escuela del cuidado o *caring* (Elorza y Huitzi, 2017).

Según Elorza y Huitzi (2017), la primera escuela hacía referencia al cometido de la enfermera, mientras que la segunda hacía referencia al cómo del cometido. La tercera escuela se preguntaba por qué hacía la enfermera lo que hacía y la cuarta seguía el modelo de la promoción de la salud en familia. La quinta escuela se sostenía en el modelo del ser humano único y unitario y por último la sexta escuela teorizaba en torno a la idea moral de la profesión enfermera de proporcionar unos cuidados humanizados, además de adoptar una perspectiva transcultural de los cuidados. Las tres primeras escuelas son las que han tenido mayor efecto en la consolidación de las otras porque han marcado los cuatro conceptos vertebradores: persona, entorno, salud y rol-agencialidad del cuidado enfermero, que cada modelo teórico debe considerar en el desarrollo de su marco conceptual.

Gracias a la transmisión de la actitud de entenderse en constante aprendizaje, las enfermeras de hoy viven su profesión en la noción heredada de pertenecer a un colectivo de mutua ayuda. Esta es una noción transmitida por las precursoras, modelo tras modelo, generación tras

generación con el objetivo de crecer profesionalmente a través de la mejora común, que es la evidencia que confirma el ingrediente comunitario de su *ethos* enfermero (Elorza y Huitzi, 2017). Este *ethos* se constituye tanto en el aprendizaje teórico universitario como en aquel de la CoP. Según Goñi (2005),

“los currícula de las titulaciones (universitarias) han de garantizar no sólo el dominio cognoscitivo, sino otros aspectos formativos como la adquisición de competencias básicas: capacidad de aprender, de resolver problemas, aptitudes para el trabajo en equipo, autonomía, iniciativa, creatividad, etc. A los que añadiríamos capacidad crítica, indagadora, independencia de juicio, etc.” (p. 14)

Es decir, tal y como Goñi (2005) indica, ser competente profesionalmente es el principal objetivo en la instrucción de toda profesión. Debemos de saber mucho acerca de un problema, pero todavía debemos de saber más acerca de cómo resolverlo. De nada sirve tener gran conocimiento teórico sobre un problema, si no poseemos el conocimiento competente que lo resuelva. El principal problema que tienen entre manos las enfermeras consiste en tener que cuidar de manera integral. Sin embargo, saber cuidar no sólo se aprende con un aprendizaje teórico, ya que la teoría no enseña a cuidar. De hecho, el lugar en que realmente se aprende (y desaprende) a cuidar es en durante la práctica clínica (Uranga Iturrioz et al., 2011).

Tomando en consideración la teoría arriba descrita, en el colectivo enfermero se establecen CoP en varios momentos de interacción. A modo de ejemplo, la Asociación Canadiense de Enfermería (CNA, por sus siglas en inglés) ha publicado su propio marco de referencia para crear CoP enfermeras (CNA, 2009). Otro ejemplo también lo constituyen las CoP que se establecen en el escenario docente entre profesionales expertas y estudiantes de enfermería, cuando tanto experta como estudiante se entienden protagonistas de la misma empresa de enseñanza-aprendizaje. Se trata de un movimiento triforme, puesto que contiene tres formas al mismo tiempo, es constante, horizontal e interactivo en cuanto al interés por desempeñar la profesión enseñando para aprender, aprendiendo para enseñar (Uranga Iturrioz et al., 2017).

Alumnos y profesionales han creado lazos fuertes al finalizar el ciclo de prácticas porque en ese tiempo se ha entablado una relación más allá de la puramente profesional, han compartido momentos de certidumbre-incertidumbre, imprecisión-precisión, desconocimiento-conocimiento, desconfianza-confianza, improvisación-planificación, éxito-fracaso, negación-aceptación, abandono-superación, dificultad, aptitud-ineptitud, satisfacción-frustración, compromiso, responsabilidad, dedicación, rigor científico-técnico, motivación y más ingredientes humanos inherentes a la práctica de la tarea profesional que de forma inevitable juegan un papel necesario en el proceso de aprendizaje (González-Aguilar et al., 2019). Si una de las características de la CoP es la informalidad, ésta la podemos destacar en infinidad de momentos. Uno de esos momentos sucede cuando acabado el ciclo de prácticas, las estudiantes celebran y agradecen la atención recibida en un encuentro jocoso y distendido. Este hecho muestra el carácter informal y natural de la vivencia del aprendizaje comunitario mediante la práctica compartida (Uranga, 2017).

3. La misión ética enfermera y la ética del cuidado

En su ensayo filosófico *Confesiones de un médico*, Tauber (2011) apela al colectivo enfermero al hablar del compromiso profesional en el escenario asistencial sanitario. Esta es una cues-

tión que afecta y preocupa a las enfermeras hoy, pues a menudo en la tarea de cuidar las enfermeras se sienten desorientadas en cuanto al significado, contenido y modo de desempeñar dicho compromiso. Siguiendo las categorías aristotélicas del saber, *episteme*, *techne* y *praxis* (Betancourt, 2013), en la disciplina enfermera la categoría que destaca, el eje central alrededor del cual actúan las otras dos, es la *praxis*. Las enfermeras han escogido una profesión dedicada a estar y a hacer. En la acción, los elementos tiempo y lugar cobran un sentido fundamental a la hora de estar haciendo lo que tienen que hacer. Dedicar tiempo a las personas que demandan cuidados, escuchándolas, acompañándolas, intentando conocer su historia, y, por otro lado, preocupándose por entender el momento propio de cada vivencia íntima y personal. Lógicamente, una disciplina de acción como es la profesión enfermera comprende recursos argumentativos de naturaleza pragmática y vivencial-experiencial, por ello no puede escapar del uso de un talante humanista y relacional a la hora de desarrollar un discurso (Watson, 2008). Las enfermeras necesitan reconocer lo que piensan acerca de lo que hacen para mejorarlo, hacerlo bien y desarrollar su misión ética. De hecho, las enfermeras son expertas en cuidar, y para ello la ética que se necesita es una ética del cuidado.

El origen de los cuidados se remonta a tiempos prehistóricos. Podríamos decir que el arte de cuidar existe desde que existe la humanidad, si bien también se ha asociado la tarea de cuidar con la maternidad, con la función de madre amorosa, protectora, que atiende al que sufre y enferma (Elorza y Huitzi, 2017). Mucho de lo que se ha publicado (Feito Grande, 2005; Varela, 2013; Putnam, 1998) sobre ética del cuidado gira en torno a la obra de Gilligan (2013). Aunque en este trabajo no podremos profundizar sobre ello, quisiéramos mencionar que el contexto en el que se mueve el hacer profesional se debe a la idiosincrasia de dicha profesión.

Los recortes de personal en las instituciones sanitarias y las políticas de asistencia sanitaria basadas en rentabilidades económicas no son condiciones óptimas para poder obrar éticamente desde el punto de vista profesional (Irigibel-Uriz, 2007). A veces se quiere, pero no se puede: la institución no lo promueve, los equipos tienen un sistema de funcionamiento viciado y no dan posibilidad de que el buen profesional se dedique a seguir siéndolo. Otras veces sí se puede porque hay líderes que impulsan políticas de ética profesional humanizadoras, responsables y comprometidas con el buen hacer profesional, pero no se quiere o se decide no esforzarse por cambiar conductas y maneras de hacer.

Como se percibe en varias de las viñetas autobiográficas empleadas por Tauber (2011), la enfermera comprometida con su profesión que ve claro el camino a tomar se encuentra con muchas resistencias. En ocasiones los propios compañeros de trabajo, o si no la propia institución, será quien se encargue de aplacar la ilusión de la enfermera éticamente responsable con su profesión cuidadora. Y, con todo, a veces consiguen contagiar la convicción por su profesión y consiguen vencer las resistencias ocultas en las políticas de calidad basadas en resultados numéricos, materiales y calculables.

En la comunidad enfermera también existe un cuerpo propio de conocimiento científico-técnico, en tanto que expertas del cuidado y la atención a las personas que sufren. Hoy los enfermeros proporcionan cuidados en un equipo multidisciplinar. No es igual un cuidado médico que uno enfermero, aquel de una auxiliar de enfermería o el de un técnico. La suma de todos los cuidados conforma el cuidado integral que se debe aportar al paciente. Y todos los cuidados son necesarios para responder a las necesidades de cuidado del paciente. Al mismo tiempo, existe una lucha de poder en cuanto al desempeño, las características y autoría del

cuidado al paciente en el seno de un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos, ya que parte de un desacuerdo acerca de la clase de cuidado que merece el paciente. Por una parte, porque la concepción de cuidado desde cada profesión es diferente, y por otra, por creer que quien desempeña el cuidado es quien realmente está haciendo todo el trabajo sanador (Tauber, 2011)

En este trabajo tomaremos en consideración la propuesta de Gilligan (2013), quien propone entender el cuidado como tarea humana. Esta tarea humana es de todas las personas y se puede trasladar al medio y al compromiso profesional que requiere una ética del cuidado. En el caso del profesional que trata de ser coherente y de hacer las cosas de la mejor manera posible, las resistencias externas son numerosas. Un ejemplo de dicha resistencia es el funcionamiento de un equipo de trabajo que no contempla el cambio hacia la mejora como sistema de trabajo, o que contempla la mejora en el terreno científico-técnico más que en el ámbito humano y relacional. Otro ejemplo puede ser la filosofía de un equipo de mando o supervisión que no permite el pronunciamiento de maneras diferentes de hacer las mismas cosas, aun sabiendo que lo propuesto es mejor. Finalmente, mencionaremos una política de empresa que no promociona a sus trabajadores, potenciales humanos, equipos de mejora, premiando la calidad de su labor.

Como ya se viene argumentando, la calidad de la labor de la práctica enfermera no sólo vendrá marcada por el corpus teórico de la profesional, sino también por la ética del cuidado, que está directamente ligada con la práctica. De hecho, la profesión enfermera se ejerce con alto grado de responsabilidad humana, responsabilidad por las vidas y el buen morir de los demás, por enfrentarse a todo tipo de realidades humanas desde el nacimiento hasta la muerte. Por los cuidados y saberes de la enfermera pasan las vidas de personas que requieren de un tipo de atención especial, incluido el cuidado de sus cuerpos enfermos o dependientes. Esta realidad responsable provoca sin duda diferentes sentimientos en el profesional sanitario, sentimientos de incertidumbre, falibilidad, ansiedad, angustia, inseguridad y estrés. Todas ellas son respuestas habituales ante estados de gran responsabilidad (Tauber, 2011).

De la necesidad de hacer frente a estos sentimientos y poder salvaguardar una ética del cuidado que cimiente el verdadero compromiso de la profesión con la sociedad, proviene la necesidad de cierto espacio de seguridad y estabilidad, fuerte y seguro, y así estructurar el ejercicio profesional bajo la protocolización de técnicas y procedimientos, de criterios médicos y enfermeros para diagnosticar, prescribir cuidados y tratamientos médico-sanitarios y definir competencias específicas y transversales (Uranga Iturrioz et al., 2019). La estandarización y la unificación de criterios responden a una necesidad de garantizar un cuidado de calidad y sentirse protegidos en la ejecución y la toma de decisiones profesionales. Y la tecnología, la biotecnología, la ciencia de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) aportan justamente ese espacio objetivo, calculado, estructurado, estable, y seguro que busca la medicina y el arte de cuidar (Irigibel-Uriz, 2007).

Si hiciéramos una personificación de la profesión enfermera a modo de agente basándonos en la terminología del campo de la psicología psicoanalítica, podríamos decir que estos modos estructurales de proceder profesional funcionan como mecanismos de defensa, para dar estabilidad y rigor a la estructura ejecutiva de una profesión (Molina, 2005). La mayoría de intervenciones profesionales relacionales requieren de un alto nivel de improvisación, porque se nutren de experiencias humanas subjetivas en un contexto variable, dinámico, inestable y

contingente. De ahí la necesidad de los profesionales de enfermería de recurrir a la tecnificación científica, mediante el soporte tecnocientífico (Echeverría, 2005).

Los profesionales de enfermería ejercen su profesión al mismo tiempo que la conforman. Emplean el cuestionamiento y respuesta al mismo tiempo, y a veces llevando la autoconciencia a flor de piel. Todos los profesionales conocen las características de la profesión que profesan, sabiendo que han escogido una profesión que requiere del mecanismo de autococonocimiento constante, una autoconciencia, reflexión y autocrítica, puesto que es una disciplina humana, compleja y ambigua; por consistir en *personas cuidando de personas*. Por todo ello, el compromiso profesional puede adquirir formas diversas, y todas pueden ser legítimas dependiendo de la situación. Es por ello que nos preguntamos si es posible dar con un único modelo de profesionalismo enfermero que se pueda difundir mediante unos estatutos del buen profesional enfermero, en contraposición a la propuesta única de la Junta Americana de Medicina Interna (ABIM Foundation, 2002).

Las relaciones vividas con otras personas conforman en cada momento y experiencia una profesional y persona diferente y distinta a la que existía antes de dicha relación. Desde la perspectiva de Levinas (citado en Tauber, 2011), en cuanto a la ética como apertura y interrupción del *Yo* a resultas de la interacción con el *Otro*, nos atreveríamos a decir que somos *Yo y Otro*. Es decir, tanto profesional sanitario como paciente viven la experiencia de ser *Yo y Otro* en cada momento. Los dos son agentes y objetos al mismo tiempo dando y recibiendo, aunque en diferente plano. Y esta doble dirección condiciona a cada posición. El profesional sanitario tiene mayor responsabilidad en la implicación profesional con el paciente por estar en superioridad de condiciones de salud y conocimiento del medio biosanitario para preservar la integridad del paciente. El paciente, por su parte, influye en el profesional sanitario en tanto en que pone a prueba su ética y su saber utilizar los conocimientos y habilidades científico-médicas. Ambos agentes interactúan, son responsables, se relacionan y van en busca de un mismo objetivo que es restaurar la salud o estado de salud del paciente, ya sea mediante la curación de una enfermedad o proceso de enfermedad, acompañando al final de la vida, o haciendo de ese final una vivencia digna y completa para el paciente.

Esta relación que ocurre entre el profesional y el paciente tiene que ver con aquello que tiene lugar en la CoP enfermera. La CoP comprende los diferentes elementos de ese sujeto ético mediante el cual, enfermeras expertas, basándose en su experiencia y conocimiento, entienden que han de instruir a las nuevas y futuras generaciones enfermeras. Al mismo tiempo, las futuras generaciones de enfermeros entienden que han de ser instruidos para aprender la profesión, y para en un futuro no tan lejano ser ellos quienes continúen la función docente. Cada individuo que conforma la CoP se sitúa en su función y desempeño, porque todas las partes integrantes de una comunidad se necesitan las unas de las otras. Para enseñar hace falta tener alguien al que enseñar y para aprender hay que tener alguien que enseñe (Mayoz Echaniz et al., 2010)

Esta realidad de transmisión de conocimiento es bidireccional desde el momento en el que el profesional experto acepta la condición cambiante y fluida del proceso de aprender, y entiende que cuando enseña también está aprendiendo. En un proceso de revisión y consolidación de conocimientos abiertos a actualizaciones científico-técnicas que aportan las estudiantes. Por su parte la alumna de enfermería va contrastando todos los conocimientos recibidos en el aula, es decir, los conocimientos teórico-científicos, con su aplicación en el terreno real y práctico sanitario (Uranga, 2011)

4. La identidad: un marco reflexivo para comprender la práctica enfermera

La identidad es un concepto ampliamente estudiado desde distintas disciplinas y escuelas. En este trabajo consideraremos la identidad encuadrada dentro de las ciencias sociales. De este modo, entenderemos la identidad como aquel elemento que define a un sujeto en diferencia al resto (Jenkins, 2008). La siguiente pregunta sería, qué es aquello que define a un sujeto. Para ello utilizaremos la perspectiva de Mead (1982), que define el *Self* en relación al *Otro*. En este trabajo el *Self* se define como la identidad, es decir, aquel elemento que define las características de uno mismo. El *Self* está en continua interacción con el *Otro*, es decir, el mundo exterior. Mead (1982) en muchas ocasiones lo relacionaba con la comunidad, o lo que también ha sido denominado el *otro generalizado*.

En este trabajo reflexivo entre el *Self* y el *Otro*, entran en juego otros dos conceptos, atendiendo a Mead (1982). Uno de ellos es el *Mi*, o aquel elemento que hace referencia a lo ya interiorizado. Gracias a las interacciones que un sujeto ya ha tenido, se ha formado el *Mi*. En este sentido, el *Mi* es el *background* interactivo de una persona, es decir, aquello que el sujeto ha ido creando a través de interacciones pasadas. Y el *Yo* es la capacidad que el sujeto presenta cuando da una respuesta diferente al *Mi*. El *Yo* indica la capacidad de agencia de un ser humano, en tanto que es diferente al *background* interactivo anterior. Es la parte en que el sujeto puede utilizar nuevos recursos para dar respuesta a necesidades presentes. Es, en cualquier caso, aquello que lo hace distinto con respecto a sus interacciones pasadas.

Por tanto, la siguiente pregunta es cómo la identidad enfermera se puede comprender dentro de este esquema reflexivo. Aunque esta pregunta sea muy amplia y vastamente estudiada en la literatura académica, atenderemos a los resultados obtenidos de dos investigaciones con respecto a la identidad de la profesión enfermera, que a modo de ejemplo, elucidan cómo se forma la identidad en las CoP enfermeras. En un estudio llevado a cabo por González-Aguilar y sus colegas (2018) en México, se analizó el proceso de aprehender la identidad enfermera en alumnos de enfermería. Uno de los resultados importantes de esta investigación es que, en el caso analizado, los estudiantes encontraron la vocación al final de sus estudios. Esto lo diferencia de otras profesiones en las que la vocación suele aparecer mucho antes en el proceso vital de una persona. Esto se debe a que el cuidado de la salud humana se va aprendiendo y experimentando a lo largo de la vida, tal y como hemos ido argumentando en apartados anteriores. Aplicado el esquema de Mead (1982), el juego entre el *Self* y el *Otro* sería un proceso paulatino, en el que el *Mi* estaría comprendido por el interés de la persona con respecto a la profesión enfermera. El *Yo* marcaría la aparición de la vocación en el momento presente, fortaleciendo la propia identidad enfermera, o en términos de Mead (1982), el propio *Self*.

En otro estudio llevado a cabo por Baldwin y sus colegas (2017), se presenta el caso de las enfermeras académicas. Esas enfermeras que dejan totalmente o parcialmente el escenario asistencial de su profesión para dedicarse a la docencia universitaria, han de convertirse en modelos de los estudiantes de enfermería. En el citado estudio los autores toman una muestra de Australia y el Reino Unido. Los resultados de este estudio indican que, para ser modelos para estudiantes de enfermería, los enfermeros académicos han de reconciliarse con la identidad enfermera. Este proceso de reconciliación implica un proceso de negociación interna entre las experiencias pasadas (de las propias enfermeras), presentes y futuras, que tienen que ver con las identidades de la profesión enfermera. Para ello, el trabajo de los enfermeros académicos implica el uso de estrategias, como la comprensión de la complejidad

de la propia profesión y el trabajo multivariable de la misma. En este contexto, el *Mi* estaría formado por las experiencias pasadas de dichas enfermeras, es decir, ese corpus teórico-experiencial que les ha llevado a formar su identidad enfermera adquirida, mientras que el *Yo* estaría marcado por esa necesidad de reconciliación con la identidad enfermera, nutriéndose de las experiencias pasadas, presentes y futuras.

En cualquier caso, definir la identidad no es tarea fácil, ya que los seres humanos hemos de enfrentarnos a innumerables retos en el presente, pero teniendo en cuenta nuestro pasado y futuro. Estos dos casos de la práctica enfermera muestran distintos modos en que enfermeras se enfrentan a los problemas de la vida diaria, y que derivan en una constitución de la identidad dentro de un marco reflexivo. Este marco reflexivo viene marcado por la comunidad enfermera a dos niveles: aquella que se da a lo largo de los estudios para convertirse en profesional enfermera, y aquella que necesitan las académicas enfermeras para convertirse en modelo para las estudiantes. La importancia de la comunidad, en este aspecto, radica en los aprendizajes que los enfermeros necesitan realizar para convertirse en parte de la misma, aunque siendo únicos como seres con una idiosincrasia propia.

5. Conclusiones

Este trabajo ha propuesto considerar la práctica enfermera como un conjunto de CoP. En tanto que sanitarias dedicadas a la curación y el cuidado de los pacientes (Saillant, 2009), las enfermeras forman una agrupación específica que puede considerarse como CoP. Una CoP enfermera se define como aquella asociación de tipo informal que existe entre dichas sanitarias y que proporciona a las más noveles un corpus práctico de saber hacer que el aprendizaje teórico no les podía aportar. Los enfermeros más experimentados también aprenden, en tanto que las relaciones que se establecen son bidireccionales (Uranga et al., 2017). De hecho, estas CoP son dinámicas y se adaptan a las características y necesidades de las personas que las forman.

Uno de los elementos fundamentales trabajados en este artículo que tiene que ver con la práctica diaria enfermera es el cuidado (Elorza y Huitzi, 2017). Si bien existe un vago corpus teórico acerca de cómo se puede cuidar a la persona paciente, los enfermeros han de saber cómo proporcionar dichos cuidados. Justamente por esa pobre base teórica, las comunidades de práctica se vuelven fundamentales en aquello que tiene que ver con el cuidado. De hecho, las CoP enfermeras son fundamentales para construir saberes y modos de hacer prácticos en lo que respecta al cuidado de los pacientes. En este sentido, siguiendo a Gilligan (2013) hemos propuesto la ética del cuidado como base para el buen hacer profesional que está directamente ligado con el compromiso que toma el enfermero con su paciente para acompañarlo en todo el proceso de salud-enfermedad.

De hecho, la CoP enfermera adquiere la forma de sujeto ético desde el momento en el que sus componentes se entienden pertenecientes y conformadoras de una misma identidad que se nutre de la ética del cuidado. En este contexto, la CoP enfermera se gestaría a modo de sujeto ético, conformando una parte importante de la identidad enfermera. Hemos planteado un esquema reflexivo para comprender la identidad, a saber, la identidad es el proceso en el que un ser humano se define a sí mismo en relación al *Otro* (Mead, 1982). En el caso de las enfermeras noveles, la identidad se va definiendo en las CoP de las que comienzan a formar

parte durante sus estudios. Durante los mismos, estas enfermeras encuentran su *vocación*, que se vuelve un potente marcador identitario. En el caso de las enfermeras académicas se forma en la CoP académico-enfermera, y en esa relación identitaria bidireccional que nutre las relaciones entre profesoras y alumnos (Uranga et al., 2011).

En definitiva, este trabajo contribuye a una discusión sobre las CoP y propone que la ética del cuidado y compromiso son fundamentales para comprender el funcionamiento de las mismas. También propone un esquema reflexivo de la identidad en las CoP enfermeras. Esta identidad se forja mediante una agencialidad en la práctica enfermera y en la adquisición de conocimientos para la misma, impregnada de un flujo de energía, una constante interacción entre el *Yo* y el *Otro*. Un escenario donde expertas enseñan para aprender y noveles aprenden para enseñar. Futuras investigaciones podrían profundizar sobre otros elementos constitutivos de la identidad en las CoP enfermeras y en la ética del cuidado, como puede ser el género o el hecho de trabajar en instituciones públicas o privadas.

Referencias

- American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 24, pp. 243-246.
- Baldwin, A., Millsb, J., Birksc, M., Budden, L. (2017). "Reconciling professional identity: A grounded theory of nurse academics' role modelling for undergraduate students." *Nurse Education Today* 59, pp. 1-5.
- Betancourt, W. (2013). "La filosofía como modo de saber. Aristóteles, Metafísica, A, 1 y 2, (980 a 21-983 a 24)." *Praxis filosófica*, pp. 29-55.
- Brown, J. S. & Duguid, P. (1991). "Organizational learning and Communities of Practice: toward a unified view of working, learning and innovation." *Organization Science*, 2, 1, pp. 40-57.
- Canadian Nurses Association. (2009). NurseConnect Framework. <https://www.cna-aiic.ca/-/media/nurseone/page-content/pdf-en/nurseconnectframework.pdf?la=en&hash=9482D01A0FD6CCBB97DB63EE03CF67A3CE2DB00D>
- Delgado J, de Groot J, McCaffrey G, et al. (2019) "Communities of practice: acknowledging vulnerability to improve resilience in healthcare teams." *Journal of Medical Ethics*.
- Echeverría, J. (2005). "La revolución tecnocientífica." *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, 1(2), pp. 9-15.
- Elorza Puyadena, M. I., Huitzi Egilegor, J. X. (2017). *Erizaintzako zientzia eta diziplina*. Bilbao: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Feito Grande, L. (2005). "La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera." *Metas Enfermeras*, 8(8), pp. 14-18
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Goñi Zabala, J. M. (2005). *El espacio europeo de educación superior, un reto para la universidad. Competencias, tareas y evaluación, los ejes del currículum universitario*. Barcelona: Octaedro/ICE-UB.
- González-Aguilar A, Vázquez-Cataño F, Almazán-Tlalpan B, Morales-Nieto A, García. (2019). *Guía Docente 2019/20 de la Facultad de Medicina y Enfermería Donostia/San Sebastián*.
- International Council of Nurses. (2012). The ICN Code of Ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

- Irigibel-Uriz, X. (2007). "Nietzsche y Levinas, un marco de referencia para una enfermería transformadora." *Index de Enfermería*, 16(58), pp. 50-54.
- Jassanof, S. (1999). "The Songlines of Risk." *Environmental Values* 8, pp. 135-152
- Jenkins, R. (2008). *Social Identity*. London: Routledge.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge.
- Mayoz Echaniz, I., Alberdi Erice, M. J., Eizmendi Garate, I., Elorza Puyadena, M. I., Lasa Labaca, G., Ortega Larrea, S., & Uranga Iturrioz, M. J. (2010). "Medir para mejorar el proceso de tutoría en la formación clínica. La innovación educativa en el contexto actual de la educación superior." *I Congreso Docencia Universitaria*. Vigo.
- Mead, G. H. (1982). *Espíritu, Persona y Sociedad Desde el Punto de Vista del Conductismo Social*. Barcelona: Paidós.
- Molina Juárez, X. (2005). *Reflexiones sobre el ejercicio de enfermería*. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/1116>
- Putnam, R.A. (1998). *La ética del cuidado. Peta Bowden Caring. Gender-Sensitive Ethics* Londres: Routledge.
- Saillant, F. (2009). "Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas un análisis del concepto de "caring"." En Martorell Poveda, M.A., Comelles, J. M., y Bernal, M. (eds.) *Enfermería y antropología: padeceres, cuidadores y cuidados : un homenaje a Dina Garcés*. Barcelona: Editorial Icaria, pp.189-218
- Tauber, A. I. (2011). *Confesiones de un médico: Un ensayo filosófico*. Madrid, Triacastela.
- Uranga Iturrioz, M.J., Gil Molina, P., Aja Hernando, N., Tazón Ansola, P., Alberdi Erice, M.J. (2009) "Competencias del Practicum de enfermería". https://reppe.org/wp-content/uploads/2016/06/actas_poio_2009.pdf
- Uranga Iturrioz, M.J., Gil Molina, P., & Lasa Labaca, G. (2011). "Definición y secuenciación de los resultados de aprendizaje del practicum de enfermería." *Metas De Enfermería*, 14(1), pp. 51-57.
- Uranga Iturrioz, M.J., Gil Molina, P., Ugartemendia Yerobi, M., Elorza Puyadena, M.I., Alberdi Erice, M.J. (2017) "La práctica reflexiva en el prácticum de enfermería". https://reppe.org/poio/wp-content/uploads/2017/06/URANGA_Gil_Ugartemendia_Elorza_Alberdi_Resumen-Comunicacion.pdf
- Uranga Iturrioz, M.J.; Cruz Iglesias, E.; Eizagirre Sagardia, A. I.; Gil Molina, P; Losada Iglesias, D. ; Ruiz de Gauna Bahillo, P. (2019) Catálogo Competencias Transversales de la UPV/EHU. https://www.ehu.es/documents/1432750/12757375/Cat%C3%A1logo+de+Competencias+trasversales_cas.pdf/
- Varela, N (2013). *La ética del cuidado*. <http://nuriavarela.com/la-etica-del-cuidado/>
- Watson, J. (2008). "Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity." *Creative Nursing*, 14(2), pp. 54-61.
- Wenger, E. & Snyder, W. (2000): "Communities of Practice: the new organizational frontier." *Harvard Business Review*, pp. 139-145.
- Wenger, E. (1998a): "Communities of Practice: learning, meaning and identity." *Journal of Mathematics and Teacher Education*, 6(2), pp. 185-194
- Wenger, E. (1998b). Communities of Practice: learning as a social system. *Systems Thinker*. <http://www.co-l.com/coil/knowledge-garden/CoP/lss.shtml>.

Notas

1. Con el objetivo de hacer un uso del lenguaje inclusivo, se utilizarán el género masculino y femenino indistintamente para referirse al colectivo de profesionales enfermeras.