

Ensenyar i aprendre Infermeria amb un currículum integrat per mitjà de l'aprenentatge basat en problemes. El cas de l'EUI Vall d'Hebron

Maria Cònsul Giribet

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Al Josep M^a, a la Laia i a l'Anna,
per tot el que ja sabeu.

*És bo recuperar el sentit més profund de la paraula **mestre**, relativitzar la de **professor** i afinar semànticament entre conceptes que a vegades roden confosos com els verbs **educar, ensenyar i instruir**.*

La metamorfosi del professor cap al sentit més noble i antic de mestre sembla imprescindible en funció d'aspectes com els següents: guanyar la convicció que l'objecte i el centre del procés educatiu és l'alumne i no la matèria que s'ensenyava; saber que és més rendible, socialment i humana, preparar per a la vida que no pas per a uns exàmens, i tenir el convenciment que la funció pedagògica més entranyable neix de tutelar el desenvolupament d'un aprenentatge.

Isidor Cònsul

Cinc estacions. Un dietari (1997)

INTRODUCCIÓ	1
CAPÍTOL 1. ELS ANTECEDENTS QUE HAN FET POSSIBLE AQUESTA TESI. PREGUNTES I OBJECTIUS	5
1.1. EL MEU CONTEXT PROFESSIONAL	5
1.1.1. L'eix motivacional per fer el doctorat	8
1.1.2. Els aprenentatges	9
1.2. LES PREGUNTES DE RECERCA I ELS OBJECTIUS.....	14
1.2.1. Quant al rol docent	14
1.2.2. Quant a les competències professionals de les infermeres formades amb l'ABP	17
1.3. JUSTIFICACIÓ DEL TEMA.....	19
1.3.1. Analitzar l'experiència: una necessitat d'ètica professional	19
CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC	25
2.1. LA DIMENSIÓ DEL CANVI D'ENSENYANÇA-APRENTATGE REALITZAT A L'EUI VALL D'HEBRON.....	25
2.1.1. Tenir cura de les persones: nucli central del ser infermera	26
2.1.1.1. La complexitat de les cures infermeres	34
2.1.1.2. La infermeria del segle XXI	36
2.1.2. El context històric de l'Escola d'Infermeria Vall d'Hebron	38
2.1.2.1. Els condicionants del canvi	41
2.1.2.2. De l'ensenyament a l'aprenentatge	43
2.1.3. Les competències	45
2.1.3.1. Les competències Infermeres	53
2.1.3.2. La formació per competències	63
2.1.3.3. Les competències que configuren el currículum de l'EUI Vall d'Hebron ..	66
2.1.3.4. Els nivells de competència	70
2.1.3.5. L'avaluació de la competència	73
2.2. L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES	83
2.2.1. Introducció	83
2.2.2. Les tutories	85
2.2.3. Les situacions i els problemes	90
2.2.4. Raons per a utilitzar l'Aprenentatge Basat en Problemes.....	94
2.2.5. El coneixement com a procés de creació i no de repetició	98
2.2.6. El rol del tutor d'ABP: tot un aprenentatge i desaprenentatge.....	101
2.2.6.1. Un nou rol de professor per a un nou tipus d'aprenentatge	102
2.2.6.2. L'avaluació del rol del tutor/a d'ABP a l'EUI Vall Hebron	103
2.2.7. L'avaluació dels estudiants	105
2.2.8. Desavantatges o preocupacions que han fet manifer-se en contra de l'ABP	109
2.2.9. A tall de síntesi	111
CAPÍTOL 3. METODOLOGIA I DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ	115
3.1. CONSIDERACIONS QUE ORIENTEN EL DISSENY D'AQUESTA RECERCA ..	115
3.2. INTERACCIÓ DE MÈTODES: LA FENOMENOLOGIA, L'ETNOGRAFIA I L'ESTUDI DE CAS.....	118
3.3. SUBJECTES PARTICIPANTS.....	124
3.4. TÈCNiques PER A RECOLLIR LA INFORMACIÓ	125
3.5. CRITERIS DE RIGOR I DE QUALITAT	134
3.6. TEMPORALITZACIÓ	137

CAPÍTOL 4. RECOLLIDA DE DADES I PROCEDIMENT D'ANÀLISI	139
4.1. PRIMERA FASE: EL TREBALL DE CAMP	139
4.1.1. Les dificultats per contactar amb les exalumnes.....	139
4.1.2. La participació de les exalumnes en els grups de discussió.....	142
4.1.3. Motius pels quals no s'ha realitzat l'observació participant.....	143
4.1.4. La participació de les docents en les entrevistes en profunditat.....	144
4.2. ELS RESULTATS I LA PRIMERA ANÀLISI DE LES DADES	147
4.2.1. Els resultats dels qüestionaris:	147
4.2.2. Anàlisi de les entrevistes, dels grups de discussió i de les respostes quant a les preguntes obertes dels qüestionaris.	152
4.2.2.1. Segmentació i codificació d'unitats de significat	153
4.2.2.2. Identificació de temes principals: les categories i metacategories	161
 CAPÍTOL 5. ELS RESULTATS	 167
5.1. CANVI DE PARADIGMA DOCENT	167
5.1.1. Necessitat de canviar	169
5.1.2. Dimensions del canvi	172
5.1.3. Gestió de les pors i les inseguretats de les docents	178
5.1.4. Formació per a un nou rol docent	184
5.1.5. Un nou concepte dels estudiants i la relació amb ells.....	195
5.1.6. Qualitat de la docència.....	198
5.1.7. Canvis a nivell professional.....	201
5.1.8. Canvis més enllà de l'esfera professional	205
5.1.9. A tall de resum del canvi de paradigma.....	206
5.2. FORTALESES I DEBILITATS COMPETENCIALS	207
5.2.1. Les fortaleSES	208
5.2.1.1. El treball en equip.....	210
5.2.1.2. Les habilitats comunicatives i les relacions interpersonals	215
5.2.1.3. Mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves	226
5.2.1.4. Habilitats per a gestionar les situacions noves.....	240
5.2.2. Les debilitats.....	243
5.2.2.1. Falta de coneixements teòrics	244
5.2.2.2. Dificultat per a presentar-se a les oposicions.....	254
5.2.3. A mode de síntesi de les competències professionals.....	256
 CAPÍTOL 6. LES CONCLUSIONS, LES PROPOSTES I ELS APRENENTATGES	 259
6.1. LES CONCLUSIONS	259
6.1.1. Respecte la pràctica docent.....	259
6.2. LES PROPOSTES	262
6.3. ELS APRENENTATGES.....	264
 BIBLIOGRAFIA.....	 267
 ANNEXES	 281
ANNEX I : Consentiment per participar en la recerca	281
ANNEX II: Qüestionari de les exalumnes	282
ANNEX III: Carta a les exalumnes de la primera promoció:	286
ANNEX IV: Sol·licitud a la direcció d'Infermeria per fer l'observació participant	287

INTRODUCCIÓ

Aquesta tesi és la continuïtat natural de la innovació iniciada a l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron¹ l'any 2002. Dita innovació ha consistit a integrar tot el currículum a partir de les competències infermeres per mitjà de l'Aprenentatge Basat en Problemes (ABP) en grups petits. Aquest canvi ha comportat que no s'imparteixin classes expositives de les diferents assignatures i alhora que el professorat, avesat en aquesta pràctica, hagi hagut de fer-se hàbil en el rol de tutor i de guia d'un aprenentatge autodirigit que comporta l'ABP.

La mirada interdisciplinària i integrada dels problemes infermers i l'aprenentatge cooperatiu i autogestionat constitueixen els elements claus d'aquesta innovació docent. Viure aquest canvi des de la coordinació com a cap d'estudis ha estat l'experiència docent que m'ha aportat més elements d'anàlisi per a créixer a nivell professional. Atès que he² viscut molt de prop tota la gestió acadèmica del procés esmentat, he pres el compromís d'atansar-me als protagonistes (docents i exaltes professionals) perquè donin una visió subjectiva de tot el que els ha comportat aquesta nova manera d'ensenyar i aprendre.

A hores d'ara, ja ha transcorregut un temps prudencial perquè les infermeres formades amb el nou mètode tinguin una perspectiva suficient per valorar les pròpies competències. Cal remarcar que quan es va iniciar aquesta recerca, ja portaven tres anys en l'àmbit laboral i podien tenir una visió més sòlida per a realitzar l'anàlisi de les fortaleses i les debilitats de la seva mateixa pràctica, atribuïbles a la manera com varen estudiar i formar-se.

L'apropament a la recollida de dades s'ha estructurat en dos eixos bàsics: un que ha de proporcionar la informació sobre el diagnòstic que aporten els docents del nou paradigma d'ensenyança aprenentatge adoptat i l'altre que se centra en les competències infermeres de les exalumnes de la primera promoció, formades en el canvi, per a comprovar també la valoració que en fan després d'haver estat tres anys en l'àmbit professional.

¹ A partir d'ara EUI Vall d'Hebron o bé EUIVH

² Seguint les recomanacions d'Umberto Eco, vaig iniciar la redacció en primera persona del plural. Però, en no saber amb qui estava dialogant, em resultava estranya i difícil l'escriptura i alhora distant la seva lectura. És per això que, finalment, he decidit incorporar-m'hi en ocasions en primera persona, cosa que em resulta més dinàmica, real i propera.

L'objectiu que es persegueix en aquesta tesi és descriure com ha repercutit el canvi de paradigma adoptat en les docents i en les exalumnes de la primera promoció. La percepció que tenen les unes i les altres, contrastada amb la convicció personal que una formació per competències amb una metodologia que promou la gestió autònoma dels sabers, la responsabilitat, el sentit crític, el treball en equip i la comunicació, entre altres valors, hauria de donar-los com a resultat final haver assolit un perfil professional amb bona dosi d'inquietud científica, més eficiència i eficàcia en l'acompanyament, en els cuidatges i en la resolució dels problemes de salut de les persones.

Aquesta informació articulada i contrastada amb els estudis elaborats per altres autors ha de subministrar elements suficients d'anàlisi que permetin aportar evidències i reflexió als equips docents que actualment estiguin treballant amb l'ABP o amb altres metodologies centrades en l'estudiant i en currículums integrats a partir de les competències.

També s'ha pensat que fóra adient d'aprofitar el contacte amb les exalumnes de la primera promoció del canvi per aconseguir:

- Indagar sobre la valoració i l'aprofitament de la resta de les estratègies que es programen a l'EUIVH, amb l'objectiu de saber si els han estat útils per al progrés dels seus aprenentatges.
- Conèixer les dades sociològiques com són: els llocs de treball, el desenvolupament professional, els estudis de postgrau, si s'han presentat a oposicions i els resultats aconseguits, entre altres.

Tot i que de moment no es vol comparar aquestes dades amb altres estudiants de la mateixa promoció formats en una altra metodologia, l'objectiu de recollir tota aquesta informació és perquè no es descarta fer-ne un seguiment posterior. Ja que si més endavant es veu adient, es puguin contrastar i fer una anàlisi més exhaustiva del desenvolupament d'aquestes mateixes professionals infermeres.

Per tal de tancar aquesta introducció m'agradaria destacar en primer lloc, la valentia i l'esforç de Rosa M^a Torrens, que va tenir l'encert d'anticipar-se a les necessitats professionals per a poder donar respostes eficients i adients a les necessitats de salut d'una societat dinàmica i canviant. La seva direcció, visió estratègica i lideratge van propiciar que tota la comunitat docent de l'EUI Vall d'Hebron s'involucrés i prengué el projecte amb entusiasme, compromís i responsabilitat per a fer-lo possible i continuar-lo fins al dia d'avui.

També vull agrair el guiatge del doctor Luis Branda i els seus savis consells en tot el procés de canvi a l'Escola amb el mètode de l'ABP. Pel que comenta en els seus escrits, es va convèncer de l'aprenentatge basat en l'estudiant amb la descoberta particular de l'obra de Comenius i dels seus contemporanis, i jo mateixa, i gràcies a ell, m'he anat desprenent dels dogmes heretats de l'aprenentatge centrat en el docent.

De la mateixa manera, vull manifestar el meu agraïment al doctor José Luís Medina per l'entusiasme, el guiatge i l'acompanyament sempre més reconfortant que ha cristal·litzat, donat forma i coherència a aquesta tesi.

Fer explícit també el reconeixement a les participants/informants d'aquesta recerca que amb molta generositat han permès indagar en el fons de les seves pràctiques i concepcions.

Tanmateix, voldria deixar palès un profund regreïment a Enriqueta Bernaus, a la doctora Josefina Caminal i a Silvana Vogt per la lectura generosa i els seus savis consells. A la vegada donar les gràcies a Anna Ballart, a Marina Cabanis i a Xavi Comas pels arranjaments en la forma. I de manera molt especial a Romi Porredon per la pacient i minuciosa correcció final.

Per tancar i cloure la introducció vull remarcar que, malgrat que aquesta recerca ha estat un procés individual d'aprenentatge, de reflexió i de maduració professional i personal, sense l'equip de professorat que m'ha acompanyat en la trajectòria docent, el canvi de paradigma en l'EUI Vall d'Hebron i aquesta tesi no haguessin estat possibles.

Darrere de tot projecte sempre hi ha persones obertes als canvis, amb capacitat per a superar les dificultats, per a dialogar i, sobretot, amb una gran professionalitat que ajuda a suplir amb imaginació les mancances de recursos de tot tipus.

A totes elles i ells, moltes gràcies!

CAPÍTOL 1. ELS ANTECEDENTS QUE HAN FET POSSIBLE AQUESTA TESI.

PREGUNTES I OBJECTIUS

Per donar a entendre millor l'interès pel tema d'estudi, es fa imprescindible explicar els antecedents que han fet possible la decisió per un doctorat en Pedagogia, malgrat que la meva formació i desenvolupament professional era en Ciències de la Salut.

1.1. EL MEU CONTEXT PROFESSIONAL

El juliol del 1973 vaig començar a treballar al complex sanitari que avui porta el nom d'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Actualment és el primer complex hospitalari de Catalunya i un dels més grans de l'Estat espanyol. Compta amb 1.400 llits, reuneix pràcticament totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques i acull diferents centres docents universitaris, entre ells, l'Escola Universitària d'Infermeria.

La titularitat de l'EUI Vall d'Hebron l'atorga l'Institut Català de la Salut i a nivell docent està adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona.

L'activitat professional dels darrers vint anys l'he desenvolupat en l'entorn de la formació infermera a l'EUIVH: els deu primers, com a professora responsable de l'assignatura d'Infermeria Mèdico-Quirúrgica i del departament del mateix nom, i els deu següents compaginant la docència amb el càrrec de Cap d'Estudis.

Per entendre el meu procés d'aprenentatges i desaprenentatges que he hagut d'adquirir fins arribar al pensament pedagògic actual, intentaré explicar alguns dels aspectes que considero rellevants d'aquests anys de pràctica docent.

Em vaig decidir per la docència quan en portava aproximadament tretze com infermera assistencial en l'àrea pediàtrica. I ho vaig fer sense una preparació metodològica prèvia. El professional docent que es necessitava a l'Escola havia de tenir coneixements d'Infermeria Mèdico-Quirúrgica, i amb mi, ho tenien bastant garantit. Venia amb una experiència d'anys com a infermera assistencial i havia fet la llicenciatura de medicina.

Amb aquest currículum en vaig tenir prou per accedir a dedicació plena a l'Escola com a professora. Se suposava que si sabia el "què" havia d'explicar, ja m'espavilaria amb el "com" ho faria.

El cert és que sempre m'havia sentit segura amb els coneixements que volia transmetre. Tenia coneixements suficients sobre l'anatomia, la fisiopatologia, els tractaments, les cures i dominava la terminologia professional. M'agradava el bon "feed back" amb els estudiants i sortia airosa dels dubtes o qüestions que se'm plantejaven. Els anys de treballar en l'assistència m'havien estat un bon recurs a l'hora d'exemplificar qüestions poc entenedores. Estava contenta amb el desenvolupament de les classes i amb l'avaluació que em transmetien els alumnes i exalumnes, anys després de passar per l'escola. Malgrat això, em preguntava sovint si el que impartia i la respectiva avaluació, era el que tocava en el context d'infermeria. Aquest qüestionament era un reflex del ser conscient que deixava per a l'aprenentatge en les pràctiques clíniques el rol autònom del tenir cura³, i que a les classes expositives posava l'èmfasi en els aspectes de la malaltia i del seu guariment, i no tant en el rol propi dels cuidatges, que considerava més pròpies d'altres assignatures.

El curs acadèmic 2002-2003 la direcció de l'EUI Vall d'Hebron va decidir estructurar el currículum per competències mitjançant l'estratègia docent de l'Aprenentatge Basat en Problemes⁴. Aquesta decisió es va prendre després d'un procés d'avaluació per part de l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (AQU) feta en el curs 1999-2000 i d'un Pla Estratègic per veure la viabilitat i el futur del centre l'any 2000.

El procés d'avaluació ens va donar un instrument de reflexió sobre la pròpia realitat del que teníem, del que fèiem i de com ho fèiem, alhora que ens va permetre revisar ordenadament aquelles qüestions que, per quotidianes, entren en dinàmiques de rutina i afecten el resultat final. El projecte de Pla Estratègic va ajudar a analitzar les fortaleses i les debilitats del centre, així com les oportunitats i les amenaces de l'entorn.

³ Tenir cura és un acte essencial per a la vida que no és exclusiu de la infermeria, sinó que continua sent el nucli de moltes relacions humanes. És una atenció que es fa servir en dos sentits diferents però alhora relacionats:

a) **Tenir cura d'algú o proporcionar atenció**, que implica que dues persones estan connectades per la responsabilitat que té una de donar resposta a les necessitats de l'altra. Aquest tipus de tenir cura es dona entre persones desconegudes, que sovint no comparteixen la seva història, i tenen lloc en un context normatiu.

b) **Preocupar-se, interessar-se**. Aquí el significat de tenir cura és el de sentir-se compromesa amb una altra persona amb la resposta que comporta el fet de preocupar-se per l'altre. Dóna importància a la relació, a l'afecte, a la franquesa i a l'atenció de les necessitats de la persona atesa. Això no té res a veure amb les diferents tasques atribuïdes a les infermeres, sinó amb la seva actitud davant l'altra persona, la que rep l'atenció. Aquest significat de tenir cura ha anat adquirint importància en el discurs de la infermeria dels últims vint anys.

⁴ Aquesta experiència ha quedat palesa en la publicació que tot l'equip docent va desenvolupar:

- Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron (2007). *Història de un cambio: Un currículum integrado con el parentizaje basado en problemas*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana.

Aquests dos processos varen ser puntals per adonar-nos que en una societat tan canviant com l'actual -en què els problemes de salut, els socials i els culturals són d'una gran complexitat- ens cal que els estudiants adquireixin habilitats per saber destriar la informació que sigui rellevant per tal de transformar-la en coneixement i aquest coneixement aplicar-lo en: el "saber fer", el "saber estar" i el "saber ser".

Alhora, les mirades al nord d'Europa que havia possibilitat el programa Erasmus, ens van fer sentir amb la responsabilitat i l'entusiasme suficient per afrontar un canvi en el procés d'ensenyança-aprenentatge més acord amb les demandes d'una societat que, com diu el Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya (Oriol, 2003)⁵, requereix professionals flexibles i amb capacitat per d'adaptar-se a un entorn canviant i que al llarg de la seva vida professional haurà d'estar preparat per modificar la seva manera de treballar, per modificar el seu àmbit de treball, i per identificar-se com a gestors de les necessitats del pacient per ajudant-lo a afrontar la malaltia, el dolor i la mort.

Cal deixar constància que tot això succeïa l'any 1999 i encara no havíem sentit a parlar de la Convergència Europea per a l'Educació Superior.

El repte que es plantejava era d'una transformació profunda i el nostre interès es va centrar en l'Aprenentatge Basat en Problemes perquè se sosté en un paradigma docent centrat en l'aprenentatge de l'estudiant i no en l'ensenyança del professor, perquè potencia més les competències que l'estudiant ha d'adquirir, perquè requereix d'una formulació més concreta dels objectius en lloc dels programes de les assignatures i, també, perquè possibilita l'aprenentatge i el raonament del coneixement que es posseeix de la mateixa manera que es fa en la pràctica professional.

Fruit d'aquest procés d'anàlisi i consens, els professionals docents de l'EUI Vall d'Hebron, vàrem tenir el coratge que, segons Medina (1999)⁶, s'ha de tenir per "revolucionar" un currículum d'infermeria en el sentit kuhnià del terme i en el qual es produeixen canvis fonamentals:

...La revolució del currículum d'Infermeria s'ha produït quan una comunitat de professores i professors han pres consciència de les insuficiències o anomalies que es troben subjacents en les concepcions i pràctiques tradicionals en l'educació infermera, i, en conseqüència, defensen i comparteixen una nova cosmovisió de la

⁵ Oriol, A. (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

⁶ Medina, J.L. (1999) *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes.

seva pràctica educativa que és incompatible amb la que era dominant fins aquell moment. (p.147)

Els processos de canvi són únics atès que els bagatges personals i institucionals tenen la seva especificitat històrica en cada cas. En aquest, les docents han estat un element cabdal en el context i el test del canvi. Com recull Medina en la cita anterior, gràcies que les docents estàvem sensibilitzades i amb capacitat per assumir el risc, avui podem parlar d'haver estat pioneres en la manera de formar infermeres⁷, cosa que de ben segur ens conduirà a una nova manera de construir els seus sabers.

Així doncs, des de l'any 2002 i després d'un període de formació de tot el professorat, d'haver experimentat la innovació amb una prova pilot, a l'EUI Vall d'Hebron, el currículum no s'estructura desglossat en assignatures, sinó que allò que ens guien són les competències i els objectius per assolir-les.

El canvi més gran que s'ha experimentat integrant el currículum ha estat el fet de deixar d'utilitzar les classes expositives com a eix central per a la transmissió i adquisició de coneixement

1.1.1. L'eix motivacional per fer el doctorat

En aquesta experiència innovadora hi he estat compromesa des del principi com a docent i, fins fa dos anys, com a Cap d'Estudis, coordinant la gestió acadèmica i la coherència metodològica amb les diferents estratègies utilitzades per a la consecució dels objectius. Ha estat precisament aquest compromís i les ganes d'avaluar el procés i les repercussions d'aquest canvi metodològic, més enllà de les opinions subjectives i personals, el que m'ha suscitat l'estímul necessari per engrescar-me a iniciar un doctorat en l'àmbit de la pedagogia. I també, les ganes d'aprofundir en el binomi ensenyança aprenentatge per a fonamentar i justificar el que estava desenvolupant en la meua pràctica docent.

Si bé és cert que sempre ha planejat la necessitat d'infermeres doctores per tal que la disciplina infermera tingui un espai com es mereix en la universitat, jo no sabia trobar l'al·licient que em motivés prou per complir amb aquest compromís corporatiu. Però, un

⁷ Seguint usos internacionals, en aquest treball utilitzaré el terme infermera per anomenar als professionals d'ambdós sexes. Pel que fa a les docents i a les exalumnes també utilitzaré majoritàriament el femení donat que configuren el noranta per cent dels dos col·lectius.

canvi tant de soca-rel com el que hem experimentat amb l'ABP, m'ha aportat la motivació i la força per tal d'aprofundir més en els sabers d'aquest àmbit.

Per sintetitzar-ho en un sol eix argumental, puc dir que l'estímul principal es troba en la voluntat personal i intel·lectual d'aprofundir en l'aspecte subjectiu del procés que es produeix entre docents i discents, a fi d'analitzar la coherència de la docència en la formació infermera. I a partir d'aquí, si s'escau, arribar a tenir criteris clars de millora en el camí de l'ensenyament i l'aprenentatge.

1.1.2. Els aprenentatges

En la meva tasca docent, l'adopció de l'ABP ha representat l'oportunitat de formar-me en la vessant de la pedagogia, cosa que mai m'havia ni imaginat ni proposat. De fet, he descobert que, com diu Lena Börjeson (1995)⁸, deixar d'aprendre és una cosa gairebé impossible d'aconseguir perquè cada dia aprenem, fins i tot quan som adults i després d'arribar a edats ben avançades; ja que aprendre és tan natural com respirar, sempre que un s'hagi donat a si mateix les condicions idònies. Però, he de reconèixer que, en el meu projecte de vida, no hi havia entrat mai de fer un doctorat en l'àmbit de la pedagogia.

Pel que fa als aprenentatges previs a la recerca -els que atribueixo als tres primers anys de doctoranda i fins que no vaig obtenir el Diploma d'Estudis Avançats voldria deixar clar que des de bon començament vaig veure que havia d'encarar els aprenentatges assumint el repte de fer un doctorat en una disciplina de la qual tan sols en coneixia la vessant d'una pràctica que havia sustentat a imatge de com a mi m'havien ensenyat.

Aviat em vaig adonar que el fet de no tenir la base dels referents teòrics de la Pedagogia em dificultava entendre la terminologia i seguir alguns discursos per aprofitar de manera correcta les sessions de classe. El destí és atzarós i em feia experimentar la situació inversa que m'havia portat a fer docència. Com ja he deixat dit, havia estat exercint de docent perquè coneixia a fons la disciplina -encara que no en tenia pràctica- i ara em trobava que s'havien invertit els termes: optava per un doctorat en pedagogia perquè portava molts anys de pràctica docent, però no en coneixia la teoria.

⁸ Börjeson, L. (1995) *Motivar-nos els uns als altres: idees i consells per a tothom que treballa en formació*. Barcelona: Ediciones Cúmulus.

Em va ser d'utilitat trobar resumides i reunides en un sol llibre "*Les Pedagogies del Segle XX*"⁹: el llegat d'onze autors representatius de les pedagogies innovadores. Conèixer-los era començar a tenir referents emblemàtics, que em permetia conèixer millor els teòrics de la disciplina, com ho són en infermeria V. Henderson, D. E. Orem, H. Piplo, J. Watson o M. Leninger entre altres.

En les seves idees i utopies sempre hi buscava aquelles que em podien ajudar a sustentar la meva pràctica. Tot ho llegia sota el prisma de l'Aprentatge Basat en Problemes. Sentia la necessitat d'aprofundir en tot allò que estava relacionat amb el mètode que m'havia portat a fer el doctorat i poder reflexionar per entendre'l millor.

La primera similitud la vaig trobar en l'*Humanities Curriculum Project (HCP)* de L. Stenhouse. El tret que em va fer identificar-lo amb el nostre projecte (evidentment salvant les distàncies) és el fet de ser un model d'aprenentatge amb petit grup i amb la figura del moderador neutral que no transmet certesa, sinó que orienta a explorar-la; així com també les propostes que destaca de dignificar els processos d'ensenyança i aprenentatge com uns espais d'intercanvi vital i cultural, on les persones que hi participen reconstrueixen el seu pensament, les seves actituds i els comportaments.

El plantejament de les classes que feia Stenhouse¹⁰ amb la idea del "*moderador neutral*" i la de no transmetre certesa, ha estat també la primera similitud més propera al canvi de rol del professor expert d'una matèria determinada al de tutor d'ABP. La idea que el docent o bé és un expert o ha de ser un aprenent com l'estudiant, em reforçava el paper d'aquest tutor d'ABP que tant preocupa els docents de la meva escola, en haver d'integrar les diferents disciplines (experteses) del currículum.

Amb Stenhouse havia fet la meva particular troballa, però em sentia amb la necessitat de començar pels fonaments. I si aquests en docència són l'aprenentatge, em calia conèixer de quina manera s'aprèn. I així va ser com amb John Dewey¹¹ vaig descobrir que aprendre és aprendre a pensar i que aquest pensar no constitueix un procés mental aïllat, sinó que és qüestió de com s'utilitza i es manipula el que s'observa. També vaig detectar, de quina manera les actituds (una mentalitat oberta, l'entusiasme i la responsabilitat)

⁹ VVAA (2000). *Pedagogias del siglo XX. Cuadernos de Pedagogía. Especial 25 anys*. Barcelona: Cisspraxis. El fet d'estar estructurat com a llibre de divulgació em va permetre gaudir d'aquesta lectura en el sentit de conèixer d'una manera amena i apassionant les biografies següents: Maria Montessori, F. Ferrer i Guàrdia, John Dewey, F. Giner de los Rios, Celestin Freinet, A.S. Neil, A.S. Makarenko, Jean Piaget, Loenzo Milani, Paulo Freire i Lawrence Stenhouse.

¹⁰ Explicat per Ivor Goodson & Barry MacDonald.(2000) *Un día en el aula. ¿Por qué luchan?* Pedagogías del siglo XXI. Cuadernos de Pedagogía. Especial 25 años. Barcelona: Ciss. Praxis, 11, 150-151

¹¹ Dewey, J. (1993) *Como pensamos: Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. (Traducció de Marco Aurelio Galmarini). Barcelona: Cognición y desarrollo humano. Paidós.

influencien en la capacitat d'educar el pensament, i de la importància del mètode en la formació d'hàbits per a un pensament reflexiu.

M'adonava que el que havia constatat com a tutora d'ABP ara ho evidenciava a la bibliografia, fet que em reafirmava que la informació no és suficient per adquirir coneixement, sinó que aquest es dona quan hi ha la capacitat de transferir-lo d'una situació a una altra. I que, en la construcció del coneixement, s'hi han d'implicar tant les habilitats intel·lectuals com les emocionals, que poden facilitar-lo o inhibir-lo.

Posteriorment i en aquesta mateixa línia, Geralt M. Nosich (2003)¹² i Brockbank i McGill (2002)¹³ m'han ajudat a saber elaborar una guia més pràctica de com fer preguntes per a un pensament analític de les situacions que utilitzem en l'ABP.

Per anar teixint una base de coneixements, sabia que havia de conèixer millor els pilars que sustenten el constructivisme, atès que tots els autors que havia consultat emmarcaven l'ABP sota aquestes bases psicològiques i filosòfiques. I, certament, després de llegir bàsicament a Cèsar Coll (2002)¹⁴ tenia més clars els aspectes d'aquest corrent, que considero molt proper a la nostra pràctica.

Aquests primers anys de doctoranda m'han enriquit en el procés de maduresa personal i professional. He fet nous aprenentatges i n'he identificat molts per desaprendre. Avui entenc d'una altra manera la meva tasca docent i tinc unes altres prioritats pel que fa a habilitats i els sabers que s'han de tenir per guiar i estimular els estudiants. Sé mirar més enllà "*del paisatge estret del punt de mira d'un canó*" que Forcano¹⁵ utilitza com a metàfora en un vers d'un dels seus poemes que m'ha ajudat a qüestionar-me un seguit de dubtes. Saber si amb el pas dels anys la meva pràctica docent ha millorat:

- Tot i semblar més caòtica és més coherent?
- La tolerància i la proximitat amb criteris clars estimula els estudiants?
- Les habilitats que desenvolupo ajuden que l'estudiant aprengui a aprendre gestionant la incertesa de contextos inestables?

¹² Nosich, G. M. (2003). *Aprender a pensar. Pensamiento analítico para estudiantes*. Madrid: Pearson Educación.

¹³ Brockbank & McGill. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Ediciones Morata

¹⁴ Coll, C. (2002). *El constructivismo en el aula*. (13ª ed.). Barcelona: Graó.

¹⁵ Com dir-li pa a la llavor del blat / roure a un aglà, o gerra al fang que algú trepitja, / parlar ara de la mort. / Viure és només omplir aquest entremig, / entre el cel i la terra / una au que vola. / **Habitem només el paisatge estret del punt de mira d'un canó** .

Manuel Forcano (Corint 2000)

Avui, després del procés de canvi que he viscut a l'Escola i dels aprenentatges i reflexions fetes en el decurs del doctorat, tinc clar que ja no necessito l'ordre, la rigidesa i l'estructura d'aquells primers temps de docent.

Ara, si hagués de tornar a fer una classe expositiva, posem per exemple sobre l'esclerosi múltiple, em plantejaria començar amb l'anàlisi de les vivències i dificultats que tenen el malalt i la seva família per adaptar-se a viure amb els hàndicaps de la malaltia. En comptes d'iniciar-la amb una exposició sistematitzada: concepte, etiologia, epidemiologia, cures i atencions, etc. m'atreuria a encetar l'estudi amb el fragment del poema de Miquel Martí i Pol¹⁶, amb l'objectiu que els estudiants analitzessin els condicionants que poden portar a continuar sent un ésser tan creatiu malgrat el desordre del seu cos. I a partir d'aquí analitzar i estudiar la resta de coneixements.

Una mirada humanística em sembla una bona manera per encarar les cures infermeres. Tanmateix, abans m'era inversemblant dedicar temps a reflexionar, en l'espai d'una programació atapeïda d'una assignatura de caire biomèdic i amb un paper preponderant de tots els aspectes fisiopatològics i terapèutics, que ningú no dubta que una infermera ha de conèixer per a poder cuidar.

Així mateix, el que ara puc assegurar és que, malgrat les programacions i la manca de temps per tal de donar tot el temari, prioritzaria el procés d'aprenentatge, la reflexió i la qualitat dels respectius coneixements, a la quantitat d'aquests últims. En definitiva, i com postula Edgar Morin, he passat del paradigma d'atapeir els estudiants d'informació i sabers, al fet que posseeixin coneixements ben estructurats i els sàpiguen utilitzar per a ser competents a l'hora que hagin de resoldre problemes.

He volgut deixar palès els aprenentatges que he mirat d'analitzar de la fase prèvia a la recerca, tot i que es fa difícil anar del passat al present i destriar-ho de les vivències pràctiques.

Reflexionant sobre els aprenentatges, em pregunto com saber diferenciar els aprenentatges que he fet en la formació reglada del doctorat dels que són fruit del canvi que he viscut amb l'ABP. O dit d'una altra manera, hauria après el mateix sense

¹⁶ *T'espera un llarg hivern de renúncies pactades / amb tu mateix, per fer més netament tangible/ la clara solitud que et gronxola com una / música molt suau, nostàlgica i amiga./ Benigna, la tristor no t'abalteix;/ pots, doncs, considerar-te discretament feliç,/ discretament perdut entre la gent que et volta./ No et queixis gens; espera només que els déus, prudents / i generosos, dictin les seves lleis i acull-les./ generós tu també, amb una gran tendresa.*

Miquel Martí i Pol: *Un hivern plàcid*, 1994

l'experiència de canvi viscuda? Pregunta que es fa també Luagina Mortari¹⁷ quan reflexiona sobre el saber que ve de l'experiència:

Podem dir que ens trobem amb un saber que neix de l'experiència quan les idees i les estratègies que l'estructuren constitueixen la forma emergent d'una pràctica de reflexió al voltant del que s'ha viscut., l'experiència es troba allí on allò viscut va acompanyat de pensament. El saber que ve de l'experiència és, per tant, el que es manté en una relació pensant amb el que s'esdevé, el de qui no accepta un estar en el món segons els criteris de significació donats, sinó que va en la recerca de la seva pròpia mesura. (p.155)

Els aprenentatges fruit d'aquesta recerca els emmarco en els aspectes metodològics i en les dificultats inherents al fet d'*aprendre fent*. Posar en ordre les pròpies idees d'una manera més metòdica, saber moure'm en la immensitat de la informació publicada i llegir-la amb sentit crític, contextualitzar-la en el temps i en l'espai, tenir clar que els canvis s'han d'analitzar i avaluar per a poder-los sustentar. Tanmateix, i des d'una altra vessant, he de reconèixer que aquell *aprendre fent* aplicat a la redacció de la tesi m'ha suposat comprovar que escriure és un reescriure constant i, per tant, una riquesa personal valuosa en el context comunicatiu.

A la vegada també he après a **desaprendre** aspectes que havia anat sedimentant al llarg de la meva trajectòria professional de docent, com a transmissora de coneixements concrets en què m'hi sentia experta.

Medina (2003)¹⁸ parla dels desaprenentatges com aquell mètode reflexiu de qüestionament o problematització crítica de la realitat, que ajuda a examinar les estructures teòriques que cada persona ha assimilat. En parla també com un procés individual i/o col·lectiu de cercar nous significats i de sentits innovadors. En definitiva, es tracta d'accedir a altres lògiques i maneres per tal de tenir una visió que vagi més enllà del que està establert en l'engranatge institucional i professional.

En aquest anar descobrint un enfocament pedagògic multimetodològic que requereix una competència tutorial d'acompanyament en l'adquisició d'habilitats per aprendre a aprendre, he hagut de desprendre'm de dogmes i tòpics que tenia molt arrelats.

¹⁷ Mortari, L. (1999) Tras las huellas de un saber. Dins de: Diotimia (Ed.), *El perfume de la maestra: en los laboratorios de la vida cotidiana* (pp. 157-181) Barcelona: Icària.

¹⁸ Medina, J.L. (2003). La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. *Educare21*, oct. 2003-núm1. Disponible a <http://www.enfermeria21.net/educare/> Consultat el 8 de maig de 2008

1.2. LES PREGUNTES DE RECERCA I ELS OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquesta recerca és detectar i descriure quina influència ha tingut el canvi de paradigma adoptat a l'EUI Vall d'Hebron, tant en la pràctica docent de les professores que han estat involucrades en la seva implementació, com en la professionalitat de les infermeres exalumnes que s'hi van formar.

Al llarg d'aquest recorregut amb l'ABP, s'han anat forjant un entramat de preguntes i reflexions que han servit per a perfilar els objectius més específics d'aquest estudi.

Les preguntes més freqüents són les següents:

1.2.1. Quant al rol docent

Quins aspectes qualitius afegix aquesta nova manera de fer docència?

A hores d'ara tots els autors que parlen de l'ABP ho fan sota l'eix vertebrador d'una metodologia que treballa amb l'argument de "l'aprendre a aprendre". Per fer-ho es basen en un enfocament multimetodològic i multididàctic en què hi tenen un paper rellevant l'autoaprenentatge i l'autoformació; és a dir, que es troba emmarcat en una concepció constructivista (Barrows¹⁹, 1985, 1986, i 1992; Savery & Duffy²⁰, 1995; Iglesias²¹, 2002).

Els fonaments teòrics del constructivisme es situen a partir de Piaget amb la teoria genètica del desenvolupament intel·lectual, segons la qual, el coneixement és el resultat de la interacció entre la dotació inicial amb què neixen els humans i la seva capacitat transformadora de l'entorn²². Així doncs, el coneixement no és quelcom que es produeix sense cap raó, sinó que en tractar-se d'un procés d'adaptació, es dona com a resposta a una necessitat i, per encarar-s'hi, necessita modificar els seus coneixements anteriors. Si no es fa així, no es podrà resoldre l'esmentada dificultat. Per això el coneixement és un procés de creació i no de repetició.

¹⁹ Barrows, H.S. (1985). *How to design a problem-based learning currícula for preclinical years*. Nueva York: Spring.

- (1986). A taxonomy of problem-based learning methods. *Medical education*. 20 481-486.

- (1992). *A problem-based learning in secondary education and the Problem-Based Learning Institute*. Springfield, Illinois: Southern Illinois University School of Medicine.

²⁰ Savery, J.R. & Duffy, T. (1995). Problem-based learning: an instruccional model and its constructivist framework. *Educational technology* 35 (5), 31-38

²¹ Iglesias, J. (2002). El Aprendizaje Basado en Problemas en la formación inicial de docentes. *Perspectivas*, 32 (3), 1-17

²² Altres teories sobre les que se sustenta el constructivisme són les del processament humà de la informació; la d'assimilació i aprenentatge significatiu d'Ausubel; la sociocultural de Vygotski; la de l'educació escolar com a pràctica social i socialitzadora, i, per últim, en els components afectius, relacionals i psicossocials del desenvolupament i de l'aprenentatge.

Probablement l'ABP sigui un dels millors exemples d'aprenentatge constructivista. El problema, que el grup d'estudiants treballa en la tutoria, serveix d'estímul per a la descoberta dels principis i conceptes que els conduiran a l'explicació del fenomen succeït. L'objectiu d'aquest treball en grups reduïts és promoure que hi hagi l'oportunitat d'aprendre dels altres, ja que, en aquesta posada en comú, els estudiants confronten les seves idees amb opinions alternatives dels altres. Aquesta contraposició de punts de vista o d'informació alternativa, permet una riquesa d'aprenentatge col·laboratiu entre iguals.

Si volem tractar d'explicar-nos com es produeix l'aprenentatge entre iguals, encara hem de recórrer a la influència de la psicologia genètica (Duran, 2002)²³. És sabut que, per a Piaget, el subjecte és un constructor del seu propi coneixement, resultat de la interacció entre el que ja coneix i el que encara ha de conèixer. En aquest procés, d'interacció amb els altres, es produeix una confrontació de punts de vista que condueixen a un conflicte social que provoca una millora de la comunicació, una presa de consciència i un reconeixement dels punts de vista dels altres.

D'altra banda, també hi ha un conflicte cognitiu, decisiu perquè es puguin reexaminar les idees pròpies, modificar-les i rebre retroalimentació dels altres. Després d'aquesta activitat constructivista es retorna a l'equilibri, disposant d'esquemes revisats, cognitivament més potents i, com a resultat d'això, s'obtindrà coneixement (Piaget, 1990)²⁴.

Què ens queda de la tradició docent, amb què ens hem estat formant i hem format durant anys? Estem canviant els nostres valors pedagògics? Aquestes preguntes em vénen sovint quan identifico "tics" que encara són presents en l'imaginari individual i col·lectiu del procés d'ensenyança-aprenentatge centrat en el professor que ensenya.

Com expliquem les pors que tenim que els estudiants no aprenguin "prou" o "tot" o "tant" com quan teníem el control de l'assignatura? Pot ensenyar-se "tot"? Com gestionem la quantitat de coneixement que es genera en les disciplines de ciències de la salut? Per afrontar totes aquestes qüestions, hem d'afegir més objectius d'aprenentatge als programes d'estudi o, com diu Branda (2001b)²⁵, posar més l'èmfasi als principis i

²³ Duran, D. (2002). *Tutoria entre iguals: processos cognitivo-relacionals i anàlisi de la interactivitat en tutories fixes i recíproques*. Tesi doctoral. Departament de Psicologia de l'Educació. UAB.

²⁴ Piaget, J. (1990) *La equilibración de las estructuras genéticas. Problema central del desarrollo (2ª ed.)*. Madrid: Siglo XXI.

²⁵ Branda, L. (2001). Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. A: Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. *Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*: Organización Panamericana de la Salud (pp. 79-101).

conceptes relacionats amb aquests coneixements i a desenvolupar habilitats per a aprendre a aprendre?

Hem de fer conscients als alumnes i a nosaltres mateixes que un problema no pot ser tractat com un element aïllat i invariable, que els canvis tècnics, socials i culturals poden modificar completament els plantejaments i les solucions; que poden existir diferents maneres d'abordar un mateix problema i que tot això està subjecte a un aprenentatge continuat al llarg de tota la vida, a més de tenir clar que aquest aprenentatge és una responsabilitat pròpia que han/hem d'assumir estudiants i docents. És l'assumpció que hem d'aprehendre -cadascú en el seu rol- per ser ètics i coherents en el que ara s'anomena "la societat de l'aprenentatge".

En aquest camí que fem plegats, els docents hem de guiar i acompanyar l'estudiant que compregui i aprengui principis, i sigui capaç d'aplicar-los a les situacions o als problemes que haurà de tractar com a professional o com a investigador.

Però, quines són les habilitats del rol facilitador i per a l'avaluació formativa? Com hem anat o com anem construint significats a tot el que fem sense una experiència prèvia en què ens puguem emmirallar?.

Com hem anat o com anem construint coneixement individual i col·lectiu de les nostres actuacions? Què ens motiva a canviar i què a no fer-ho? Quin perfil de tutor/a estem institucionalitzant?

Podem identificar, de manera inductiva, les habilitats o competències necessàries perquè una acció tutorial sigui fidel al paradigma docent que promou el mètode ABP? Quina formació és necessària per assolir el rol de tutor/a expert? Què defineix un bon tutor? Quins són els desaprenentages que costen més? Quina és la formació idònia per a la formació contínua en el marc de l'ABP?

Si es pot aconseguir de contestar aquestes preguntes, es podrà argumentar quin és el perfil del tutor d'ABP que s'està institucionalitzat a l'EUI Vall d'Hebron. En fer-ho, es tindran elements per a l'anàlisi i, si cal, adaptar la formació d'inici del professors novell, i la continuada dels més veterans.

El **primer objectiu** que es proposa i que es deriva del fet de voler indagar sobre el pòsit que ha deixat el canvi de paradigma en les docents de l'EUI Vall d'Hebron és el següent:

Identificar i descriure els canvis i les transformacions que s'han produït en les creences i en les pràctiques de les professores que han passat d'impartir classes expositives a ser tutores de l'Aprenentatge Basat en Problemes.

1.2.2. Quant a les competències professionals de les infermeres formades amb l'ABP

Es parteix del supòsit que una formació amb la metodologia docent de l'ABP ha de donar eines i recursos metodològics per a desenvolupar un perfil de professionals més eficients i eficaços en la resolució dels problemes de salut de les persones. Ho perceben així? Són conscients del canvi de paradigma de la seva formació? Saben mobilitzar el seu potencial de coneixements, habilitats, actituds i valors davant situacions noves que requereixin de la competència infermera? Aprendre a partir de problemes, redueix el hiat teoria-pràctica?

Un currículum estructurat amb problemes ens ha de conduir a trencar amb la racionalitat tècnica²⁶ que ha definit Schön (1987)²⁷.

Aquesta racionalitat, segons Medina (2005)²⁸, *satura i dóna sentit a les pràctiques de les professores d'Infermeria*. I també ha de ser un bon punt de partida per tal d'adquirir habilitats d'anàlisi de situacions i contextos singulars, inestables i ambigus. Schön (op.cit.), sosté que els problemes no es presenten amb estructures ben organitzades sinó com a situacions poc definides, desordenades i relacionades amb un entramat complex de factors. Sovint, una situació problemàtica apareix com si fos un cas únic i aquest no encaixa amb les tècniques i teories conegudes per resoldre'l. A part del fet singular, hi ha zones indeterminades de la pràctica, com la incertesa i el conflicte de valors, que s'escapen dels cànons d'aquesta racionalitat.

²⁶ La racionalitat tècnica defensa la idea que els professionals de la pràctica solucionen problemes instrumentals a través de la selecció dels mitjans tècnics més idonis. Els problemes instrumentals ben estructurats es resolen aplicant la teoria i la tècnica que es deriva del coneixement sistemàtic, preferiblement científic.

²⁷ Schön DA. (1998). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.

²⁸ Medina, JL. (2005b) *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.

Un aprenentatge integrador com l'ABP permet que les experiències de salut es vegin des de totes les vessants (biològiques, psicològiques, socials i culturals). En no fragmentar la visió de la persona per assignatures, hi ha una quantitat d'interaccions i interferències que fan endinsar l'estudiant a experimentar la incertesa que suposa veure els problema des dels diferents angles. Aquesta visió de la realitat necessita de la cerca dels sabers que li permeten aproximar-se a la complexitat del problema.

Una formació que té com a punt de partida problemes o situacions, permet experimentar l'aprenentatge de la mateixa manera que ho farà en la pràctica professional: contextualitzant i integrant els sabers per a proporcionar cures d'infermeria a persones que viuen una experiència de salut-malaltia. Fer-ho així ha de donar una solidesa de coneixements i argumentacions per tal que les infermeres puguin reflexionar "sobre l'acció" i, si cal, replantejar les estratègies d'actuació.

En el mateix fil conductor de la pràctica professional, i considerant que la pràctica sense teoria és cega i rutinària, i que la teoria sense una pràctica que la justifiqui és estèril i buida d'erudició, un currículum integrat i estructurat a partir de situacions o problemes del dia a dia del treball infermer, ha d'apropar la històrica distància teoria-pràctica. La distància entre el que s'ensenya a les escoles i la pràctica que realitzen un gran nombre d'infermeres en el nostre país és excessiva (Alberdi & López, 2009)²⁹.

L'última pregunta, pel que fa a les competències professionals, es fonamenta en l'observació següent: si durant els tres anys de Diplomatura, les infermeres formades amb l'ABP han fet una gestió autònoma del seu aprenentatge, com a professionals seran més autònomes en la gestió de les cures infermeres?

Amb tots aquests interrogants, el **segon objectiu** que es planteja quant a les professionals formades amb ABP és el següent:

Identificar i descriure les fortaleces i les debilitats competencials que perceben les professionals de la primera promoció de l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, que es van formar amb el mètode integrat per competències mitjançant l'Aprenentatge Basat en Problemes.

²⁹ Alberdi, R. & López, C. (2004). Espacio enfermero vs Espacio europeo. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (10), 712-716.

En la introducció ja s'ha comentat que s'aprofitarà el contacte amb les exalumnes de la primera promoció formades amb ABP, per a saber si les estratègies que donen suport al mètode els han estat útils per al progrés dels seus aprenentatges.

Atès que posar-se en contacte amb una promoció de tres anys anteriors no és una cosa fàcil, s'aprofitarà l'ocasió per a recollir el màxim de dades del seu desenvolupament professional, amb l'objectiu de fer-ne un seguiment al llarg del temps, i fer l'anàlisi de com s'estan desenvolupant aquestes infermeres a curt i llarg termini.

Per tant, un resultat secundari (més que no pas un objectiu) és que, d'aquest treball, s'espera poder establir un lligam amb bona part d'aquestes exalumnes, cosa que permetrà poder seguir-les amb més facilitat que la que s'ha tingut fins ara.

1.3. JUSTIFICACIÓ DEL TEMA

1.3.1. Analitzar l'experiència: una necessitat d'ètica professional

En la cultura formativa dels últims temps, els canvis, emanen de la revisió de paradigmes d'una formació adient per a un aprendre a aprendre al llarg de la vida. El fet d'haver d'adaptar-nos a noves situacions socials, ens ha fet entendre la rellevància d'uns estudis que s'assentin en l'adquisició de competències que sobrepassen els coneixements específics d'una disciplina. I així és, com a les universitats no solament els toca transferir els coneixements consolidats, la seva esfera reconeguda d'especialització, sinó que també han d'estimular i permetre que es desenvolupin qualitats tant valuoses com són: la capacitat d'anàlisi i síntesi, la dependència de criteri, la curiositat, el treball en equip i l'habilitat per comunicar-se. I tot això, fent ús de la barreja innovadora dels nous enfocaments d'ensenyament i aprenentatge.

L'adopció d'un currículum integrat per competències i mitjançant l'ABP ha comportat un canvi sense precedents en el nostre entorn. Per fer-ne una anàlisi és necessari posar el punt de mira en la transformació profunda que ha suposat passar d'un paradigma docent centrat en el professorat i en els continguts dels programes de les diferents assignatures a un altre que se centra en els estudiants i en les competències i habilitats bàsiques que aquests hauran d'haver adquirit en obtenir la titulació.

Investigar aquest context de canvi pot ser tan apassionant com extens, si es té en compte tots els analitzables i analitzadors possibles que emergeixen d'aquesta experiència.

Segons Lapassade (citada per Petit, 1984)³⁰ un analitzador és tot el que fa sorgir la veritat del que està ocult. El "tot" fa referència al grup, a la persona, a la situació, a l'esdeveniment, als resultats, etc. En aquesta línia, els docents i els discent són analitzadors naturals perquè amb la seva paraula i amb els seus comportaments possibiliten qüestionar el que està constituït en l'organització.

Així és com, el que es considera cabdal en aquest canvi és: el que han viscut, pensen, senten i diuen les professores i les infermeres que varen ser les primeres a adaptar-se (les primeres) i diplomarse (les segones) a l'EUI Vall d'Hebron amb el nou paradigma docent.

Tot i tenir una troncalitat de Pla d'Estudis comuna, cada universitat, escola o equip docent, ha anat configurant una manera de fer en funció de com s'entén el procés ensenyança aprenentatge i de com es situen les docents en el seu rol. Així ha estat com s'han anat desenvolupant models docents que han esdevingut punts de referència d'altres. Els referents o punt de mira de l'EUI Vall d'Hebron han estat els centres que utilitzaven una manera pròpia de fer docència amb el *Problem Based learning* (PBL) i que es varen conèixer gràcies als intercanvis de professorat amb universitats del nord d'Europa. Amb aquesta manera d'ensenyar i aprendre, que porta implícit la integració, es tenia l'oportunitat idònia per formar infermeres per competències, amb una visió multidisciplinària i holística que és el que la professió infermera necessitava.

En formar infermeres per competències a partir del perfil professional, s'ha trencat amb el model d'assignatures i aquest ha estat un canvi molt arriscat i revolucionari. Si bé la concepció clàssica de les assignatures comporta un coneixement parcialitzat i dificulta la necessitat real d'una visió integradora per a l'exercici professional, aquesta era la cultura amb què ens havíem instal·lat el professorat i l'alumnat.

Les competències ajudaven a donar sentit al "què" ha de saber una infermera, "com" i "per a què". Una vegada definits els objectius per poder-les assolir, l'ABP podia ser molt útil a fi de donar coherència a les necessitats sorgides amb un model integrat per competències i aprendre dels problemes, complexos i multidisciplinàries, de la vida real amb què s'afronta la infermera.

En el model d'ensenyança aprenentatge de l'EUI Vall d'Hebron per competències i amb l'ABP, l'estructura curricular ha canviat. Tot i mantenir el mateix pla d'estudis, els

³⁰ Petit, F. (1984). *Psicología de las organizaciones: introducción a sus fundamentos teóricos y metodológicos*. Barcelona: Herder.

programes de les assignatures no es contemplen com a tal sinó com una integració dels objectius que han de permetre adquirir les competències professionals a l'estudiant sobre la base d'un perfil infermer. La integració de la totalitat del currículum és el que ha fet singulars l'experiència de l'EUI Vall d'Hebron respecte d'altres experiències que utilitzen l'ABP.

Com ja s'ha introduït en l'apartat dels antecedents, el canvi va venir donat per una avaluació externa i un pla estratègic intern. Ambdós processos conclouïen amb unes recomanacions, que la direcció va traslladar en propòsits i objectius, però no es va definir l'estratègia d'avaluació posterior quant als resultats competencials de les infermeres.

Si bé el procés de canvi ha estat marcat per una valoració i retroalimentació constant pel que fa al procés i resultat de la docència (objectius formatius, estratègies d'avaluació, rol del tutor)³¹ no es contemplava l'avaluació dels resultats a llarg termini. S'era conscient que si la raó de ser de l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari eren els processos i els resultats de l'ensenyament i de l'aprenentatge, més endavant aquesta tornaria a fer una avaluació i es podrien visualitzar i comparar els canvis donats.

Però, per a saber quina empremta ha deixat un aprenentatge per competències feta amb una estratègia docent que promou l'autonomia en la gestió de l'aprenentatge, ens calia una valoració i alhora una reflexió amb la distància necessària per comprovar si els esforços i els recursos emprats, tant en els docents com en l'alumnat, ho justificaven.

³¹ Prova d'això està en les temàtiques de les presentacions que han fet les docents en els **congressos internacionals de docència**:

- Carulla, MT., Montenegro, L., Torrens, R.M., Zapico, F. Blanco, R. Cònsul, M. (2004). *Aprendiendo a ser tutor en el aprendizaje Basado en problemas. Una experiencia de la Escuela Universitaria de Enfermería Vall d'Hebron*. Presentat al 3r. Congrés Internacional de Docència Universitària a Girona.
- Quintanilla, M. Bernaus, E. Guillaumet, A. (2004). *Aprendiendo a resolver problemas en la práctica clínica*. Presentat al 3r. Congrés Internacional de Docència Universitària a Girona.
- Cònsul, M. Bernabeu, MD. (2004). *Hacia la convergència europea a través de la innovación con el Aprendizaje Basado en Problemas*. Presentat al 3r. Congrés Internacional de Docència Universitària a Girona.
- Llompart, MP. (2006). *Opinió dels estudiantssobre la innovació pedagògica amb l'aprenentatge Basat amb problemes*. Presentat al 4r. Congrés Internacional de Docència Universitària a Barcelona.
- Blanco, R., Juanola, MD. Llompart, MP. Zapico, F., Montenegro, L., Cònsul, M., et alt. (2006). *Formación de los docentes para la implementación del Aprendizaje Basado en Problemas en la EUE Vall d'Hebron de Barcelona*. Congrés Internacional sobre Problem Based Learning a Lima (Perú).
- Juanola, MD., Blanco, R., Llompart, MP. Zapico, F., Fernández, A., Bernaus, A. et. alt. (2006). *Implantación del Aprendizaje Basado en Problemas en el Currículum de Enfermería*. Congrés Internacional sobre Problem Based Learning a Lima (Perú).
- Blanco, R. Juanola, MD., Cònsul, M., Torrens, RM., Llompart, MP, Zapico, F. Et. alt. (2006). *Recursos didácticos para la implementación del Aprendizaje Basado en Problemas en la EUE. Vall d'Hebron de Barcelona*. Congrés Internacional sobre Problem Based Learning a Lima (Perú).

Els canvis són un procés i no un esdeveniment que ho transforma tot d'un dia per l'altre. I l'equip docent estava tan immers en el procés d'innovació que li va faltar visió, eines i estratègies per a produir el mateix canvi en l'avaluació de la competència dins el context professional de les pràctiques clíniques. Dit d'una altra manera, el context real de la pràctica infermera és tan complex, el teníem tan allunyat de la teoria i tan impregnat de la cultura de la racionalitat tècnica, que necessitàvem estar més segures del que fèiem a nivell teòric per a traslladar el canvi en l'aprenentatge de les pràctiques clíniques. No ho podíem canviar tot de cop. No estàvem preparades ni crec tampoc que fos possible. Començàvem per un canvi tan gran que ens calia pair-lo bé abans de plantejar-nos-en d'altres. Es requeria temps i molta pedagogia a les infermeres assistencials que alhora són tutores de l'aprenentatge pràctic.

A mesura que ens hem anat convencent que el canvi produïa l'efecte desitjat en la docència i en les competències transversals, ens hem sentit més segures per a justificar canvis en la manera d'ensenyar i aprendre, i defensar com aquests canvis repercutien i col·laboraven a millorar la pràctica. És a dir, podíem explicitar el nostre convenciment que l'estudiant es feia hàbil a l'hora d'analitzar i prioritzar la resolució de problemes infermers integrant sabers, analitzant valors, interessos i expectatives de les persones que constitueixen la realitat de la pràctica.

La innovació en la pràctica (tot i que no era explicitada), la consideràvem en la mesura que l'estudiant es feia competent cercant informació i integrant-la en les concepcions i accions pràctiques a partir d'un problema real. Això, per si mateix, ens atansava molt més a la pràctica infermera que amb la docència per assignatures. Si bé l'objectiu immediat (i per tant els recursos) no es va centrar a innovar l'aprenentatge pràctic de la clínica, les habilitats que l'estudiant adquiria amb l'ABP eren directament traslladables a l'aprenentatge pràctic. Diríem que, en utilitzar problemes de la pràctica infermera per a l'adquisició de coneixement teòric fora de la pràctica, *"s'admetia que la teoria infermera sols pot ser aquella estructura conceptual que guia i orienta les pràctiques de les infermeres que cuiden"* (Medina, 1999, p. 110)

Alhora, les docents, en cercar i treballar objectius a partir de problemes reals de la pràctica infermera, ens apropàvem tant en el llenguatge com en la prioritat de les accions proposades. Com diu Medina (op. cit):

"La teoria ha d'estar informada per les experiències de la realitat(...). Una teoria d'Infermeria ha de descriure, interpretar i oferir elements per la comprensió no d'una Infermeria imaginària, especulativa o ideal sinó de la pràctica virtuosa i experta de la infermera. Aquest tipus de teoria hauria de ser el que s'utilitza com a

contingut curricular de tal manera que la pràctica informi la formació infermera de la mateixa manera que la formació ha intentat influir en la pràctica". (p. 111)

Tenint en compte que l'art i la ciència d'infermeria s'adquireixen bàsicament mitjançant el contacte directe amb les persones que viuen una experiència de salut, cal tenir clar que l'aprenentatge i la competència s'han de demostrar amb les habilitats que es posen en joc en el marc de l'assistència com són: a) comunicar-se de manera efectiva amb les persones ateses; b) treballar amb l'equip assistencial reconeixent els límits de la pròpia competència i mantenint els principis i valors de l'ètica del rol infermer; c) reconèixer i documentar de manera objectiva les necessitats biopsicosocials específiques de la persona atesa i d) per dur a terme les activitats d'infermeria basades en els principis d'una pràctica reflexiva. Aptituds que es treballen en l'aprenentatge mitjançant l'ABP i que pretenen una visió didàctica ontològicament diferent a la racionalitat tècnica de què proveníem.

Tal i com s'ha comentat anteriorment, com a docents teníem i tenim elements per a defensar i justificar la potència, les virtuts, els inconvenients i dificultats d'un programa teòric integrat amb l'ABP, però ens faltava saber quina/quines repercussions havia tingut el canvi de paradigma en els actors socials (alumnes i docents) més enllà de la formació bàsica.

Crec que aquesta és la clau de la justificació d'aquest estudi: sentir-me amb la responsabilitat professional i ètica de donar comptes dels esforços socials esmerçats en un projecte ambiciós que no podia quedar avaluat solament en el procés d'ensenyar aprendre, amb la certificació final dels estudis o en la satisfacció dels estudiants. El projecte de l'EUI Vall d'Hebron necessitava informar dels canvis produïts en la cultura de les docents i les repercussions en la professió infermera en un termini de temps, que situava en els tres anys d'experiència professional per a les exalumnes. Aquest condicionant definia el temps d'experiència de les docents que, la suma dels tres anys de la formació bàsica d'aquesta primera promoció, sempre les distanciaria.

Conscient de la dificultat d'avaluar cada una de les dimensions de la competència tan docent com de la infermera assistencial, s'ha optat per cenyir-la en l'avaluació que fan, docents i discents, des de la perspectiva que dona el pas del temps en les experiències viscudes.

Aquest és un primer nivell de recerca que pot obrir més portes, una vegada localitzats i documentats la majoria d'exalumnes que s'han avingut a participar en aquest treball. El fet de ser els primers ens ha marcat i ens ha fet sentir protagonistes d'una experiència

que, amb el canvi de pla d'estudis i de titularitat de l'Escola, pot donar elements suficients per justificar que un ensenyament centrat en qui aprèn, requereix d'una estructura diferent a la que tenen establerta les Universitats per a calcular els recursos de tota mena.

A la vegada també, ens pot fer adonar de quins elements necessita la formació infermera per a gestionar la complexitat que li és inherent. Fins i tot percebre si el fet de treballar a partir de problemes infermers, ens consciència les docents i les discents de les dimensions del rol que ens és propi.

CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC

El context que requereix ser revisat i precisat per a establir amb claredat l'abast de cadascun dels objectius i resultats d'aquest treball, s'ha agrupat en dos pilars bàsics:

El primer pilar fa referència a **la dimensió del canvi d'ensenyança-aprenentatge realitzat a l'EUIVH**. D'aquesta dimensió, s'ha de destriar: a) les característiques que defineixen el canvi, b) les competències docents que s'hi desenvolupen i c) el canvi de cultura consegüent a la innovació produïda.

El segon, se centra en la concepció de **l'Aprenentatge Basat en Problemes** com a estratègia que fa possible el desenvolupament d'un currículum integrat per competències.

Ambdues parts s'han anat argumentant en forma de diàleg entre el que diuen les teories, que per a mi han estat significatives, i els elements que han configurat el canvi metodològic que he viscut com a docent.

Per tal de seleccionar i lligar tot aquest entramat argumental s'ha intentat articular un diàleg coherent i adient amb el que es preten estudiar.

2.1. LA DIMENSIÓ DEL CANVI D'ENSENYANÇA-APRENETATGE REALITZAT A L'EUI VALL D'HEBRON

Sense pretendre arribar a un de estudi minuciós, però sí amb la convicció de que cal aclarir els conceptes claus que guien aquest treball, en el primer apartat, s'analitza el concepte "tenir cura de les persones" per a situar la formació infermera a dia d'avui, sense perdre de vista com hi ha influenciat el recorregut històric de les infermeres docents i assistencials que ens han precedit. Fer-ho així, és més per una necessitat d'entendre el que som a partir dels orígens que ens han configurat, que per posicionar-me en una concepció concreta.

En el segon apartat, s'explica el context del canvi de l'EUI Vall d'Hebron. En ser precisament aquest el que s'investiga s'ha d'intentar tenir-lo com a marc, però sent conscients que, tot i que s'ha de mirar des de dins, ho hem de fer amb una visió tan objectiva com ens sigui possible. Això ens porta de manera ineludible a descriure els condicionants que han fet possible el canvi de model i de paradigma d'un tipus

d'ensenyament cap a una formació integrada i per competències. En definitiva, el que ens ha conduït de "l'ensenyament a l'aprenentatge" en el currículum d'infermeria que, des del curs 2002, s'hi desenvolupa.

En el tercer apartat, i a partir del que són i com s'entenen o entenc el concepte de competències, s'analitza les que configuren la professió d'infermeria i la seva complexitat. I, a partir de les evidències, emmarcar els nivells competencials que s'han establert per a la pràctica professional infermera. Fer-ho així ens permet de tenir una referència clara i comprovar a quin nivell estan situats els/les exalumnes de la primera promoció de l'EUI Vall d'Hebron que es van formar en el canvi.

2.1.1. Tenir cura de les persones: nucli central del ser infermera.

"Cuidar la vida, és aquest art, veritable creació,
que des del naixement fins a la mort,
participa del misteri de la vida que es busca,
de la vida que brolla, la vida que lluita,
de la vida que es para, de la vida que acaba".

Missatge de Marie- Françoise Collière rebut després del seu traspàs.³²

Entre molts altres aspectes, la condició humana es caracteritza per ser vulnerable. Aquesta vulnerabilitat es defineix com ser finit, exposat a l'erosió, a la ferida i a ultratges, a la malaltia, al sofriment i a la mort. I, cuidar és la resposta humana a la fragilitat i vulnerabilitat de les persones (Torralba, 2002)³³. L'activitat de cuidar tot i no ser un patrimoni exclusiu d'una professió, sí que constitueix l'element essencial de la infermeria (Torralba,1999)³⁴. Així doncs, tenir cura d'algú d'una manera organitzada i fonamentada s'ha anat constituint com la disciplina infermera o ciència dels cuidatges.

"Cuidar és ajudar, acompanyar, capacitar, escoltar, estimular, relacionar, assessorar, reconèixer, estar amb l'altre quan ens necessita i adaptar-se a les necessitats de cada moment" (Fajardo & German, 2004, p.10)³⁵.

³² Moraga, M. & Collière, M.F. (2005). El arte de cuidar la vida. *Revista ROL de Enfermería*. 28(4), 266-268.

³³ Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid : Institut Borja de Bioètica-Fundación Mapfre Medicina.

³⁴ Torralba, F. (1999). Lo ineludible humano. *Labor hospitalaria*. 253. Juliol, agost, setembre.

³⁵ Fajardo, M.E. & German, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros invisibles. *Índex de Enfermería*. 13(46), 9-12.

Per Collière (1993)³⁶, cuidar és promoure la vida, és realitzar totes les activitats possibles encaminades a aquest fi i, també, promoure en les persones, famílies i comunitats que desenvolupin totes les seves capacitats per a respondre als canvis de salut.

Aquests cuidatges han estat íntimament lligats al paper social de la dona que, amb saviesa pràctica, dimensió tàcita i silenci femení ha perpetuat un saber difícil d'explicitar. La invisibilitat social de la dona ha fet de la coneixença i de l'art del tenir cura una herència transmesa sigil·losament de generació a generació. Pel que fa a aquest coneixement tàcit i saviesa pràctica, Sartori (2002)³⁷ afirma:

Hem i podem donar valor a la dimensió del saber de l'experiència, pensar-la, crear discurs, reconèixer-la i donar-li força i autoritat, però no podem il·lusionar-nos en traduir-la completament a les formes objectivades del coneixement. (...) Un saber pràctic no viu per ell mateix, no es pot fixar d'una vegada per sempre, no es converteix en objecte, es manté personalment amb les formes de la tradició, amb la relació directa, viva i presencial. (...) Donar-li autoritat significa portar a primer pla una manera de vida, una estructura de relacions, una forma de mediació del saber i del vincle social i no un simple contingut de saber mantingut a l'ombra. (p.131)

El camp disciplinar teòric de les infermeres es comença a desenvolupar a mitjans segle XIX, liderat per infermeres dels Estats Units i del Canadà, que es van basar en tres paradigmes o corrents de pensament (Kérouac, 1996)³⁸:

- *La categorització* d'orientació bàsicament biomèdica, centrat en la malaltia i en la salut pública.
- *La integració*, centrat en la persona i sustentat en teories i models de les necessitats humanes com les de V. Henderson, D. Orem i C. Roy.
- *La transformació*, centrat en la teoria de sistemes, com el de M. Rogers i el de l'escola del "caring" de les autores J. Watson i M. Leninger.

La diversitat de perspectives teòriques es donen perquè les respostes humanes són diverses i complexes, alhora que les professionals tenen les seves pròpies preferències i seleccionen teories que els són coherents amb la seva pròpia ètica, els seus valors, la seva formació i la seva història personal i professional (Meleis, 1994)³⁹.

³⁶ Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

³⁷ Sartori, D. (2002). Decir, desvelar, mostrar. Dins de: Diotímia (Ed.), *El perfume de la maestra: en los laboratorios de la vida cotidiana* (pp. 93-132) Barcelona: Icaria.

³⁸ Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

³⁹ Meleis, A (1997). *Theoretical nursing : development and progress*. (3a. ed.). Philadelphia: Lippincott.

L'any 1971 Virgínia Henderson, una de les infermeres més paradigmàtiques de l'era moderna, defineix d'aquesta manera la funció infermera: ajudar la persona sana i malalta, en la realització d'aquelles activitats que contribueixin a la seva salut, a la recuperació, o a una mort tranquil·la, que la persona realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat i el coneixement necessari. L'ajuda ha d'anar encaminada a fer que la persona adquireixi l'autonomia tan aviat com sigui possible (Mariner, 2007)⁴⁰. Aquesta definició encara és vigent avui dia, com ho és també el seu model basat en les catorze necessitats humanes, que s'utilitza en la majoria dels centres assistencials i escoles del nostre entorn.

Els estudis d'infermeria han estat influenciats pel recorregut històric. Els canvis esdevinguts en els últims 100 anys han estat notables i importants per a la vida i salut de les persones. A mitjans segle passat, i com a conseqüència del desenvolupament industrial i tecnològic, s'ocasiona un gran desenvolupament dels hospitals i del concepte mateix de salut, fenomen que fa néixer la necessitat de professionalitzar les cures.

En el nostre context, tots aquests condicionants van propiciar que l'any 1955 aparegués el primer pla d'estudis d'Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS). En aquest, la formació (supeditada a ser ajudant del metge) s'orienta a la malaltia i es tecnifica la pràctica. La docència passa a dependre de les facultats de medicina que verifiquen les matrícules i responsabilitzen els metges de la formació teòrica. Aquestes circumstàncies i condicions aprofundeixen les desigualtats i les relacions històriques de poder entre ambdues professions.

La ideologia ultraconservadora de la postguerra, la relació estat/església i el condicionant de gènere, han estat també característiques influents en el desenvolupament de la professió infermera. Els estudis d'ATS femenins s'impartien obligatòriament en règim d'internat (cosa que no era condició obligatòria per al masculí), i s'hi impartien de manera obligatòria classes de religió i moral. En la mesura que la societat aconsegueix desfer-se d'aquests lligams, també ho fa la professió infermera, que després de reivindicacions aferrissades i justificades, l'any 1977, els estudis d'infermeria passen a ser universitaris. Aquesta entrada a la Universitat ha estat un repte necessari, ja que és en aquest context que és possible millorar la formació i desenvolupar la professió científicament i professionalment. A partir d'aquí, es canvien els plans d'estudis, s'enfoquen els continguts cap a les cures infermeres, apareix l'àrea de coneixements "Infermeria" i

⁴⁰ Marriner, A., Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Science.

s'enceta un procés de cerca d'identitat i d'autonomia professional, que encara continua viu avui en dia.

S'està d'acord amb Medina (2005a)⁴¹ quan afirma que entrar a la universitat ha comportat la reflexió teòrica per a sustentar les bases de la infermeria com a disciplina científica i que s'ha difós molta més producció teòrica, però que ens ha portat també a un cert distanciament entre la teoria i la pràctica, en comptes de plantejar reptes alternatius per tal d'apropar-les.

Les dificultats en les relacions entre docència i assistència obstaculitzen que es tradueixin els discursos disciplinaris per aconseguir unes cures infermeres excel·lents. Fent una anàlisi d'aquest distanciament Alberdi & López (2004, op.cit) troben que els factors que bàsicament el condicionen es concreten en dos: les pròpies professionals que exerceixen i l'entorn on es realitza la pràctica. És a dir, el sistema sanitari. Creiem que s'hi ha d'afegir, també, el fet que les docents estiguem fent exclusivament docència, cosa que ens allunya cada vegada més de la realitat assistencial.

Pel que fa a les professionals a què es refereixen Alberdi & López, bàsicament les posiciona en dues tendències: unes són les que, tot i reconèixer que el seu objectiu professional sigui cuidar, se situen en l'àmbit d'una orientació tecnològica i consideren que la seva aportació professional més important gira al voltant del rol col·laborador amb el diagnòstic i tractament mèdic; i altres, perquè tot i tenir present el rol col·laborador, són aquelles que se senten identificades amb la visió del tenir cura i basen el seu exercici professional a potenciar el benestar de les persones quan aquestes no poden o no saben fer-ho per elles mateixes. La convivència d'aquestes dues tendències distorsiona la identificació del model professional perquè a més està present en tots els àmbits d'actuació assistencial i també en el docent.

I quan al sistema sanitari (i sense dubtar de l'alta qualitat científica i tècnica quan la curació és possible), el seu model continua centrat en el tractament i la prevenció de la malaltia més que en la promoció de la salut o la qualitat de vida. En aquest model el que preval és la preparació tècnica per a realitzar tècniques i procediments complexos per al diagnòstic i el tractament de les malalties. En aquest context organitzatiu, les infermeres assistencials tenen una sobrecàrrega de tasques relacionades al rol de col·laboració, i això genera que, en l'ordre de prioritats, les activitats del "tenir cura" quedin relegades en un segon pla. Així és com aquestes cures queden condicionades a si resta temps per

⁴¹ Medina, J.L. (2005a). Las preguntas. El difícil equilibrio académico y profesional en la España "pre-europea" (I) *Revista ROL de Enfermería*. 28(2):87-90.

dedicar-s'hi, o bé es deleguen a les auxiliars d'infermeria, que cada vegada més estan suplint aquest espai perdut per les infermeres. Això propicia i perpetua que el rol propi d'infermer es vagi fent invisible fins i tot per a les pròpies infermeres.

Tot i aquest context de dificultats, fora injust no reconèixer que s'han produït canvis en la manera d'entendre la formació de les infermeres i la realització de les pràctiques. Però també cal de tenir present que s'ha anat construint camí de bracet amb les estructures científiques i socials predominants en cada moment i ens hem impregnat del paradigma positivista que posa l'èmfasi en la raó com a font de coneixement, independentment de la pràctica que es realitzi, en la solució dels problemes sense tenir en compte la seva naturalesa i en fragmentar la realitat en parts manipulant-les de manera independent, en contraposició a la visió holística de la persona.

Malgrat adonar-nos-en, en els plans d'estudi s'ha anat reproduint l'esquema de la fragmentació dels sabers en assignatures i decantant el pes específic sobre el contingut teòric i no tant en el desenvolupament de la competència en la pràctica. D'aquesta manera, se segueix mantenint la històrica distància entre la teoria i la pràctica.

Zapico (2005)⁴² afirma que la professió infermera ha avançat en els últims anys pel pas dels estudis a la Universitat i perquè s'ha passat d'una formació centrada en les tècniques clíniques de cura i tractament mèdic a una de dirigida a la promoció i prevenció en la història natural de salut i malaltia, i fent ús de programes específics d'ajuda, de cures, de gestió i d'investigació. També, perquè les pràctiques infermeres estan relacionades amb el procés de resolució de problemes i presa de decisions. Segons aquesta autora, *"les activitats dels cuidatges són difícils d'identificar perquè s'emmarquen en idees abstractes (models d'infermeria), normalment fruit de tesis doctorals i poc experimentades en la realitat del dia a dia infermer"* (p.281). Tot i això, arriba a la conclusió, que comparteixo plenament, sobre les accions que ens ajuden a identificar i donar significat al concepte de "què és cuidar". I ho concreta així: ajudar les persones a centrar-se en els seus propis recursos per aconseguir de nou la seva autonomia en la presa de decisions sobre la seva salut i, per tant, sobre la seva vida.

La professió infermera ha anat evolucionant tal i com ho han fet les diferents escoles o corrents de pensament que, segons les bases filosòfiques i científiques permeten

⁴² Zapico, F. (2005). *Avances en la pràctica de la profesión enfermera. Visiones de una misma realidad*. Tesis doctoral per a l'obtenció del títol de Doctora en Ciències Socials i Salut. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona.

agrupar-les en sis tipus: de les necessitats, de la interacció, dels efectes desitjats, de la promoció de la salut, de l'ésser humà unitari i la del *caring*. (Kéroac 1996 op. cit.)

- *L'escola de les necessitats* concep la disciplina infermera segons els models que centren els cuidatges en la independència de la persona, en la satisfacció de les seves necessitats fonamentals o en la capacitat perquè dugui a terme les autocures. Les autores que els representen són Virgínia. Henderson i Dorothea Orem. Les concepcions que han contribuït en el desenvolupament d'aquest corrent han estat la jerarquia de les necessitats de Maslow i les etapes de desenvolupament d'Erikson.
- *L'escola de la interacció* entenen els cuidatges com un procés interactiu entre la persona que té necessitat d'ajuda i la que és capaç d'oferir-li. La infermera, per a ajudar l'altra persona, ha de clarificar els seus propis valors, fer-se servir de manera terapèutica i comprometre's amb els cuidatges. En aquest corrent, cuidar és una acció humanitària i no mecànica. L'autora més representativa és Hildegard Peplau que, en tenir una formació en psicologia, va integrar les característiques de diferents models d'intervenció terapèutica.
- *L'escola dels efectes desitjables* considera que l'objectiu dels cuidatges infermeres és restablir un equilibri, l'estabilitat i l'homeostàsia o preservació de l'energia. Està inspirada en les teories de l'adaptació i de desenvolupament, i en la teoria general de sistemes. L'autora més representativa és Callista Roy que concep la persona com un ser biològic, psicològic i social que està en interacció constant en un entorn canviant. L'adaptació de la persona depèn dels estímuls que està exposada i a la seva capacitat per adaptar-s'hi.
- *L'escola de la promoció de la salut* amplia els cuidatges a la família que aprèn de les seves pròpies experiències de salut. L'autora més representativa és Moyra Allen. Per a ella, la salut d'una nació és el recurs més preuat i les persones, les famílies i les comunitats tenen la motivació necessària per aspirar sempre a una salut millor. Per Allen, cuidar de la salut és una actuació que s'aprèn per descobriment personal i la participació activa en el clos familiar.
- *L'escola del ésser humà unitari* ha aconseguit donar significat a l'holisme de les persones, tot i que l'autora representativa d'aquesta tendència, Marta Rogers, evita el terme holisme per l'ús indegut que se n'ha fet. Prefereix reconèixer la persona com a un ésser unitari, que és més gran que la suma de les parts. I així parla de la persona com un camp irreductible d'energia que es caracteritza per patrons. Per a Rogers, la disciplina infermera és alhora una ciència i un art. Una professió que s'aprèn. Altres

autores com són Margaret Newman i Rosemari R. Parse hi han aportat fonts filosòfiques, extretes de l'existencialisme i de la fenomenologia.

- *L'escola de caring* és el corrent de pensament més nou i sembla que reemplaça els enfocaments basats en la promoció, la prevenció i la restauració de la salut. Les promotores d'aquesta escola són Jean Watson i Madeleine Leininger que creuen que les infermeres poden millorar la qualitat dels cuidatges si s'obren a dimensions com ara l'espiritualitat i la cultura.

L'evolució de les diferents escoles permet veure com s'ha anat desenvolupant el pensament infermer. Les primeres se centraven en la satisfacció de les necessitats i els conceptes principals eren els de "salut" i el de "persona". L'escola de la interacció posa l'èmfasi en els "cuidatges" descrits com un procés relacional quasi sempre per satisfer les necessitats de la persona en relació amb la salut. La dels efectes desitjables i la de la promoció de la salut ho fan de nou en el concepte de "salut" com a ideal que s'ha d'aconseguir mitjançant l'acció de tenir cura de la persona que es troba en interacció amb el seu entorn. Les dues últimes marquen un canvi important en traslladar el paradigma de la integració⁴³ amb el de la transformació⁴⁴, i destaquen el concepte de *caring* com aquell cuidatge que engloba tant els aspectes científics, humanístics, instrumentals i expressius com els seus significats.

El terme anglès *caring* està configurat pel conjunt d'elements inseparables els uns dels altres en el moment de cuidar com són: científics, humanístics, instrumentals, comunicatius i d'interpretatius. (Kérouac, 1996 op. cit.). Per a Leininger i Watson (citades per Kérouac) el *caring* és també facilitar i ajudar les persones respectant-ne els valors, les creences, la forma de vida i la cultura.

Si bé la meua experiència com a infermera assistencial i docent està marcada per l'escola de les necessitats i, concretament, en el model de Virginia Henderson, cada vegada em sento més propera a l'escola del *caring* i amb els deu factors que proposa Watson per a desenvolupar la ciència infermera:

1. La formació d'un sistema de valors humanistes i altruistes.
2. La inspiració de sentiments de creença i esperança.
3. La cultura d'una sensibilitat cap a un mateix i amb els altres.

⁴³ El paradigma de la integració ha inspirat l'orientació infermera cap a la persona. La diferència d'aquest paradigma amb el de la categorització (que l'ha presidit), rau en el fet que té en compte el context en què es produeix el fenomen per a poder arribar a comprendre'l i explicar-lo.

⁴⁴ La transformació, en l'evolució dels grans corrents de pensament, considera que un fenomen és únic, en interacció recíproca i simultània amb el món que l'envolta i que, per això mateix, el pot transformar.

4. El desenvolupament d'una relació d'ajuda i confiança.
5. La promoció i acceptació de l'expressió de sentiments positius i negatius.
6. La utilització sistemàtica del mètode científic de resolució de problemes en el procés de presa de decisions.
7. La promoció d'una ensenyança d'aprenentatge interpersonal.
8. La creació d'un entorn mental, físic, sociocultural i espiritual d'ajuda, protecció o correcció.
9. L'assistència en la satisfacció de les necessitats humanes.
10. El reconeixement de forces existencials, fenomenològiques i espirituals.

La majoria d'aquests factors són també determinants i necessaris en la formació i la relació que, com a docent, s'estableix amb les estudiants. El seu desenvolupament complet es considerat bàsic perquè es doni la coherència entre el que es predica i el que es fa.

Un aprenentatge centrat en l'estudiant i amb grups petits, permet formar infermeres des de la proximitat i fa possible també un *caring* que potencia els valors humanistes, la sensibilitat cap a les necessitats de l'altre, una relació de confiança que facilita l'ajuda per a progressar i un entorn en què puguem aprendre plegats docents i discents.

Amb un currículum integrat i donant la gestió del procés d'aprenentatge al propi estudiant es va més enllà de l'adquisició de coneixements. Al llarg de les últimes dècades les infermeres han fet un esforç tenaç per arribar al nivell de professionalització en els diferents àmbits de la salut, accedint a diferents espais professionals que exigeixen un alt grau de responsabilitat i d'autonomia. Les infermeres són crítiques i reflexives respecte la seva professió. No obstant això, Ramió (2005)⁴⁵ identifica la paradoxa que es manifesten passives i poc obertes al món. D'aquesta manera, les línies d'actuació i millora professional que s'han de promoure i potenciar són les que afavoreixin augmentar l'autoestima del col·lectiu infermer, créixer com a professió, i validar i ensenyar els efectes terapèutics que l'aplicació dels cuidatges produeix en les persones.

⁴⁵ Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral per a l'obtenció del títol de Doctora en Sociologia. Departament de Sociologia i Anàlisi de las Organitzacions. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales de la Universitat de Barcelona.

2.1.1.1. La complexitat de les cures infermeres

La malaltia és un esdeveniment de gran complexitat que augmenta a mesura que l'estat del pacient es fa més inestable i interacciona amb un entorn de cures, tractaments, hospitalitzacions, dinàmiques laborals i familiars també complexes.

S'està d'acord amb Rodríguez et al. (2009)⁴⁶, que les cures infermeres “*estan carregades d'incertesa, d'imprevisibilitat, de complexitat de contradiccions, de dinamisme, de conflicte i de valors; van dirigides a persones diferents que requereixen atenció individualitzada i són cures molt complexes que requereixen d'una concepció global de la persona*” (p.28). Així doncs, les activitats infermeres, es reconeixen com processos més complexos i més rics que no simples accions per eliminar els problemes o suplir les incapacitats, i estan definides com a mínim per tres característiques: la complexitat, l'holisme i el benestar.

També es comparteix la idea de San Martín (2008)⁴⁷ que la complexitat que caracteritza la disciplina infermera ens hauria de portar a desenvolupar coneixements amb una coexistència de paradigmes que reflectissin la complexitat que li és inherent.

Un altre factor a tenir molt present, és la influència que té l'entorn de treball marcat pels canvis, la rapidesa i la competitivitat, que se suma a la complexitat inherent a l'activitat professional de treballar amb persones. Teixidor (2005)⁴⁸ assenyala com a significatius:

- Els canvis derivats del procés de professionalització de la infermeria amb definició de nous camps d'actuació i el compromís de desenvolupar recerca.
- La rapidesa per la reducció de l'estada mitja d'hospitalització amb una rotació de pacients molt ràpida.
- L'envelliment de la població i amb la complexitat d'ajuda tant per la pluripatologia que porten associada com per les condicions socials dels cuidadors principals.

Avui dia també s'hi hauria d'afegir la complexitat d'entendre altres cultures i llengües plurals de les persones nouvingudes.

⁴⁶ Rodríguez, M., Martínez, E., Tovar, A., González, R., Goday, C., Garcia, J., (2009). Deconstrucción de la profesión enfermera desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza? *Revista ROL de Enfermería*. 32 (7-8): 504-510.

⁴⁷ San Martín-Rodríguez, L. (2008). Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería”. *Enfermería Clínica*. 18(5): 262-8.

⁴⁸ Teixidor, M. (2005). Humanització i gestió. Dins de: Màster en administració i Gestió de cures d'infermeria. (Ed.), *L'exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. (pp.53-72). Barcelona: Obra social “La Caixa”.

Aquest panorama de complexitat i entorn competitiu fa que es comparteixi amb l'autora, el fet de reivindicar que les infermeres tinguin *“competència tècnica d'alt nivell, màxima rapidesa d'actuació, capacitat d'anàlisi, intuïció, habilitats pedagògiques i de relacions, visió interdisciplinària i una atenció a la família i a l'entorn”* (p:55). I si en aquesta realitat de canvis i competitivitat no es pren consciència de que el temps és un dels recursos clau per cuidar, es pot caure en el parany de la fragmentació del treball per tasques o “cures puntuals” que perden de vista l'holisme i la complexitat que envolta la persona i el seu entorn. Cal entendre el concepte de “cures puntuals” com la incapacitat de percebre i de concebre allò que és global i més important: la complexitat dels problemes humans.

Així és que, per a l'educació del futur, ens cal aconseguir el principi d'un coneixement pertinent que, com diu Morin (2001)⁴⁹, es veu confrontat al problema d'una *“incongruència cada vegada més ampla, profunda i greu entre, els nostres sabers desarticulats, parcel·lats i compartimentats, i les realitats o problemes cada vegada més polidisciplinaris, transversals, multidimensionals, transnacionals, globals i planetaris. Aquesta incoherència fa invisibles: el context, la globalitat, la multidimensionalitat, i la complexitat”* (p.44).

Quan el paper de la infermera era el d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS), hi havia un concepte molt més clar del què s'havia de fer i d'ensenyar. En aquest rol, la infermera no tenia reconeguda tanta iniciativa, creativitat i llibertat per a qüestionar les seves pràctiques, i (com indicava el seu nom) es veia supeditada a ajudar tècnicament al professional (facultatiu) mèdic que requeria bàsicament d'habilitat tècnica per a la seva competència.

En l'actualitat, les accions infermeres es caracteritzen per ser polivalents, altament flexibles i amb un gran contingut d'interdisciplinarietat. Les variables de la incertesa sobre la malaltia i la seva repercussió en la qualitat de vida de les persones fan que la infermera hagi de ser competent a l'hora de reconèixer les manifestacions que dificulten un afrontament i adaptació adient. Es demana que tingui un pensament crític, una capacitat d'anàlisi, una competència tècnica i sensibilitat en el tracte comunicatiu. També ha de saber reconèixer les dificultats per programar i prioritzar les intervencions i tenir en compte els recursos més adients i les actituds ètiques per a satisfer les necessitats bàsiques de la persona atesa. I, enmig de tot això, sovint es troba amb el conflicte de la definició del seu rol.

⁴⁹ Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.

La definició del paper infermer és sens dubte un dels elements centrals que es troba encara per resoldre. Solució que ha de venir quan es defaci la tensió entre una demanda de serveis orientats a la solució de problemes de salut i un ampli desig de fer compatibles les cures amb l'assessorament i orientació sanitària.

L'augment de la quantitat i complexitat de la demanda sanitària està suposant una pressió important sobre la professió, que la duu a esforços addicionals sistèmics per atendre degudament els usuaris. Aquests esforços addicionals responen fonamentalment a característiques socials dels usuaris (entorn, llengua) i a la complexitat creixent de la demanda, cosa que excedeix les possibilitats professionals. (Rodríguez & Bosch, 2004, p.14)⁵⁰.

2.1.1.2. La infermeria del segle XXI

Quan l'any 1994 el grup d'experts de l'OMS⁵¹ es preguntaven els reptes de la infermeria més enllà de l'any 2000, apuntaven que, en dissenyar un model de formació, s'havien de tenir present les següents premisses:

- La manera com s'entén la professió d'infermeria, atès que les funcions i les tasques assignades condicionen la implementació d'unes determinades matèries d'estudi.
- La delimitació d'un corpus de coneixements propis de la infermeria pot implicar que totes les matèries pertanyin a aquest àmbit o que el pla d'estudis es nodreixi d'un conjunt de matèries diverses que provenen d'altres disciplines.
- La metodologia d'ensenyament no és un aspecte secundari pel que fa al contingut. Els objectius pedagògics que es volen assolir, els sistemes d'avaluació que s'utilitzen i els destinataris de la formació condiciona de manera significativa la seva elecció.
- Les infermeres de tots els nivells de l'exercici professional han de participar en la formulació de problemes d'investigació i en la pròpia realització de la mateixa.
- Els programes han de ser innovadors i que fomentin el pensament crític.

Però, per molt que hi hagi recomanacions i orientacions teòriques, *“la professionalitat es marca segons l'autonomia, és a dir, la possibilitat d'una actuació o intervenció basada en*

⁵⁰ Rodríguez, J. & Bosch, J. (2004). *Infermeres avui: Com som i com volem ser*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

⁵¹ OMS (1994). *La enfermería más allá del año 200. Informe de un grupo de estudios de la OMS*. Ginebra: OMS. Serie de informes técnicos; 842.

critèris propis, interns, que provenen d'una acreditació, d'una experiència i d'una autoritat o reconeixement en el camp o disciplina” (Ferrer, 2003, p.25)⁵².

La Llei 44/2003 de 21 de novembre, d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS) estableix un marc legal i competencial en tot allò referent al desenvolupament i desplegament de les professions sanitàries, en què s'especifica que la infermera exercirà **amb plena autonomia** tècnica i científica, i només amb les limitacions que determini la legislatura vigent i el codi deontològic. Les funcions s'orienten a la valoració i actuació per a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com en la prevenció de la malaltia i de les discapacitats.

Tot i que infermeria porta més de trenta anys a la Universitat i amb una llei que avala l'autonomia de les seves actuacions, aquestes sovint es situen entremig dels conflictes d'interessos entre les persones ateses i l'organització. Les necessitats humanes de les persones ateses requereixen d'una atenció d'acompanyament, ajuda o suplència i la institució requereix les infermeres per a tasques de diagnòstics altament tecnificats i tractament complexos de les malalties.

A aquesta realitat, cal sumar-hi que el reconeixement social de la pràctica infermera és escàs. És més valuós “curar” que “cuidar”, tot i que el primer no sempre és possible. L'escassa visibilitat dels cuidatges i de les persones cuidadores, repercuteix en la identitat i la imatge professional. Els *inputs* que reben les infermeres fan que no millorin l'autoestima i la percepció d'elles mateixes. L'any 1992 el 40% de les infermeres que van participar en un estudi estatal manifestava que no tornaria a elegir la infermeria com a professió. Una dècada més tard, el 55% de les que van participar en un estudi fet a la província de Barcelona⁵³ considera que *“la seva professionalitat i dedicació estan bastant ben valorades pels seus propis col·legues i els usuaris, però insuficientment valorades per l'organització i la societat”* (p.20).

Martínez (2005)⁵⁴ analitza la professió infermera i la seva ambivalència, i fa la següent consideració, amb què m'identifico plenament com a infermera assistencial que he estat durant quinze anys:

⁵² Ferrer, V., Medina, J.L, lloret, C. (2003). *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación*. Barcelona: Laertes.

⁵³ Conclusions de l'estudi sociològic de l'any 2004, promogut pel Col·legit Oficial d'Infermeria de Barcelona i realitzat per l'Equip d'Investigació en Professions i Organitzacions del Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona. Rodríguez, J. & Bosch, J. (2004, op. cit.).

⁵⁴ Martínez, J.R. (2005). Enfermería. Sencillamente complicado. *Revista ROL de Enfermería*. 28(4): 255-264.

Les infermeres som capaces d'adaptar-nos a les situacions més complexes, anòmales, estranyes i variades que se'ns pugui plantejar. Una infermera pot deambular per diferents serveis en un mateix dia. Dels més senzills, en aparença, als més complexos. Assimilar els avenços tecnològics més recents sense que la seva activitat pateixi alteracions. Adaptar la seva actuació professional a les diferents organitzacions de serveis.

No obstant, aquesta camaleònica predisposició o actitud, rarament és percebuda pels usuaris, valorada pels directius o estimada per les pròpies infermeres. Tot sembla tant senzill, o així ho fan veure, que queda oculta la gran dificultat de ser i actuar com una bona infermera. (p.16).

Tot aquest entramat exposa, a les infermeres, al "virus del desencís" que, si es contreu, afavoreix la desmotivació, la insatisfacció i a situacions de frustració professional. Per tot això, i per l'alta càrrega real i percebuda de responsabilitat laboral, la infermeria ha estat classificada per la *Health Education Authority* com la quarta professió més estressant (Carballo, 2005)⁵⁵

Potser la qüestió rau en el fet que, per buscar la pròpia identitat, s'ha de començar valorant les pròpies accions, deixar de sentir-se víctima de la història i de reconeixements professionals externs. I, des de la formació bàsica, posar l'èmfasi amb el que s'espera de la Infermeria i donar forma als sabers que vénen de la pràctica.

A més, no hem de perdre de vista que, des dels organismes competents, s'han de reconèixer i posar els recursos adients per tal de disminuir la vulnerabilitat a què està sotmesa la professió.

Més endavant, quan s'analitzi els graus d'expertesa de les infermeres, ens hi tornarem a referir.

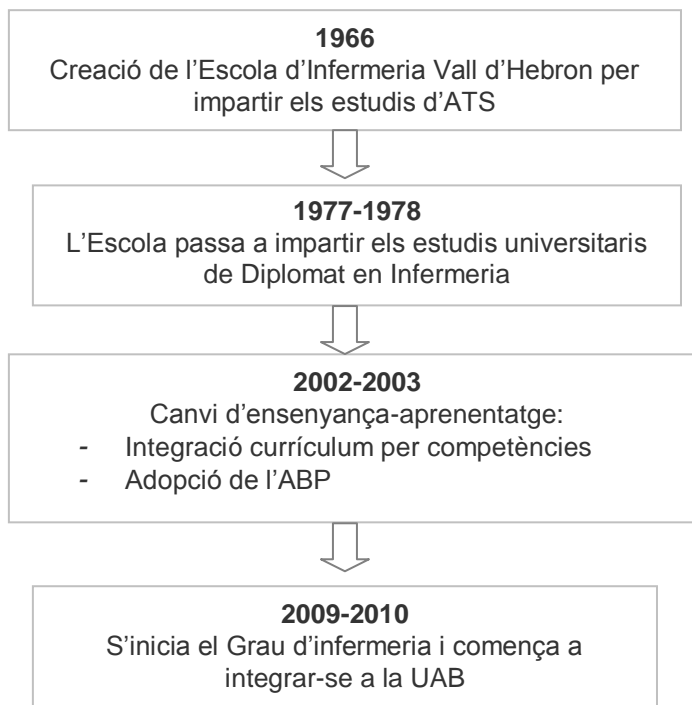
2.1.2. El context històric de l'Escola d'Infermeria Vall d'Hebron

La història de l'EUI Vall d'Hebron s'inicia l'any 1966 quan, gràcies al progrés tecnològic, especialització i universalització dels tractaments sanitaris, es construeixen hospitals gegantins que necessitaven infermeres ben preparades. La necessitat de cada gran hospital es resolia creant la pròpia escola de la qual sortien infermeres preparades amb programes dissenyats exclusivament per a satisfer les necessitats de cada hospital concret. Això creava diferències significatives entre la qualitat i el prestigi d'unes escoles amb les altres. Els propis metges dels hospitals s'encarregaven del contingut teòric i les infermeres monitores, del pràctic.

⁵⁵ Carballo, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Revista ROL de Enfermería*.28(4): 250-252.

Actualment l'escola de la Vall d'Hebron encara pertany a l'Institut Català de la Salut (ICS), però està en procés d'un nou canvi: els estudis de Grau i la integració a la Universitat Autònoma de Barcelona. Veure l'esquema de la història de l'EUIVH a la Fig 1.

Fig 1: Esquema cronològic de la història de l'EUI Vall d'Hebron



Des de bon començament i al llarg de la seva història, el model pedagògic utilitzat i desenvolupat a l'EUIVH, ha estat el d'un aprenentatge centrat en qui ensenya. Les classes expositives (magistral) tenien un gran protagonisme, i les avaluacions escassament formatives en ser bàsicament de tipus finalistes i punitives. Cal dir, però, que abans d'iniciar el canvi amb l'ABP, no es percebia res d'aquestes dues valoracions.

En el curs 1977/78 es transforma en escola universitària per impartir la Diplomatura d'Infermeria com a centre adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona.

En la dècada dels noranta, l'Escola s'incorpora a la Ret per al desenvolupament de la formació de les infermeres europees i al Programa Europeu Sócrates-Erasmus. Aquests dos programes varen permetre intercanvis de docents i estudiants amb universitats d'Escòcia, de Finlàndia, de Suècia, d'Holanda, d'Irlanda del Nord, d'Itàlia, de Turquia, de Bèlgica i de la República Txeca.

Gràcies a aquests intercanvis, es va tenir l'oportunitat de compartir experiències amb altres docents i de conèixer i observar altres pràctiques de gran interès del procés ensenyança aprenentatge. Entre elles, l'Aprenentatge Basat en Problemes que va

captivar per l'essència constructivista i perquè es veia com una eina útil per a la formació de futurs professionals. Aquests s'hauran d'afrontar a la nova era de la informació, de la comunicació i del coneixement, i també, a un context en que els canvis es produeixen a una velocitat tan vertiginosa, que se'ls fa imprescindible l'adquisició d'habilitats d'aprenentatge autònom i de reflexió per a poder discernir quina informació és vàlida per a un coneixement professional.

El que més va captivar de l'ABP va ser que els estudiants que venien d'altres universitats de la Red (adaptats al *Problem Based Learning: PBL*) tenien una actitud indagadora més elevada. Actuaven d'acord amb un procés de reflexió i tenien un interès per la cerca de coneixement basant-se en l'evidència. En definitiva, es descobria uns estudiants més autònoms i competents en la resolució de problemes en situacions inestables i complexes.

I així va ser com, una vegada finalitzat el procés d'avaluació de la titulació, del pla estratègic i d'un exercici de prova pilot⁵⁶, en el curs 2002-2003 es realitzà el canvi d'ensenyança aprenentatge cap al currículum integrat mitjançant l'ABP. En l'actualitat ja es porta sis promocions formades amb aquest mètode i, en el curs 2009-2010, s'ha signat el conveni d'integració i traspàs progressiu de l'EUI Vall d'Hebron com a centre propi de la Universitat Autònoma, que s'espera que permeti continuar amb la línia de l'ABP que la caracteritza.

La ubicació de l'Escola en el complex hospitalari Vall d'Hebron, centre de referència assistencial, docent i de recerca, permet estar al dia de les innovacions tecnològiques de l'àmbit sanitari. És aquest l'entorn on els alumnes desenvolupen les pràctiques clíniques, cosa que també els permet entrar en contacte amb la institució sanitària amb més capacitat de contractació de professionals infermers de Catalunya.

Al llarg de quasi mig segle, s'hi han format un gran nombre de professionals d'infermeria que han tingut el privilegi de realitzar les pràctiques clíniques tant a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron com en centres d'Atenció Primària del Salut de ICS. Això ha permès, als estudiants, participar de la riquesa científica i dels millors recursos sanitaris per assegurar el seu potencial de competència professional (Blanco, Montenegro, Zapico, 2007)⁵⁷.

⁵⁶ Amb les pràctiques d'aula de les assignatures de primer curs, amb l'objectiu de formar-nos en el rol facilitador com a tutores d'ABP i elaborar el material docent de situacions, objectius d'aprenentatge, metodologia d'avaluació i programes d'habilitats.

⁵⁷ Blanco, R. Montenegro, L. Zapico, F. (2007). Desarrollo curricular. Definición de objetivos de aprendizaje: perfil, competencias, principios y conceptos, de la escuela universitaria de enfermería Vall d'Hebron. *Enfermería Global* 11:1-27.

2.1.2.1. Els condicionants del canvi

Es parteix de la idea bàsica que les innovacions i els canvis tenen orígens i motius diferents. Fullan (2002)⁵⁸ analitza els factors que influeixen per iniciar-lo, i assenyala que els canvis s'introdueixen perquè són desitjables i responen a una determinada necessitat de millora. Però no sempre es compleix aquesta premissa. La quantitat de variables que poden influenciar-hi són tantes i tan diverses, que el principal dilema està en buscar un consens majoritari que ajudi a contrarestar la inèrcia establerta per la cultura del grup.

A l'EUI Vall d'Hebron, el consens majoritari pel canvi el va propiciar l'avaluació externa feta per l'AQU durant el curs 1999-2000 (a la qual ja s'ha fet referència en l'apartat dels antecedents que han fet possible aquesta tesi). Allí, les accions de millora que l'equip docent es proposava eren establir mecanismes de cohesió dels ensenyaments a l'entorn d'un model de cures infermeres i *“orientar la formació d'acord a la tendència europea de l'Aprenentatge Basat en Problemes”* (p.16).

Més factors relacionats en la iniciació del canvi es troben en aquesta mateixa avaluació que, pel que fa al programa formatiu, l'informe⁵⁹ assenyala el següent: ***“la principal feblesa detectada és l'excés de càrrega lectiva a què està sotmès l'estudiant per a la seva formació: les hores presencials a classe, les pràctiques clíniques, de laboratori i aula, com també les hores no presencials amb treballs i estudi”*** (p.11). Per altra banda, en l'avaluació externa es destacava que: ***“els alumnes manifesten una dissociació entre els aprenentatges teòrics que desenvolupa el rol autònom de la infermera i els mètodes aplicats en la pràctica d'infermeria dels hospitals i alguns centres d'atenció primària. En concret, en l'aplicació del procés de cures”*** (p. 13).

En aquesta avaluació es conclou amb la necessitat de concentrar els esforços per aconseguir la integració de l'Escola a la Universitat Autònoma de Barcelona, atès que, la majoria de les febleses estaven relacionades amb la realitat de tenir uns ensenyaments universitaris que s'organitzaven i s'impartien fora del context de la Universitat.

Coincidint en el temps, es va realitzar també un Pla estratègic⁶⁰ que va aportar l'anàlisi adient per valorar el sosteniment de l'Escola. En aquest, es va posar l'èmfasi assenyalar

⁵⁸ Fullan, M. (2002) *Los nuevos significados del cambio en educación*. Barcelona: Octaedro.

⁵⁹ Comitè d'Avaluació Externa: (2000). *Informe d'avaluació Externa. Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron*. Martí, N., Esteve, M., Benavent, A. Document policopiat.

⁶⁰ Sponsor Management Consulting. (2002). *Informe del pla de gestió de l'EUI Vall Hebron*. Document fotocopiado.

el paper dels recursos i capacitats, les oportunitats i les amenaces de l'entorn. Quant a la metodologia docent, la principal línia estratègica era que “els estudis estiguessin adaptats a les necessitats de la societat, amb unes excel·lents pràctiques i orientats a l'Aprenentatge Basat en Problemes” (p.8).

La Direcció de l'EUI, sent conseqüent amb els resultats dels dos processos i atenta al fet que la docència i la seva qualitat era la seva raó de ser, va dissenyar i promoure un canvi de metodologia docent i una organització funcional que donés resposta a la nova situació⁶¹. L'estructura que es proposava requeria del mateix nombre de persones de la plantilla a dedicació plena, però es modificaven les denominacions, competències i responsabilitats de tots els càrrecs de l'estructura per tal d'ajustar-los a les noves necessitats (veure taula1).

Taulla 1: Estructura organitzativa de l'EUI Vall d'Hebron per a les necessitats del canvi formatiu

Patronat: òrgan màxim de gestió	
Estructura per assignatures	Integració del currículum per competències amb l'ABP
- Directora	Directora
- Cap d'Estudis	Cap d'Estudis
-Tres Coordinacions Departament	- Tres Coordinacions Docents i de Planificació: responsables de la gestió de la metodologia docent de l'equip de professors i tutors, així com de la planificació de cada curs
- Tres Coordinacions de Curs	- Una Coordinació responsable de les situacions problema. - Una Coordinació del Procés d'Avaluació. - Una Coordinació Docent de les Pràctiques Clínicas

(Construït a partir del document d'estructura organitzativa de l'EUI Vall d'Hebron 2002)

La prova pilot realitzada va ser determinant per poder donar el pas definitiu al canvi de metodologia. La primera pedra es va posar en el moment en què les docents de les assignatures de primer curs, convençudes que el canvi era necessari, es van posar a treballar conjuntament per plantejar quines competències es podien desenvolupar de manera integrada. Aquesta primera part del procés va ser el catalitzador necessari per iniciar el canvi cultural d'equip i poder pensar conjuntament tant en el perfil professional, com en els objectius formatius i les opcions metodològiques més adients per a l'avaluació (Cònsul, 2007)⁶²

⁶¹ Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. (2002). *Proposta d'un nou model d'estructura d'organització i de gestió de l'EUIVH*. Document intern.

⁶² Cònsul, M. (2007). La formació del professorat: un canvi de cultura docent. A: Cònsul, M. (coord). *Historia de un cambio: Un currículum integrado con el aprendizaje basado en problemas*. (pp: 71-78) Barcelona: Enciclopedia Catalana.

Les maniobres tàctiques cap al canvi estaven iniciades. Es tenia una percepció estratègica forta i il·lusionada. També es gaudia d'una visió compartida i un projecte comú, però aquest no era possible solament amb la voluntat d'uns pocs professors creatius. Per aquest motiu i per tal que la innovació fos una realitat, era imprescindible trobar les aliances de l'Institut Català de la Salut (ICS) i de la Universitat, Autònoma de Barcelona (UAB).

Els òrgans de govern de la Universitat –des de la gerència fins al vicerector acadèmic– varen considerar el projecte com un repte d'innovació i amb una visió de futur encarada cap als canvis que ja s'estaven gestant a Europa. Per part de la gerència de l'ICS i del gerent de l'hospital Vall d'Hebron –que a la vegada és el gerent de l'Escola–, el projecte va ser vist com un producte avantguardista i de qualitat per a la institució. Raó aquesta, que ha permès poder comptar amb el seu reconeixement i suport fidel durant tot el procés. (Torrens, 2007)⁶³

2.1.2.2. De l'ensenyament a l'aprenentatge

Aquesta proposta suposava un canvi de concepció pedagògica. Es passava d'un model centrat en l'ensenyament a un model centrat en l'aprenentatge; reclamava la necessitat de definir les condicions en què els estudiants aconsegueixen els objectius proposats i deixava de posar l'èmfasi en el que és ensenyat i en l'ensenyant, per posar-lo en l'aprenentatge i en l'aprenent. Requeria, també, un canvi de dedicació qualitativa més que quantitativa i ampliava la funció docent que anava més enllà de la classe presencial per fomentar les experiències educatives, formatives i la seva avaluació.

A hores d'ara i per l'experiència personal que en tinc, es pot afirmar que el nou plantejament curricular ha comportat un augment de la sensibilitat cap a les característiques dels estudiants en tant persones que aprenen. Aquesta sensibilitat incorpora a la docència elements de guiatge, tutorització, orientació i assessorament ajustats a aquestes característiques, i fa responsable l'estudiant del propi aprenentatge. No s'ha de deixar de considerar que la docència ha de basar-se en els coneixements, però també en aspectes fonamentals com són: les habilitats per estimular l'interès dels estudiants, la implicació en els seu aprenentatge, els sistemes de retroacció entre

⁶³ Torrens, R.M. (2007). Antecedentes que propiciaron el cambio. Dins de: Cónsul, M. (coord). *Historia de un cambio: Un currículum integrado con el aprendizaje basado en problemas*. (pp: 57-62). Barcelona: Enciclopedia Catalana.

professorat i alumnat, i que tots aquests dispositius (formatius/avaluatius) els aportin informació sobre els progressos assolits. (Gimeno & Cònsul 2007)⁶⁴.

La docència organitzada en base a la facilitació de l'aprenentatge ha de tenir presents aspectes com:

- Estructurar les matèries no exclusivament en forma de programes, sinó en termes d'objectius i resultats d'aprenentatge.
- Determinar el volum de treball dels diferents tipus d'activitats proposades a un estudiant per assolir els objectius.
- Establir les competències transversals i específiques.
- Definir nuclis comuns de coneixements seqüencials i coherents amb les diferents àrees disciplinàries susceptibles de configurar un currículum bàsic de caràcter transnacional en el nivell de grau.

Cal, doncs, redefinir i intensificar estratègies docents com són: la tutoria amb caràcter individual i grupal, el mètode de treball amb casos concrets, l'aprenentatge basat en problemes, l'ús de carpetes d'aprenentatge, les pràctiques en empreses i institucions, etc. A la vegada és necessari replantejar l'ús de classes expositives i avaluades exclusivament amb un examen final.

Un canvi de la cultura docent suposa també un canvi de la cultura avaluativa per part del professorat i l'alumnat. L'avaluació deixa de ser un element exclusivament finalista i aplicat pel professor per passar a incorporar elements de procés i de progrés amb la corresponsabilització de l'estudiant.

Gimeno & Cònsul (op. cit.) proposen una fórmula per exemplificar aquestes noves incorporacions:

L'avaluació a la universitat = (avaluació dels continguts curriculars + els procedimentals + nous agents en l'avaluació dels aprenentatges).

O en altres termes:

Canvis en l'avaluació = canvis en el "què" x canvis en el "com"

⁶⁴ Gimeno, X. & Cònsul, M. (2007). *L'avaluació dels aprenentatges dels estudiants a la llum de les orientacions de l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Document de treball del grup AIDA. Projecte SEJ2007-65786

L'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (2003)⁶⁵ ho resumeix en els següents:

- Canvis en la importància atorgada als elements del binomi ensenyament aprenentatge.
- Canvis en els continguts subjectes a avaluació.
- Canvis en la lògica de l'avaluació dels aprenentatges.
- Canvis en les exigències socials.
- Canvis en l'ús estratègic dels instruments avaluatius.
- Canvis en els agents avaluatius.

Totes aquestes innovacions no resten exemptes d'algunes resistències per part dels acadèmics. Professorat i alumnat estan avesats a una cultura més centrada en el rendiment quantitatiu i finalista que en l'aprenentatge processual. Caldrà, doncs, acompanyar uns i altres en el camí del canvi cap al canvi.

2.1.3. Les competències

Les competències són un constructe complex que s'ha definit de maneres molt diverses i, durant molt de temps, ha estat associat a una perspectiva més de l'àmbit de la formació professional.

El que s'exposa a continuació és una selecció dels arguments que m'han ajudat a configurar el concepte per a les competències que s'han de desenvolupar en la formació en ciències de la salut i, concretament, en les infermeres.

Es parteix de la definició de Lévy-Leboyer (2003)⁶⁶ que les precisa com *"la conjunció entre les característiques individuals i les qualitats requerides per a dur a terme missions professionals precises"* (p.54). Com es pot constatar s'hi diferencien les aptituds i els trets de personalitat del que són les competències. Les primeres caracteritzen les persones i expliquen la variabilitat dels seus comportaments en el decurs d'una tasca específica i les segones *"afecten a la posada en pràctica integrada d'aptituds, trets de personalitat i, també, coneixements adquirits per a complir una missió professional precisa"* (p.39). Així

⁶⁵ Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (2003). *Marc general per a l'avaluació dels aprenentatges dels estudiants*. Mateo, J. (coordinador)

⁶⁶ Lévy-Leboyer, C. (2003). *Gestión de las Competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas*. Barcelona: Gestión 2000.

doncs, s'està d'acord amb l'autor, que les competències són fruit de l'experiència amb la intervenció de les aptituds i els trets personals, que són prerrequisit tant per assolir-les com per adquirir-ne de noves i que sols l'experiència sobre el terreny permeten construir-les a partir de les dificultats i els reptes que concordin amb l'estil cognitiu de cadascú.

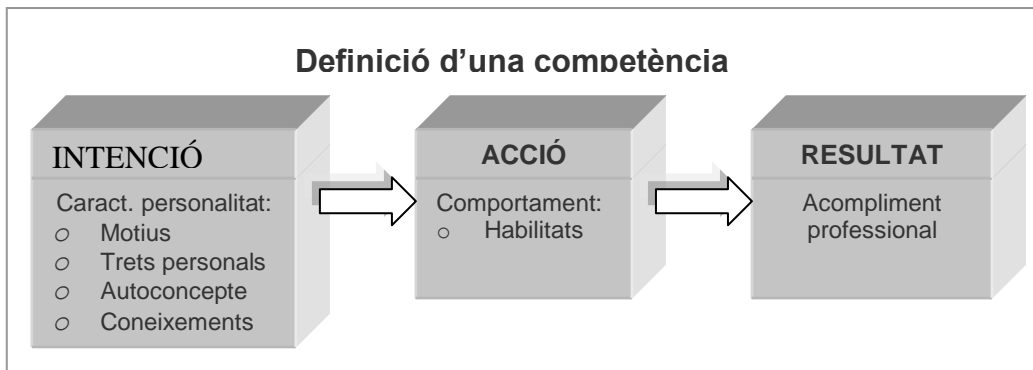
Atès el polimorfisme i la polisèmia del terme competències, Pont (2005)⁶⁷ diu que el concepte és més pròxim a la connotació que a la denotació. En qualsevol cas, en parlar de competències, *"no podem prescindir dels coneixements, habilitats i actituds que -sigui quina sigui l'accepció que adopten- han de ser presents perquè la competència es manifesti"* (p. 44).

Segons Spencer i Spencer, citat per De Miguel-Díaz (2005)⁶⁸, una competència és *"una característica subjacent en una persona que està causalment relacionada amb l'acompliment (desempeño) referit a un criteri superior o efectiu, en un treball o situació"* (p.22). L'autor justifica els diferents components d'aquesta definició i diu que utilitza *característiques subjacents* perquè la competència és una part que es troba molt arrelada a la personalitat i, per tant, influeix en el comportament de les persones i utilitza el de *casualment relacionada* perquè es pot explicar i predir l'acompliment d'una varietat de situacions, bé siguin acadèmiques bé professionals.

De les característiques subjacents en destaca, per una banda, les que estan molt arrelades a la personalitat i són difícils de visualitzar com són: els motius o interessos conscients o inconscients, els trets personals i el coneixement de si mateix; i per l'altra, les de més fàcil identificació i visualització com són els comportaments i les habilitats. Idea reflectida en la fig: 2.

⁶⁷ Pont, E. (2005). Les competències en l'exercici de la direcció. Dins de Màster en Administració i Gestió en cures infermeres, (Edit.), *L'Exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. (p. 43-51) Barcelona: Fundació "La Caixa".

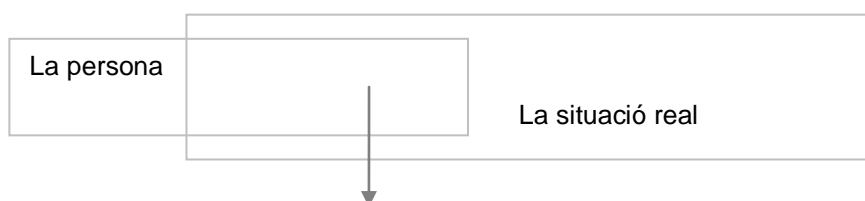
⁶⁸ De Miguel Díaz, M. (Dir) (2006): Modalidades de enseñanza centrada en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo. Disponible a: <http://www.unizar.es/ice/convenio/Enseñanza-para-competencias> . Consultat el 11 de novembre del 2006.

Fig 2: Model de flux causal de la competència adaptat de De Miguel-Diez (2005)

Si la competència és la capacitat que té l'estudiant per afrontar amb garanties situacions problemàtiques en un context acadèmic o professional determinat, i en aquesta capacitat hi ha de base els atributs personals, no vol dir que els atributs hagin de ser estàtics, sinó que aquests es van modelant i adaptant amb noves respostes segons el context d'actuació.

Així doncs, per molt que la definició de competències sigui general, allò que la fa finalista depenent del nivell requerit (primer, segon i tercer curs com a estudiants; i/o professional principiant, avantatjat, competent i expert), varia en el context i la dificultat mateixa. Així és que per a un creixement continuat de les característiques subjacents a les competències, el que es requereix és que l'estudiant tingui l'oportunitat de situar-se davant de les diferents situacions professionals amb què es pot trobar.

En el següent gràfic, el mateix l'autor exemplifica la "lectura de la competència" que s'interpreta com l'encontre únic tant per fer-la possible com per avaluar-la.



Lectura de la competència en l'encontre entre la persona i la situació

Fent un paral·lelisme amb l'aprenentatge pràctic de la formació infermera, les pràctiques clíniques (tot i ser un espai controlat i filtrat, en el sentit del que li està permès o no a l'estudiant en funció dels objectius a assolir i els prerequisits corresponents), donen l'oportunitat d'un aprenentatge per aconseguir l'assoliment de competències professionals i poder-les "llegir" per poder avaluar-les. En definitiva, la formació en les pràctiques

clínicas, permet viure la realitat des de dins, aproximar-se als problemes reals i experimentar com les infermeres els resolen. Aquestes vivències, amb l'ajuda de les professores tutores de la pràctica, potencien i desenvolupen les capacitats d'anàlisi, síntesi, inferència i observació que sols es poden desenvolupar en espais reals (Colina & Medina 1997)⁶⁹

Les pràctiques clíniques configuren quasi el 50% del currículum infermer. En elles l'estudiant s'enfronta amb un seguit d'interaccions que van més enllà de la realització de tasques professionals concretes. A tall d'exemple, quan es posa a l'estudiant a fer la higiene d'una persona enllitada, aquesta higiene serà exitosa no sols quan es dugui a terme amb correcció, sinó també per les respostes donades a les contingències propiciades que, seguint amb l'exemple, podrien ser: la disponibilitat d'ajuda que hagi tingut per part de la infermera tutora; la valoració d'aquesta tasca en el context; la pressió que pugui tenir del propi pacient i familiars, les condicions dels recursos i temps disponible, etc.

Amb finalitats didàctiques De Miguel (2006)⁷⁰ desglossa les competències en els seus subcomponents:

Taula 2: Components i subcomponents d'una competència. Segons De Miguel (2006) (p.46)

COMPONENTS	SUBCOMPONENTS
1. Coneixements: Adquisició sistemàtica de coneixements, classificacions, teories, etc, relacionats amb matèries científiques o amb àrees professionals.	1.1 Generals per a l'aprenentatge 1.2 Acadèmics vinculats a una matèria 1.3 Vinculats al món professional
2. Habilitats i destreses: Entrenament en procediments metodològics aplicats, relacionats amb matèries científiques o àrees professionals (organitzar, aplicar, manipular, dissenyar, planificar, realitzar...)	2.1 Intel·lectuals 2.2 De comunicació 2.3 Interpersonals 2.4 Organització / gestió personals
3. Actituds i valors: necessaris per a l'exercici professional: responsabilitat, autonomia, iniciativa davant situacions complexes, coordinació, etc.	3.1 De desenvolupament professional 3.2 De compromís personal

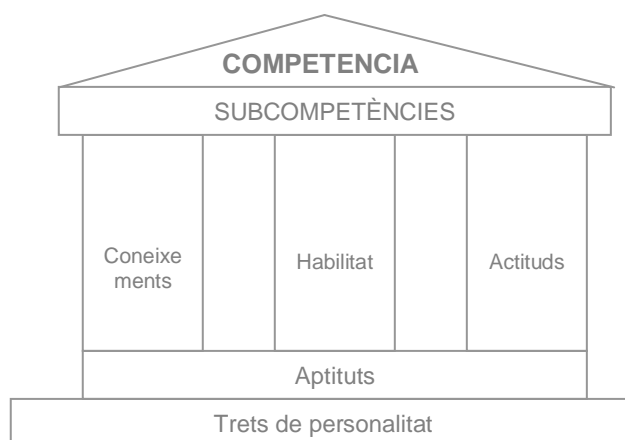
⁶⁹ Colina, J. & Medina, J.L. (1997) Construir conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revista Rol de Enfermería*. (232): 23-30.

⁷⁰ De Miguel Diaz (dir) (2006) *Aprendizaje Basado en problemas*. Ministerio de Educación i Ciencia. Ediciones de la Universidad de Oviedo. Disponible a <http://www.unizar.es/ice/convenio/enseñanza-para-competencias>.

Per altra banda, l'Agència per a la Qualitat del sistema Universitari a Catalunya (2005)⁷¹ defineix la competència com “la capacitat d’una persona de mobilitzar una sèrie de recursos (saber, saber fer, saber ser i estar), per tal de dur a terme amb èxit una tasca o rol, tant en contextos familiars com en contextos nous” (p. 60). I se serveix de la definició de Dieter Martens (citada a INCANOP, 1997)⁷², que la precisa com la combinació de sabers tècnics, metodològics, socials i participatius que s’actualitzen en una situació i en un moment particular.

Quan vàrem iniciar el treball sobre el desglossament del currículum infermer per competències, el fet que hi hagués tantes definicions ens va ocasionar un embolic conceptual del terme. El gràfic de Prades i Nebot (Fig. 3) va situar i ajudar a comprendre el concepte bàsic i és per aquest motiu que es reproduïx a continuació per una qüestió de reconeixement a l’encert didàctic que ens va clarificar.

Fig 3: AQU Catalunya: components de la competència segons Prades i Nebot (2005)



Aquest components estructurats d’aquesta manera s’entenen com l’arquitectura necessària per a l’assoliment de la competència, però també com a confluència i interacció de tots ells per a assolir-la, ja que si falla un dels pilars, l’estructura trontolla.

Per arribar a la concepció actual de les competències i la seva classificació, s’ha passat per un recorregut que es considera interessant tenir-lo present. Des de Bunk (1994)⁷³, a Delors (1996)⁷⁴, i finalment amb el projecte *Tunning* (2003)⁷⁵, ens queden dibuixades tres

⁷¹ Agència per a la Qualitat del sistema Universitari de Catalunya. (2005) *Eines per a l’adaptació dels ensenyaments a l’EEES*. Armengol, C. Et alt.

⁷² INCANOP. (1997). *La formació del segle XXI: les competències clau*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. INCANOP.

⁷³ Bunk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesional en la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*. 1, 8-14.

⁷⁴ Delors, J. Et alt. (1996) *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. Santillana. Ediciones UNESCO.

classificacions de les competències, que tot i ser pensades per a moments diferents, també s'hi veuen els trets comuns (Taula 3).

Taula 3: Classificació de les competències a partir de: Bunk, Delors, *Tuning*

CLASSIFICACIÓ DE LES COMPETÈNCIES		
BUNK 1994	DELORS 1996	TUNNING 2003
<p>ACCIÓ PROFESSIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comp. Tècniques - Comp. Metodològiques - Comp. Socials - Comp. Participatives 	<p>ÀMBIT EDUCATIU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendre a conèixer - Aprendre a fer - Aprendre a conviure - Aprendre a ser 	<p>EDUCACIÓ SUPERIOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comp. Genèriques: <ul style="list-style-type: none"> o Instrumentals o Interpersonals o Sistèmiques - Comp. Específiques

L'interés de les competències en l'àmbit professional no ha estat exempt de polèmica. Les contradiccions i els enfocaments diversos han propiciat dificultats per arribar a un acord. Per això es considera important l'esforç fet per Bunk, que fixa quatre tipologies a partir de considerar que és competent *"qui disposa dels coneixements, habilitats i aptituds necessàries per a exercir una professió, pot resoldre problemes professionals de manera autònoma i flexible, i està capacitat per a col·laborar en el seu entorn professional i en l'organització del treball"* (p.9). Bunk distingeix la competència tècnica, la metodològica, la social i la participativa.

- *La tècnica:* És aquella que fa que la persona domini com a experta les tasques i continguts del seu àmbit de treball i els coneixements i habilitats. Està relacionada amb la professió i amb l'empresa transcendint-ne els límits..
- *La metodològica:* És aquella competència que obra en la persona fent-la reaccionar aplicant el procediment adequat a la tasca encomanada i a les irregularitats que es presentin. Per tant, aquesta competència té un component de flexibilitat i adaptació perquè els procediments del treball poden ser variables i adaptats a la solució i a la situació problemàtica. La persona que la posseeix té un pensament de treball amb planificació, realització i control autònoms.
- *La social:* És aquella que permet col·laborar amb altres persones de manera comunicativa i constructiva. Qui té aquesta competència compta amb una disposició

⁷⁵ Tuning 2003: Tuning Educational Structures in Europe, Informe final. Proyecto Piloto - Fase 1. González J., & Wagenaar, R. (Eds.). Bilbao: Universidad de Deusto y Universidad de Groningen.

individual pel treball i capacitat d'adaptar-s'hi a més d'una disposició interpersonal per a cooperar, ser honrat, ser íntegre i altruista.

- *La participativa*: És aquella que otorga saber participar en l'organització del seu lloc de treball, i estar disposat a acceptar responsabilitats. Per aquesta participació es requereix capacitat de coordinació, d'organització, de relació, de convicció, de decisió, de responsabilitat i de direcció.

Per altra banda, l'informe de la Comissió Internacional sobre l'Educació, presidida per Jacques Delors, en parlar de l'aprendre al llarg de la vida, sustenta aquesta educació en quatre pilars fonamentals: *“L'aprendre a conèixer, aprendre a fer, aprendre a viure junts i aprendre a ser”* (p.34):

- *Aprendre a conèixer*, combinant una cultura general suficientment àmplia amb la possibilitat d'aprofundir els coneixements en un petit nombre de matèries. Cosa que suposa “aprendre a aprendre” per poder aprofitar les possibilitats que ofereix la formació al llarg de la vida.
- *Aprendre a fer*, amb l'objectiu de capacitar la persona a fer front a un gran nombre de situacions i treball en equip i en el marc de diferents experiències socials i de treball.
- *Aprendre a viure junts* desenvolupant la comprensió de l'altre i la percepció de les formes d'interdependència –realitzant projectes comuns i preparant-se pels conflictes que puguin sorgir- respectant els valors de pluralisme i comprensió mútua.
- *Aprendre a ser*, per tal que prosperi l'autenticitat i coherència personals per poder estar en condicions d'actuar amb capacitat autònoma, de justícia i de responsabilitat personal. Per aquesta finalitat no s'ha de menystenir i educar les possibilitats de cada persona pel que fa a la memòria, el raonament, el sentit estètic, les capacitats físiques i l'aptitud per comunicar, entre altres.

En aquest informe, s'alerta en el fet d'educar donant prioritat a l'adquisició de coneixements en detriment d'altres formes d'aprenentatge i s'hi proposa concebre l'educació com un tot. Per la qual cosa, caldrà inspiració i orientar les reformes educatives a més de definir noves polítiques pedagògiques que ho propiciïn.

Per últim, destacar l'informe del projecte *Tuning* (op. cit.) que concep la competència amb un enfocament integrador i com *“una combinació d'atributs (coneixement i les seves aplicacions, aptituds, destreses i responsabilitats), que descriuen el nivell o grau de suficiència amb les que una persona és capaç de desenvolupar”* (p.80), i les classifica en dos grans grups: les genèriques i les específiques.

- *Les genèriques*, identifiquen els elements compartits que poden ser comuns a qualsevol titulació i que, alhora, estan configurades per les següents competències:
 - o *Competències instrumentals*. Configurades per les habilitats cognitives (capacitat de comprendre i relacionar idees i pensaments); les capacitats metodològiques per organitzar el temps, l'aprenentatge, prendre decisions o resoldre problemes; les destreses tecnològiques relacionades amb la utilització d'aparells, informàtica i gestió de la informació; i per últim les destreses lingüístiques com la comunicació oral i escrita o el coneixement d'idiomes.
 - o *Competències interpersonals*. Són aquelles capacitats que faciliten els processos d'interacció social i cooperació. Fan referència a les capacitats i habilitats individuals, socials i interpersonals per expressar els propis sentiments, per fer crítica i autocrítica, i per al treball en equip.
 - o *Competències sistèmiques*. Les que conceben els sistemes com un tot i permeten veure com les parts d'una totalitat es relacionen i s'agrupen. Aquestes competències sistèmiques i integradores requereixen haver adquirit prèviament les instrumentals i les interpersonals.
- *Les específiques* estan relacionades de manera específica, amb el coneixement d'una àrea temàtica, d'una titulació o disciplina. Es coneixen també com aquelles competències i destreses que configuren identitat i consistència a qualsevol programa.

L'informe Tuning proposa que les competències més importants que cal desenvolupar són: la capacitat d'anàlisi i síntesi, la resolució de problemes, l'aplicació de coneixements, la preocupació per la qualitat, la capacitat d'adaptació, el maneig de la informació, el treball autònom i en grup, i planteja a més que el currículum de les diferents professions ha de ser comparable entre els diferents països de la Comunitat Europea. (Blanco, 2005; Palomino, 2005)^{76 77}.

⁷⁶ Blanco, R. Zapico, F., Torrens, R.M. (2005). Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de Enfermería*, 8(1): 60-66.

⁷⁷ Palomino, PA., Frías, A., Grande, ML., Hernández, ML., Del Pino, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*. (14): 50-54.

2.1.3.1. Les competències Infermeres

Referent a les competències Infermeres, s'està d'acord amb Fernández (2005)⁷⁸ que les defineix com un saber fer amb consciència (un "saber com" amb capacitat reflexiva sobre si mateix). En aquestes competències, s'hi integren: a) la tècnica o "el saber" d'infermeria, b) la metodològica o "saber fer", c) la personal-social o "saber ser" i d) la participativa o "saber convidaure". Un dels components que caracteritza aquestes capacitats és que s'integra: el que se sap, el que es pensa i el que se sent en la construcció de significats, en un marc de col·laboració i comunicació amb els altres.

Els coneixements: La part competencial del "saber" són els principis que sustenten l'anàlisi de les valoracions i justifiquen les actuacions d'acompanyament i cuidatges infermers. Durant molt de temps, aquests sabers han estat basats en els principis racionalistes de la filosofia positivista que defensa que la raó és la primera font de coneixement i és independent de l'experiència. Actualment ja està acceptat un pluralisme de paradigmes per comprendre i reconèixer que hi ha una pluralitat de coneixements i una ciència humana dels cuidatges (Medina 1999, op. cit.).

El mateix autor afirma que, des del punt de vista epistemològic, el coneixement infermer és caracteritzat com un coneixement pràctic que, tant docents com assistencials, construeixen durant la seva activitat. En dir això, no es refereix als coneixements teòrics o conceptuals, sinó a les conviccions i significats, conscients o inconscients, que sorgeixen a partir de l'experiència. Parla "*d'aquell coneixement íntim, tàcit i que es manifesta en les accions*" (p.200)

Per arribar a aquesta afirmació, ens han estat útils els treballs de Schön (op. cit.), que ens fan adonar que hi ha zones indeterminades de la pràctica -com la incertesa, la singularitat i el conflicte de valors- que s'escapen dels cànons de la racionalitat tècnica que tant de temps ha dominat de manera preponderant en l'activitat pràctica de les infermeres i de la seva formació. Aquest autor ens ha fet observar de zones i moments de la pràctica professional competent, que no s'havien vist fins que ell els va definir. D'aquestes competències, Medina (op. cit) en destria les característiques de la pràctica professional que considera rellevants per a la formació infermera:

- *El que cada problema sigui considerat com un cas únic.* Si -com ens ha fet veure Schön-, les infermeres s'apropen al problema que han de resoldre com si aquest fos únic i, per tant, el perceben amb les característiques complexes, canviants, incertes i

⁷⁸ Fernández, E. (2005a). Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. *Educare* 21.núm.21: diciembre 2005.

ambigües que el caracteritzen, el problema queda fora de les teories i tècniques disponibles en el coneixement de la disciplina infermera i no pot tractar-se com un problema instrumental ni pot ser resolt amb una regla determinada.

- *La percepció ambigua de la naturalesa del problema.* Donada la incertesa i complexitat de les situacions, la primera tasca de la professional infermera és comprendre'n la naturalesa, identificar-ne els límits i determinar-ne les característiques. Així que, el primer problema és: trobar el problema. En agafar uns elements i rebutjar-ne altres s'està construint la realitat que està lligada al marc d'interpretació. Quan una situació problemàtica és incerta, la seva solució depèn de la construcció prèvia que ens haguem fet del problema i com l'entendem i, per tant, no és una qüestió tècnica. Schön posa l'exemple de la desnutrició infantil en els països en vies de desenvolupament. Aquest problema serà entès de maneres diferents depenent dels marcs disciplinaris, els interessos polítics i ideològics amb què es miri, abans que una aplicació tècnica d'un especialista en nutrició per a cercar la dieta ideal.
- *La resolució de problemes a través de la reflexió en l'acció.* Quan una infermera es troba amb un problema que ha de resoldre, posa en marxa un seguit de coneixements tàcits i implícits que té pel fet d'haver viscut amb anterioritat situacions semblants. Aquests coneixements li fan identificar i comprendre la naturalesa del problema. Però, en no haver-hi una relació directa entre aquests coneixements i el problema amb què es troba, per molt que hagi interpretat i estructurat una primera lectura, no té la certesa que aquesta primera impressió sigui la correcta per a resoldre el problema. La infermera posarà en marxa una primera actuació derivada d'aquesta anàlisi durant l'acció, però serà el resultat d'aquesta allò que li permetrà reinterpretar el problema i així successivament.
- *Relació dialèctica entre saber i acció professional.* Si amb aquesta relació dialèctica el professional adapta els seus coneixements al context, aquest procés de valoració inicial, acció i reinterpretació, suposa una modificació constant de l'acció i del coneixement, cosa que, a diferència de la racionalitat tècnica, fa que el coneixement estigui sotmès a canvis com ho està la mateixa acció. La reflexió de l'acció ens fa tornar a pensar sobre alguna part del nostre coneixement que hem utilitzat, cosa que també ens modifica el que sabem.

En definitiva, Schön conclou que el professional no actua seguint la lògica instrumental de la racionalitat tècnica, ans el contrari, el professional és un pràctic reflexiu que fonamenta les seves accions en un coneixement pràctic i tàcit que s'activa durant l'acció i del qual es

pot distingir tres components: el coneixement en l'acció, la reflexió en l'acció i la reflexió sobre la reflexió en l'acció.

També, i per a la concepció actual dels coneixements infermers, s'ha tingut molt present els treballs de Carper i Benner que, entre la dècada dels setanta i vuitanta del segle passat, començaren a defensar la idea que la pràctica professional i les experiències de les infermeres són la font per al desenvolupament teòric de la disciplina (Vaughan, 1992, citat per Medina, 1999 op. cit.).

Medina analitza la classificació de les quatre modalitats o patrons de coneixement que Carper ens ha llegat i que es troben presents en tota actuació professional infermera, de la següent manera: l'empíric, el personal, l'estètic/artístic i l'ètic.

- *Empíric*: En aquest model el coneixement reflecteix i descriu la realitat tal i com és. La seva objectivitat es fonamenta en l'absència de valors, la fiabilitat de la percepció i del raonament (inductiu, deductiu i hipotètic deductiu). És el patró més proper a la visió tradicional de la ciència.
- *Ètic*: Relacionat amb els drets i deures de les persones: la veritat, el bé, les obligacions i els principis morals. Està sempre present en les actuacions infermeres i va més enllà de conèixer els codis deontològics.
- *Personal*: És el saber subjectiu, concret, existencial que la infermeria adquireix en el procés interpersonal. *"És una relació terapèutica recíproca, un estat de l'esser humà que no pot ser descrit ni assajat, només actualitzat. Aquesta relació terapèutica sols es podrà establir si la infermera té un profund coneixement d'ella mateixa"* (p.211). Un exemple força clarificador, que posa el mateix autor, el podem trobar amb l'experiència de cuidar una persona en el procés de morir. Se sap poc sobre la mort perquè no es té en compte que el saber sobre ella no es pot aprendre com una assignatura més, com un saber científic, ni tampoc es pot transmetre, atès que aquest coneixement s'aprèn a partir de la relació que sorgeix amb els altres en el si mateix de l'experiència viscuda. *"El saber sobre la mort passa per altres vies que la merament intel·lectual; el saber sobre la mort és el saber personal sobre nosaltres mateixos"* (p.211).
- *Artístic*: És aquell coneixement difícil d'explicar (tàcit) i que s'activa en l'acció. Aquesta modalitat no requereix una abstracció empírica per a fer generalitzacions, sinó d'una individual i particular que la fa única i que coneixem com l'art de la infermeria. Aquest coneixement és sinònim al pràctic reflexiu de Schön .

Per tal de veure com es genera, es transmet i s'avaluen aquestes quatre modalitats, Medina (op.cit) proposa la següent relació adaptada de Chinn & Jacobs (1992) que tracta de ser una alternativa a la tradicional visió positivista (Taula 4).

Taula 4: Relacions dels patrons de coneixements. Medina (1999, p.212)
Adaptat de Chinn, P.L. i Jacobs, M. (1992)

PATRONS DE CONEIXEMENT				
Dimensions	Empíric	Ètic	Personal	Estètic
Creativa	Describeix Explica Prediu	Valora Clarifica Defensa	Encontre Focalització Realització	Implicació Interpretació Imaginació
Expressiva	Fets Teories Models	Codis Estàndards Teories ètiques Descripcions per la presa de decisions ètiques	Jo: autèntic i ètic	Art
Valorativa:				
-Qüestió crítica	Què representa això? En quina mesura és representatiu?	És això correcte? És just?	Sé el que faig? Faig el que sé?	Què significa això?
-Procés/context	Replicació	Diàleg	Resposta i reflexió	Crítica
-Índex de credibilitat	Validesa	Justícia	Congruència	Significat consensuat

Pel que fa a la naturalesa del coneixement professional infermer, les aportacions de Benner (1984)⁷⁹, en el treball per a cercar diferències significatives i apreciables entre infermeres novelles i expertes que havien viscut un mateix episodi a la pràctica, han estat les més influents. Benner ens alerta de la discordança entre el saber teòric i el coneixement pràctic i implícit que s'activa amb l'actuació de la infermera, i que li permet el reconeixement instantani de situacions problemàtiques per a donar les respostes intuïtives que caracteritza l'expertesa professional.

La ciència infermera té molt a aprendre de les professionals que contrasten els seus judicis qualitius esglaonats, i que defensen i documenten les seves observacions, actituds, models, consignes i atributs canviants. Molt hem d'aprendre i valorar, en el moment en què les infermeres en actiu desvetllin els significats comuns adquirits com a resultat de l'ajuda, preparació i participació en els episodis genuïnament humans que integren l'art i la ciència infermera. Benner (1987, p.40)⁸⁰.

⁷⁹ Benner, P. (1984). *From Novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto, CA: Addison-Wesley.

⁸⁰ Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.

Després d'un quart de segle, el treball de Benner, posa a prova encara avui la idea tradicional del què significa saber, ser i actuar, de manera adient i ètica, en la pràctica infermera. Se li ha de reconèixer que, ens ha fet patent que l'aprenentatge clínic és un diàleg entre els principis i la pràctica assistencial. Per argumentar-ho, diferencia de manera clara la pràctica del coneixement teòric i afirma que el desenvolupament del coneixement en una disciplina pràctica consisteix a ampliar el coneixement pràctic (el saber) mitjançant investigacions científiques, basades en la teoria i amb l'exploració del coneixement pràctic existent i desenvolupat per mitjà de l'experiència clínica en la pràctica de la disciplina. Considera, també, que les infermeres no hem documentat prou els coneixements clínics i, com a conseqüència, els coneixements que podríem tenir de les observacions de la pràctica provoquen que la teoria infermera no tingui la singularitat ni la riquesa del coneixement de la pràctica clínica experta. (Brykczynski, 2007)⁸¹

L'estudi de Benner ens aporta l'evidència que el raonament clínic expert s'origina d'una comprensió més global que analítica i distingeix dues característiques d'aquesta valoració qualitativa i holística: els esquemes de reconeixement i el que ella anomena el sentit de *saliencia*⁸².

Taula 5: Característiques del coneixement infermer.

CARACTERÍSTIQUES DISTINTIVES DEL CONEIXEMENT INFERMER EXPERT (Segons Patrícia Benner)		
	Esquema de reconeixement	Sentit de "saliencia"
Definició	Permet reconèixer i fer relacions sense una especificació analítica del patró o model.	Capacitat de diferenciar les dades rellevants de les que no ho són, entrelaçant les que guien o condueixen a altres observacions seguint el fil conductor d'una pista o sospita.
Exemple de la vida diària	Reconèixer algú entre una multitud sense ser capaços de dir com ho han fet.	No seguir les normes estrictes d'una recepta i observar que el resultat pot ser fins i tot millor.
Exemple professional	La infermera experta detecta alteracions quasi imperceptibles en la conducta o l'aspecte d'un pacient que fan possible anticipar la imminència d'un coma abans que es produeixi.	Prioritzar fer unes preguntes en detriment d'altres en el decurs de l'entrevista d'ingrés, en funció de les respostes de la persona.

Elaborat a partir de l'anàlisi de Medina (op. cit.)

⁸¹ Brykczynski, K. (2007). De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. Dins de: Marriner, A. & Raile M. (2007). *Modelos i teorías en enfermería*. Madrid: ELSEVIER. (6a ed.). 140-159.

⁸² *Saliencia, salience*: Terme utilitzat i traduït com "prominència" per l'autora, però que no és d'ús freqüent en el nostre llenguatge. El significat és d'una actitud perceptiva o un saber intrínsec que fa que la persona no tingui necessitat d'avaluar analíticament els aspectes més destacats d'una contingència o conjuntura clínica, sinó que senzillament se li presenten com més rellevants uns que altres.

Sobre el treball d'aquesta autora ens hi tornarem a referir en parlar dels nivells competencials.

Es comparteix amb Medina que és necessari un replantejament de com s'estructura el currículum infermer, tenint en compte que els coneixements acadèmics són abstractes, fora de context, estables i rígids. Per contra, el de la pràctica és concret i està en contínua interacció entre la comprensió i la transformació, és inestable, complex, incert i saturat de valors com ho està també la realitat que toca viure. *“El coneixement pràctic clínic no pot ser formalitzat ni ensenyat atès que és molt difícil explicitar-lo de manera verbal, sols pot ser demostrat perquè es troba en la pràctica de les infermeres d'una manera implícita, personal i irreplicable”* (p. 215).

El problema que es va perpetuant a les escoles d'infermeria és que es justifica el saber teòric, “el saber què”, i es relega en un segon pla “el saber com”. Prova d'això la tenim en el fet que se'ns fa difícil veure que la pràctica pugui ser la font més rica de l'aprenentatge, i els estudiants no van a la pràctica clínica fins que no tenen assolits uns coneixements teòrics. Si a aquesta seqüència hi afegim la comparació de l'avaluació i el pes de la nota que tenen les estratègies vinculades a l'aprenentatge teòric i les que ho esta amb els pràctics, ens adonarem que, tot i tenir aquests últims un volum de dedicació més gran dins del currículum, es continuen considerant de segon ordre.

Per tal de tenir referents globals, sembla oportú considerar l'estudi realitzat per Rodríguez y Vieira (2009)⁸³ que deixa constància de la valoració que fan de la seva formació, tres anys després de graduar-se, aquells titulats⁸⁴ que s'han format per competències. Entre altres coses, les dades d'aquest estudi demostren que, a la universitat, s'emfatitza especialment en la formació teòrica en detriment de la formació pràctica. Principalment, en titulacions vinculades a les Ciències Experimentals i de la Salut, en què la formació en competències teòriques és molt superior a la formació en competències pràctiques.

Com a conclusió del que s'ha argumentat fins aquí, podem afirmar que el coneixement científic tècnic, abstracte i generalitzable ocupa el primer lloc en la jerarquia de molts dels currículums infermers. Aquest coneixement està molt delimitat a l'àrea biològica de la persona, cosa que fa que, per ell mateix, no pot resoldre molts dels problemes amb què ha d'enfrontar-se la infermera.

⁸³ Rodríguez, A. & Vieira, J.M. (2009), La formación en competencias en la Universidad: un estudio empírico sobre su tipología. *Revista de Investigación Educativa*. 27(1): 27-47

⁸⁴ De 31 titulacions i amb una mostra de 1.358 graduats d'una població total de 5.287.

Davant d'aquestes limitacions, i recollint diferents estudis, Medina (op.cit) fa la proposta d'encarar la formació d'infermera com a pràctica reflexiva per mitjà d'una pràctica experiencial amb un pràcticum caracteritzat pels ítems següents:

- Ser el fil conductor que estructurí tot el currículum infermer, i no sols la simple reproducció de l'activitat professional que desenvolupi la infermera.
- Tenir una visió dialèctica entre coneixement i acció.
- Com a procés d'investigació.
- Ajudar a adquirir esquemes d'interpretació holístiques més que analítiques.
- Perquè el paper de la professora de pràctiques és rellevant per dur a terme conjuntament un diàleg reflexiu sobre les accions dels cuidatges.

A la proposta, s'hi pot adjuntar la de la formació mitjançant l'Aprenentatge Basat en Problemes. Aquesta metodologia s'analitza en el següent apartat, però, cal apuntar aquí que les disciplines tradicionals no defineixen el què s'ha d'aprendre, però els problemes sí que ens hi porten. No es tracta d'adjuntar alguns problemes al currículum tradicional, sinó que l'estudiant comenci a conèixer a partir d'un problema i busqui els principis i conceptes necessaris per poder entendre'l i resoldre'l. Si l'objectiu és aplicar la fisiologia per a resoldre problemes fisiològics, les principals activitats d'ensenyança aprenentatge hauran d'anar encaminades a respondre aquests problemes fisiològics. En definitiva, si l'objectiu és aprendre a ser infermera, la millor manera de fer-ho és fent d'infermera i a partir dels problemes amb què haurà de treballar.

Els valors i les actituds: La part competencial del "saber ser" infermera està configurada per un seguit de valors i actituds que Riopelle & Teixidor (2000)⁸⁵ analitzen i situen dins del paradigma filosòfic-existencial, específic de la professió infermera. Aquest paradigma està basat en valors humanístics que l'inspiren i guien en la relació d'ajuda inherent en tenir cura de les persones. Aquestes autores, en analitzar el rol infermer, assenyalen els valors humanístics i les actituds que són propis de la professió, reflectits en la taula 6.

⁸⁵ Riopelle, L. & Teixidor, M (2000). "La pràctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista. Proyecto de formación para la implementación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los centros de Atención primaria del Institut Català de la Salut" Dins de: *La salut y la calidad de vida , un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras*. EUI Santa Madrona de la Fundació "la Caixa", adscrit a la Universitat de Barcelona. 47-72.

Taula 6: Valors i actituds de la professió infermera

VALORS	ACTITUDS
<ul style="list-style-type: none">- Respecte- Comprensió- Empatia- Autenticitat- Congruència- Acceptació incondicional de l'altre- Solidaritat- Pensament positiu	<ul style="list-style-type: none">- Tolerància- No prejudicar- Altruisme- Moderació- Equitat- La no violència

(Construït a partir de Riopelle & Teixidor, 2000)

Una vegada més hem de destacar la importància del procés formatiu en el context real de les pràctiques clíniques. Aquest escenari és clau per a donar l'oportunitat que l'estudiant s'aproximi als valors i les actituds que es viuen a la institució assistencial, i que de manera progressiva li aportaran una maduresa i equilibri necessaris per explorar i qüestionar també els valors i les actituds personals que, sense aquesta aproximació, podrien semblar estables. Estar en contacte amb el sofriment inherent al dolor, al procés de mort o a la incertesa d'un diagnòstic requereix d'un posicionament personal que està present en cada acció cuidadora. Un cop més, aquestes vivències dels estudiants, compartides amb les infermeres tutores, són l'oportunitat única per anar configurant el pilar dels valors per a la competència infermera.

Els valors professionals fonamenten la identitat del grup i el sentit de pertinença. De tal manera que són les persones les que fan la professió i no la professió per si mateixa que fa la persona. De fet és una interacció que, a mesura que es va assumint, fa posicionar amb un compromís personal i professional.

Així doncs, tot i partint de les aptituds que els estudiants porten de bagatge com a persones socials, els programes de formació han de garantir l'aprenentatge d'aquests valors humanístics per tal d'assolir l'ètica en totes les seves intervencions. Cuidar de manera excel·lent no és un acte o un conjunt d'accions que es poden improvisar. Per això s'ha de repensar les possibilitats de l'ètica i l'estètica dels cuidatges per fer possible que les infermeres trobin, en aquest binomi, unes eines pràctiques per cuidar a les persones amb una màxima dignitat" (Busquets, 2008)⁸⁶.

⁸⁶ Busquets, E. (2008) Ética y estética del cuidar. *Revista ROL de Enfermería*. 31(11): 148-754.

Les habilitats, mot que ve del llatí *habilis*, significa “capaç de sostenir, transportar o manipular amb facilitat”. D’aquí que podem entendre-les com l’aptitud, la suficiència o la destresa, amb els sinònims corresponents com són perícia, manya, traça, aptesa i enginy, que s’engloba dins de l’apartat del “saber fer” competencial.

Benner va observar que l’adquisició d’habilitats basada en l’experiència és més segura quan es produeix a partir d’una base educativa sòlida. L’habilitat i la pràctica qualificada consisteixen a posar en pràctica les intervencions en infermeria i les habilitats de decisió clínica en situacions clíniques reals. L’explicació de la pràctica infermera de Benner sobrepassa l’aplicació rígida de normes i teories, i està basada en una conducta raonable que respon a les demandes d’una situació específica. Aquesta autora considera que la infermeria és una paradoxa cultural en una societat dominada per la tècnica, que ha tardat a valorar les pràctiques del cuidatge. (Lleixà, 2008. p. 32)⁸⁷.

Segons Medina (2007)⁸⁸, s’estan desenvolupant models alternatius basats en els treballs de Schön, Benner i Diekelmann que remarquen el coneixement de la pràctica com la base per informar i dissenyar l’acció curricular. Si bé és cert que es pot extreure uns sabers molt valuosos de la pràctica, no es pot traslladar una pràctica directament a la formació atès que no és el mateix “el saber” (saber què) que el “saber fer” (saber com). El saber és un coneixement abstracte, descontextualitzat i general que produeixen les disciplines científiques; en canvi el saber fer es concep tant com un coneixement procedimental de les diferents situacions, constituït per regles, procediments tècnics i protocols, com un “saber en l’acció”, producte de l’experiència professional, de coneixements i de la relació activa amb la pràctica. És el coneixement del “saber fer” que posseeixen les infermeres expertes, altament competents i que tenen un control pràctic en l’acció.

També, i segons el mateix autor, la pràctica reflexiva no és un component més de la pràctica, sinó que és una habilitat transversal que no es pot separar de la totalitat. La diferència entre el saber procedimental que utilitza normes, regles i protocols, i un “fer reflexiu” està en el fet que aquest últim implica que la infermera formi part de la situació en què intervé. És a dir, la infermera, per a entendre la situació ha de comprendre la manera com ella s’hi relaciona.

Respecte de com formar en aquest “saber fer”, compartim amb Fernández (2005 op.cit.) quan afirma que “es requereix d’un “saber aplicar” els coneixements a la solució de

⁸⁷ Lleixà, M. (2008). *La tutoria virtual i la inserció laboral dels professionals d’infermeria*. Tesis doctoral per a l’obtenció del títol de doctora en Pedagogia. Departament de Pedagogia de la Universitat Rovira i Virgili. Totosa: Terres de l’Ebre.

⁸⁸ Medina, JL. (2007). *La enseñanza clínica en Enfermería: de las simplificaciones fragmentantes a las lógicas no lineales de la reflexividad*. Dins d’Aljims, E., Ostinguín, RM. *La enseñanza clínica en enfermería. Un acercamiento multidisciplinario*. México: CIECAS.

problemes pràctics concrets amb destreses motores, estratègies cognitives, estratègies d'acció i de metacognició" (p.147). Com a exemple del que han de ser aquestes habilitats ens servim de la proposta que fa aquest autor que "re-pensa" el currículum infermer a partir de les competències específiques del Projecte Tunning i d'haver investigat l'impacte del model de formació basat en una noció constructivista de competència en l'ensenyament i aprenentatge de la pràctica competent d'infermeria (Taula 7).

Taula 7: Habilitats de la competència infermera a partir de Fernández (2005, p.552)

Capacitat per utilitzar degudament un ventall d'habilitats, intervencions i activitats per a proporcionar cures infermeres òptimes

- **Capacitat per utilitzar les habilitats per:**
 - o Mantenir la dignitat, la privacitat i confidencialitat del pacient.
 - o Posar en pràctica principis de salut i seguretat, incloent-hi la mobilització i maneig dels pacients, control de les infeccions, primers auxilis bàsics i procediments d'emergència.
 - o Administrar amb seguretat fàrmacs i altres teràpies.
 - o Considerar les cures emocionals, físiques i personals, incloent satisfer les necessitats de confort, nutrició i higiene personal i permetre el manteniment de les activitats de la vida diària.
 - o Respondre a les necessitats personals durant el cicle vital i les experiències de salut o malaltia com: el dolor, decisions vitals, invalidesa, procés de morir..
 - o Informar, educar i supervisar pacients i cuidadors i les seves famílies.

Fins aquí s'ha intentat desglossar els elements de les competències infermeres. Ara, i per concloure aquest apartat, es creu adient recollir les competències que l'Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació (ANECA) considera que han d'estar presents en el perfil professional dels titulats en Infermeria (ANECA, 2007, p. 66-67)⁸⁹:

- *Competències associades amb els valors professionals i la funció infermera.* Proporcionar cures en un entorn en què es promou el respecte als drets humans, valors, costums i creences de la persona, família i comunitat, i exercir amb responsabilitat i excel·lència professional tant en les activitats del rol autònom com en el de col·laboració.
- *Competències associades amb la pràctica infermera i la presa de decisions clíniques.* Emetre judicis de valors i decisions clíniques sobre la persona subjecte i objecte de cures, basats en valoracions integrals i en evidències científiques. Mantenir la competència per mitjà de la formació contínua.

⁸⁹ Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2007). Guía de apoyo para la elaboración de la memoria para la solicitud de títulos oficiales (Grado y Máster). ANECA: v.03- 08/01/09. Disponible a: http://www.aneca.es/active/docs/verifica_guia_gradoymaster_080218.pdf

- *Capacitat per utilitzar degudament un ventall d'habilitats, intervencions i activitats per a proporcionar cures òptimes.* Realitzar valoracions, procediments i tècniques amb ple coneixement de causa, destresa i habilitat excel·lent, i amb la màxima seguretat per a la persona que ho rep i per a un mateix. Intervencions d'infermeria lligades a la promoció de la salut, prevenció de la malaltia...
- *Coneixement i competències cognitives.* Actualitzar els coneixements i estar al corrent dels avanços, assegurant-se que l'aplicació d'aquests últims són compatibles amb la seguretat, dignitat i drets de les persones.
- *Competències interpersonals i de comunicació* (incloses les tecnologies de la informació i de la comunicació). Proporcionar la informació adaptada a les necessitats de l'interlocutor, establir una comunicació fluida i proporcionar un suport emocional òptim. Utilitzar sistemes de registre i de gestió de la informació utilitzant el codi ètic, per tal de garantir la confidencialitat.
- *Competències relacionades amb el lideratge, la gestió i el treball en equip.* Capacitat per treballar i liderar equips, i també garantir la qualitat de les cures a les persones, famílies i grups, optimitzant els recursos.

2.1.3.2. La formació per competències

En principi, una formació per competències ens porta al repte de superar el paper eminentment transmissor de coneixements i assumir el de generar capacitats per a apropar-nos i afrontar els problemes canviants i carregats de complexitat del context real de l'assistència.

La formació per competències és una noció constructivista i requereix passar d'un model pedagògic de base conductista a una noció de competència inspirada en una lògica complexa i no lineal, que caracteritza aquest enfocament pedagògic. Amb una proposta com aquesta, aprendre consisteix a integrar i relacionar noves informacions amb els coneixements preexistents per tal que el coneixement sigui significatiu i aplicable.

El Departament d'Educació⁹⁰ assenyala les idees claus d'un aprenentatge per competències: "La integració de coneixements, la funcionalitat de l'aprenentatge i

⁹⁰ Departament d'Educació. Aspectes bàsics de la proposta curricular competencial. Orientacions. <http://phobos.xtec.cat/edubib/intranet/file>. Consultat el 12 de gener de 2009.

l'autonomia personal de l'alumnat que permet prendre consciència del propi procés d'aprendre”.

Com ja s'ha argumentat anteriorment, per a establir un currículum per competències, aquest s'ha de configurar a l'entorn de dos grans pilars competencials: el de les competències específiques d'una àmplia àrea temàtica específiques d'una titulació, i les transversals o genèriques que es necessiten per a desenvolupar eficaçment qualsevol professió i, en no ser específiques d'una assignatura concreta, rebassen els límits de la disciplina per a desenvolupar-se potencialment en totes.

Segons l'informe final del projecte *Tuning (op. cit)* el valor afegit de planificar una titulació en base a les competències es troba en els aspectes següents:

- *Fomenten la transparència dels perfils.* En la reflexió sobre els perfils acadèmics i professionals, les competències emergeixen com un principi orientador per a la selecció de la classe de coneixements que poden ser apropiats per als objectius específics pretesos. Aquest principi té una capacitat inherent per a escollir de manera transparent, dintre d'una àmplia gama de possibilitats, el que pot ser adequat en cada cas.
- *Afavoreix l'èmfasi en els resultats de l'aprenentatge.* L'avaluació de l'acompliment dels estudiants es desplaça des del coneixement com referència dominant (i de vegades única) cap a una avaluació centrada en les competències, capacitats i processos. Aquest canvi es reflecteix en l'avaluació del treball i les activitats relacionades amb l'avanç de l'estudiant cap a l'assoliment dels perfils acadèmics i professionals definits amb anterioritat (resultats d'aprenentatge).
- *Desenvolupa el paradigma de l'aprenentatge basat en l'aprenent.* En el paradigma ensenyament-aprenentatge s'està produint un canvi que subratlla cada vegada més la importància d'una educació centrada en el subjecte que aprèn. Podria dir-se que la necessitat de reconèixer i valorar l'aprenentatge té el seu impacte en les qualificacions i en la construcció de programes conduents a titulacions determinades. En aquest context, la consideració de competències juntament amb la consideració de coneixements ofereix innombrables avantatges que estan en harmonia amb les demandes que sorgeixen del nou paradigma.
- *Destaca la necessitat de la gestió del coneixement.* L'interès en el desenvolupament de competències en els programes educatius concorda amb un enfocament centrat primordialment en l'estudiant i en la seva capacitat d'aprendre, que exigeix més

protagonisme i cotes més altes de compromís, ja que és l'estudiant qui ha de desenvolupar la capacitat de manejar informació original, buscar-la i avaluar-la en unes formes més variades (biblioteca, professors, experts, bases de dades, etc.)

- *Dilata l'aprenentatge al llarg de la vida.* L'educació en un context més ampli es pot considerar un procés permanent i ininterromput d'aprenentatge, on la persona necessita ser capaç de manejar coneixement, posar-lo al dia, seleccionar el que és apropiat per a un determinat context, aprendre contínuament, comprendre el què ha après de tal manera que pugui adaptar-se a situacions noves i canviant.
- *Flexibilitza l'organització de l'aprenentatge.* En la perspectiva de l'aprenentatge permanent, la probabilitat de sortides professionals es considera que té millors oportunitats a través de la diversitat d'enfocaments i perfils d'estudi.
- *Considera l'ocupabilitat i la ciutadania com a valors formatius.* La consideració d'educació per a l'ocupació ha de marxar paral·lela a una educació per a la responsabilitat com ciutadà, és a dir, l'obligació de desenvolupar-se com a persona i ser capaç d'assumir responsabilitats socials.
- *Impulsa la dimensió europea de l'educació superior.* En crear-se l'Espai Europeu d'Educació Superior, la consideració conjunta de competències i coneixements per les universitats europees contribuirà al desenvolupament de titulacions comparables de fàcil lectura i d'un sistema comú.
- *Subministra un llenguatge adient per a l'intercanvi.* El llenguatge de les competències, ja que ve de fora de l'acadèmia, podria considerar-se més adient per a l'intercanvi i el diàleg amb grups que no estan directament involucrats en la vida acadèmica però que poden contribuir a la reflexió necessària per al desenvolupament de noves titulacions i a la creació d'un sistema per a mantenir al dia les ja existents.

Si bé la formació per competències s'ha de connectar amb el marc laboral i professional, s'ha de tenir present fins a quin punt es supedita la formació als seus interessos. La Universitat té l'obligació de progressar i ser motor d'innovació i de crear coneixement en relació a les necessitats socials.

Tot i això, el debat sobre la conveniència o no d'orientar totes les titulacions cap a l'assoliment de competències està servit. Hi ha titulacions, com les de les ciències de la salut, que des de sempre han tingut una orientació professional, però s'han de tenir present les que el tenen més acadèmicista, experimental o de recerca. Així doncs, caldrà debatre-ho amb serenitat i amb amplitud de mires per alleugerir la tensió permanent entre

el coneixement que es genera a les universitats i el que la societat necessita. (Carreras & Perrenaud, 2005)⁹¹.

2.1.3.3. Les competències que configuren el currículum de l'EUI Vall d'Hebron

Com ja s'ha dit, l'experiència d'innovació de l'EUI Vall d'Hebron ha tingut com a nuclis vertebradors: el desenvolupament de tot el currículum d'infermeria integrat a partir de les competències infermeres i l'Aprenentatge Basat en Problemes com a principal estratègia metodològica.

Les competències infermeres adoptades per a desenvolupar el currículum són les que la Comissió d'Infermeria del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut⁹² (CCECS) va definir i publicar coincidint en el temps en què s'estava gestant el canvi. Aquesta comissió va ser creada per a definir la professió infermera i les seves competències, complint l'encàrrec fet pel Conseller de Sanitat i a partir de la sol·licitud de la Comissió de Directores d'Escoles Universitàries d'Infermeries de Catalunya (ADEIC).

Aquest grup de treball va veure convenient evitar elaborar un tractat massa teòric i no caure en fer una simple llista de tasques que donés una visió reduccionista de la realitat. La necessitat era descriure la professió, no el professional competent. La raó la fonamentaven a partir de les diferents interpretacions que podia tenir en funció del interlocutor i, per això, varen optar per definir les competències infermeres independentment del camp d'actuació de cadascun dels professionals.

Respecte a la definició de la professió, la comissió va consensuar la definició i les característiques de la infermeria amb els ítems següents:

- Ser una professió de serveis, que proporciona cures infermeres aplicant els coneixements i les tècniques específiques de la seva disciplina. Es basa en el coneixement científic i es serveis del progrés tecnològic, així com dels coneixements i les tècniques derivades de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques.
- Actuar centrant-se en l'atenció a la persona, la família i la comunitat.

⁹¹ Carreras J. & Perrenaud, P. (2005). *El debat sobre les competències en l'ensenyament Universitari*. Barcelona: ICE de la Universitat de Barcelona.

⁹² Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. (1999). *Competències de la professió d'infermeria*. Barcelona: CCECS.

- Tenir en compte la persona com a subjecte d'emocions, relacions socials i vinculat a un sistema de valors personal.
- Acceptar la responsabilitat i exercir l'autoritat necessària en la prestació directa de les cures d'infermeria. Exercir de forma autònoma la infermeria en el si d'un equip de salut (entès com un lloc d'intercanvi i anàlisi de l'activitat dels professionals per aconseguir una assistència integral i integrada).
- Tenir un compromís sòlid amb la societat per a donar resposta ajustada a les seves necessitat. Ajudar les persones, la família i els grups a determinar i aconseguir el seu potencial físic, mental i social contribuint a la millora de la qualitat de vida. I aquestes activitats les ha de desenvolupar en el marc d'una societat en canvi permanent que es veu influïda per un conjunt de factors socials, econòmics, culturals i polítics.

Amb aquest marc com a guia, les competències que es van adoptar a l'EUI Vall d'Hebron, també estaven inspirades en el treball d'aquesta comissió., Després d'un consens d'equip, el currículum infermer es va configurar al voltant de les següents competències adaptades de les del grup de treball de la CCECS :

1. Tenir cura de les persones, de les famílies i de la comunitat amb necessitats de salut, mitjançant un model infermer i un procés de cures.
2. Col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia.
3. Gestionar la qualitat del procés del seu treball.
4. Mantenir actualitzats els seus coneixements i les habilitats amb capacitat per tractar situacions noves i integrar els resultats de la recerca i/o les experiències documentades en la presa de decisions.
5. Mantenir unes relacions interpersonals a través d'una comunicació eficaç. Efectiva i positiva, amb la persona, la família, els grups i l'equip de treball.
6. Incorporar a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió.

Les dues primeres són específiques de la professió infermera i les quatre restants entren a formar part de les competències genèriques o transversals que han de tenir tots els titulats universitaris.

Aquestes competències es desenvolupen establint xarxes de connexió i integració amb els objectius de les diferents àrees de coneixement i no de manera aïllada per assignatures. L'ABP, els programes d'habilitats i les pràctiques clíniques són les eines

clau per assolir-les, però calia començar per definir els objectius d'aprenentatge que es derivaven de les competències.

Un model ideat per competències requereix un esforç d'integració molt gran, qüestió que s'ha fet palès a l'hora de definir els objectius. Per iniciar el canvi, el primer que s'havia de fer era substituir els objectius de les assignatures per uns altres més globals i que derivessin de les competències. Per fer-ho calia també identificar els principis i conceptes que les emmarquen.

El bagatge de la cultura de les assignatures va pesar molt a l'hora de la integració de les matèries. Això ens va fer anar directes als objectius i deixar en un segon terme l'exercici dels principis i conceptes. Tot i tenir molt clar que la integració no era la suma de les parts, en el primer exercici de definir objectius per cursos, les reticències per no perdre res del que es tenia ens van fer sumar més que no pas integrar.

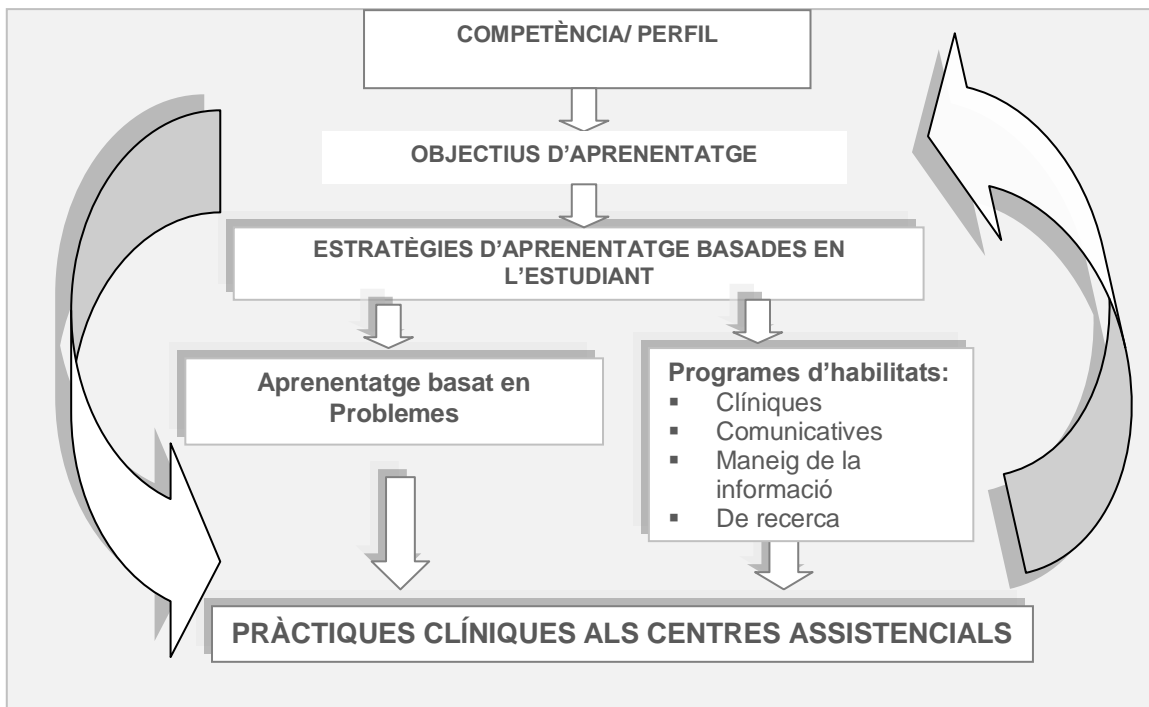
El primer intent d'integració va portar a definir un volum d'objectius tant gran (més de dos-cents) que va fer-ne impossible la gestió i assolir-los. Una primera revisió els va reduir a la meitat. Ara, després de cinc promocions i d'haver aconseguit més seguretat pel que fa el fet de perdre i guanyar en continguts i control, (i amb una segona revisió més sistematitzada), es tenen desglossats els elements següents: la definició general, la dels objectius intermedis, i la dels específics que han de donar el criteri per a l'avaluació. La valoració d'aquest procés és que, malgrat hagi estat lent i complex, les sessions de treball conjunt d'equip de professorat, pel consens, han estat cabdals per vèncer les resistències inherents a qualsevol canvi. El pas d'un currículum fragmentat per assignatures cap a un altre d'integrat per competències no és fàcil. L'equip docent de l'EUI Vall d'Hebron continua amb el repte de la revisió sistemàtica per tal d'aconseguir que els objectius d'aprenentatge siguin coherents amb la competència esperada, a més d'assolibles i avaluable. (Cònsul & Torrens 2009)⁹³

A hores d'ara, ja s'ha pogut constatar que el nou Pla d'Estudis de Grau, configurat a partir de normatives nacionals i iniciat el curs 2009-2010 (si bé planteja una nova formulació i desglossament de les competències), no s'allunya substancialment de les competències adoptades. Sens dubte, el recorregut i experiència d'aquests anys facilitaran l'adaptació als nous programes de grau.

⁹³ Cònsul, M. & Torrens, R.M. (2009). L'Aprenentatge basat en problemes en un currículum d'Infermeria integrat per competències. Dins d'*EINES d'Innovació docent en l'educació superior*. (pp.113-123). Bellaterra: IDES UAB.

En el següent esquema (figura 4) es pot veure de quina manera es desplega el currículum de l'EUI Vall Hebron, a partir de les competències i com aquestes retroalimenten el procés.

Fig 4: Model docent de l'EUI Vall d'Hebron



Per què un currículum d'infermeria integrat?

Perquè, considerant que la infermera treballa amb situacions complexes en què intervenen elements multifactorials i que necessita d'una visió holística de la persona, es va creure que era més coherent plantejar un ensenyament-aprenentatge integrat, trencant així amb l'estructura poc cohesionadora de les assignatures. Aquestes ens conduïen a un saber massa parcialitzat, que dificultava la visió integral i interdisciplinària de la pràctica infermera. (Cònsul & Torrens, op.cit)

Per què a partir de les competències?

Perquè són el que s'espera que l'estudiant sigui capaç d'assolir en finalitzar la seva formació i, a més, són el que dóna sentit al **"què"** s'ha de saber, **"com"** i **"per a què"**.

2.1.3.4. Els nivells de competència

Si l'objectiu que es preten assolir en aquest estudi és esbrinar les fortaleses i debilitats competencials de professionals d'infermeria formats amb un currículum integrat, es necessita tenir present quins són els límits d'aquesta competència. Per fer-ho, es pren com a referent els nivells competencials que va definir Patrícia Benner (1987, op. cit) després d'estudiar la pràctica assistencial d'infermeres expertes i novells que ella va entrevistar per a estudiar les diferències d'una mateixa contingència clínica tot seguint el model d'adquisició d'habilitats de Dreyfus & Dreyfus (MAH).

Aquest model, que es va desenvolupar en el marc del programa d'investigació en intel·ligència artificial de la Universitat de Berkeley a Califòrnia, es basava en l'estudi dels jugadors d'escacs i de pilots d'aviació, i va concloure descrivint el procés evolutiu que se segueix fins arribar a l'expertesa. En primer lloc s'apliquen els coneixements teòrics, i, en segon, l'anàlisi i la discriminació de les experiències viscudes.

Segons Juvé, et alt (2007a)⁹⁴ les peculiaritats d'aquest model són:

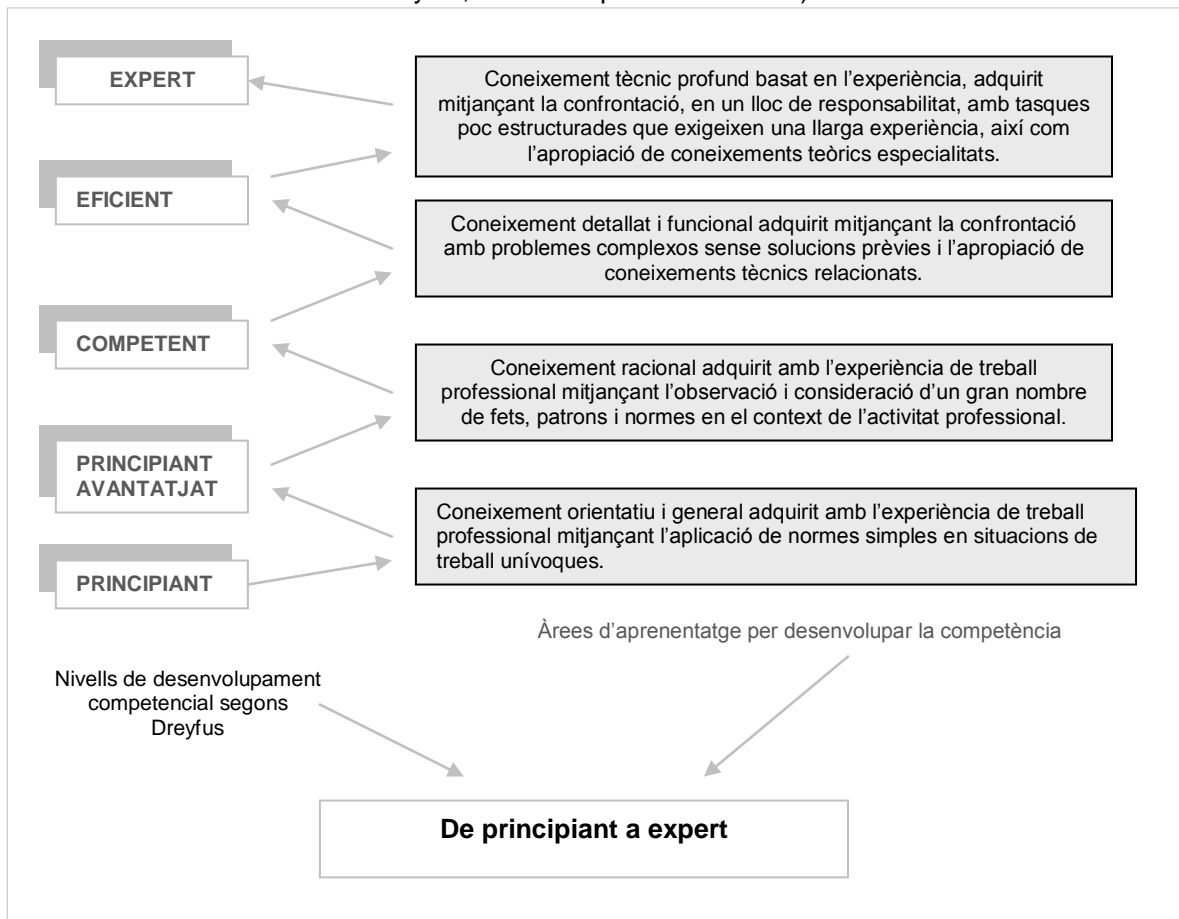
- L'adquisició de l'expertesa és un procés.
- La consecució d'un nivell determinat de competència depèn de les característiques individuals i del context.
- No tothom pot arribar a ser un expert.
- Als nivells més alts d'expertesa sols s'hi arriba amb una pràctica continuada i reflexiva.
- La distribució de l'expertesa en la població professional, acostuma a seguir una corba normal.

El model descriu cinc nivells d'expertesa: Aprenent, principiant, competent, eficient i expert que es relacionen amb quatre àrees d'aprenentatge relacionades amb la teoria del desenvolupament, que tenen una funció hipotètica d'identificació dels nivells de desenvolupament de la competència i la identitat professional. (Rauner, 2007)⁹⁵

⁹⁴ Juvé, M.E., Huguet, M., Monterde, D. Sanmartín, M.J., Martí, N., Cuevas, B. et. alt., (2007a). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing*. 25(4): 56-61.

⁹⁵ Rauner, F. (2007). El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión. *Revista europea de Formación Profesional*. 40. 59-73

Figura 5: Desenvolupament de la competència professional de principiant a expert. (Dreyfus & Dreyfus, 1987 citat per Rauner 2007)



Els cinc nivells de desenvolupament descrites pels germans Dreyfus i les quatre àrees d'aprenentatge que s'hi relacionen (Fig.5) són valuoses per a determinar i fonamentar plans d'estudi i els diferents nivells d'avaluació.

Per la seva part, Benner considera que és amb la pràctica que les infermeres adquireixen una saviesa clínica com un conglomerat de sabers pràctics elementals i de coneixement teòric no depurat. Aquesta saviesa passa pel procés "de principiant a expert" de Dreyfus & Dreyfus:

- *Principiant.* En no tenir experiència de les situacions que se li presenten, la infermera actua amb rigidesa, de manera mecànica i molt pendent de les normes. No sap actuar dins de l'imprevist "la conducta marcada per les normes, típica d'una principiant és extremadament limitada i inflexible. El nucli de la dificultat està en el fet que, atès que no té experiència de la conjuntura o situació que afronta, és necessari donar-li unes directrius que encaminin la seva actuació" (Benner, 1987, p. 48). Els estudiants

d'infermeria quan arriben als serveis de pràctiques se situen dins d'aquesta categoria, encara que no es pot limitar aquesta competència als estudiants. Aquesta autora considera que, tota infermera que passa a un nou servei del qual no té experiència pràctica es veu obligada a retrocedir a aquesta categoria fins que no hi estigui familiaritzada.

- *Principiant avantatjada* Quan la persona comença a demostrar una actuació marginalment acceptable i actua de manera més flexible. *“Són professionals que ja han afrontat un nombre suficient de situacions pràctiques per observar els components de les situacions que són significatius (encara que qui els ho hagi fet veure sigui una tutora o preceptora), (...) però encara no tenen capacitat per a fer-se càrrec de les situacions de manera global”* (p. 50). A aquestes professionals els cal ajuda per prioritzar actuacions i recursos per tal que les seves actuacions no siguin perjudicials per a les persones que cuiden i per a elles mateixes. Amb aquest objectiu, moltes institucions tenen en compte aquest punt i els adjudiquen una infermera experta de referència que actua com a preceptora aconsellant i ajudant en els aspectes més transcendents de la seva actuació professional.
- *Competent*. La infermera porta ja dos o tres anys desenvolupant una tasca en les mateixes o condicions semblants i és capaç de qüestionar i valorar les situacions per a adaptar i prioritzar tant les seves actuacions com els recursos. Actua de manera organitzada i sap actuar davant d'imprevistos. *“A la infermera competent li falta la rapidesa i la flexibilitat que posseeix la infermera avantatjada, però té la sensació que controla l'ofici i que està preparada per afrontar i sortir-se de les nombroses contingències de la infermeria clínica”* (p. 54).
- *Eficient o avantatjada*. Aquesta professional percep les situacions de manera global com un tot perquè entén el seu significat en termes d'objectius a llarg termini. Aprèn de les experiències i “ja està en condicions d'apreciar en quins casos no es dona el que estava previst. Aquesta comprensió global millora les decisions que pren i, encara que es tracti de decisions menys treballades perquè es basa en una idea global de quins són els aspectes realment importants, solen ser decisions ràpides i encertades” (p. 55). Aquestes professionals poden tenir la sensació que els ensenyaments teòrics en què inicialment van basar les seves aptituds i experiències, ara són un llast inútil, perquè la teoria serveix per a ensenyar al principiant la manera d'afrontar situacions sense risc i amb seguretat, però no són adients per a percebre o explicar aspectes més subtils o complexos. *“El clínic eficient és el que amb més freqüència està en condicions de reconèixer el desequilibri de l'estat d'una persona abans de què es*

produeixin canvis significatius en les seves constants vitals, és a dir, que té aquella facultat que anomenem senyal d'alerta precoç” (p. 58).

- *Expert.* Aquest professional ja no necessita d'un principi analític (regla, pauta o consigna) perquè la comprensió de la situació es tradueixi en una iniciativa idònia. *“Quan ha arribat a aquest nivell, la infermera ha fet tanta acumulació d'experiències, que capta de manera intuïtiva totes les situacions i es centra en el nucli principal del problema sense malbaratar temps en diagnòstics diferencials i solucions improcedents” (p. 58).* Aquesta professional pot tenir dificultats per a expressar tot el que sap o allò que l'ha fet actuar d'una manera determinada. L'expert combina degudament una desenvolupada intuïció, generada amb la pràctica reflexiva en milers de casos i amb una destacada capacitat analítica (Juvé, 2007, op. cit.).

Així doncs, queda palès que l'expertesa no fa referència només al temps que una professional desenvolupa la tasca assistencial, sinó que, mitjançant la confrontació del que sap amb la possibilitat de contrastar-ho i viure-ho en casos reals d'una pràctica sempre complexa i incerta, li afegeixen i augmenten les percepcions i els matisos que configuren el coneixement expert.

2.1.3.5. L'avaluació de la competència

Si en el context docent, l'avaluació sempre ha estat una de les fases més complicades de tot procés d'ensenyança-aprenentatge, ara, en haver de platejar-la en una formació basada en competències, ho complica encara més perquè, en ser principalment de caràcter formatiu és bastant diferent de la que es feia servir.

Segons Martínez & Echevarria (2009, p.141)⁹⁶ l'avaluació per competències, en ser formativa, es caracteritza pels trets següents:

- Concebuda com un procés –sense períodes rígids ni curts-, que respecta el ritme individual de cada persona.
- Realitzada durant l'activitat habitual de les persones i, sempre que sigui possible, durant el desenvolupament de les seves funcions i tasques habituals.
- Basada en les evidències establertes en la norma⁹⁷ de competència acordada, amb què les persones poden conèixer bé els resultats que han d'assolir.

⁹⁶ Martínez, P. & Echevarria, B. (2009). Formació basada en competències. *Revista de Investigación Educativa*. 27(1): 125-147.

- Contrastada amb les evidències de l'activitat de cada persona i no amb la dels seus semblants.
- Dictaminada amb els termes de si algú és "competent" o "encara no és competent", sense la ponderació de notes o percentatges.
- Consensuada entre qui avalua i els que són avaluats.
- Delimitada mitjançant guies d'avaluació, per a evitar l'ús de criteris diferents davant d'una mateixa norma.

Totes aquestes característiques han de ser efectives de donar resultat per tal d'assegurar un ensenyament i una avaluació al servei dels resultats que s'havien previst, i informar als potencials contractadors, sobre el significat d'una determinada qualificació.

S'està d'acord amb Brailovsky (2001)⁹⁸ quan diu que la manera més potent per a canviar com estudien els alumnes i com ensenyen els docents, és canviant la forma d'avaluar. I, si la competència professional representa la capacitat d'utilitzar un bon judici per a solucionar els problemes complexos que es presenten en el camp professional, l'avaluació ha d'estar contextualitzada i associada a una situació i al context professional.

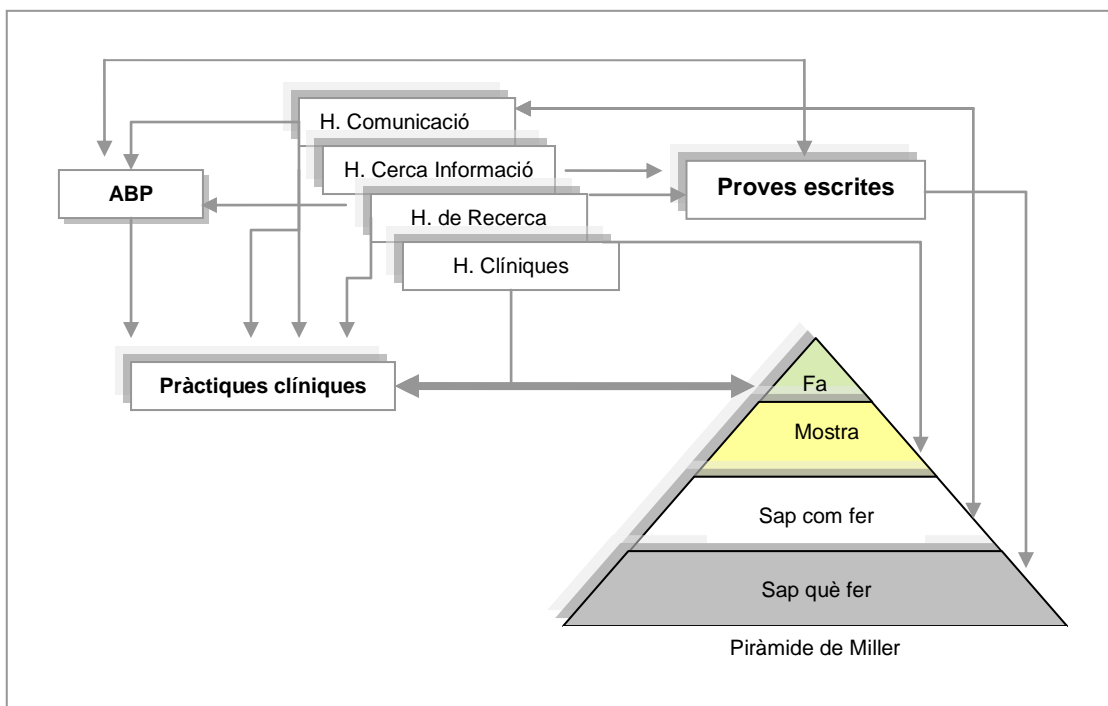
Per a l'avaluació basada en competències en l'àmbit de la salut, cal tenir també present Georges Miller (1990)⁹⁹ que ha proposat un marc per avaluar la competència clínica. Miller és considerat com el pare de la pedagogia mèdica i va representar la competència mitjançant una piràmide. Aquest model ens és útil perquè representa bé la construcció de la competència i permet fer operativa la seva avaluació (els coneixements en la base i l'avaluació de la competència en el vèrtex).

En la figura 7 es relaciona l'avaluació de les diferents estratègies docents i la competència clínica de la piràmide de Miller.

⁹⁷ Norma de competència: expressió estandaritzada del conjunt de coneixements, habilitats, destreses i actituds necessàries per a un desenvolupament competent d'una determinada funció.

⁹⁸ Brailovsky, C. A. (2001). Educación médica, evaluación de las competencias. A: *Aportes para un cambio curricular en Argentina*. Jornadas de cambio curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Organización Panamericana de la Salud; :103-122. Disponible a : <http://www.aspefam.org.pe/intranet/CEDOSA/Brailovsky.pdf>

⁹⁹ Miller, G.E. (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 65(9): 63-67

Figura 6: Moments de l'avaluació a l'EUIVH relacionats amb la Piràmide de Miller

Si bé els mètodes més comuns d'avaluació, com són les proves d'elecció múltiple, les de simulació i les avaluacions clíniques objectives estructurades, apunten als nivells més baixos de la piràmide, *"l'avaluació de la pràctica real, tot i que encara no està prou demostrat, reflecteixen molt millor la competència que les avaluacions realitzades amb un examen"* (Norcini 2003, p.59)¹⁰⁰.

A l'EUI Vall d'Hebron, l'avaluació és formativa i es considera com una estratègia més del procés d'aprenentatge per tal que l'estudiant pugui controlar el seu procés i progrés.

Els moments d'aquesta avaluació estan determinats per mecanismes avaluatius diversos: les diferents unitats tutorial amb ABP, les proves escrites en cada una d'aquestes unitats i les avaluacions dels programes d'habilitats. Però, on culmina l'avaluació de la competència és en les pràctiques clíniques, que són l'equivalent al vèrtex de la piràmide que de forma tan gràfica ens ha aportat Miller.

Així és com, de manera esglaonada, es parteix dels coneixements fins arribar a la competència clínica. En el primer esglaió hi ha el coneixement, el *"saber"*, que pot avaluar-se amb proves escrites; el segon fa referència a l'aplicació d'aquest coneixement, el *"saber com"* o integrar, que també pot avaluar-se de manera escrita o amb preguntes

¹⁰⁰ Norcini, J.J., (2006). Evaluación basada en competencias. Dins de: Cantillon, P., Hutchinson, L. Wood, D. (Cod). *Aprendizaje y docencia en medicina*. pp 53-59. Barcelona: Fundació Esteve.

sobre com fer-ho. Però, és a partir del tercer esglaó que, en tractar-se ja de la competència clínica de *“mostrar com es fa”*, ja no té sentit l'examen escrit, sinó que es necessita d'una avaluació en un entorn controlat i estandarditzat amb pacients, bé siguin reals o simulats, com els de les proves objectivades estructurades ACOE. I, finalment, en el vèrtex de la piràmide, ja s'està valorant el *“fer”* durant el treball quotidià que requereix d'una mesura amb l'observació directa, com és el context de la pràctica clínica.

En la pràctica clínica, l'estudiant té l'oportunitat de posar en joc els coneixements, les actituds, les habilitats i els valors per resoldre problemes en una situació real. I això sols es dona en el context de la pràctica assistencial, on l'estudiant, acompanyat d'un professional (infermera –tutora), posa en marxa el procés reflexiu d'anàlisi i de judici crític de la mateixa pràctica.

Les pràctiques s'organitzen amb complexitat progressiva d'acord amb els objectius corresponents a cada una de les unitats i segons el pes corresponent dels crèdits assignats a cada curs.

L'estudiant de primer les realitza, durant cinc setmanes, a l'atenció hospitalària i/o sociosanitària; els de segon, durant catorze setmanes, entre l'atenció hospitalària i la primària, i els de tercer, vint-i-dues setmanes, entre l'atenció hospitalària i la primària.

S'ha de reconèixer, però, que el que més ens està costant en aquest trànsit de formació en competències és l'aspecte de l'avaluació. En tot aquest procés, el repte que encara es té és el de trobar la coherència de les pràctiques clíniques amb la filosofia d'un currículum integrat per competències, centrat en l'estudiant i amb una gestió autònoma del seu progrés de competència. En aquest sentit, sempre hem considerat que la carpeta d'aprenentatge, a més de ser una estratègia potent d'avaluació, pot ser també una bona eina de gestió autònoma d'aprenentatge. Amb ella, l'estudiant pot documentar el seu progrés, fer evidents les competències desenvolupades i, sobretot, disposar d'elements d'encontre amb la infermera referent i amb la tutora de pràctiques per tal de reflexionar plegades sobre la qualitat de les cures infermeres i del seu progrés competencial. (Cònsul & Torrens, op.cit).

Per valorar la competència en el context professional, també s'han d'assumir els conceptes que es deriven dels treballs dels germans Dreyfus i de Patrícia Benner, i també, considerar les diferents característiques individuals i de context. Si no és així, l'avaluació de la competència és una pràctica poc recomanable.

Per a l'avaluació de la competència professional, el treball de Juvé et. alt. (2007b)¹⁰¹ ha posat unes bases sòlides que, de ben segur, contribuirà en l'apropament de teoria i pràctica. El projecte realitzat, COM_VA[®], és una investigació-acció participativa que ha permès definir un instrument de competències assistencials dels professionals d'infermeria en l'àmbit hospitalari. L'estudi ens aporta el resultat d'un esforç important per a delimitar les intervencions infermeres que configuren els diferents elements competencials i ajuda, també a esclarir el debat sobre els límits de la competència infermera.

Hi han participat 487 professionals d'infermeria, dels hospitals de l'Institut Català de la Salut que, mitjançant tallers, han debatut els dominis i elements competencials del treball infermer i els seus valors professionals.

Si bé en les limitacions de l'estudi es considera que *"instrumentalitzar les competències des dels relats, les narratives i les experiències de les professionals d'infermeria assistencials no deixa de ser un exercici de teorització"* (p.60), aquesta teorització ens era molt necessària, i sobretot que fos creada a partir de la pràctica de professionals d'un context proper que, de ben segur, es podrà aprofitar per a l'avaluació dels estudiants,

Hi ha altres treballs com són el Projecte Europeu Leonardo Da Vinci¹⁰², en l'àmbit de la supervisió infermera que ha descrit les competències dels comandaments intermedis, o el de la Unitat de Coordinació i Desenvolupament de la Investigació en Infermeria, recollit per d'Institut de Salut Carlos III de Madrid, sobre les competències en investigació¹⁰³ que han de tenir els professionals de la salut en els diferents àmbits acadèmics de la pràctica assistencial i en la formació especialitzada.

Però, com he dit anteriorment, el projecte COM_VA[®] ens és molt més proper per a tenir-lo en compte i utilitzar-lo en la formació i l'avaluació en el currículum bàsic. Partir d'una definició i valoració de competències treballades i gestades des de la pràctica, ens brinda una oportunitat d'aprenentatge conjunt i en l'alineament d'una coherència entre la docència i l'assistència. Ens pot apropar, i ens pot ajudar, perquè -com bé diu Benner (op.cit)- encara és molt el que hem d'aprendre dels professionals assistencials, quan

¹⁰¹ Juvé, E., Ferrero, S., Matud, C., Monterde, D., Fierro, G., Marsal, R., et alt. (2007b). ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?. *Nursing*. 25(7): 50-61.

¹⁰² Teixidor, M., Pont, E., Ferrer, C., Martínez, D., Martí, N., Cruz, R., Vila, E. (2003). Marc de referència professional per a la funció de supervisor/a d'infermeria de la demarcació pilot de Barcelona. *"Desenvolupar les competències i la mobilitat dels supervisors d'infermeria per millorar la qualitat d'atenció dels usuaris a l'hospital"*. Barcelona: Fundació "La Caixa"; Departament de Salut i Hospital Germans Tries i Pujol.

¹⁰³ Fuentelsaz, C., Navalpotro S., Ruzafa, M.(2007). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investenténiscu). *Enfermería Clínica*. 17: 117-127.

aquests ens desvetllin els significats de l'ajuda i de la seva contribució en els episodis autèntics i humans que integren l'art i la ciència infermera.

És per aquesta raó que considero adient i útil recopilar l'instument COM_VA[®] d'avaluació de les competències infermeres i deixar-lo explícit en aquest marc teòric.

Taula 8: COM_VA[®] Avaluació de competències de la infermera assistencial en l'àmbit hospitalari.

COMPETÈNCIA 1. TENIR CURA	
<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
1.1. Establir una relació terapèutica i ser-hi present.	Empatia. Actitud d'ajuda. Cordialitat i tracte amable. Escolta activa. Accessibilitat i disponibilitat . Transmet tranquil·litat . Inspira confiança.
1.2. Adequar les actuacions als principis bioètics.	Beneficència: procura el benestar Justícia: no fa diferències per raó d'edat, sexe, ètnia, religió o capacitats (discriminació positiva). Autonomia: implica el pacient en la presa de decisions.
1.3. Preservar la dignitat, la confidencialitat i la intimitat, malgrat les limitacions estructurals i organitzatives.	Discreció: manté la privacitat de la informació personal i clínica (verbal i escrita). Actua protegint la privacitat física i emocional del malalt. És mostra respectuós amb la situació del malalt.
1.4. Suplir, ajudar o supervisar el malalt en la realització d'activitats que contribueixen a mantenir o millorar el seu estat de salut (o a una mort digna).	Afavoreix la participació del malalt/família en l' autocura . És sensible a les necessitats. Orienta les actuacions cap a la independència del pacient.
1.5. Proporcionar informació i suport emocional.	Adequa la informació a les necessitats i capacitats del malalt. S'expressa clarament amb un llenguatge a l'abast del pacient. Transmet optimisme . Dóna ànims, evitant seguretats prematures. Canalitza l'expressió emocional.

COMPETÈNCIA 2. VALORAR, DIAGNOSTICAR I ABORDAR SITUACIONS CANVIANTS	
<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
2.1. Identificar l'estat basal del malalt i planificar les cures adients	Realitza la valoració inicial, identifica els problemes principals que se'n deriven i pauta les cures adients. Situació: Ingrés o primer contacte amb el pacient.
2.2. Identificar canvis significatius en l'estat del malalt i actuar en conseqüència.	Coneix l'estat del pacient i reconeix noves manifestacions . Contrasta i analitza la informació prèvia amb la valoració actual. Actua o planifica l'actuació en concordança amb la nova situació. Situació: evolució, el malalt presenta signes o símptomes nous.
2.3. Identificar precoçment senyals d'alarma: previsió de complicacions abans que es confirmen clarament les manifestacions.	Sap interpretar signes inespecífics i anticipar l'inici d'una complicació . Detecta precoçment i s'anticipa al problema intensificant la vigilància i iniciant accions correctores i/o preventives. Rapidesa i seguretat de criteri.

	Situació: el malalt està en les fases més inicials d'una complicació.
2.4. Identificar i executar correctament, i a temps, actuacions en casos d'extrema urgència amb risc per a la vida del malalt o en el cas d'una crisi o complicació greu sobtada, fins a l'arribada del metge o metgessa.	Valora i identifica la gravetat de la complicació . Aplica el protocol d'actuació urgent correctament adaptat al pacient. Actua coordinant-se amb la resta de professionals. Situació: complicació greu amb risc vital; situació d'emergència (un malalt).
2.5. Preparar amb antelació i abordar de forma ordenada i eficient el desenvolupament de situacions greus o d'alta intensitat de cures gairebé simultànies o en cadena en diferents malalts.	Preveu i prioritza les actuacions en situacions de pic de pressió assistencial. S' organitza adequadament el temps i es coordina amb els altres, actua com a líder en cas necessari . Actua de forma ràpida i eficaç (aplicació protocol d'actuació urgent si escau). Situació: pic de pressió assistencial o situació d'urgència (diversos malalts).

COMPETÈNCIA 3. AJUDA EL PACIENT A COMPLIR AMB EL TRACTAMENT I FER-LO PARTÍCIPI

<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
3.1. Realitzar de forma adequada procediments bàsics.	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt. Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica. Procediments bàsics: catèter venós perifèric, constants vitals, extracció de sang venosa, ECG, higiene, cura tòpica, irrigació de ferida, retirar sutura, glicèmia capil·lar, estat mental, embenatge, balanç, exercicis respiratoris, sedestació, educació sanitària bàsica, canvis posturals, etc.
3.2. Realitzar de forma adequada procediments complexos.	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt. Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica. Procediments complexos: cura ferida oberta/infectada, cura ferida+fístula, cura UPP grau III, Drum, reconducció d'emocions, gasometria arterial; suport a l'afrontament, cures amb traqueostomies, RCP, col·laboració en procediments (intubació, CVC subclàvia...), cures NPT, interpretació ECG, etc.
3.3. Realitzar de forma adequada procediments d'alta complexitat, /o Realitzar de forma adequada qualsevol procediment en situacions complexes /o Administrar de manera correcta multiteràpia d'alt risc simultàniament en diferents malalts.	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt (si escau). Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica. Procediments d'alta complexitat*: cura ferides catastròfiques; cura ferides neoplàsiques, Drum a femoral, catèter amb baló de contrapulsació, hemofiltració, ventilació mecànica, etc.

	<p>Situacions complexes: emergència vital (xoc, crisi), extrems d'edat (prematur, nadó, ancians), extrems de pes (caquèxia, obesitat, obesitat mòrbida), situacions de gran impacte emocional (xoc emocional per diagnòstic de càncer, recaiguda, amputació, dol), alteracions de la funció cognitiva/percepció (desorientació, obnubilació, psicosi, demència, inhibició), agressivitat, factors culturals (altra llengua, conflicte terapèutic...).</p> <p>Multiteràpia d'alt risc: executa adequadament les prescripcions de medicaments amb alt potencial de provocar efectes adversos greus o toxicitat (quimioteràpia, vasoactius, hemoderivats, bioteràpia, immunosupressors, medicaments en investigació).*</p>
3.4. Administrar de manera correcta i segura els medicaments.	<p>Sap interpretar les prescripcions farmacològiques i realitzar la planificació de l'administració.</p> <p>Descarta al·lèrgies/intoleràncies.</p> <p>Realització correcta de la tècnica de preparació (càlcul dosis, ritme, etc.) i administració (totes les vies d'administració).</p> <p>Maneig adequat dels dispositius d'administració (bombes de perfusió, etc.).</p>
3.5. Realitzar correctament les cures associades a l'administració de medicaments.	<p>Valora la resposta terapèutica si cal (antitèrmics, analgèsics, antihipertensius, ansiolítics, antiarítmics, etc.).*</p> <p>Realitza els controls previs o posteriors necessaris (glicèmia – insulina; TA – antihipertensiu).*</p> <p>Realitza la planificació de l'administració tenint en compte les incompatibilitats medicamentoses.</p> <p>Vigila la simptomatologia associada a reaccions o toxicitats i actua en conseqüència.</p> <p>Aborda adequadament els diferents problemes de la teràpia endovenosa (vasos comunicants, etc.).</p>

* NO s'han de valorar exclusivament aquests procediments/medicaments, s'han afegit per exemplificar els diferents nivells de complexitat.

COMPETÈNCIA 4. CONTRIBUIR A GARANTIR LA SEGURETAT I EL PROCÉS ASSISTENCIAL

<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
4.1. Prevenir lesions i/o abordar adequadament les respostes emocionals que posen en perill la seguretat del pacient o d'altres al seu voltant.	<p>Realitza activitats per garantir la integritat física i els dispositius terapèutics.</p> <p>Assertivitat. Pacte, negociació.</p> <p>Procura un entorn segur.</p> <p>Reconduïx el desbordament emocional/ agressivitat.</p> <p>Situació: alteracions de la consciència o psicoemocionals per encefalopaties, demències, intoxicacions farmacològiques, abús de substàncies, tumors cerebrals... Dificultats d'adaptació, procés de dol, disfuncions organitzatives.</p>

4.2. Utilitzar la documentació necessària i complir adequadament els registres d'infermeria.	Fa un ús correcte de la història clínica. Registra l'activitat i l'evolució de l'estat del pacient. Segueix les normes bàsiques de compliment dels registres (llenguatge clar, llegible...).
4.3. Modificar els plans de cures i/o els plans terapèutics segons l'estat del pacient i actuar en conseqüència.	Contrasta de manera continuada l'estat del pacient amb la prescripció a realitzar, retardant, suspent o modificant puntualment el pla terapèutic .
4.4. Comunicar-se amb el metge per suggerir, obtenir i/o pactar modificacions del pla terapèutic més adients a l'estat del pacient	Demuestra habilitats de comunicació i relació . Sap descriure l'estat del pacient. Sap argumentar les propostes terapèutiques. Pacta/consensua les modificacions del pla terapèutic.
4.5. Organitzar, planificar i coordinar les necessitats d'atenció de múltiples pacients simultàniament. I/o Comunicar-se amb els serveis de suport per adequar les intervencions clíniques a l'estat del pacient	És capaç de processar la informació rellevant de diferents malalts, sense obviar dades importants. Sap prioritzar . Sap coordinar-se amb altres professionals de diferents

COMPETÈNCIA 5. FACILITAR EL PROCÉS D'ADAPTACIÓ / AFRONTAMENT

<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
5.1. Valorar l'estat i els recursos del malalt per afrontar el procés.	Identifica la interpretació que el malalt fa del seu estat de salut, tenint en compte les seves creences i valors. Avalua la capacitat/voluntat del pacient per implicar-se en l'autocura.
5.2. Facilitar una interpretació adequada del seu estat i proporcionar pautes explicatives que afavoreixin recuperar la sensació de control de la situació.	Realitza mesures informatives i de suport per ajudar-lo a comprendre els canvis i les pèrdues (dol) . Dosifica adequadament la informació en funció de l'estat del pacient .
5.3. Influir en l'aptitud del malalt per recuperar-se i respondre a les teràpies. Ensenyar el pacient a realitzar les activitats Terapèutiques prescrites que pugui dur a terme ell mateix.	Transmet esperança amb una visió realista. Realitza adequadament activitats educacionals per potenciar la participació del pacient en la seva recuperació física i per implicar-lo en la prevenció de la dependència .
5.4. Valorar l'estat i els recursos de la família/cuidador per afrontar el procés i potenciar-lo si cal.	Identifica la interpretació que fa la família/ cuidador principal de l'estat de salut del pacient . Avalua la capacitat/ voluntat de la família/cuidador principal per implicar-se en l'autocura.
5.5. Influir en l'aptitud i actitud de la família /cuidador per afrontar el procés. Ensenyar a la família/cuidador a realitzar les activitats terapèutiques prescrites que pugui dur a terme.	Realitza activitats educacionals per potenciar la participació de la família/cuidador en el procés de recuperació i en la prevenció de la dependència . Tutela, quan cal, el procés d'adaptació al rol de cuidador.

COMPETÈNCIA 6. TREBALLAR EN EQUIP I ADAPTAR-SE A UN ENTORN CANVIANT	
<i>Element competencial</i>	<i>Criteris d'avaluació/Conductes a valorar</i>
6.1. Integrar-se en l'equip de treball.	Cordialitat. Sintonia. Ofereix disponibilitat i col·laboració amb l'equip de treball immediat. S'adapta a la dinàmica del grup. Situació: equip infermeria.
6.2. Crear cohesió i facilitar el treball en equip, dins l'equip d'infermeria.	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu . Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d'objectius comuns. S'implica i manté una actitud resolutiva . Situació: equip infermeria.
6.3. Crear cohesió i facilitar el treball en equip, amb diferents professionals de múltiples disciplines.	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu. Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d' objectius comuns . Situació: altres professionals.
6.4. Delegar tasques al personal auxiliar o de suport partint de: les normatives assistencials, el pacte en el servei i la valoració de la capacitat per a la realització d'aquestes tasques.	Afavoreix i adequa la participació en el procés de cures. Sap organitzar i coordinar la distribució de tasques i n'assumeix la responsabilitat. Situació: altres professionals.
6.5. Participar en el procés d'aprenentatge propi, dels nous membres de l'equip i dels alumnes d'infermeria.	S'expressa clarament amb un llenguatge adequat a l'interlocutor. Comparteix el seu coneixement . Reforça positivament l'aprenentatge. Reconeix les pròpies limitacions de coneixements o habilitats. Actitud oberta a l'aprenentatge .

Cadascun dels elements competencials es puntuen amb una escala que va del 0 (avaluació molt deficient) fins al 10 (execució excel·lent), i es realitza a partir de l'observació directa per part d'un superior del professional en la pràctica assistencial. Aquest instrument serveix per a conèixer el nivell de competència i poder realitzar l'avaluació del nivell de carrera professional dels professionals de l'ICS.

D'aquest programa COM_VA[®], n'ha sorgit posteriorment el projecte COM_VAT[®] d'avaluació i millora tutoritzada de la competència clínica dels professionals d'infermeria de nova incorporació. L'objectiu d'aquest últim és garantir la seguretat dels pacients, minimitzar el risc d'errades durant els primers dies de treball i assegurar el conjunt mínim de competències que ha de tenir el professional acabat d'incorporar. Un altre pla és el QCINFAP que avalua les competències dels professionals d'infermeria de l'àmbit de l'atenció primària (Lleixà, 2008, op. cit).

2.2. L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES

2.2.1. Introducció

L'estudi *How much information* de la universitat de Califòrnia a Berkeley (citat per Barceló (2010)¹⁰⁴ afirma que la base informacional accedible per a la humanitat es multiplica per dos cada cinc anys. El creixement de la informació és una funció exponencial i segueix creixent. Davant aquesta extraordinària explosió d'informació, Barceló sosté que la capacitat més important de les persones serà *"l'habilitat d'aprendre, desaprendre i reaprendre"*.

Així és, com el canvi profund que ha sofert el món contemporani ha d'afectar la transmissió tradicional del saber. El desenvolupament de la informàtica és tan ràpid, les autopistes de la informació són tan poderoses i els canvis tan galopants que això ha d'afectar la docència en el sentit tradicional que ha suposat exercir-la en els darrers cent anys. Un professor, en la seva definició més clàssica, ha estat fonamentalment un especialista d'una àrea de coneixements que l'ha impartida amb més o menys eficàcia, armonitzant el temps disponible i la metodologia adient. I, en aquest programa, l'alumne aprovava o suspenia en funció que arribés o no als límits establerts.

Però, actualment la societat fa altres demandes i s'està en una realitat històrica que necessita canviar substancialment la perspectiva tradicional de l'ensenyar-aprendre. El volum d'informació que pot transmetre un professor en una hora de classe expositiva no pot competir amb el desplegament tècnic i precisió didàctica de programes interactius i bases de dades especialitzades d'alta eficàcia docent. Isidor Cònsul¹⁰⁵ l'any 1997 ho augurava amb les següents paraules:

"Sembla, doncs, que no hi ha res a fer i el model de professor que només imparteix coneixements comença a ser vençut, i ho serà cada vegada més, pels prodigis del desplegament tecnològic. Just en el fil d'aquesta raó, la metamorfosi del professor de secundària i més endavant també de la universitat, es presenta com un dels reptes importants del futur educatiu immediat. L'especialista que instrueix deixarà de ser la font única de transmissió de coneixements i haurà de reconvertir la seva feina en una funció més tutorial i orientativa, de guia amatent que vetlla i anima el procés d'aprenentatge dels seus alumnes" (p.134)

Per fer front a aquesta metamorfosi del professorat i a les demandes de professionals que la societat requereix, l'Aprenentatge Basat en Problemes ens és útil perquè *"la seva*

¹⁰⁴ Barceló, M. Informació, coneixement i economia. (2010). Disponible a www.elperiodico.cat/canoticias/opinio/.../370714.shtml. Consultat el 10 de juliol del 2010.

¹⁰⁵ Cònsul, I. (1997). *Cinc estacions. Un dietari*. Barcelona: Edicions de la Magrana.

essència és l'aprenentatge autodirigit en què l'estudiant hi aprèn de manera autònoma. Això significa un canvi fonamental en el rol del docent que ha de facilitar aquest procés” (Branda 2009a, p.22)¹⁰⁶. Essència que ens descriu la finalitat qualitativa del seu ús.

El mètode es va concebre d'origen com “una metodologia que fa servir de punt de partida un problema o una situació problemàtica que permet desenvolupar a l'estudiant hipòtesis explicatives i identificar necessitats d'aprenentatge que li permetin comprendre millor el problema i complir els objectius d'aprenentatge preestablerts” (Branda 2009b, p.11)¹⁰⁷. Així doncs, en principi, l'ABP no tracta la solució de problemes, sinó que utilitza els que són adients per a incrementar el coneixement i la comprensió.

El mateix autor assenyala que Barrows (un dels pioners en el desenvolupament de l'ABP) en una publicació recent, inclou la resolució de problemes dins l'ABP i ho anomena aPBL (authenticPBL). Però, s'està d'acord amb Branda que la resolució de problemes és només una extensió de l'ABP, que s'hi pot incloure o no.

L'ABP té tres característiques bàsiques. La primera és que el nou mètode compromet activament els estudiants com a responsables d'indagar sobre una situació o problema; la segona consisteix a organitzar el currículum al voltant de problemes holístics que generen aprenentatges significatius i integrats en els estudiants, i la tercera és que afavoreix un ambient d'aprenentatge en què els docents inciten els estudiants a pensar i els guien a explorar i investigar, conductes que els permet arribar a nivells més profunds de comprensió (Torp & Sage, 1999)¹⁰⁸

Des que es va iniciar, a finals dels anys 60 a la Universitat de McMaster, l'ABP ha comportat una petita revolució en l'entorn de la docència en ciències de la salut, ja que han estat moltes les facultats de medicina que l'han adoptat, bé sigui en la totalitat del currículum o en una part.

Sembla ser que aquesta nova cultura va començar quan a Hamilton (Canadà), zona industrial, humida i amb una important precarietat econòmica i social, hi havia una alta prevalença de malalties respiratòries que començaven a ser un problema de salut pública, i que els professionals no coneixien ni resolien degudament. Davant d'això, les autoritats pertinents van veure que el que calia era abordar el problema des de la

¹⁰⁶ Branda, L.A., (2009a). El aprendizaje basado en problemas. De herejía a *res populis*. *Educación Médica*. 12(1): 11-23.

¹⁰⁷ Branda, LA. (2009b), L'aprenentatge basat en problemes. dins de Branda el alt. *EINES d'Innovació Docent en Educació Superior*. (pp. 11-46). Bellaterra: Publicacions de l'IDES de la UAB.

¹⁰⁸ Torp, L. & Sage, L. (1999). *El aprendizaje basado en problemas. Desde el jardín de infantes hasta el final de la escuela secundaria*. Buenos Aires: Amorrortu.

formació dels metges que els tocava d'exercir en aquell entorn i que havien de ser competents a l'hora de solucionar-ne els problemes de salut que s'hi produïen. A la vegada, els docents s'adonaven que el rendiment dels estudiants era satisfactori pel que feia al coneixement teòric, però no ho era tant quan havien de transferir-lo a situacions clíniques amb pacients reals.

Després d'extenses consultes i visites a altres Facultats de Medicina, segons Branda (2008)¹⁰⁹ fou el programa de la Case Western Reserve University (CWRU) de Cheveland, Ohio, als Estats Units, on varen trobar més elements d'inspiració. Aquest programa, iniciat l'any 1952, tenia quatre característiques que va atreure l'atenció del món de la pedagogia de la salut: a) es basava en una integració interdisciplinària amb una estructura d'òrgans i sistemes; b) tenia disminuït el volum de classes magistrals; c) incrementava l'oportunitat per un temps electiu i d) el control del currículum era vetllat per comissions temàtiques i no per departaments.

I, així va ser, com des de la Universitat de MacMaster es va iniciar la formació dels estudis de medicina, de manera diferent a la que havia dominat, i que, segons Branda (2009b, op, cit), va ser rebuda amb una actitud espectant, tolerant i curiosa, en els millors dels casos.

Tanmateix, malgrat les reticències, l'èxit de la fórmula es va exportar ràpidament a altres països i professions. Concretament a Europa, l'any 1974, es crea la Universitat de Maastricht amb la possibilitat de cursar tots els estudis en aquesta nova metodologia i, al mateix temps, a la d'Aalborg a Dinamarca, s'hi desenvolupa l'Aprenentatge Basat en Projectes que, tot i coincidir en les sigles de l'acrònim, es considera una variant de l'ABP.

2.2.2. Les tutories

Les tutories són l'espai compartit entre el docent tutor i el grup d'estudiants, que propicien el fòrum adient per tal d'analitzar i treballar les situacions/problemes. La manera d'organitzar-les varia molt en funció de cada institució i de la concepció que es té del concepte d'autonomia de l'estudiant.

¹⁰⁹ Branda, LA. (2008). El Aprendizaje Basado en Problemas. El resplendor tan brillante en otros tiempos. Dins de:UF. Araujo & G. Sastre (Coords.). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad* (pp. 17-46). Barcelona: Gedisa.

Per a il·lustrar-ho s'exposaran dos exemples de dues universitats amb solera pel que fa a l'ABP: la Universitat de MacMaster al Canadà i la de Maastricht a Holanda. Si bé l'objectiu final de la tutoria que es plantegen és similar, la primera és més flexible i deixa un marge de llibertat als estudiants per a organitzar-se, en canvi, la segona és més estricta en aquest punt.

De la flexibilitat de MacMaster, en deixa constància les pròpies paraules de Branda, que va formar part de l'equip docent de la facultat de medicina d'aquella Universitat que, com ja s'ha comentat, es considera el bressol de l'ABP:

Tractar d'imposar una estructura d'ABP pas a pas, en el treball de les tutories, limita seriosament l'aprenentatge autodirigit i centrat en l'estudiant. Els elements no negociables en el treball tutorial són que el punt de partida ha de ser un problema i la meta dur a terme els objectius d'aprenentatge tant els programats com els d'interès individual. El procés mitjançant el que el grup d'estudiants d'ABP arriba a la meta és decidit pel grup amb el qual aquest consideri més efectiu i no ha d'estar imposat pels docents. (Branda, 2002)¹¹⁰

Per contra, Maastricht promou l'organització de l'ABP amb el que s'anomena els set passos, segons Schmidt, citat per Deelman & Hoebergs (2008, p.136)¹¹¹ són els egüents:

1. Clarificar les frases i els conceptes confusos del problema.
2. Definir el problema: descriure exactament quins fenòmens s'han d'explicar o entendre.
3. Pluja d'idees (*brainstorming*): utilitzar els coneixements previs i el sentit comú intentant elaborar tantes explicacions com siguin possibles.
4. Detallar les explicacions proposades: intentant construir una "teoria" personal, coherent i detallada dels processos que estan subjacents en els fenòmens.
5. Formular temes per a un aprenentatge autodirigit.
6. Intentar omplir les llacunes dels coneixements propis, per mitjà de l'estudi personal.
7. Compartir amb el grup les pròpies conclusions i tractar d'integrar els coneixements adquirits en una explicació adient als fenòmens. Comprovar si s'en sap prou i avaluar el procés d'adquisició dels coneixements.

Es coneixen altres experiències que utilitzen l'ABP organitzat en un recorregut (passos) diferent. Però, per bé que els matisos a priori semblin diferents, l'objectiu final és sempre

¹¹⁰ Branda, L.A. (2002). El aprendizaje Basado en Problemas i las tutorías. Disponible a http://campus.usal.es/nofeees/NUEVAS_METODOLOGIAS/ABP

¹¹¹ Deelman, A., & Hoebergs, B. (2008). El ABP en el contexto de la Universidad de Maastricht. A, Araujo, U.F, & Sastre, G. (coords.). *El Aprendizaje Basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad*. (pp. 131-152). Barcelona: Gedisa.

el mateix i fa evident que, amb unes seqüències tan estructurades, quedi poc marge per a l'autonomia de l'estudiant. A banda dels "seven jumps" de la universitat de Maastricht exposats anteriorment, pot tenir interès recopilar en la taula 9 tres exemples més, i poder constatar d'aquesta manera les similituds malgrat les diferències de què es parlava.

Taula: 9 Seqüències dels passos de l'ABP a partir de Raspreo (2005)¹¹²

Mètode de Vuit passos <i>Journal of PBL (2000)</i>	Mètode de Nou passos <i>Acadèmia de Matemàtiques i Ciències d'Illinois (2001)</i>	Mètode de Cinc fases
1. Explorar el problema, crear hipòtesis, identificar aspectes.	1. Preparar els estudiants per a l'ABP. És un pas opcional, en què es recorda el mètode i es fa inducció per iniciar el procés.	1. Lectura del problema.
2. Tractar de resoldre el problema amb el que ja se sap.	2. Presentació del problema.	2. Tempesta d'idees, generació d'hipòtesis.
3. Identificar el que no se sap i el que es necessita saber per a resoldre el problema.	3. Aportar el que se sap sobre el problema i establir el que es requereix per afrontar-lo millor.	3. Identificació dels objectius d'aprenentatge.
4. Prioritzar les necessitats d'aprenentatge, definir objectius d'aprenentatge nou i recursos d'informació i distribució de tasques de consulta entre els participants.	4. Definir bé el plantejament del problema.	4. Lectura i investigació individual preparatòria per a la fase final.
5. Autoestudi i preparació.	5. Recollir i compartir informació pertinent.	5. Discussió final en el grup.
6. Compartir la informació entre tots.	6. Generar possibles solucions.	
7. Aplicar la informació a la solució del problema.	7. Avaluar les solucions temptatives aportades.	
8. Avaluar el nou coneixement adquirit, la solució aportada i l'efectivitat de tot el procés.	8. Avaluar com s'ha dut a terme el procés.	
	9. Resumir l'experiència duta a terme en tractar el problema.	

A l'EUI Vall d'Hebron no se segueix una estructura de passos preestablerts, però sí que s'ha adoptat un ordre a imatge de McMaster. Es realitzen tutories de 8-10 estudiants amb una periodicitat de tres sessions de tres hores per problema (9 hores) i amb un interval de dos dies entre les sessions que garanteixi el treball personal de l'estudiant. Aquest treball és contabilitzat, en la dedicació de l'estudiant, amb dues hores per cada hora de tutoria (18 hores/setmana). La seqüència de les sessions sol ser la que es descriu a continuació:

¹¹² Raspreo, B. (2005). Aprendizaje basado en problemas: una innovación didáctica para la enseñanza universitaria. *Educación y educadores*. V. 8: 9-19. Disponible a: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/viewArticle/306/544>

- *La primera sessió* ha de finalitzar amb un pla de treball consensuat, i que estigui relacionat amb el que els estudiants haurien de saber si se'ls presentés el problema, tenint com a marc, els objectius establerts pels responsables de la unitat d'aprenentatge corresponent. La situació ha d'il·lustrar què passa a una persona, a un grup i/o a la comunitat en el món real. La informació que es presenta no està sistematitzada com en un cas clínic on la informació s'exposa, en general, de manera desorganitzada i amb totes les dades que permeten formular un diagnòstic d'infermeria i establir un pla de cures. Un exemple d'escenari pot ser el d'una noia que, amb motiu d'unes angines, malaltia que té sovint, li aconsellen que deixi de fumar, però ella diu que no ho vol fer perquè, si deixa de fumar, s'engreixarà. A partir d'aquí s'analitza el problema mitjançant una pluja d'idees i preguntes sobre els temes més rellevants del problema. Aquesta primera part té la finalitat que els estudiants recuperin el coneixement previ, que identifiquin el què saben i el què els fa falta conèixer per a arribar a explicar-se la situació. Caldrà que es proposin i elaborin hipòtesis o preguntes que contestaran en la següent sessió. Consensuen el pla de treball i s'organitzen en funció de la distribució de les tasques que ells mateixos acordin. És habitual que tots decideixin treballar una branca comuna (la que és la base per a poder parlar el proper dia amb propietat del tema), que està relacionada amb els objectius de la unitat. I és llavors quan es reparteixen la responsabilitat més lligada a matisar aspectes de les hipòtesis elaborades o les fonts d'informació que s'hagin identificat com les més adients per refutar o acceptar les hipòtesis i preguntes plantejades.
- *La segona sessió* -que té lloc tres dies després- s'inicia exposant les dificultats que han tingut en buscar la informació; comenten quins recursos han utilitzat i també avaluen la credibilitat que els dona la bibliografia utilitzada. Comparteixen la informació de manera oral o amb esquemes a la pissarra i es contesten les preguntes i/o hipòtesis que s'havien predit en la primera sessió, per tal de confirmar-les, rectificar-les o rebutjar-les. Els estudiants van resolent els dubtes entre ells i, tot i que la tutora els va guiant fent-los preguntes per tal d'esbrinar si estan en un coneixement superficial o profund del que parlen, són ells mateixos els qui, mitjançant la informació i la clarificació de dubtes, van construït un esquema convincent i fonamentat del problema estudiat. El que han après ho relacionen de nou amb el problema i identifiquen ells coneixements (principis i conceptes) que podrien aplicar a situacions anàlogues. Aquí és quan normalment finalitza la sessió, però, si s'escau o es creu oportú, es pot generar un nou pla de treball i continuar amb el mateix problema en una altra sessió de tutoria.

- La tercera sessió té l'objectiu de fer l'avaluació. És així com es revisen els objectius que s'han assolit tant a nivell grupal com de manera individual. L'avaluació és formativa i, malgrat es pot fer en finalitzar cada sessió tutorial, es realitza de manera més exhaustiva en aquesta tercera tenint en compte els ítems següents: a) la responsabilitat, b) les habilitats d'aprenentatge, els principis i els conceptes que s'han discutit i la seva aplicabilitat a altres problemes, c) les habilitats comunicatives i d) la dinàmica de grup i el respecte. Per a desenvolupar-la s'utilitzen tres estratègies: l'autoavaluació, l'avaluació entre iguals i la que realitza la tutora. Fruit d'aquets procés en surten les propostes de millora individual i de dinàmica de grup.

Atès que l'estudiant és l'actor central de la tutoria, García-Díeguez & Durante (2004)¹¹³ assenyalen la manera més adient en què un estudiant ha de participar-hi si vol que la tutoria sigui profitosa (taula 10).

Taula10: Claus per a una participació profitosa de l'estudiant en el grup de tutoria. Segons García-Díeguez & Durante (2004)

Elements per a una participació profitosa de l'estudiant en el grup de tutoria

- Respectar les normes de treball grupal.
- Conèixer quin és el seu rol.
- Contribuir en la dinàmica grupal.
- Generar preguntes interessants i que motivin.
- Ser un estudiant actiu.
- Oferir devolucions constructives i aprofiti les que rebí.
- Controlar el seu progrés.
- S'esforçar-se pel guany de l'aprenentatge grupal.
- Utilitzar el pensament crític.
- Conèixer el rol del tutor.
- Ser un aprenent col·laboratiu.
- Mantenir una ment oberta al canvi en buscar millores per al grup.

Per acabar aquest apartat de les tutories cal comptar amb la definició que en fa Alcolea (2004)¹¹⁴ amb qui es comparteix el seu significat:

Les tutories en l'ABP són un temps i un espai docent que possibilita el desenvolupament del treball en grup i permet reafirmar l'autoritat interna dels seus membres. Cada tutoria és única i irrepètible per aquets tutor i per aquets grup, que deixarà la seva empremta en la vivència grupal i passarà a formar part de cada

¹¹³ García-Díeguez, M. Durante, E. (2004). El uso de problemas en la educación médica. No siempre es sinónimo de aprendizaje basado en problemas. *Educación Médica*. 24(2): 61-67.

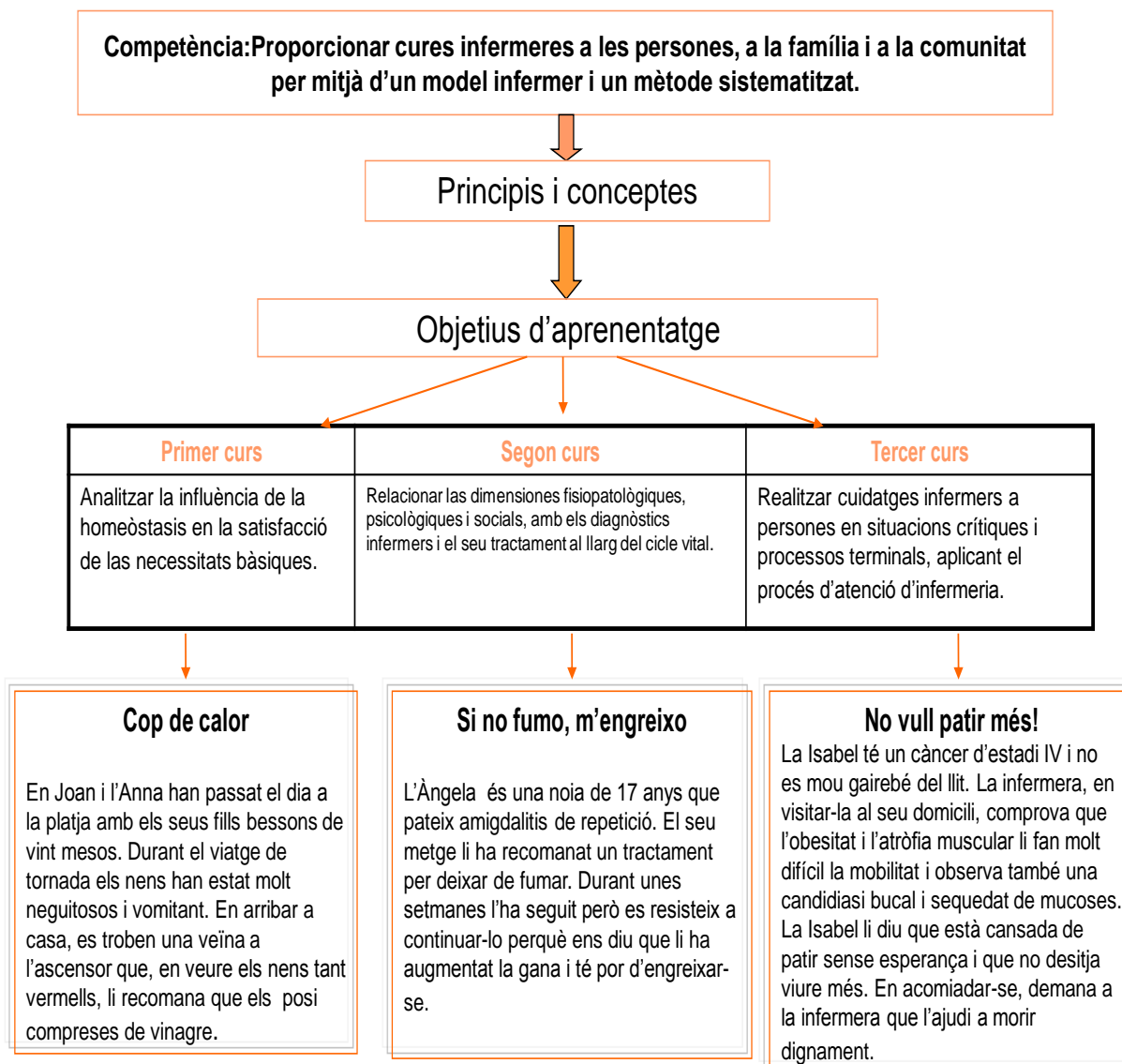
¹¹⁴ Alcolea, MT. (2004). Las tutorías. Dins de: El aprendizaje Basado en Problemas: una herramienta para toda la vida. Madrid: Agencia Laín Entralgo. (pp.80-85)

subjecte. D'aquí la importància, per al conjunt de la societat, de formar persones socials, amb major capacitat crítica i d'autorealització del treball produït i de compromís amb les necessitats de la societat. (p. 80)

2.2.3. Les situacions i els problemes

Si en l'ABP les situacions i els problemes són la peça clau per dirigir l'aprenentatge i assolir els objectius, en el cas d'un currículum totalment integrat per competències s'ha de garantir també: la progressió, la coherència i la complexitat de les diferents àrees de coneixement en el nivell curricular en què es pretenguin ser treballades. A continuació (figura 7) s'exposa un exemple a partir d'una competència i els seus objectius al llarg dels tres cursos tal i com es desenvolupa a l'EUI Vall d'Hebron.

Figura 7: Desglossament per cursos dels objectius i les situacions a partir de la competència.



Elaborat a partir dels objectius i situacions de l'EUI Vall d'Hebron

En qualsevol cas, les característiques d'una bona situació/problema són que sigui un cas realista, que motivi a l'estudi en profunditat, que promogui la controvèrsia, que permeti construir a partir de coneixement previ, que estimuli el treball en equip i que desafii l'estudiant a ser crític. (Sandoval & Zamora, 2006)¹¹⁵.

El realisme és una condició implícita, que ha d'estar relacionat amb les situacions que es donen en el dia a dia dins de l'àmbit de la professió infermera. Encara que sembli obvi, si l'estudiant percep que el cas és real i que, amb força probabilitat, l'haurà d'afrontar quan sigui professional, el motivarà per tal d'analitzar-lo a consciència i estudiar-lo de manera contextualitzada i amb profunditat.

Quan es parla d'estudi profund, s'al·ludeix a una mirada científica, que implica que l'estudiant busqui evidències per a sustentar les seves afirmacions i justificacions. A mode d'exemple, si en el contingut d'una situació on es planteja l'educació sanitària d'una noia de 17 anys, en què s'està posant en qüestió si "el deixar de fumar engreixa", l'alumne ha d'aportar les evidències més fiables o els principis que ho sostinguin.

Per a promoure la controvèrsia cal que la situació/problema permeti més d'una hipòtesi de treball i que sigui un problema holístic. Això suscita que es tinguin en compte els diferents aspectes que poden intervenir-hi. Tornant a l'exemple esmentat, el fet de deixar de fumar no tan sols porta a plantejar-se un aspecte de salut pública com els hàbits no saludables dels joves, sinó també a preguntar-se aspectes psicològics que s'hi pot amagar darrere la por a engreixar-se o esbrinar quina és la dieta correcta per al desenvolupament d'una noia adolescent o fins i tot l'efecte fisiopatològic del tabac sobre les malalties respiratòries i el càncer pulmonar, el perquè de les amigdalitis de repetició, el seu tractament, els processos inflamatoris, l'estat immunitari, entre altres.

Aquesta controvèrsia promou la recuperació del coneixement previ que és la base d'un aprenentatge constructivista. En fer-ho, s'aconsegueix un aprendre contextualitzat i significatiu perquè l'estudiant construeix nou coneixement sobre la base del que tenia, bé ja sigui incorporant saber inèdit o bé afegint-hi modificacions i associacions que abans no feia.

A mesura que els estudiants van progressant en coneixements, les situacions i els problemes han de ser més complexos ja que han d'ajudar a estimular el procés de

¹¹⁵ Sandoval, P. & Zamora, JM. (2006). Construcción de casos para un aprendizaje integrado. Dins de: N. Navarro (Ed.), *Dissenyo de casos integrados*. (pp. 23-46). Temuco: Universidad de la Frontera.

raonament que els ha de conduir a la intervenció i/o resolució d'aquests problemes (Branda 2002, op. cit).

La situació/problema s'ha d'estructurar de tal manera que reforci en l'estudiant la necessitat de la mirada interdisciplinària necessària per a la presa de decisions en la realitat laboral del l'equip de salut. I, pel que fa al desafiament d'un pensament analític i crític, el problema ha de fomentar també l'obligació de cercar informació en diferents fonts que requereixin l'anàlisi de la seva validesa, així com la dels recursos documentals imprescindibles. *"L'ús de paraules en la situació o en el problema és deliberat i atentament elegit per estimular la identificació d'àrees d'aprenentatge. S'han d'evitar dades supèrflues i descriure fets. No fer judicis ni presentar conclusions, llevat que això s'inclogui de manera deliberada per estimular la discussió"* (Branda 2009, p14).

Atès que les situacions/problemes són el pal de paller que guia tot el procés d'aquest nou aprenentatge, han d'estar molt ben relacionats amb els objectius que es preténen assolir. A l'EUI Vall d'Hebron, per a poder-los avaluar, es va prendre com a punt de partida l'eina dissenyada per Branda (1999)¹¹⁶ i que es presenta en la taula 11. Amb aquest recurs, es poden adjudicar els objectius que cada situació permet assolir a més de jutjar el valor educatiu i la prioritat que se li atribueix en funció de la progressió de l'aprenentatge en les diferents unitats.

Taula 11: Avalució i prioritació de les situacions. Branda 1999.

Objectius	Situació/problema 1	Situació/problema 2	Situació/problema 3
1			
2			
3			
Valor educacional	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix
Freqüència	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix
Impacte	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix	Alt Mitjà Baix
Prioritat			

La seqüència de les accions que cal aplicar i que Branda (op. cit.) suggereix és la següent:

¹¹⁶ Branda, LA. (1999) Preparación de las situaciones de Aprendizaje Basado en Problemas. Dins de: *Seminario para el Aprendizaje Basado en Problemas, centrado en el estudiante i en grupos pequeños*. Institut d'Estudis de la Salut. Document intern.

- Construir una llista de possibles situacions basades en uns objectius concrets.
- Assignar el valor educatiu sustentat en la rellevància dels objectius d'aprenentatge.
- Assignar la freqüència amb què la situació es dona en la pràctica professional.
- Assignar un impacte en relació al que pugui tenir en la persona o en l'entorn professional.
- Establir un ordre prioritari basat en els criteris anteriors.
- Seleccionar els problemes que cal escriure.

García-Diéguez & Durante (op.cit) hi afegeixen que la situació no sigui tan senzilla que no s'hi reconegui el problema, ni massa complexa que no valgui la pena intentar resoldre'l.

El format de presentació més comú és l'escrit, cosa que permet que, d'una manera àgil, cada estudiant en tingui una còpia i pugui treballar-hi, però també es fan servir vídeos i fotografies. D'altra banda per a l'avaluació de la competència en les pràctiques s'utilitzen els pacients reals.

Si bé amb aquestes premisses qualsevol docent pot proposar situacions, en l'experiència de l'EUI Vall d'Hebron ha estat una comissió, liderada per una coordinadora docent, la responsable d'avaluar el valor educatiu, de millorar l'orientació vers els objectius i de proposar una nova formulació si ho ha egigit el cas. Cal dir també que els objectius i la complexitat de les situacions/problemes han marcat les unitats d'aprenentatge i el seu contingut.

Altres experiències que s'han pogut conèixer personalment¹¹⁷, utilitzen la narrativa de problemes que tenen continuïtat amb les anteriors i es treballen de manera seqüencial. Fer-ho així, segons Font (2009)¹¹⁸, *“permet plantejar incògnites que s'han de desvetllar, estimular el desig de conèixer el desenllaç, formular hipòtesis i descobrir que hi ha diverses alternatives possibles. Tots aquests elements són extraordinàriament positius per potenciar d'una manera autònoma la construcció de coneixement propi”* (p.57).

A la Universitat de la Frontera de Temuco (Xile) s'avalua el disseny del problema, tenint present que, en fer-ho, estan avaluant també el procés ensenyament-aprenentatge i, per tant, una vegada més fan servir el problema o la situació com a eix central per avaluar tot

¹¹⁷ La de la Facultat de Dret de la Universitat de Barcelona i la de la Universitat de la Frontera a Temuco (Xile).

¹¹⁸ Font, A. (2009). Aprenent Dret per Problemes. L'experiència de la Universitat de Barcelona. Dins de: Branda et alt. *EINES d'Innovació docent en l'educació superior*. (pp. 47-69.) Bellaterra: IDES de la UAB.

l'encaix del procés i els recursos necessaris. Navarro & Illescas (2006)¹¹⁹ proposen els àmbits i conceptes següents amb els corresponents elements per a construir indicadors d'avaluació:

- *Enfocament integral (holístic)*. Si s'hi contempla l'aspecte biològic, psicològic, socio-cultural i econòmic.
- *Disseny*. Si és realista, si motiva l'estudi profund, si és controvertit, si permet construir sobre coneixements previs, si estimula el treball en equip i si desafia l'anàlisi crítica.
- *Etaques*. Seleccionar objectius, esquema del problema, escenari, organització i desenvolupament de les sessions.
- *Execució*. Temps de desenvolupament, freqüència i organització.
- *Objectius d'aprenentatge*. Coherència i pertinença en relació a la unitat, el mòdul o l'assignatura i d'objectius generals i específics respecte a les condicions de: saber, saber ser i saber estar.
- *Continguts*. Context, seqüència, integració i pertinença.
- *Recursos Humans*. Pertinença, qualitat, quantitat, disponibilitat i grau d'utilització: d'experts, preceptors clínics, tutors, pacients simulats.
- *Recursos materials*. Qualitat, quantitat, disponibilitat i grau d'utilització dels materials: La guia del tutor, la guia de l'estudiant, els mòduls d'autoaprenentatge, models de simulació, aula d'habilitats, laboratoris i programes informàtics.
- *Avaluació*. Coherència, pertinença i eficiència d'estratègies avaluatives utilitzades en el procés i en els resultats. (pp 77-78).

2.2.4. Raons per a utilitzar l'Aprenentatge Basat en Problemes

Les raons per utilitzar l'ABP són de diferent naturalesa, es destaquen aquells que es consideren més adients d'analitzar a fi d'emmarcar els objectius d'aquesta recerca.

La primera raó de pes per a utilitzar l'ABP en ciències de la salut, està en el fet que la fragmentació de l'ensenyament, feta utilitzant les disciplines i les assignatures, és més aviat una qüestió d'interès administratiu que docent. La necessitat d'aquesta fragmentació no correspon al requisit d'estudiar la persona amb una visió integral de la mateixa. És sabut que l'ésser humà és un tot indivisible i que els processos de salut i malaltia, tant a nivell individual com col·lectiu, s'han d'analitzar des de perspectives diferents com són la

¹¹⁹ Navarro, N. & Illescas, M. (2006). Evaluación del diseño de casos. (2006). Dins de:, N. Navarro (Ed.). *Diseño de casos integrados*. (pp. 23-46). Temuco: Universidad de la Frontera.

biològica, la psicològica, la social i la cultural. Així doncs, l'ABP ens ofereix la possibilitat d'analitzar les situacions de salut integrades i des d'aquestes visions complementàries. (Branda 2004)¹²⁰.

Un altre motiu important és perquè permet un aprenentatge més significatiu ja que:

- Es té la possibilitat d'experimentar, ensenyar o indagar sobre la naturalesa dels fenòmens o els problemes i no d'efectuar la simple repetició dels conceptes que s'han explicat.
- No es dona tota la informació d'entrada, sinó que són els estudiants qui han d'identificar, trobar i utilitzar els recursos adients per utilitzar-la.
- Els problemes que comporten certa dificultat es resolen millor en col·laboració amb altres persones, cosa que permet que els estudiants exposin i argumentin els seus punts de vista o solucions.
- Es practica la interrelació dels coneixements que ja es posseeixen amb els nous que s'adquireixen, i aquesta acció és una manera eficaç d'aprendre'ls i de retenir-los més temps en la memòria.
- Es parteix d'un problema que ja suposa un repte pels estudiants i això els estimula i els motiva.

En definitiva, l'ABP pretén aconseguir un desenvolupament integral del professional en formació, i la missió primera i principal ha de ser la de facilitar, a aquest professional, la formació i creació de les seves pròpies categories intel·lectuals. Per això, és fonamental crear una atmosfera en la que l'aprenentatge resulti inevitable. (Font 2004)¹²¹. Quan l'estudiant identifica els objectius, es compromet, descobreix i desitja conèixer i saber més d'un cas concret, és quan millor es retroalimenta el procés de l'aprenentatge. (Kolb, 1984 citat per Font op. cit).

Barrows (1986, op. cit) assenyala quatre objectius i dues variables que determinen els diferents tipus d'ABP:

Els objectius:

- *Estructurar el coneixement per a utilitzar-lo en contextos clínics.*

¹²⁰ Branda LA. (2004). El Aprendizaje Basado en Problemas en la Formación en Ciencias de la Salud. Dins de: *El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida*. Madrid: Agencia Lain Entralgo.

¹²¹ Font, A. (2004). Líneas maestras del Aprendizaje Basado en Problemas. Dins de: *El reto del Espacio Europeo de Educación Superior (monografía)*. 18 (1). 79-95.

- *Desenvolupar processos eficaços de raonament clínic.* (els processos, en aquests cas es refereixen a la resolució de problemes, l'adopció de decisions i l'elaboració d'hipòtesis).
- *Desenvolupar habilitats per a l'aprenentatge autodirigit.*
- *Motivar l'estudiant perquè aprengui.*

Les variables:

- *El grau d'estructuració del problema*, ja que alguns es donen estructurats per tal que l'estudi del cas es presenti amb detall i amb la informació necessària per a resoldre'l, i altres només faciliten algunes dades perquè l'estudiant faci la resta.
- *El grau de direcció per part del professor*, que pot ser divers i variat en funció del control i la quantitat d'informació que requereix el problema i que el professor dóna o no a l'aula.

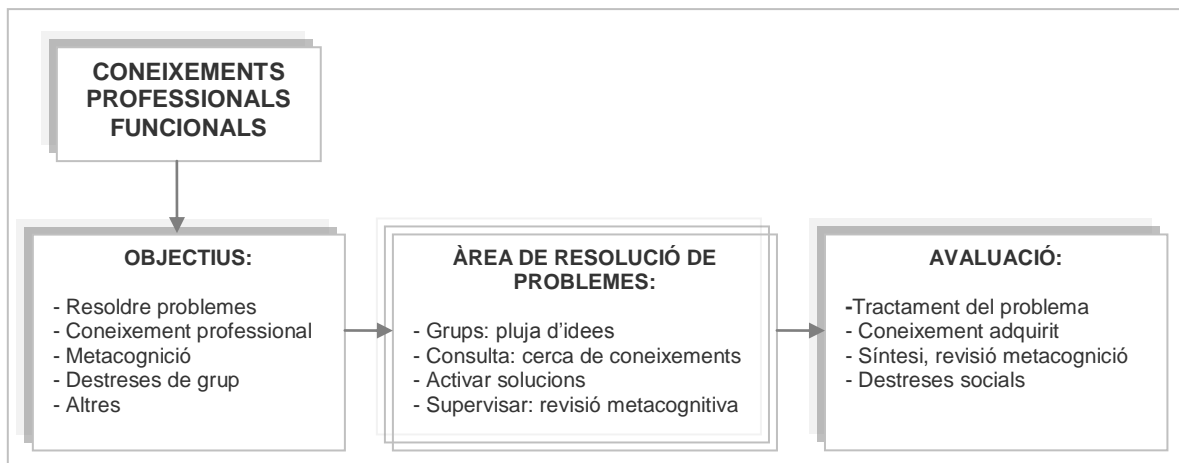
L'autor considera que la millor manera per acomplir els quatre objectius és la que anomena l'ABP reiteratiu, en què els problemes estan mínimament estructurats i la direcció del professor és reduïda. Quan els estudiants han acabat de treballar el cas, se'ls demana que reflexionin i avaluin els seus raonaments i coneixements previs. Aquest tipus d'ABP es pot considerar dins de la investigació-acció.

Biggs (2005)¹²² defensa que *"l'enfocament superficial i profund de l'aprenentatge no depèn de la personalitat, com s'ha pensat a vegades, sinó a reaccions de l'ambient que envolta l'ensenyament. Una bona ensenyança es basa en un enfocament profund i s'allunya del superficial, però, per diverses raons, gran part de l'ensenyament tradicional té l'efecte contrari"* (p.51). Aquest pedagog, proposa un model d'ensenyança-aprenentatge que anomena "3P" (pronòstic, procés i producte), que presenta la classe com un sistema interactiu en què les característiques dels estudiants i el context de l'ensenyança determinen mútuament les activitats per aconseguir, com a resultat, un aprenentatge profund. I assenyala *"l'alineament"* com un ecosistema equilibrat que, quan s'aconsegueix, permet que es donin les condicions per a maximitzar les oportunitats perquè els estudiants utilitzin l'enfocament profund a banda de minimitzar les que condueixen a un de superficial.

¹²² Biggs, J. (2005). *Calidad del aprendizaje universitario*. Madrid: Narcea.

Així doncs, Biggs analitza l'ABP sota aquest prisma i considera que és un enfocament veritablement eficaç perquè el seu alineament és evident, característica que representa en la següent figura:

Figura 8: Alineament a l'Aprenentatge Basat en Problemes. Biggs (2005 p. 260)



L'Aprenentatge Basat en Problemes ens ajuda per dos motius: per la necessitat de formar en competències genèriques, ja que cada vegada són més necessàries en un model laboral en què els canvis són molts i molt ràpids, i perquè és un mètode excel·lent per a desenvolupar competències transversals de tot tipus (Waltson 1989¹²³; Baños 2005)¹²⁴

A Suècia, la facultat de Ciències de la Salut de la Universitat de LinKöping té tot el currículum integrat amb l'ABP i els docents d'aquesta experiència han comprovat que la integració vertical entre les ciències bàsiques i la medicina clínica amb l'ABP, estimula l'aprenentatge profund i afavoreix una comprensió millor dels principis importants. Aventuren que probablement la integració comporta una retenció més gran dels coneixements i de la capacitat d'aplicar aquests principis bàsics, als corresponents contextos clínics. Però assenyalen també, que els docents s'hi han d'implicar de manera intensa i entusiasta, i han de col·laborar més enllà dels límits de cada departament, cosa que produeix uns efectes indirectes i positius tant en l'ensenyament com en la investigació. (Dahle; Forsberg; Hard; Wyon i Hammar. 2008)¹²⁵

Per finalitzar aquest apartat de les raons, es tenen en consideració les paraules d'Albanse i Mitchell (1993 citats per Biggs op. cit.) que argumenten els coneixements que

¹²³ Waltson, HJ. & Matthews, MB. (1989). Essentials of problem-based learning. *Medical Education*. 23: 542-558.

¹²⁴ Baños, E. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica*. 8(4): 216-225.

¹²⁵ Dahle, LO., Forsberg, P., Hard, H., Wyon, Y., Hammar, M. (2008). La enseñanza basada en problemas de la medicina fomenta el desarrollo de unos sólidos cimientos teóricos y una actitud profesional de base científica. Dins de: Araujo, UF. & Sastre, G. (Coord). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad*. (pp. 171-189). Barcelona: Gedisa.

s'adquireix amb l'ABP i que s'hauran de tenir presents quan analitzi el codi de "manca de coneixements" que han posat en evidència les exalumnes de la primera promoció formades amb l'ABP d'aquest estudi:

"els estudiants que utilitzen l'ABP sols arriben al 80% del programa tradicional i per això no rendeixen tan bé en els exàmens tradicionals. Això preocupa més als crítics tradicionals que als professors que han optat per l'ABP, que prefereixen que el graduat que utilitza l'ABP tingui menys coneixements declaratius, però posa en pràctica el que coneix amb major facilitat i, quan els seus coneixements siguin insuficients, posseeixi les destreses necessàries d'autodirecció per saber on dirigir-se i adquirir el que necessita". (p.259)

2.2.5. El coneixement com a procés de creació i no de repetició

Tot i que aquest enunciat bé podria formar part de les raons que justifiquen la seva utilització, s'ha considerat a part per poder-nos endinsar en la seva fonamentació més que en una justificació.

Tots els autors consultats parlen de l'ABP sota l'eix vertebrador d'una metodologia que treballa amb el lema *d'aprendre a aprendre*. Per a desenvolupar-ho es basen en un enfocament multi-metodològic i didàctic en què hi té un paper rellevant l'autoaprenentatge i l'autoformació, és a dir, emmarcat sempre en una concepció constructivista, cosa que permet a la persona formar-se i autorreciclar-se al llarg de tota la vida professional.

Els fonaments teòrics del constructivisme els trobem a partir de Piaget amb la teoria genètica del desenvolupament intel·lectual. Segons aquesta hipòtesi, el coneixement és el resultat de la interacció entre la dotació inicial amb què hom neix i la capacitat transformadora de l'entorn. Així, el coneixement no és quelcom que es produeix sense cap raó, sinó que, en tractar-se d'un procés adaptatiu, es dona com una resposta a una necessitat, que, per fer-hi front, precisa activar i/o modificar els coneixements anteriors. Si no ho fa així, la persona no la podrà resoldre. Per això el coneixement és un procés de creació i no de reproducció.

Per a Piaget, "els altres" són fonamentals en el procés del coneixement, donat que, la confrontació de les pròpies opinions amb les de les altres persones constitueix una de les vies fonamentals del progrés del propi coneixement en un medi eminentment social.

Probablement l'ABP en grups petits, sigui un dels millors exemples d'aprenentatge constructivista, perquè es treballa amb els altres, en el si d'un grup tutorial de 8-10

estudiants i un tutor/tutora. L'objectiu del treball en grups reduïts és promoure que hi hagi l'oportunitat d'aprendre dels altres. La contraposició de punts de vista i d'informació alternativa permet una riquesa d'aprenentatge col·laboratiu entre iguals, tenint en compte que és en la posta en comú que els estudiants posen a prova les seves idees contra les evidències que els aporten els altres.

El mateix Piaget (1978)¹²⁶, defensa que la persona és constructora del seu coneixement com a resultat de la interacció entre el que coneix i el que encara li falta per conèixer. En aquest procés de reciprocitat amb els altres s'hi originarà punts de vista que conduiran a un conflicte cognitiu que provocarà entre altres: una millora en la comunicació, una presa de consciència i un reconeixement dels punts de vista dels altres, un conflicte cognitiu decisiu perquè l'estudiant pugui reexaminar les pròpies idees i rebre retroalimentació per modificar-les, si s'escau. Després d'aquesta activitat constructivista (quan recuperar l'equilibri), la persona disposarà d'esquemes revisats, cognitivament més potents i, com a resultat, obtindrà coneixement.

L'educació superior, a diferència de la secundària, té la característica que el material d'estudi és més extens, més exigent, sense tants controls avaluatius de seguiment i concedeix un marge més gran per a treballar en base a la iniciativa dels estudiants. Quan en aquesta formació s'introdueix l'aprenentatge basat en problemes, s'hi afegeix també altres elements com són: el material d'estudi no es tracta assignatura per assignatura, sinó de manera interdisciplinària i integradora; es fa una certa pressió sobre la iniciativa dels estudiants, de manera que són ells mateixos qui analitzen els problemes, estableixen els propis objectius d'aprenentatge i realitzen les cerques bibliogràfiques; i per últim, els estudiants han de ser capaços de treballar en grup (Moust, Bouhuijs & Schmidt, 2007)¹²⁷

La situació problemàtica real o fictícia que serveix de punt de partida a l'ABP inclou el principi del teorema d'incompletesa de Gödel que ve a dir el següent: "sigui quina sigui el conjunt de dades que obtinguem, sempre ens faltará informació del fenomen corresponent i, per tant, les nostres conclusions seran incompletes". Segons Branda (2004 op. cit.), dita situació serveix d'estímul perquè els estudiants –mitjançant un procés de treball temporalitzat en tres o quatre sessions de tutoria amb el grup d'ABP- duguin a terme les següents tasques:

¹²⁶ Piaget, J. (1978). *A dónde va la educación*. Barcelona: Teide.

¹²⁷ Moust, J.H., Bouhuijs, P. A., Schmidt H.G. (2007). *El aprendizaje basado en problemas: guía del estudiante*. Cuenca: Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha.

- Utilitzar estratègies de raonament que els permet *formular preguntes rellevants o hipòtesis explicatives*. Malgrat la incertesa (principi d'incompletesa de Gödel) els estudiants posen en comú els coneixements que tenen per poder explicar-se què està succeint en la situació proposada. Aquest coneixement previ, encara que limitat i a vegades erroni, dóna lloc a un marc de referència per a nous aprenentatges i els atorga l'oportunitat de revisar el que tenien.
- Identificar necessitats d'aprenentatge i *concretar un pla d'estudi*. En analitzar la situació problemàtica, s'evidencia quins coneixements tenen i quins els fan falta, i s'estimulen a buscar informació per tal de comprendre totes les magnituds de la situació problema.
- *Buscar informació rellevant*, analitzar-la de manera crítica i gestionar-la.
- A partir del que s'ha après, *identificar els principis i conceptes* que els conduiran a les explicacions del problema i aplicar-los a situacions semblants.

La majoria dels autors que parlen de l'ABP li atribueixen avantatges potencials per a l'aprenentatge. El que més destaquen és que aquest mètode pot influir en aspectes diversos i que els estudiants estiguin més motivats, més capacitats per a recuperar informació de les ciències bàsiques i saber relacionar-la i aplicar-la en la solució dels problemes. En definitiva, que surtin més preparats per a resoldre problemes amb facilitat. Si bé algunes d'aquestes atribucions es poden justificar mitjançant la psicopedagogia, fins ara no hi ha hagut una reflexió crítica sobre les evidències que la promouen (Norman & Henk, 1992)¹²⁸. En aquesta mateixa línia argumental, (Branda 2009a, op. cit) ens comenta que les explicacions dels resultats poden dependre de com cada autor interpreti el concepte d'aprenentatge autodirigit. I, a la vegada, ens alerta de les conseqüències que pot comportar un ús incontrolat de la responsabilitat que s'atribueix a l'estudiant, si se'n fa una mala interpretació.

Per acabar aquest apartat, es bo d'assenyalar que, si l'ABP és més aviat un procés de creació que de repetició, no és estrany que es pugui aparellar i relacionar "aprenentatge" amb plaer, complaença o satisfacció per estudiar. (Garcia-Diequez & Durante, op. cit; López, González, & Agudo 2007¹²⁹).

¹²⁸ Norman, Geoffrey R. & Schmidt, Henk G. (1992). The Psychological Basis of Problem-Based Learning; A Review of the Evidence. *Academic Medicine*. 67(9):557-65.

¹²⁹ López, I., Arranz, P. & Martínez, M. (2005). Evaluación del método ABP por los alumnos de enfermería: estudio comparativo en dos asignaturas, durante el curso 2004-05. Jornadas de Innovación Universitaria. UEM.

2.2.6. El rol del tutor d'ABP: tot un aprenentatge i desaprenentatge

Per als aprenentatges i desaprenentatges hem de tenir present que actuem com a docents amb la idea forjada i heretada a imatge i semblança de l'experiència viscuda amb els mestres i professors de la nostra formació. Fins i tot, pot passar que, certs posicionaments que tant vàrem criticar-los, ara els adoptem de la mateixa o semblant manera.

En l'àmbit d'un ensenyament tradicional, els professors són experts o autoritats formals que transmeten coneixement. En l'ABP, el professor passa a ser un facilitador de l'aprenentatge, un tutor que guia sense transmetre coneixement nou i que, alhora, també és un aprenent.

En passar a tutoritzar un grup d'ABP, els desaprenentatge del professorat, rau com manté Biggs (op. cit.) en el fet que pels experts és molt més fàcil impartir les classes expositives de la seva especialitat, deixant la integració i l'aplicació com un problema que haurà de resoldre l'estudiant quan arribi el moment. *“La majoria ho aconseguirà i ho resoldrà, però a alguns els pot costar anys. I per tant, és més responsable considerar la integració i l'aplicació com objectius a assolir abans i no després que el professional hagi començat a exercir”* (p.259).

John Dewey (op. cit.) –pare de la psicologia progressista- afirma que entre ensenyar i aprendre hi ha la mateixa relació que entre vendre i comprar. L'única manera d'augmentar el nivell d'aprenentatge dels estudiants és incrementant la qualitat de l'ensenyança. Atès que, sigui quina sigui la metodologia utilitzada, l'aprenentatge és quelcom que l'estudiant ha de fer per ell mateix (i per tant la iniciativa sempre és seva), el professor és un guia que ajuda a portar el timó, però, l'energia propulsora l'han d'aportar els que aprenen.

En aquest rol de guia, el tutor ha de desenvolupar habilitats variades com l'escolta activa, propiciar un aprenentatge motivador i reflexió crítica, alhora que, ha d'ajudar el grup que tingui una bona dinàmica de treball i de reflexió sobre el que va aprenent. El tutor/a desenvolupa el seu rol: qüestionant, investigant, animant a la reflexió crítica, suggerint i motivant de manera útil, però sols on sigui necessari. Maudsley (1999)¹³⁰.

¹³⁰ Maudsley, G. (1999). Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. *BMJ* 318: 657-661.

Ferrer (1994)¹³¹ concep la funció facilitadora amb estils diferents (fins i tot oposats) que cada docent desenvolupa segons la seva personalitat i les condicions en què es dugui a terme l'acció tutorial. Amb aquesta perspectiva, classifica les dimensions de l'estil facilitador mitjançant les polaritats més freqüents: directiu-no directiu, interpretatiu-no interpretatiu, conflictiu-no conflictiu, catàrtic-no catàrtic, estructurat-no estructurat, i transparent-no transparent. Amb aquest ventall de possibilitats, cada professor tutor pot identificar i diagnosticar el seu estil. Segons aquesta autora, no hi ha polaritzacions que siguin millors o pitjors de l'estil facilitador, sinó que és la composició del grup, el caràcter del docent, les circumstàncies ambientals i/o els objectius marcats, els que determinen representar un perfil o un altre. Si bé és cert que les premisses exposades poden marcar els diferents estils, aquestes proposicions, no han de comprometre l'objectiu de la tutoria sinó que han de propiciar el clima que s'hi estableix, i sigui amable per a tots plegats.

2.2.6.1. Un nou rol de professor per a un nou tipus d'aprenentatge

El rol de tutor facilitador en l'ABP té poc a veure amb el que estem acostumats. En l'aprenentatge basat en problemes, *"el rol docent rau a actuar sols de catalitzador i res més"* com diu Font (2004, op. cit., p 89), perquè el procés és responsabilitat exclusiva de l'estudiant. Però, ja que bona part del procés d'aprenentatge es desenvolupa en el context d'un grup, *el tutor ha de ser capaç d'estimular i, si s'escau, provocar el debat amb preguntes que no siguin directives i que desafii el pensament i qüestionin els arguments.* (Pedraz, & Anton & Garcia, 2003, p.89)¹³².

Es comparteix amb Branda (2009a. op.cit.) que el perfil del tutor facilitador en l'ABP en grups petits és el d'aquell docent que: *"té habilitats en la facilitació de l'aprenentatge, que promou el pensament crític, el funcionament eficient i eficaç del grup, l'aprenentatge individual, l'avaluació en les tutories, i l'aprenentatge centrat en l'estudiant"* (p.21). I també cal remarcar que el tutor facilitador no és la font d'informació sobre el problema, ni tan sols quan aquest és un expert en alguns dels aspectes del problema estudiat. El que el tutor ha de saber fer, per a estimular el pensament i el debat entre els estudiants, és preguntar de manera reiterativa, els "perquè" del que estan polemitzant. En fer-ho, es

¹³¹ Ferrer, V. (1994) *La metodologia didàctica de l'ensenyament universitari*. Publicacions de la Universitat de Barcelona.

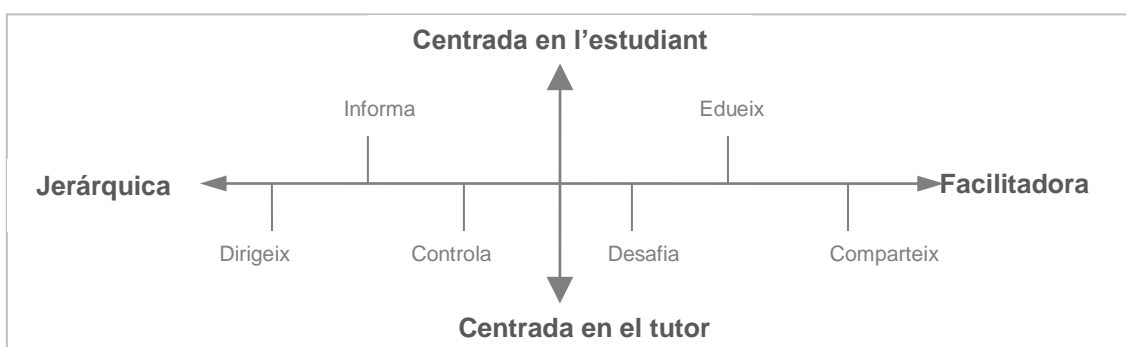
¹³² Pedraz, A., Antón, M.V. & Garcia, A. (2003). Observación de una tutoría de ABP dentro de la asignatura de legislación y ética profesional en enfermería. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*. 3(2): 87-93.

pot esbrinar si els estudiants entenen de què parlen i si estan en un pla superficial o profund de l'aprenentatge.

Per avaluar aquest perfil, Branda ha analitzat les intervencions de 5.251 tutors amb un qüestionari d'autoavaluació en què els docents poden delimitar el seu perfil situant-lo en sis possibles categories d'intervenció, dos tipus d'acció i quatre modalitats de facilitació (Figura:9).

En l'estudi fet per Branda el 61,8% se situa dins del quadrant corresponent a la intervenció facilitadora centrada en l'estudiant, i només un 6,1% s'emplaça en la jeràrquica centrada en el tutor.

Figura 9: Eixos de continuïtat en les intervenció del tutor facilitador. (Branda 2009b, p 22).



Per tancar aquest apartat dels d'aprenentatges i desaprenentatges del professorat, sembla adient fer-ho amb els mots que Branda, sempre que en té ocasió, ens recorda i que ja deia Comènius en el segle XVIII: **“Els mestres a ensenyar menys, els alumnes a aprendre més”**.

2.2.6.2. L'avaluació del rol del tutor/a d'ABP a l'EUI Vall Hebron

Amb la convicció de Comènius, a l'EUI Vall d'Hebron, el rol del tutor/a és avaluat pels estudiants segons la proposta de Branda & Lee (2000)¹³³, que comprèn les capacitats següents:

- *Per facilitar l'aprenentatge:* si fa preguntes que no són directives; si desafia els estudiants d'una manera reconfortant i estimulant; si fomenta la utilització del

¹³³ Branda, L. A. & Lee Yin-wai (2000) *Evaluación de la Competència del Tutor*. Bahía Blanca, Argentina. Adaptat per a l'EUI Vall d'Hebron.

coneixement previ per a examinar els problemes que s'analitzen; si ajuda a definir els problemes, a resumir la informació i a recordar la necessitat de sintetitzar els punts principals de la discussió, concretant els principis i conceptes bàsics de tota la informació treballada.

- *Per promoure el pensament crític:* si desafia els estudiants a justificar les hipòtesis, a valorar críticament les evidències que les sustenten i a analitzar els problemes des de diferents punts de vista.
- *Per promoure l'aprenentatge basat en problemes del grup:* si els ajuda a preparar un pla de tutoria que inclogui l'avaluació.
- *Per promoure el funcionament eficient i eficaç del grup:* si percep els problemes i ajuda el grup a resoldre'ls.
- *Per promoure l'aprenentatge individual:* si ajuda cada estudiant a desenvolupar un pla d'estudi fent preguntes clau relacionades amb el perquè es desitja continuar amb una àrea específica o si el recolza per a millorar el seu estudi i els seus hàbits tenint en compte la selecció de recursos adients.
- *Per ser model per als estudiants respecte a:* l'escolta activa, prenent nota dels seus comentaris i fent referència a punts específics que ells mateix han referit, enfocant la discussió en les idees exposades i no en actuacions de les persones, comentant de manera productiva i estimulant, i mostrant honestedat intel·lectual quan s'avalua.
- *Per fomentar l'avaluació:* en revisar i clarificar els objectius d'aprenentatge amb el grup, ajudant a entendre les bases de les diferents metodologies de l'avaluació, recordant els avenços en el procés d'aprenentatge de cada estudiant i mostrant amb regularitat i per escrit els resultats de les avaluacions.
- *Per reconèixer els recursos de l'aprenentatge dels estudiants:* guiant i no frenant les iniciatives, localitzant recursos pedagògics adients i evitant transmetre al grup la idea que els suggeriments del tutor/a són els que han de seguir.
- *Per acceptar l'aprenentatge centrat en l'estudiant:* És a dir, que ells són els principals responsables del seu aprenentatge. El tutor/a ha de promoure que siguin els propis estudiants els qui identifiquin i prioritzin les seves necessitats d'aprenentatge.

Aquestes nou capacitats, proposades en l'instrument d'avaluació de Branda i de Lee, són indicadors perquè els estudiants avaluin el rol del tutor/a d'ABP. La valoració es realitza de manera oral després de cada situació problema i de manera escrita en acabar la unitat. Mitjançant el *feed back* que aquesta avaluació estableix, les docents hem anat

interioritzant les dimensions del paper docent en l'ABP, segons els criteris d'aquests mateixos autors.

2.2.7. L'avaluació dels estudiants

Com ja s'ha comentat anteriorment, l'avaluació és una de les parts més complexes en matèria educativa i l'ABP no n'està exempta. Font (2009 op. cit) afirma que els docents solem tractar l'avaluació com una càrrega feixuga, desagradable i com si fos aliena a nosaltres. Les raons que fan que això sigui així les atribueix al desconeixement que tenim sobre l'autèntic significat de l'avaluació com a motor de l'aprenentatge i que ha d'estar integrada en el mateix procés docent. També, a l'ús i el costum d'utilitzar-la com instrument de control, què ens costa de renunciar. Font manté que, si volem assegurar l'èxit d'un programa d'ABP, cal que *“el programa d'avaluació que es dissenyi tingui relació d'equivalència amb el programa de formació. Això vol dir que el programa sigui coherent, que els instruments siguin els adients i que l'avaluació sigui capaç de proporcionar informació sobre les habilitats adquirides a fi de retroalimentar el procés”* (p.57).

L'avaluació és una habilitat cognitiva d'alt nivell i per tant ha de ser apresada i desenvolupada també pels estudiants.

Es pren en consideració i com a base de l'avaluació la taxonomia de Bloom perquè categoritza els nivells d'abstracció en ordre creixent dels processos d'aprenentatge. La idea central d'aquesta taxonomia és que els docents han de tenir molt presents quins són els objectius que es volen assolir. L'estructura jeràrquica ha de considerar-se a l'hora d'elaborar un programa, i, tenint en compte aquesta taxonomia els processos són: els coneixements, la comprensió, l'aplicació, l'anàlisi, la síntesi i l'avaluació. I aquests es relacionen amb els objectius que ha de pretendre l'estudiant que són:

- *Conèixer*: el que s'avalua és recordar idees, fets, noms, dades, processos, esquemes, marcs de referència, sense cap canvi afegit, ja que, si ho fes, se situaria en un nivell superior.
- *Comprendre*: s'avalua la interpretació o aprehensió del que l'estudiant sap per a traslladar-ho a conceptes nous fent una transferència o generalització que indiquen una major capacitat per al pensament abstracte. En aquest nivell, interessa que l'estudiant identifiqui, indiqui, narri, interpreti, discuteixi,.

- *Aplicar*: s'avalua si utilitza la informació que coneix i comprèn per aplicar-ho a situacions noves i pugui resoldre problemes. Aquí l'estudiant haurà de demostrar, practicar, solucionar, aplicar.
- *Analitzar*: ha de descompondre una situació o problema en les seves parts i analitzar-les per descobrir si hi ha relació entre elles. Aquí s'avaluarà si diferencia, distingeix, fa hipòtesis, analitza.
- *Sintetitzar*: ha de seguir el procés de treballar amb fragments i elements per tal d'organitzar-los en un tot, en un esquema o estructura que abans no estava present. Aquí s'avalua el saber organitzar, reconstruir, reordenar, proposar, deduir, extreure conclusions.
- *Avaluar*: aquí s'ha arribat al nivell més alt d'aprenentatge. Es mesura per mitjà dels processos d'anàlisi i síntesi: inclou judicis quantitatius i qualitatius, compara i discrimina idees, avalua teories, pren decisions raonades i discrimina entre aspectes subjectius o objectius.

Amb una estructura d'avaluació per assignatures i exàmens, sols podrem tenir informació dels primers nivells de la taxonomia de Bloom, atès que s'obvien per complet l'aplicació, la síntesi i l'avaluació. (Font 2003)¹³⁴. En opinió de Barà (2002, citat per Font) per l'experiència que en té opina que els currículums que tenen més del 50% del seu desenvolupament amb l'ABP tenen resultats pitjors en els exàmens.

Per bé que això sigui així, falta una reflexió sobre si aquest resultat per si mateix és negatiu, ja que pot ser que no ho sigui en el context, com s'argumenta en l'apartat dels desavantatges o preocupacions que s'han mostrat en contra de l'ABP.

La pròpia experiència amb el currículum per assignatures ha estat d'uns programes amb una llarga llista d'objectius específics, però que per a avaluar-los era precís recollir massa informació, cosa que el temps i l'espai no ho permetien aconseguir. Ara en canvi, la idea principal amb què em posiciono, és que cal explicitar bé el que s'avalua i que sobretot ha de tenir sentit i coherència amb la metodologia emprada. L'avaluació forma part del procés d'aprenentatge i té un gran impacte en la manera d'estudiar dels alumnes. Aquesta afirmació fa referència a la dita popularitzada entre els alumnes: "digue'm com m'avaluaràs i et diré com estudio".

¹³⁴ Font, A. (2003). Una experiencia de autoevaluación y evaluación negociada en un contexto de aprendizaje orientado a la solución de problemas (PBL). *Congreso de la Red Estatal de Docencia Universitaria "Hacia una docencia de calidad: políticas y experiencias."* Castellón, Universitat Jaume I, 3-4 de febrer 2003.

Amb cap metodologia es pot avaluar tot. Sempre cal seleccionar i prioritzar el que es consideri més adient i coherent amb el mètode. A l'EUI Vall d'Hebron, en optar per l'ABP, s'ha acceptat també que l'avaluació és formativa i continuada.

Les sessions de tutoria estan dissenyades per tal que la darrera sessió que tanca l'estudi d'una situació/problema sigui d'avaluació. De tal manera que, tant la tutora com els estudiants mateixos poden evidenciar els elements següents: la consecució dels objectius, la cooperació, la claredat en l'exposició, la rellevància del material buscat, la integració de coneixements previs i, per descomptat, l'adquisició de nou coneixement.

Avaluar dins de la tutoria estimula els seus integrants, ajuda a desenvolupar l'esperit crític i a detectar comportaments i disfuncions sobre el que allí succeeix. La dinàmica és coneguda per tots i pactada en cada grup de tutoria, tot i que la que a l'EUI Vall d'Hebron s'ha adoptat i promou és basa en tres aspectes valoratius: l'autoavaluació, l'avaluació entre iguals i l'avaluació de la tutora.

L'instument que s'utilitza i que permet centrar-se en l'objectiu final i no donar opinions descontextualitzades és el que van dissenyar els responsables de la titulació de medicina de la Universitat Nacional del Sur de Bahía Blanca d'Argentina¹³⁵. Aquest instrument contempla quatre dimensions bàsiques: la responsabilitat, les habilitats d'aprenentatge, la comunicació i les relacions interpersonals. Els indicadors principals que s'ha acordat com a equip docent es basen en els següents ítems:

En la *responsabilitat*, el que s'avalua és si l'estudiant:

- Informa en cas d'absència
- Respecta els horaris
- Demostra tenir coneixements dels objectius de la unitat
- Realitza cerques d'informació i les estudia
- Realitza accions per tal de corregir els seus punts febles

En les *habilitats d'aprenentatge*:

- Integra les dades del problema als coneixements previs
- Reconeix les dimensions biològiques, psicològiques i socials del problema presentat.
- Demostra capacitat per a formular hipòtesis
- Organitza i executa un bon pla d'estudi

¹³⁵ Del Valle, M. Garcia-Dieguez, M. Moscoso, N. Roststein, & N. Silverman, P. (2006). *Guía de evaluación de los estudiantes*. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

- Realitza cerques d'informació rellevant i les analitza de manera crítica.
- Justifica comentaris amb referències adequades
- Participa de manera activa i pertinent
- És organitzat amb la gestió del temps
- Realitza l'autoavaluació, avalua els companys/es i tutor/a

En la comunicació:

- Sintetitza la informació
- La presenta de manera ordenada
- S'expressa de manera clara i precisa
- Verbalitza de forma adequada el seu confort o desconfort en el grup

En les relacions interpersonals

- Contribueix a ordenar la discussió
- Es tolerant i respectuós amb els seus iguals i el tutor/a
- Espera el final d'una intervenció per fer la seva
- Sap escoltar
- Sap fer i rebre crítiques

Cada unitat (9-10 setmanes) té tres moments avaluatius que generen un document final i per escrit. Es fa una avaluació diagnòstica a l'inici de la unitat i dues de formatives: una que es realitza de manera oral en la tercera sessió de cada situació-problema i una d'escrita en acabar la unitat.

Els avantatges de fer-ho així és que tots els integrants del grup tenen una visió general del procés i del progrés amb un mateix instrument. El desavantatge pot trobar-se en algunes resistències i en les dinàmiques que, en principi poden generar una avaluació pesada i repetitiva, fins que els estudiants no en descobreixen el sentit i la potencialitat.

En les avaluacions es fa evident els estils variats d'aprenentatge. Cada persona aprèn de manera diferent i aquestes diferències individuals formen part de la personalitat amb característiques cognitives, afectives i factors fisiològics que serveixen com indicadors relativament estables de com una persona percep i interactua amb el medi d'aprenentatge.

Amb l'ABP, ja no es tracta de mesurar el saber, el saber com o el mostrar com, sinó estimar una tercera dimensió de la piràmide que compren saber com s'ha arribat al resultat (Brailovsky 2001 op. cit.).

Costa-Pau (1988)¹³⁶, coneixedor i promotor de la gestió de l'aprenentatge autònom, definia l'avaluació formativa amb la necessitat d'una observació constant per part de professors i tutors:

En definitiva, el què es desenvolupa és una avaluació formativa en la que el criteri és la qualitat amb què l'estudiant adquireix l'aprenentatge en comparació amb ell mateix. Aquesta valoració ens indica quines són les àrees que requereixen una atenció més gran i ens dona peu a un ensenyament més pertinent i eficaç. Es tracta d'una avaluació que es fa no tan sols amb proves sinó també amb l'observació directa dels professors i tutors. (p.62)

2.2.8. Desavantatges o preocupacions que han fet manifer-se en contra de l'ABP

L'entusiasme dels que hem treballat amb l'ABP sol ser gran i ens porta a glossar més els avantatges que els inconvenients. Tanmateix, els inconvenients hi són i s'han de tenir presents tothora si es vol iniciar un projecte amb l'ABP. Tant en les metodologies tradicionals com en les que no ho són, hi ha dificultats que s'han de reconèixer, afrontar i posar-hi imaginació i entusiasme per a poder trampejar-les i, si és possible, combatre-les.

Com és lògic, la majoria de les publicacions sobre l'ABP són estudis de les institucions i dels docents que utilitzen el mètode i (com s'ha comentat) en testimonien els seus avantatges. Això pot induir a veure que tot el que s'ha fet abans està desacreditat. La majoria dels professionals actuals hem estat formats en la metodologia centrada en els docents i per, molt que s'hagi criticat i qüestionat, no podem caure en el parany d'anar-nos-en a l'altre extrem.

És evident que cada institució i cada docent té/tenim una peculiaritat que ens fa viure les experiències de manera singular. No tots les veiem iguals ni ens serveixen a tots de la mateixa manera. Però el primer que hem de deixar establert, com diu Solà (2006)¹³⁷, és que l'instrument mai no ha de ser el problema. *“Podem discutir sobre les seves característiques, sobre les seves bondats o defectes, sobre la conveniència per assolir el què s'espera, sobre si és pertinent o no ho és en funció del context acadèmic, però el cert és que, una tècnica com l'ABP, mai no pot ni ha de ser per ella mateixa un problema”* (p. 192).

Però un dels primers problemes que es detecta és que els recursos que es necessiten no sempre es disposen o els que es tenen no són els adients. Si s'opta per l'ABP en grups

¹³⁶ Costa-Pau, J. (1988). *Súnion. Una nova pedagogia per a adolescents*. Barcelona: Eumo Editorial

¹³⁷ Sola, C. et al., (2006). *Aprendizaje Basado en Problemas. De la teoría a la práctica*. México: Trillas.

petits, el nombre de docents que es requereixen és més alt. En el cas d'un currículum integrat, aquest requeriment queda en part més compensat perquè també se sumen esforços i es minimitzen les repeticions entre les assignatures.

També són més els recursos necessaris per a l'ús de la biblioteca i l'aula d'ordinadors, que es veuen envaïdes per un nombre més gran d'estudiants i amb més demanda. Malauradament, no sempre es pot donar sortida a aquesta necessitat de recursos, i cal un esforç d'imaginació per a no fer coincidir les mateixes situacions (temàtiques dels problemes) en el mateix període per a tots els estudiants; o bé organitzar la docència de manera esglaonada per tal que no coincideixin tots alhora amb treball personal.

De la mateixa manera, pot passar que l'estudiant es pot veure sobrepassat per l'angoixa de no saber quin és el límit del seu estudi i poder destriar quina informació és rellevant de la que no ho és. L'angoixa pot interferir en el seu aprenentatge, produint discussions basades sols en l'experiència i opinions sense una anàlisi crítica o bé fer més lent el ritme de l'aprenentatge dels estudiants més àgils. Sobretot en els primers cursos d'una titulació, l'ABP pot tenir dificultats especialment quan els estudiants encara no han adquirit els coneixements o les habilitats bàsiques necessàries per poder desenvolupar un aprenentatge basat en investigació. Pot haver-hi també, dificultats per comprendre les matèries com estructures organitzades de coneixement. Per tal d'evitar aquests inconvenients, en els primers cursos pot ser adient utilitzar l'ABP com a complement a altres mètodes i no fer-ne un ús exclusiu d'una matèria, i a mesura que l'estudiant es familiaritza amb l'estratègia de treball de l'ABP, se'n pot incrementar la presència. (De Miguel-Diaz et al., op.cit).

Un altre aspecte a tenir en compte són els propis tutors, ja que els pot agradar més transferir el seu propi coneixement i comprensió. I, per tant, es troba l'ABP difícil i frustrant (Wood, 2003)¹³⁸. Si no hi ha voluntat de canvi tot pot resultar en va. Malauradament no tots els docents entenen el mateix per l'autonomia de l'estudiant. El desconeixement i els prejudicis s'amaguen massa sovint darrera del rebuig o del deixar fer. No hi ha garanties d'èxit sense el convenciment de les potencialitats dels estudiants i l'exigència adient d'un aprenentatge profund.

Un ensenyament basat en problemes és més complex de planificar, d'estructurar i necessita més recursos materials i humans per a desenvolupar-lo. Les administracions,

¹³⁸ Wood, D. (2003). ABC of learning and teaching in Medicine. Problem based learning. *BMJ*; 326-38. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/326/7384/328.full>

per molt que hagin tingut l'objectiu de promoure metodologies centrades en els estudiants, no hi aboquen els recursos necessaris. Això genera que els docents, engrescats des de bon principi i que hi han posat sobreesforç i bona dosi d'il·lusió, entrin en la fase de saturació i de desànim (Salinas et alt 2005)¹³⁹.

2.2.9. A tall de síntesi

En analitzar la professió i formació infermera, Medina (2008)¹⁴⁰ ens exposa el següent:

“una infermera no és una juxtaposició del saber de la biologia, la farmacologia i la psicologia, sinó que és una pràctica reflexiva que sap recórrer als sabers oportuns en el moment adient i “encaixar-los” en les diferents situacions de manera pertinent. Una infermera pot esforçar-se inútilment en assimilar tots els manuals d’infermeria però, es veurà conduïda al fracàs si no té la capacitat d’utilitzar els coneixements amb criteri . (p.55)

Per tot el recorregut històric que s’ha descrit anteriorment, la formació infermera necessita el desenvolupament competencial d’un pensament crític. Segons Peters (1969)¹⁴¹ no hi ha una tendència innata a pensar de manera crítica i tampoc és una cosa fàcil adquirir-ho. Segons el mateix autor, els humans tendim a creure i acceptar les coses que se’ns asseguren i, per a un desenvolupament del pensament crític, pot ser útil aprendre a explorar les pròpies suposicions i fer explícits els principis que encara no estiguin clars. En fer-ho, ens veiem obligats a pensar de manera més clara, coherent i estructurada. En part, això és així perquè no sabem el què pensem fins que no ens veiem forçats a afirmar-ho explícitament i a defensar-ho.

L’aprenentatge per mitjà de problemes, en treballar en grups reduïts, permet el procés de reconstrucció del coneixement mitjançant processos de reedificació del mateix a costa del diàleg i la discussió, que ajuden l’estudiant a desenvolupar habilitats transversals de comunicació i expressió oral, de pensament crític, d’argumentació lògica i també contribueixen a explorar els seus valors i punts de vista, que els ha de permetre afrontar una pràctica professional més reflexiva i crítica.

L’ABP ens és útil i ens ajuda per dos motius bàsics: per la necessitat de formar en competències genèriques, ja que cada vegada són més necessàries en un model laboral

¹³⁹ Salinas, AS. et alt (2005). El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de la urología. Modelo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha. *Actas de Urología*. 29 (1): 8-15 .

¹⁴⁰ Medina, JL. (2008). De mapas i territorios. Formalización de los saberes profesionales en el currículum. *Rev. ROL de Enfermería*. 31(7-8): 533-536.

¹⁴¹ Peters, RS. (1969). *El concepto de educación*. Buenos Aires: Paidós.

on els canvis són molts i molt ràpids, i alhora perquè és un mètode excel·lent per a desenvolupar competències transversals de tot tipus (Waltson 1989¹⁴²; Baños 2005 op.cit).

L'ABP força aquesta dinàmica per aconseguir un pensament crític i hi ha evidències que sustenten que els professionals formats en aquesta metodologia els introdueix a la investigació (Aiziczon & Cudmani, 2006)¹⁴³, a més de proporcionar que els estudiants pensin com professionals (Williamson & Chang, 2009)¹⁴⁴.

En el 1998, Schmidt¹⁴⁵ es preguntava si l'ABP capacita els estudiants per ser millors professionals. Tanmateix és una pregunta difícil de contestar a causa de les diferències que poden haver-hi si es comparen els diferents plans d'estudi i les estratègies de selecció utilitzades per les universitats, qüestió que també pot influenciar-hi.

Malgrat aquests biaixos, Schmidt s'atreveix a justificar que els estudiants d'ABP són uns aprenents de per vida, (aprenen a aprendre), que hi ha diferències en la visió de la pràctica perquè són més propensos a decantar-se per l'atenció primària, tot i que sembla que hi pot influir l'enfocament que hi doni la facultat en concret. Respecte dels coneixements, troba que els estudiats de medicina formats amb ABP en tenen menys en ciències bàsiques, però que ho compensen amb més coneixements clínics. Utilitzen un coneixement de la causa (o motiu d'alteració) més extens, però no fan errors de diagnòstic. La conclusió a que arriba Schmidt, és que, en general, no hi ha diferències en els coneixements mèdics i que l'ABP és tan bo (o dolent) com l'educació mèdica convencional. Tanmateix hi ha algunes proves que l'ABP contribueix a la formació de millors professionals, perquè els diagnòstics són més encertats i els estudiants tenen habilitats professionals més pertinents.

Branda (2004 op. cit) es pregunta si l'ABP és l'estratègia més adient per a un aprenentatge efectiu i ho argumenta d'aquesta manera:

La literatura ha tractat de contestar aquesta pregunta utilitzant diferents enfocaments d'investigació. Però, la limitació d'aquests enfocaments és que, en general, s'utilitzen mètodes convencionals per contestar preguntes que no ho són.

¹⁴² Waltson, HJ. Matthews, MB. (1989). Essentials of problem-based learning. *Medical Education*. 23: 542-558.

¹⁴³ Aiziczon, B. & Cudmani, LC. (2006). La evaluación del aprendizaje significativo en el ABP en biofísica en Medicina, las voces de los alumnos. Dins de la: Conferencia interamericana sobre educación en la física, San José, Costa Rica. Memorias. ISBN 978-9968-9939-9-9.

¹⁴⁴ Williamson, S. & Chang, V. (2009), Enhancing the success of SOTL research: A case study using modified problem-based learning in social work education. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*. 9(2):

¹⁴⁵ Schmidt, HG. (1998). Problem-based learning: ¿does it prepare medical students to become better doctors? Some evidence shows that it does, but the jury is still out. *The Medical Journal of Australia*, 168. 429-430. Disponible a <http://www.mja.com.au/public/issues/may4/schmidt/schmidt.html>

*Els factors que juguen un rol en l'efectivitat del procés d'aprenentatge són molts i difícils de controlar. No obstant això, la informació que es genera en relació a l'ABP és valuosa perquè cada institució prengui decisions en relació a quina és la millor estratègia curricular a implementar. El que no es pot perdre de vista és que, en introduir l'ABP, no s'introdueix solament un canvi metodològic. Sinó que significa també un canvi paradigmàtic en la relació entre discent i docent. L'ABP pot ser la iniciació cap a la meta congruent amb les idees expressades per Paulo Freire: **L'educació ha de començar per la superació de la contradicció educat i l'educador. S'ha de fonamentar en la conciliació dels seus pols, de tal manera que els dos es facin simultàniament aprenents i mestres**". (p.25)*

Per últim apuntar que sempre he vist un paral·lelisme en la relació que s'estableix entre infermera-pacient i la de docent-discent. En aquest sentit, l'ABP ens permet educar des de la proximitat amb els estudiants. Proximitat sempre necessària per oferir cures infermeres globals i pel guiatge en el procés d'aprendre a ser infermera.

CAPÍTOL 3. METODOLOGIA I DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ

3.1. CONSIDERACIONS QUE ORIENTEN EL DISSENY D'AQUESTA RECERCA

Atesa la naturalesa social i simbòlica d'aquest estudi, l'enfocament metodològic ha de permetre donar informació sobre el sentit de la docència que es fa a l'EUI Vall d'Hebron, i també, del valor competencial que les exalumnes atribueixen al fet d'haver-se format en un currículum integrat per competències.

No es preten fer comparacions entre mètodes docents, ni entre promocions de la mateixa escola o d'altres sinó en un disseny que permeti copsar les percepcions que albirin quins canvis s'han produït en la cultura de l'ensenyar-aprendre infermeria i, de retruc, de les competències de les infermeres en els cuidatges de les persones ateses. Així doncs, essent aquest estudi una investigació pedagògica i, per tant, eminentment de caire social, el disseny que, des de bon començament, s'ha plantejat ha estat el qualitatiu.

Segons Taylor & Bogdan (1987)¹⁴⁶ la metodologia qualitativa fa referència a *“la investigació que produeix dades descriptives com són: les pròpies paraules de les persones, parlades o escrites, i la conducta observable”* (p. 20). S'està d'acord amb Medina (2005b, op. cit) que, decantar-se per una metodologia qualitativa o quantitativa no és sols una qüestió tècnica en què s'ha de resoldre quin mètode és el més apropiat per l'objecte d'investigació, sinó que, en la selecció hi intervenen també els valors socials que requereixen una explicitació dels supòsits ètics, epistemològics i teòrics dels qual parteix l'investigador/a.

Cal aclarir que tot i amb això, el disseny no ha estat configurat totalment a priori. Si bé és cert que la idea estava dibuixada des de bon principi, a mesura que s'ha anat avançant en la recollida d'informació i han aparegut dificultats que obstaculitzaven poder tirar endavant, s'han modificat aspectes en el “què” i el “com” de la recollida d'informació per considerar-la més adient al context, o fins i tot per fer-la possible. Aquesta flexibilitat s'atribueix al caràcter no lineal del disseny en les investigacions qualitatives que, com afirma Medina (2005b op. cit), fa que no sigui possible fixar-lo a l'avançada, sinó dibuixar-ne aspectes molt generals. Els objectius fixats de bon començament, es poden veure modificats o definits de nou per l'acció de factors que sorgeixen al llarg de l'estudi.

¹⁴⁶ Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

S'ha considerat la varietat d'estratègies i/o metodologies qualitatives que hi ha descrites, (Garrido¹⁴⁷ 2009 en descriu 11) per justificar-ne la més adient.

Taula 12: Estratègies d'investigació qualitativa. Segons Garrido (2009)

Estratègies metodològiques	Característiques
Biogràfica Narrativa	Construcció de significats que les persones creen al llarg de les experiències. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cicles de vida professional, impacte dels fenòmens socials i històrics.
Fenomenologia	Construcció dels significats de l'experiència viscuda per una persona amb la interacció social. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Quina manera una persona o un grup viuen una experiència.
Teoria fonamentada	Interacció de categories teòriques per interpretar situacions o processos a partir de dades. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - L'elaboració de teoria a partir de les accions interaccions i processos socials.
Etnografia	Descripció o reconstrucció analítica d'escenaris i grups culturals. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La comprensió de com funciona un context educatiu i les pràctiques que el caracteritzen.
Estudi de casos	Estudi detallat, comprensiu, sistemàtic i en profunditat d'un cas. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Descripcions consistents (denses) dels trets de persones o programes en un determinat context.
Investigació acció	Orientada a la pràctica educativa, permet la millora professional a partir de la investigació de la pròpia pràctica. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Processos d'innovació a partir de la reflexió sobre l'acció i en l'acció, i en la presa de decisions.
Etnometodologia	Se centra en els mètodes utilitzats que s'utilitzen per donar sentit a les pràctiques socials quotidianes. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El significat de les interaccions considerant les accions que les configuren.
Interaccionisme simbòlic	Orientada a l'estudi dels significats que les persones assignen als objectes. Els seus principis estan en: <ul style="list-style-type: none"> - L'ésser humà orienta els seus actes amb les coses en funció del que els objectes representen per ell. - El significat de les coses sorgeix com a conseqüència de la interacció amb els altres. - Els significats es manipulen i modifiquen mitjançant un procés interpretatiu desenvolupat per la persona quan s'afronta amb les coses amb què es troba.
Fenomenografia	Recerca de les variacions en les maneres d'experimentar un fenomen. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Diferents maneres d'aprendre i ensenyar. - Diferents maneres amb què les persones viuen un fenomen.

¹⁴⁷ Garrido, J.M. (2009). *Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios*. Tesis doctoral per a l'obtenció del títol de doctor en Pedagogia. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona.

Investigació avaluativa	Orientada a la pràctica educativa, permet avaluar l'impacte de processos o programes d'innovació. Permet indagar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - L'impacte de programes d'innovació educativa. - La presa de decisions.
Etnociència	El focus d'atenció es troba en l'estudi de la cultura i el paper que l'ésser humà hi té (tributària de l'antropologia). S'interessa per saber com els components perceben la cultura i utilitzen procediments d'anàlisi com: <ul style="list-style-type: none"> - Descripció interna (èmic) o interpretació que les persones fan de la realitat a partir de la percepció. - Descripció externa (ètic) o anàlisi de les normes socials de la cultura des d'on sorgeix la percepció.

La diversitat de mètodes ressenyats en la taula anterior comparteixen un seguit d'aspectes pel que fa a la naturalesa de la realitat que estudien. Segons Medina (2005b op. cit.) tenen en comú els trets següents:

- La naturalesa interpretativa, holística, dinàmica i simbòlica de tots els processos socials, inclosos els de recerca.
- El context com a constitutiu dels significats socials.
- L'objecte d'investigació són les l'accions humanes i les seves causes segons el significat que li donen les persones que les realitzen, abans que de les semblances de les conductes observades.
- Les diferències en la noció de causa en funció de si els processos són naturals o accions socials. Diferències inherents a la interpretació de les accions humanes que difereixen dels objectes inanimats per la seva capacitat de construir i compartir significats mitjançant el llenguatge.
- L'obtenció de l'objectivitat accedint als significats subjectius que tenen les accions pels seus protagonistes.

Totes aquestes característiques queden també integrades en els dos conjunts de supòsits hipotètics de Wilson (1977), citat per Medina (op. cit.): El qualitatiu fenomenològic i l'ecològic naturalista.

El qualitatiu-fenomenològic té com a focus entendre el significat que suposen les experiències per les persones. Significats que sols es poden comprendre accedint al marc simbòlic en què interpreten els pensaments i les accions. Amb la metodologia qualitativa no és possible analitzar un fenomen social sense acceptar que està inserit en el significat que li donen els que el viuen. El que és important estudiar és la manera amb què els subjectes veuen el món i el significat que li atribueixen, i que en definitiva és el que constitueix la realitat. Així doncs, les persones construïm la realitat social objectiva

que a la vegada ens determina. Carr & Kemmes (1998)¹⁴⁸ ho descriuen dient que “*el caràcter objectiu de la societat no és una realitat independent a la que estan subjectes, no se sap com, les persones. Per contra, la societat posseeix cert grau d'objectivitat gràcies al fet que els actors socials, en el procés d'interpretació del seu món social, l'exterioritzen i objectiven*” (p.99).

Els processos d'ensenyança aprenentatge de la infermeria són el resultat d'aquesta dinàmica dialèctica en la que per conèixer els significats constructors de realitat, és imprescindible accedir-hi per veure com es construeixen.

El segon conjunt hipotètic de Wilson, *l'ecològic-naturalista* defensa que les accions humanes estan determinades en part pel context i l'ambient en què es donen. Aquest supòsit ens fa prendre en consideració que els processos educatius i professionals de la infermeria sols poden estudiar-se en l'espai real on es produeixen. L'autor ens ve a dir que només el contacte directe amb aquesta realitat ens donarà a conèixer de quina manera el context influencia en la construcció de significats. És per això que, pel que es persegueix estudiar i amb coneixement profund que tinc del context docent de l'EUI Vall d'Hebron, es justifica que una de les estratègies metodològiques que s'han de tenir en compte sigui l'estància prolongada en el camp.

3.2. INTERACCIÓ DE MÈTODES: LA FENOMENOLOGIA, L'ETNOGRAFIA I L'ESTUDI DE CAS

La fenomenologia i l'etnografia ens podien servir, ja que permeten l'estudi d'aspectes com el comportament de les persones, les seves relacions socials i amb el context amb què es desenvolupen, però, també mitjançant el disseny de l'estudi de cas, atés que el canvi de l'EUI Vall d'Hebron, tant per la seva peculiaritat singular com per les circumstàncies del context, es podia considerar un cas únic.

S'està d'acord amb Medina (2005b, op.cit.) que els dissenys que s'apliquen en els treballs qualitatius no són purs, perquè inclouen elements que pertanyen a més d'un model. Aquesta convicció ens permet combinar estratègies, tot i que una ocupi un espai predominant.

¹⁴⁸ Carr, W. & Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la Enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

Així doncs, s'intentarà justificar per què aquesta recerca pot combinar estratègies metodològiques, procedents de tres mètodes qualitatius, tot i que es fa difícil situar la frontera que els separa.

▪ **Per què un enfocament fenomenològic / interpretatiu**

Perquè el que es proposa obliga a analitzar i a reflexionar sobre l'experiència viscuda en el context d'un canvi de rol professional, en primer lloc de les infermeres docents i, en part, també de les assistencials.

La investigació fenomenològica és l'estudi de l'experiència viscuda. Intenta aconseguir **descripcions i comprensions** sobre les vivències i ofereix la possibilitat de comprendre i percebre l'experiència humana. Es fa preguntes sobre la naturalesa dels fenòmens; descriu estructures de sentit intern i mostra la valoració, qualitat i significació viscuda de l'experiència d'una manera completa i profunda. (Ghiso, 2006)¹⁴⁹

Segons Latorre, del Rincón i Arnal (2003)¹⁵⁰ aquest tipus d'enfocament està orientat a descriure i a interpretar els fenòmens, i s'interessa per l'estudi dels significats i les interpretacions de les accions humanes des de la perspectiva dels actors socials.

▪ **Per què un marc etnogràfic**

Perquè, tot i haver-hi múltiples descripcions que donen lloc a diferents enfocaments, l'etnografia és la descripció dels significats que les persones utilitzen per comprendre el seu món (Geertz, 1987)¹⁵¹. Aquesta descripció permet la reconstrucció analítica per comprendre com funciona un context educatiu i les pràctiques que el caracteritzen. L'investigador tracta de proporcionar una imatge fidedigna del que les persones diuen i actuen, deixa que les paraules i accions de les persones parlin per elles mateixes sense traduir-les al significat de qui investiga i tracta de veure les coses des del punt de vista dels informants. Per fer-ho, es necessita un temps de convivència amb les persones estudiades i l'experiència suficient per arribar a captar i interpretar les situacions que s'estan observant.

¹⁴⁹ Ghiso, A. *La fugaz verdad de la experiencia. Ecología del acontecimiento y experiencia formativa.*

disponible a: www.docencia.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php consultada el febrer de 2010.

¹⁵⁰ Latorre, A., del Rincón, D. & Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa.* Barcelona: Experiència.

¹⁵¹ Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas.* Barcelona: Gedisa.

Els dos criteris mínims que ha de complir un treball per ser considerat etnogràfic són: la presència més o menys prolongada en l'ambient de les persones que es vol investigar (Taylor & Bogdan, op.cit), i intentar comprendre els significats que aquestes persones utilitzen per donar sentit a les seves pràctiques (Geertz, op. cit.).

Per aconseguir arribar a l'acompliment d'aquests criteris es parteix de l'avantatge personal de ser dins del camp/ambient de l'escola com a docent, i concebre el procés d'ensenyança aprenentatge de la Infermeria, com una acció humana, que no es pot descriure de manera entenedora si es separa de les expectatives, motivacions i interaccions de les persones que les realitzen. Per poder descriure degudament aquestes perspectives de significat, és necessari participar de les pràctiques durant un període de temps prolongat i jo he viscut el procés de canvi des de bon començament. Això però, comporta haver de deixar de banda les pròpies creences per veure i viure la realitat d'una manera massa propera i personal.

Pel que fa a l'àmbit del context assistencial, on es desenvolupen les exalumnes de la primera promoció, també m'hi podia submergir fàcilment fent observacions, ja que, com he comentat en l'apartat del meu context professional, són espais coneguts i familiars gràcies a haver-hi exercit com a infermera assistencial.

▪ **Per què un estudi de cas com estratègia base**

Per què, segons Stake (1998)¹⁵², un programa innovador o una escola poden ser un cas, atès que tant un com l'altre tenen un funcionament específic i complex. *"Dels estudis qualitius de casos s'espera descripcions obertes, comprensió mitjançant l'experiència i realitats múltiples"* (p.46). Stake classifica l'estudi de cas en tres modalitats en funció del seu propòsit: Intrínsec, instrumental i col·lectiu:

- **L'intrínsec** quan es vol una millor comprensió d'un cas particular. Aquí no es selecciona el cas perquè representi a altres o representi un problema en particular, sinó perquè el cas en si mateix és el que interessa i es vol aprendre d'ell. Hi ha un interès intrínsec, però el propòsit no és la generació de teoria.
- **L'instrumental** quan la finalitat és aprofundir en un tema o afirmar una teoria. Aquí el cas hi té un paper secundari, donat que la finalitat no és la comprensió del cas en si mateix sinó un instrument per aconseguir altres finalitats indagatòries.

¹⁵² Stake, RE. (1998), *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

- El **col·lectiu** quan es vol estudiar diferents casos per un mateix fenomen, i per tant no està centra en un cas concret. En definitiva, no es tracta d'estudiar un col·lectiu, sinó l'estudi intensiu de diferents casos.

El cas d'aquesta recerca, el canvi de paradigma dut a terme a l'EUI Vall d'Hebron, és considera intrínsec perquè ve determinat per l'experiència d'innovació viscuda i que es vol conèixer i analitzar en profunditat. Alhora és també instrumental perquè cada professora i infermera exalumna ens serveixen d'instrument per a analitzar el conjunt de significats respecte l'ABP com a fenomen d'estudi.

Segons Stake, s'ha de tenir present que: quan més intrínsec és l'interés d'un cas, més s'ha de reprimir la curiositat i els interessos especials per a centrar-nos en els temes específics del cas. Aquest autor proposa aplicar un disseny d'investigació d'estudi de cas inductiu utilitzant una estructura conceptual per temes. El cas té uns límits i unes parts constituents que els podem definir com a temes i que estan presents en totes les fases del disseny ajudant a concretar els problemes, guiant la recollida de dades i proposant o suggerint solucions.

Els temes objecte d'estudi en el cas tenen la dificultat de convertir-se, per ells mateixos, en un pes específic prou important per requerir de més informació. A mesura que es té més informació es va convertint en un tema complex que pot fer ignorar temporalment el cas. Per això és necessari que les preguntes generals de la recerca busquin la informació necessària per a la descripció del cas. *“La llista inicial de temes té la finalitat de concretar el problema a estudiar, però aviat quedarà reduïda en dos o tres que ajudaran a estructurar les observacions, les entrevistes i la revisió de documents”* (p.29)

La innovació duta a terme a l'EUI Vall d'Hebron comporta la curiositat i la responsabilitat de fer un seguiment de les infermeres formades amb el nou paradigma, per valorar el nivell de competència assolit i, també, descriure el procés de transformació que s'hagi produït en les docents que l'han dut a terme. Stake, insisteix en la necessitat de conèixer tot el que implica el cas, de descobrir les seves temàtiques i de rastrejar els seus models de complexitat. Quan es treballa en ciències socials i en serveis humans, és probable que el cas constitueixi un objectiu que, fins i tot, tingui una personalitat. *“El cas és un sistema integrat. No és necessari que les parts funcionin bé, els objectius poden ser irracionals, però és un sistema. Per això, les persones i els programes constitueixen casos evidents.* (p.16).

L'objectiu principal d'un estudi de cas és comprendre el propi cas, no altres casos. Això ens pot fer pensar que aquesta metodologia té una base poc sòlida per poder generalitzar. De fet, no s'elegeix l'estudi de cas per fer generalitzacions sinó per estudiar amb profunditat la seva peculiaritat i singularitat per arribar a comprendre les diferents visions que fins i tot poden ser contradictòries.

Si el cas d'aquesta recerca és el canvi de paradigma de l'EUI Vall d'Hebron, els temes principals que han sorgit són: com ha repercutit el nou paradigma en les infermeres formades en ell i les transformacions que s'han produïts en les docents. Aquests dos temes configuren els dos objectius generals que defineixen aquesta investigació i que necessiten ser estudiats de manera que permetin fer una reflexió tan profunda com sigui possible. Cal trobar la manera útil per poder descobrir les relacions, indagar en les temàtiques i categoritzar-les per tal d'examinar la seva complexitat.

Seguint amb Stake (op.cit), s'ha de tenir present que l'estudi de casos té l'avantatge de ser concret i estar vinculat i contextualitzat amb la pròpia experiència i això el fa proper i permet implicar-s'hi fàcilment. Per contra, i com ja s'ha comentat anteriorment, presenta la dificultat de fer generalitzacions a partir d'una realitat tan concreta. Pot ser que no es consideri generalització el que es faci sobre un cas o amb pocs casos, però la missió principal de l'estudi de casos és la particularitat i no la generalització d'aquest. En definitiva, es parteix d'un cas en particular per poder conèixer-lo molt bé, per a destacar-ne la seva unitat i això implica el coneixement d'altres casos per veure amb què es diferencia. Però, com ja s'ha dit, la finalitat primera no és la comparació sinó la comprensió del cas estudiat.

Considerem que aquests arguments justifiquen que l'estudi de cas (amb esquitxos etnogràfics, fenomenològics / interpretatius) és el model d'investigació idoni per atansar-nos a la realitat que es vol estudiar. Les característiques associades de descripció, comprensió holística de fenòmens centrada tant en el procés com en els resultats, són les més indicades per aconseguir els objectius d'aquesta investigació.

Amb l'objectiu de complir amb les exigències metodològiques recollides fins aquí i amb l'ajut d'autors com Taylor & Bogdam (1987, op. cit) i Medina (2005b, op. cit.), els criteris metodològics que es descriuen tot seguit ens serveixen de guia per al disseny d'aquest treball:

- El caràcter inductiu i flexible. Començar amb uns interrogants concrets però sent conscients que, en penetrar en l'univers simbòlic de les docents i les exalumnes, ens

trobarem amb significats que permetran obrir noves qüestions. Les estructures teòriques i interpretatives, resultants de la investigació, han de ser emergents, descobertes i construïdes al llarg del procés de la recerca i no preconcebudes abans del desenvolupament d'aquesta.

- Tenir una perspectiva holística. No reduint les persones a simples variables, sinó veient-les com un tot i inserides en el context i en les situacions en què es troben.
- Suspendre el judici o apartar les pròpies creences, perspectives i predisposicions, a fi d'apropar-nos i mostrar interès per tots els aspectes que es desenvolupen en els diferents ambients (escola i centres assistencials) i no donant res per sobreentès, i, d'aqueta manera, poder esbrinar les interpretacions que professores i estudiants fan del seu món.
- Donar valor a totes les interpretacions. No buscant la "veritat" o la "moralitat", sinó una comprensió detallada de les perspectives de professores i exalumnes, siguin quins siguin les seves opinions i posicionaments.
- Registrar rigorosament tots els successos d'interès amb diferents mitjans com són les notes de camp i les gravacions.
- Considerar-me el principal instrument de la recollida de dades de la recerca.
- Validar les dades amb les persones participants.
- Aportar unes conclusions (informe) on es fusionin l'horitzó simbòlic de les persones estudiades i les meves perspectives de significat, per a complir amb la finalitat interpretativa de la recerca.

En definitiva, les exigències assumides en aquest treball són els següents, recollir el màxim d'informació dels participants, conèixer en profunditat el seu univers de significats, assumir de ser instrument i construcció inductiva dels resultats.

Cal explicitar de manera clara la dificultat que comporta no deixar-se influir per les pròpies expectatives i interessos. Hi ha proves suficients del que Chalmers (1982, citat per Medina (2005b, op. cit), denomina "*inductisme ingenu*" en considerar poc probable la correspondència unívoca entre les realitats observades i les que percebem. El que observem depèn de les nostres experiències i la recollida de dades, sense un marc interpretatiu que els guïï, és poc menys que impossible. El que finalment considerem rellevant o no depèn del marc interpretatiu elaborat prèviament. Díficilment ens podem posar a buscar (i trobar-ho) sense una noció prèvia de les característiques del que es busca.

Així és com el judici que al final s'acabi emetent un investigador és el resultat de la combinació complexa entre la informació que aporten els participants i el coneixement

que ja posseeix l'investigador. Això però, no ens ha de confondre amb estar carregats d'idees preconcebudes i de prejudicis. Aquests conceptes, en un treball científic, són perjudicials, cosa que no és així en els conceptes teòrics i les experiències que permeten al recercador/a a fer suposicions.

Qualsevol investigador social ha de partir necessàriament i ha d'utilitzar de manera flexible aquest coneixement (tant teòric com pràctic) que representa el coneixement assolit per la seva disciplina; això no es pot confondre amb la imposició "arbitrària" i a "priori" d'un marc de referència. En gran mesura l'èxit de les seves explicacions dependran de les reelaboracions que l'investigador faci dels seus esquemes disciplinaris per tal que s'ajustin als significats subjectius que aportin les persones que participen en l'estudi. En qualsevol cas, la "suspensió del judici" s'ha d'entendre com una precaució metodològica que serà vàlida fins que l'experiència en el treball de camp suggereixi la rellevància d'aquell. (Medina op.cit. p. 32)

Una vegada determinat l'enfocament metodològic, cal descriure els subjectes d'estudi i explicitar les estratègies de recollida d'informació que cal preveure, cosa que es fa a continuació.

3.3. SUBJECTES PARTICIPANTS

Els subjectes participants s'han seleccionat de manera intencional atès que la finalitat de la recerca així ho exigia. Per aconseguir amb el primer objectiu s'havia de recollir informació de la **primera promoció de professionals d'infermeria que es van formar amb la innovació docent** i que van cursar els estudis de Diplomat en Infermeria del 2002 al 2005. Aquesta promoció està configurada per 88 exalumnes: 78 infermeres i 10 infermers. En principi se'ls considerava a tots ja que accedir-hi era fàcil a través de les dades dels arxius de passiu de la secretaria acadèmica. Posteriorment s'elegiria una mostra per a fer els dos o tres grups de discussió i s'observaria a una o dues infermeres en l'atenció assistencial hospitalària i/o primària.

La promoció de les exalumnes quedava prou justificada per ser la que duia més temps en el món laboral i, per tant, era la que tenia més elements per analitzar amb perspectiva com veien la seva competència. Això no es podia fer en promocions posteriors tot i que aquestes potser no havien viscut el canvi amb tanta angoixa com la primera.

Per al segon objectiu, es considerava **les docents de l'Escola d'Infermeria Vall d'Hebron** que havien iniciat el canvi de paradigma i continuaven en actiu en el moment d'iniciar aquesta recerca: un total de 14 professores de dedicació plena i que havien

viscut tot el procés i 10 de dedicació parcial, però, de les quals només una havia estat en el procés de canvi des de bon començament.

Pel que fa a la mostra de les docents, era desitjable que hi participessin tant les que estaven motivades i convençudes del canvi des de bon començament (i que creien en les seves possibilitats per ser tutores en l'ABP), com les que n'eren més reticents. Es començaria amb un grup que fos el màxim d'heterogeni possible, que representés les diferències de conviccions respecte l'ABP i que més o menys dibuixés la variabilitat d'idiosincràsies de la plantilla docent. Es limitaria (tancaria) la participació en el moment que es considerés la saturació de les dades. No es descartava, però, que s'hauria de retornar als mateixos participants per tal de clarificar o aprofundir en conceptes o idees, i que en funció de les dades, s'utilitzés la participació en bola de neu.

3.4. TÈCNiques PER A RECOLLIR LA INFORMACIÓ

M'he situat en aquest procés de recollida de dades en el concepte de *“ser humà-com-instrument flexible per poder captar quant complexa, subtil i en constant canvi és l'experiència humana”* (Lincoln i Guba, citats per Maykut & Morehouse (1999, op. cit., p.32).

Amb aquest concepte d'instrument de mesura, els autors esmentats es refereixen que la font primària de recollida de dades és la persona amb les seves experiències, les seves habilitats i el seu bagatge. D'aquesta manera *“l'instrument humà és sensible, adaptable i holístic. A més de tenir una experiència basada en el coneixement, experimenta la immediatesa de la situació i té l'oportunitat d'aclarir i resumir en el propi escenari”* (p.32).

La manera d'obtenir informació podia ser variada, però s'havia de ser conscient de les possibilitats del maneig posterior que podia generar. Pels objectius proposats, es va considerar que un qüestionari com a presa de contacte amb els estudiants, seguit de grups de discussió i culminant aquestes dades amb una observació, era suficient per a saber sobre les competències de les infermeres formades amb l'ABP. Pel que fa al rol docent i atès que aquest context ens era molt més proper, només es plantejava entrevistes en profunditat.

L'estratègia de recollida de dades va ser planificada segons consta en la següent taula:

Taula 13: Tècniques previstes per a recollir informació.

RESPECTE A LES COMPETÈNCIES INFERMERES DE LES EXALUMNES	RESPECTE AL ROL DOCENT
<ul style="list-style-type: none">▪ Qüestionari.▪ Grups de discussió.▪ Observacions participants:<ul style="list-style-type: none">○ A l'atenció hospitalària○ A l'atenció primària	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevistes en profunditat a les tutores d'ABP fins considerar la saturació de les dades.

▪ El qüestionari

Aquesta eina és la primera que es va contemplar per contactar amb les 88 professionals exalumnes. Es considerava que alhora que se'ls explicava el projecte era una primera aproximació ràpida i no requeria de gaires recursos.

El qüestionari permet recollir informació seguint el mètode de l'enquesta que, mitjançant preguntes, es pot arribar a un gran nombre d'informants guardant el seu anonimat. Les respostes poden ser comparades estadísticament i si la mostra és significativa, es poden extrapol·lar les dades a la resta de la població.

Han de concretar-se en preguntes molt clares els temes que es volen avaluar, atès que no hi ha possibilitat de fer aclariments. En certes temàtiques, l'inconvenient més gran d'emprar aquesta mesura es troba en l'escassa motivació per contestar-lo, i per tant, una baixa possibilitat de resposta.

Per a confeccionar-lo s'han de tenir present els aspectes següents: a) definir bé el que es vol saber; b) determinar les variables a estudiar i garantir que les respostes esperades s'ajustin a allò que vol conèixer; i c) determinar la relació entre les preguntes del que es vol saber i les variables.

A la vegada, cal que es tingui present el "com", el "quan" i "on" es passarà el qüestionari, ja que, si se suma la poca motivació que porta inherent aquesta tècnica a un horari i un lloc poc oportú, farà que no s'obtingui l'eficiència desitjada.

El qüestionari, que es va preparar i que s'adjunta en l'annex II, consta de tres parts: La primera que actualitza les dades personals, la segona ajuda a conèixer en quina realitat professional s'estan desenvolupant i per a esbrinar informació sobre: la institució on treballa, el tipus de contracte, horari, temps que ha treballat, estudis de postgrau desenvolupats i participació o realització de recerca. I la tercera part té l'objectiu de recollir l'opinió respecte a com creuen que els ha influenciat a nivell professional i

personal, el fet d'haver estat formades amb un currículum integrat per competències i amb la metodologia de l'Aprenentatge Basat en Problemes. Consta de dues preguntes obertes: una per saber les dificultats que ha tingut com a infermera principiant i que considera atribuïbles al tipus de metodologia en què es va formar, i l'altra per saber si percep un valor afegit en la seva activitat infermera i si considera, una vegada més, que és fruit de la metodologia amb que es va formar.

Per poder reforçar la tercera part del qüestionari se'ls demana que avaluïn en una escala numèrica de l'1 al 8 la seva competència. S'ha cregut oportú utilitzar les mateixes capacitats competencials que han servit de guia per avaluar el procés formatiu¹⁵³. Fent-ho així, es tenia la tranquil·litat que s'entendria el llenguatge emprat, donat que durant la diplomatura les exalumnes s'havien autoavaluat amb aquests termes. Així és com la valoració es va concretar en els següents aspectes:

- Resoldre problemes en contextos estables, tot seleccionant, aplicant i ajustant el coneixement que tens per afrontar-los.
- Utilitzar els coneixements, les habilitats i el bon judici professional en les situacions que es presenten en contextos inestables i complexos.
- Aplicar les tècniques o procediments a les persones ateses.
- Treballar en equip
- Col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia.
- Proporcionar cures infermeres a les persones en situacions específiques mitjançant un mètode sistematitzat.
- Mantenir actualitzats els coneixements i habilitats per tractar situacions noves.
- Decidir actuar segons les evidències.
- Gestionar la prestació de les cures infermeres.
- Mantenir unes relacions interpersonals adequades a cada situació.
- Observar una conducta ètica.
- Comunicar-se amb les persones ateses, les famílies i els companys.

Aquesta tercera part s'ha dissenyat pensant que, en contestar-la, els permetia iniciar una reflexió en solitari abans de fer-la conjunta en els grups de discussió.

Per últim, i per tal de veure en quina mesura els havien ajudat les diferents estratègies docents, se'n va incloure una avaluació. En fer-ho, es podia verificar si al llarg del temps les exalumnes havien canviat la perspectiva respecte a les diverses estratègies docents

¹⁵³ Com ja s'ha comentat, les competències adoptades per desenvolupar el currículum són les que van elaborar la Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.

que han coexistit en el projecte d'Escola amb l'ABP. L'experiència i la rumorologia ens feia tenir una idea bastant precisa de com els ajuden a assolir la competència. És per això que s'ha volgut aprofitar l'ocasió per tenir-ne l'evidència i els arguments per poder fer propostes si l'anàlisi dels suggeriments ho aconsellava.

En concret la pregunta es delimitava en quina mesura els havien influenciat les diferents estratègies docents per a assolir els coneixements, les habilitats, les actituds i els valors per la competència infermera avaluant en una escala de l'1 al 8 (considerant l'1 molt deficient i el 8 molt satisfactori): les tutories d'ABP, les habilitats de cerca d'informació i lectura crítica, les de comunicació, les clíniques, les de recerca, les pràctiques clíniques i els exàmens. El qüestionari finalitza amb una pregunta oberta de cara als suggeriments.

▪ **Els grups de discussió (GdD)**

S'ha considerat els GdD com l'espai per compartir, analitzar i reflexionar qüestions sobre la concepció que cada infermera (professional format a l'EUI Vall d'Hebron amb l'ABP) ha anat atresorant en aquest anys d'experiència professional.

Maykut & Morehouse (1999)¹⁵⁴ defineixen els GdD com: *una conversa de grup amb un propòsit (p.122)*. Situen el nombre de participants entre 6 i 8 per tal que hi hagi interaccions entre ells i hi hagi l'oportunitat de reflexionar en veu alta sobre les percepcions que un té i de compartir i construir coneixements. Aquests autors consideren que l'experiència en el si del grup de discussió, converteix aquesta trobada en una manera idiosincràtica que els diferencia de la resta d'estratègies usades per a recollir dades qualitatives.

Els GdD són una oportunitat per observar com, en discutir i debatre sobre el tema que s'està investigant, s'aporten diferents punts de vista que ajuden a clarificar les idees de tots. Durant la discussió pot sorgir informació que en una entrevista no hauria sorgit o ni tan sols tinguda en compte. Si el grup està ben dirigit, els participants poden reflexionar en veu alta sobre les percepcions personals de diferents temes o successos i arribar a una nova comprensió del que s'està tractant per mitjà de les interaccions.

La planificació es va fer pensant que els GdD es realitzarien amb una mostra representativa de la totalitat de la promoció 2002-2005. La selecció es faria mitjançant un

¹⁵⁴ Maykut, P. & Morehouse, R. (1999) *Investigación cualitativa : una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado Ediciones.

sistema aleatori dins de les exalumnes que acceptessin participar en l'estudi i contestar el qüestionari.

Per a dirigir i centrar la discussió, es partiria de les preguntes de l'enquesta que fan referència a les competències i a la influència de l'ABP en la seva pràctica. Les preguntes anirien dirigides a obtenir més informació, clarificar idees i per sondejar-ne de noves. Les sessions s'enregistrarien per poder fer una transcripció literal i fidel del contingut i, més tard, es retornarien als components del GdD per tal de que hi poguessin donar el seu vist i plau.

▪ L'observació participant

L'observació participant és una tècnica que la literatura metodològica assenyala per ser la principal en la recollida d'informació utilitzada pels investigadors qualitatius durant el treball de camp (Goetz & LeCompte, 1988)¹⁵⁵. És un procés que implica necessàriament que l'investigador romangui un període de temps prolongat i suficient en el camp, per aconseguir la interacció social amb les persones investigades. Mitjançant aquesta permanència sobre el terreny d'estudi, es captura de manera no intrusiva tots els matisos dels comportaments, valors i creences de les persones investigades.

Taylor & Bogdan (1987, op. cit.) afirmen que l'observació participant és l'element clau per construir patrons que permeten la contrastació de les dades recollides amb altres mètodes naturalistes com poden ser els diferents tipus d'entrevistes: *"Cap altre mètode pot proporcionar la comprensió detallada que s'obtingui amb l'observació directa de les persones i escoltant el que han de dir en l'escenari dels fets"* (p.104).

En aquest cas, la meua presència en l'EUI Vall d'Hebron com a un component més del grup de docents em permetia conèixer a fons les perspectives esmentades. Un punt fort d'aquesta permanència era el fet de conèixer tots els aspectes institucionals, relacionals, característiques personals i socials dels components; però, alhora, aquesta fortalesa es podia convertir en debilitat si em deixava influir pels prejudicis dels quals parlava en l'apartat anterior. També cal remarcar, que tenir un coneixement del context tant profund i proper amb el desenvolupament i la tasca professional que es realitza dia a dia, fa que sigui imprescindible una gran disciplina i sistematització en el registre del realisme i el significat d'aquesta observació.

¹⁵⁵ Goetz, J.P. & LeCompte, MD. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Tanmateix, si bé tenint en compte els plantejaments exposats, aquesta observació era possible de realitzar en el context de les activitats docents de l'Escola (reunions, comissions de treball, espais i encontres informals), per a esbrinar els canvis de les docents en aquest procés del currículum integrat mitjançant l'ABP, finalment es va desestimar a favor de l'entrevistes amb profunditat.

Tal vegada si ara s'hagués de començar de nou aquesta recerca, es plantejaria la modalitat de *l'autoobservació*, considerada una de les modalitats possibles de l'observació endògena. Segons Gutierrez & Delgado (1994a), citats per Valles (2009)¹⁵⁶, *"l'autoobservació constitueix un procediment d'aprenentatge i de coneixement invers del realitzat en l'observació participant: en comptes d'aprendre a ser un nadiu en una cultura estranya, el nadiu aprèn a ser un observador de la seva pròpia cultura"* (p. 144).

Com s'ha comentat, l'observació de les docents a l'EUI Vall d'Hebron estava contemplada com a possible, però no es va arribar a realitzar ni tan sols planificar. Es reservava per si en el decurs de la recerca es veia la necessitat d'ampliar o contrastar dades aportades en les entrevistes.

En canvi, per a poder observar les competències de les exalumnes tres anys després de graduar-se, havia de fer una immersió en el camp assistencial. I aquesta sí que es va programar i iniciar. En un principi, es considerava l'observació de dues exalumnes en serveis i àmbits diferents: una, en l'hospitalari i l'altra en l'atenció primària de salut. Es consideraven aquests dos àmbits per ser els dos contextos més diferenciats en els quals una infermera es desenvolupa com a professional. Tot i ser el medi hospitalari el més representatiu on una infermera novella comença a treballar.

L'observació es faria participant en les funcions assistencials i col·laborant amb la infermera observada. Durant la jornada d'observació, s'hauria de buscar l'espai i temps adient, per a registrar les observacions i obtenir descripcions acurades per a l'anàlisi posterior, tot i que aquests registres no haurien d'interferir ni influenciar en l'activitat de la infermera observada.

La durada en el temps no es tenia definida, perquè finalitzaria en quan es considerés les dades saturades.

¹⁵⁶ Valles, M.S. (1999). *Técnicas cualitativas en investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis

▪ **Les entrevistes en profunditat**

Segons Benney i Hughes (1979), citats per Taylor i Bogdam (1987, op. cit), l'entrevista és "*l'eina per excavar*" (p.100), el cara a cara per a la comprensió de les perspectives que tenen els informants respecte de les seves experiències o situacions expressades amb les seves pròpies paraules. És més una conversa entre iguals que un intercanvi formal de preguntes i respostes. La utilitat de l'entrevista en profunditat és de gran interès perquè permet estudiar un nombre considerable de persones en un temps relativament breu, si es compara amb el que es requereix en una observació participant.

Tot i conèixer molt bé la manera de fer i de pensar de cadascuna de les professores de l'equip docent de l'EUI Vall d'Hebron, es necessitava l'explicitació del que és important i significatiu en les seves ments: els significats, les perspectives, les interpretacions i la manera com elles veien i entenien el procés d'ensenyar i aprendre a ser infermera. Taylor i Bogdam (op. cit) diuen que, "*quan els informants comencen a compartir un nombre creixent d'experiències i sentiments amb l'entrevistador, deixen caure la màscara pública i revelen una part de si mateixos que habitualment mantenen oculta*" (p.121).

Atès que es coneixia prou bé moltes de les coses que dirien, s'havia de considerar que tota entrevista neix d'una ignorància conscient per part de qui fa l'entrevista. La coneixença era mútua, però el meu posicionament havia de situar-se lluny de suposar que coneixia el sentit que les professores donen als seus actes. El compromís estava a preguntar-los aspectes que ambdues (entrevistadora i entrevistada) podríem considerar per sobreentesos i sabuts. S'havia de facilitar que s'expressessin amb tota llibertat, amb els seus propis termes i amb la suficient profunditat per arribar a captar tota la riquesa del seu significat.

Els avantatges i limitacions que Valles (1999, op. cit.) assenyala respecte de l'entrevista en profunditat són variats i es destaca entre els avantatges els següents: a) la riquesa d'informació global, contextualitzada i amb les pròpies paraules de les persones entrevistades; b) l'oportunitat d'interaccionar i de clarificar respostes, i aprofundir en l'anàlisi de significats; c) la flexibilitat i el baix cos de recursos; d) la intimitat que ofereix, sobretot en aquelles persones més reticents a compartir col·loqui i e) l'accessibilitat a aquella informació que és difícil d'observar.

Pel que fa a les limitacions es remarca: el temps que comporta la transcripció i el tractament de la informació, tot i l'avantatge del cost esmentat.

Segons el mateix autor, en l'entrevista en profunditat, les principals tàctiques que l'entrevistador/a ha d'utilitzar són aquestes:

- La del silenci, utilitzat en el moment adient.
- La d'animació i elaboració. La primera per a indicar que s'accepta el que s'està parlant i la segona perquè segueixi i s'estengui amb el tema.
- La de reafirmar i repetir per a indicar que s'entén el que diu.
- La de recapitular o elaborar de manera retrospectiva, ja que el segon relat sol tenir major elaboració més gran.
- La de canviar de tema, si encara no s'han cobert tots.
- La de post-entrevista o prolongació de l'encontre, per a tancar amigablement i donar peu que sorgeixi informació oculta durant la formalitat de l'enregistrament de l'entrevista.

Segons Taylor & Bogdan (1987, op. cit), l'entrevista en profunditat requereix d'una dosi gran de paciència quan la persona entrevistada ens diu coses que no són del nostre interès. Segons aquests autors, no és convenient interrompre i sobretot cal deixar fluir la conversa quan ens parli de quelcom interessant, i fer preguntes per mantenir-nos en el tema. S'ha de sondejar, explorar i espremer al màxim amb preguntes específiques que estimulin la persona entrevistada i no donar mai per sobreentès res que pugui tenir una segona interpretació o sentit.

En aquest cas, i atès que es coneixia molt a fons la manera de ser i de fer de les persones entrevistades, els sobreentesos i les dobles interpretacions s'haurien de tenir molt presents, clarificant-ho tot bé i insistint en quina era la seva manera de veure-ho.

Per últim cal assenyalar aquells aspectes que segons Valles (1999, op. cit), s'havia de tenir present en la preparació per tal de tenir el millor procés comunicatiu, com ara:

- La selecció dels entrevistats. Triar aquells que fossin més capaços i disposats a donar informació i que tinguessin la millor relació amb la persona entrevistada.
- El temps, el lloc i el registre cal que siguin els apropiats per tal que no interfereixin en l'obtenció de la informació. L'entrevista no sols depèn de les característiques i els rols de qui la fa, sinó del lloc i del moment que s'elegeix per a realitzar-la.

▪ Anàlisi de les dades

Per a l'anàlisi de les dades s'utilitzarà el mètode de les *comparacions constants*. Paul Glasser i Ansel Strauss van crear-lo l'any 1967 amb la finalitat de generar teoria de manera inductiva a partir de les dades i dels fenòmens que es pretenen comprendre. Aquest mètode no busca ajustar la realitat a variables preestablertes, sinó la interacció dialèctica entre l'investigador i el significat de les dades que es busca implicar. El resultat és una fusió de significats on ambdues comprensions s'articulen i és complementen.

El mètode comparatiu constant "combina la codificació inductiva de categories amb la comparació simultània de totes les unitats de significat que s'hagin trobat" Lincoln i Guba (1985 citat per Maykut i Morehouse 1999, op. cit.) aporten una descripció molt útil del procés de categorització i codificació:

La funció principal de la categorització és la d'agrupar en categories provisionals, aquelles fitxes de dades que, aparentment, es refereixen a un mateix contingut. Pensar i idear regles que descriguin les propietats de les categories i que, en darrer terme, puguin ser utilitzades per justificar la conclusió de cada una de les fitxes de dades assignades a una determinada categoria, així com proporcionar una base per properes proves de replicabilitat; i per declarar una determinada categoria com internament consistent" (p.154)

Segons Glasser i Strauss, descrits per Valles (1999 op. cit), els principals moments de l'anàlisi qualitatiu amb el mètode de les comparacions constants són: a) la comparació d'incidents, bé sigui amb observacions, fragments d'entrevistes o documents, entre altres; b) la Integració de categories i les seves propietats; c) la delimitació de la teoria i d) l'escriptura de la teoria.

En tot el procés d'anàlisi s'ha de tenir present que el que proposen Glasser i Strauss és generar categories conceptuais de les qüestions que s'investiguen i les relacions que puguin haver-hi entre elles. Així és com es configura un procés de teoria creixent -cada fase després d'un temps es transforma en la següent- i les fases prèvies continuen actuant al llarg de tot l'anàlisi.

Després de transcriure literalment les entrevistes, els resultats dels grups de discussió i les respostes obertes de les enquestes, s'utilitzarà, per a la categorització de les dades obtingudes, el programa informàtic de l'Atlas-ti versió 4.1. Aquests programa ha de facilitar la tasca mecànica de l'anàlisi, perquè permet fragmentar, separar, ordenar, buscar i recuperar les dades. L'últim pas serà reflexionar sobre les relacions obtingudes i redactar les conclusions.

3.5. CRITERIS DE RIGOR I DE QUALITAT

La realitat que s'estudia està matisada per les percepcions subjectives, les interaccions que hi ha entre les persones i per la idiosincràsia sòcio-culturals pròpia de la institució. Això fa que sigui necessari de procedir de manera rigorosa, per a donar la mateixa credibilitat als resultats i a les conclusions finals.

Per si mateixos, els dissenys qualitius i els resultats que generen han de portar incorporats els criteris que permetin diferenciar la recerca de qualitat de la que no ho és. És per això mateix, que sembla significatiu conèixer i aplicar les normes de rigor dels dissenys qualitius plantejats per Guba (1989)¹⁵⁷ que són: la credibilitat, l'aplicabilitat, la consistència i la neutralitat.

En la taula 14 elaborada per Sandin (2004)¹⁵⁸ es relacionen els termes utilitzats en la recerca qualitativa i els seus equivalents en la convencional o quantitativa.

Taula 14: Criteris de rigor científic de la investigació qualitativa

Aspectes generals	Perspectiva convencional (Kirk & Miller, 1986) (Goetz & LeCompte, 1988)	Perspectiva alternativa (Guba & Lincoln, 1985) (Guba, 1989) Miles & Huberman, 1994)
Valor de veritat	Validesa interna	Credibilitat o Autenticitat
Aplicabilitat	Validesa externa / Generalització	Transferibilitat o "Fittingness"
Consistència	Fiabilitat	Dependència o "Auditability"
Neutralitat	Objectivitat	Confirmabilitat

(Font: Sandin, 2004, p. 191)

El *valor de veritat* o credibilitat tracta de demostrar que la investigació s'ha fet d'una manera pertinent, amb un tema identificat i descrit amb exactitud. Això es pot aconseguir utilitzant diferents mètodes de recollida d'informació i amb el contrast de les diferents fonts de les dades obtingudes (Latorre, Rincón i Arnal, 2003, op. cit). Aquest valor de veritat creiem que es pot garantir triangulant el que diuen, pensen i fan les professores en les entrevistes, amb el que s'obtingui en els qüestionaris i dels grups de discussió de les exalumnes, i amb les pròpies percepcions de l'experiència com a docent

¹⁵⁷ Guba, E. (1989). *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. Dins de Gimeno, J., Pérez A. (Ed), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.

¹⁵⁸ Sandin, M.P. (2003). *Investigación qualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw Hill.

L'*aplicabilitat* o *transferibilitat* avala que els resultats puguin ser exportables i aplicables a altres contextos similars. Atès que es realitza l'estudi en un context molt concret i, per tant, les conclusions extreïdes poden ser de dubtosa aplicació en un altre context (tal i com ja s'ha manifestat quan es justificava l'estudi de cas), o que, com diu Guba, no siguin aplicables en la seva totalitat, s'ha d'intentar que les descripcions de les característiques observades, siguin prou amples i exhaustives perquè puguin ser analitzades en un context diferent al que s'estudia.

Respecte el criteri de *dependència* o *consistència* que, en el marc de la investigació quantitativa fa referència a la fiabilitat, pretén assegurar l'estabilitat, congruència o confiabilitat dels instruments de mesura que han de garantir la possibilitat de replicar les mateixes estimacions i resultats semblants quan es faci en diferents contextos i per diferents persones. Això fa que la dependència no encaixi en aquesta investigació tenint en compte la seva condició de realitat peculiar que s'analitza i que fa poc probable reproduir el context social i històric del canvi viscut a l'EUI Vall d'Hebron. Atès que això no és possible, el que sí es pretén és una congruència interna, utilitzant mètodes de recollida d'informació que s'ha procurat garantir recopilant dades de diferents fonts, que es poguessin encavalcar i dotar-les de fiabilitat. També, s'ha mirat d'assegurar que hi hagi una alta congruència entre les dades descriptives recollides i la interpretació de les mateixes. D'aquesta manera s'aconsegueix una alta dependència interna que, si s'escau, quedarà demostrada quan altres investigadors, amb les dades descriptives, arribin a conclusions semblants.

I per últim, la *neutralitat* o *confirmabilitat*, que és la relació que s'estableix amb el valor de la veritat que se suposa que tenen les afirmacions que es desprenen de la interpretació dels significats i de la generació de les conclusions, i que en la investigació positivista és l'objectivitat mateixa que li dona la pròpia metodologia que és replicable, controlada i neutral. Tot i que l'objectivitat és poc demostrable en un estudi d'aquet tipus, en què, tal com s'ha dit, m'he situat com a instrument de mesura, per tal de complir amb aquest criteri de la confirmabilitat i que un altre investigador pugui auditar (seguir els mateixos passos, pista o camí per a arribar a conclusions semblants), s'ha utilitzat diferents estratègies d'intersubjectivitat per aconseguir la major objectivitat compartida possible.

Per a la concreció d'aquests criteris de qualitat i rigor Latorre, Del Rincon i Arnal (2003, op, cit) proposen quinze procediments o maneres possibles d'implementar-los dins de la investigació. Segons es mostra en la taula 15:

Taula 15: Criteris i procediments de rigor i qualitat

Terme Qualitatiu	Procediment o Estratègia
Credibilitat	<ul style="list-style-type: none">- Observació persistent- Triangulació- Judici crític de col·legues- Recollida de material d'adequació referencial- Comprovacions amb els participants
Transferibilitat	<ul style="list-style-type: none">- Mostreig teòric- Descripcions denses- Recollida abundant d'informació
Dependència	<ul style="list-style-type: none">- Establir pistes de revisió- Auditoria de dependència- Rèplica pas a pas- Mètodes solapats
Confirmabilitat	<ul style="list-style-type: none">- Auditoria de confirmabilitat- Descriptors de baixa inferència- Exercici de reflexió

(Font : Latorre, Del Rincon, Arnal, 2003, p.217)

Fins aquí s'ha anat assenyalant els criteris que han servit de guia en aquesta recerca, criteris que es veuen com el control de qualitat d'aquest treball d'investigació. No s'han seguit al 100% (si això és possible) fet que pot comportar imperfeccions metodològiques. Però cal remarcar que s'ha treballat per tal de garantir, al màxim, el compliment de tots els que han estat accessibles d'entendre i d'aplicar.

3.6. TEMPORALITZACIÓ

- El calendari previst.

2006-2007	set	oct	nov	des	gen	feb	mar	abr	mai	Jun	jul	ago
Fase informativa: docents i comitè d'ètica												
Anàlisi bibliogràfica i desenvolupament del marc teòric												
Recollida d'informació												
Transcripció: entrevistes, grups discussió...,												
Anàlisi de les dades												

2007-2008	set	oct	Nov	des	gen	feb	mar	abr	mai	Jun	jul	ago
Anàlisi bibliogràfica i desenvolupament del marc teòric												
Recollida d'informació												
Transcripció: entrevistes, grups discussió....												
Anàlisi de les dades												
Informe final												

Els diferents processos s'han treballat separats i alhora encavalcats. L'anàlisi bibliogràfic i el desenvolupament del marc teòric es venia desenvolupant des de molt abans d'iniciar la recerca i s'han retroalimentat al llarg de tot el procés.

Aquest procés cíclic s'ha donat també tant en la recollida de dades com en l'anàlisi de les mateixes, ja que, tot i estar estructurada en processos lineals, seqüencials i diferenciats (segmentació, codificació d'unitats de significat, identificació de categories principals i interpretació de resultats), a la pràctica s'han desplegat de manera circular i simultània.

A hores d'ara es pot comprovar que el calendari preveia finalitzar la recerca dos anys abans. La dificultat en localitzar els estudiants i la manca d'experiència en la recerca qualitativa, han estat els motius principals de no complir amb el pla establert.

CAPÍTOL 4. RECOLLIDA DE DADES I PROCEDIMENT D'ANÀLISI

4.1. PRIMERA FASE: EL TREBALL DE CAMP

A l'abril del 2007, després d'haver recopilat les dades personals de les estudiants de la promoció 2002-2005 (e-mail, telèfons, adreces) i assegurar que totes havien explicat el consentiment de fer ús de les seves dades personals dipositades a la secretaria acadèmica, es va iniciar l'aventura de contactar-hi per demanar-los el consentiment de participar en aquesta recerca.

La recollida de dades de les exalumnes va durar fins al febrer del 2008 i es van dur a terme les següents activitats: contactar amb les exalumnes i les docents per demanar-los la seva participació, sol·licitar a la direcció de l'hospital el seu vist i plau per poder fer observació en l'àrea maternoinfantil, recopilar la informació dels qüestionaris i crear els grups de discussió.

Aquestes activitats, ressenyades aquí de manera seqüencial, s'han anat encavalcant amb una dinàmica que anava de les dades a la teoria i d'aquesta a les dades. La cerca de bibliografia ha estat present al llarg de tot el procés.

4.1.1. Les dificultats per contactar amb les exalumnes

El primer intent de contacte amb les professionals exalumnes de la primera promoció formades en el canvi, s'inicià tres anys després que es graduessin. Com ja s'ha comentat, es va utilitzar la base de dades de l'arxiu de la secretaria acadèmica on, en el moment de la matrícula, l'estudiant n'autoritza el seu ús.

El contacte es va fer mitjançant correu electrònic amb una carta en què se'ls explicava el projecte de recerca, els motius que el justificaven i la necessitat de la seva participació per a dur-lo a terme. Els que hi estessin d'acord havien d'emplenar un formulari de consentiment que s'adjuntava i que havien de retornar per la mateixa via e-mail (consentiment a l'Annex I).

Aviat es va poder comprovar que l'estratègia utilitzada no era la més idònia. El mateix dia que es va enviar els 84 e-mail, en retornaren 23 (27,5%) perquè l'adreça era incorrecta.

Se'n descartava l'error, atès que durant els anys en que varen ser alumnes s'havien usat aquestes adreces. La hipòtesi que ho podia explicar era que, durant aquests tres anys, un terç d'exalumnes havien canviat d'adreça electrònica.

Tot seguit es va optar per fer servir el correu postal d'aquests 23 exalumnes en què s'afegia un sobre pel retorn amb l'adreça escrita i el segell corresponent ja engantxat, a fi de facilitar-los l'enviament (s'adjunta la carta en l'Annex III). A partir d'aquí, durant els tres mesos següents es va rebre: 5 respostes dels correus electrònics, 3 per via correu postal i 3 sobres retornats per destinatari desconegut. Aquests resultats van conduir a fer de nou una tramesa postal a tots, menys als 23 que ja els l'havia fet anteriorment.

Després de cinc mesos d'esperar respostes, els resultats feien palès que el mitjà de contacte no era el més eficient, cosa que va propiciar el contacte personal per telèfon. I, efectivament aquesta ha estat la manera més eficaç, però tampoc exempta de dificultats que s'explicaran per tal de deixar-ne constància i tenir-les presents en altres ocasions.

En primer lloc cal dir que ha estat costosa pel que fa a la inversió del recurs temps atesa la diversitat de torns i horaris de treball¹⁵⁹. Així que per trobar les exalumnes calia fer-ho en diferents moments del dia tenint present que em trobava que cap horari era l'idoni. Al matí moltes treballaven o dormien per haver exercit per la nit, i a la tarda, si no treballaven, estaven fent algun curs de postgrau. Finalment va caldre intentar-ho al vespre i els caps de setmana, cosa que creava incomoditat ja que s'envaïa l'espai de lleure personal.

Es va parlar i deixar encàrrec a pares, mares, germans, avis, marits... Al final es va poder aconseguir parlar personalment amb **72** de les 84 exalumnes.

En la taula 16 es deixa constància de les estratègies utilitzades per a contactar amb les exalumnes que han participat i que ho han fet gràcies al contacte telefònic. Aquesta experiència permet constatar que, malgrat la tendència social actual que diu que cada vegada els joves s'independitzen més tard, poques de les exalumnes continuaven vivint en els domicilis paterns després de tres anys de finalitzar els estudis universitaris. La majoria s'havia independitzat, o bé havien canviat el lloc de residència.

¹⁵⁹ A l'hospital Vall d'Hebron existeixen 6 torns de treball bàsics, a banda de les reduccions de jornada laboral i les suplències esporàdiques per necessitats urgents dels serveis.

- 7 hores matins o tardes.
- 12 hores dilluns dimarts i dissabtes dia o nit
- 12 hores dimarts, dijous i dissabtes dia o nit

Taula 16: Resultats de les estratègies utilitzades per a contactar amb les exalumnes.

Contacte	Resultat / dificultat	Observacions/interpretacions
Abril 2007: E-mail a 84 exalumnes per demanar-los participar en la recerca	23 retorns instantanis	Canvis d'adreça després de 3 anys
Març 2007: Correu postal a 23 exalumnes amb sobre retorn	2 retorns (destinatari desconegut)	Canvi d'adreça després de 3 anys
Juny 2007: Correus postal als qui no tenia cap resposta (55)	No s'aconsegueix el resultat esperat.	Si no han contestat fins ara, potser que la via no sigui la més correcta
Setembre 2007 - Febrer 2008: Via telefònica per demanar consentiment i e-mail	S'aconsegueix parlar amb 72 exalumnes.	Gran satisfacció malgrat l'esforç que ha comportat el recurs temps.
Desembre 2007	Primer grup de discussió	De 8 exalumnes que confirmen l'assistència, només n'assisteixen 4. La proximitat amb les festes de Nadal ha dificultat el compromís.
Febrer 2008	Segon grup de discussió	De 8 exalumnes que confirmen l'assistència, tan sols n'assisteixen 4. Coincidència amb l'epidèmia de grip estacional.

Del total de les 88 exalumnes de la primera promoció graduada el juny del 2005, en aquesta recerca n'han participat 29. S'obtingueren les dades actualitzades de 72. D'aquests, 25 varen contestar l'enquesta i 8 van participar en els grups de discussió, quatre de les quals havien donat el seu consentiment, però no varen contestar l'enquesta.

Taula 17: Exalumnes participants

Estudiants 1 ^a promoció	88 (100%)
Estudiants localitzats	72 (81,8%)
Contesten qüestionari	25 (28,4% de les 72)
Participen en grups de discussió	8 (9%) quatre de les quals no havien contestat prèviament el qüestionari
Total d'exalumnes participants	29 (37,5%)

Malgrat que no es va aconseguir el volum de qüestionaris proposats en un principi, la part més agraïda i positiva d'aquest retrobament amb les exalumnes és comprovar com s'han anat obrint camí a nivell professional i personal. La conversa sempre s'iniciava preguntant si havien rebut i llegit la carta on se'ls explicava quin era el motiu de contactar-hi, i prosseguia manifestant l'interès pel seu desenvolupament personal i professional.

Com a docent amb experiència de 20 anys formant infermeres, he tingut l'oportunitat de fer molts encontres amb exalumnes i sempre ha estat un plaer i un orgull veure com, amb el pas del temps, la maduresa personal els fa reconèixer i verbalitzar la vivència del pas per l'escola i de quina manera va influir el vincle formatiu/afectiu establert. Però els encontres eren casuals i sempre amb un factor sorpresa que marcava l'intercanvi d'informació.

En aquesta ocasió, quan trucava, sabia molt bé qui era l'estudiant i moltes vegades, quan aconseguia parlar amb ell/ella, ja ho havia fet amb algun familiar que havia indicat l'horari de treball o si estava estudiant una altra carrera o si treballava a l'estranger... Per tant, cada vegada que aconseguia parlar amb algú/na, encara que no fos l'exalumna mateixa, procurava recaptar la màxima informació, ja que em presentava com a professora de l'escola on havia estudiat la seva filla, muller, germana, neta... Aquest contacte afavoria acumular un munt de dades, que no sempre servien per a la recerca, però sí que eren importants en el moment de parlar amb l'exalumna i buscar l'estratègia per compaginar horaris per al grup de discussió o bé contestés el qüestionari si encara no ho havia fet.

4.1.2. La participació de les exalumnes en els grups de discussió

La selecció de la mostra dels participants en els Grups de Discussió (GdD) ha estat una tria aleatòria, feta a partir de la dificultat de compaginar la disponibilitat de la persona per assistir-hi. La demanda va ser feta de manera àmplia a totes les professionals que varen consentir de participar. Com ja s'ha comentat anteriorment (en parlar de com es van localitzar), el fet que, tres anys d'ençà de la seva graduació, molts haguessin canviat d'adreça i telèfon ha estat determinant per poder configurar el primer grup de discussió. En la selecció del segon hi ha intervingut l'atzar en la coincidència i la complexitat dels horaris i torns laborals en l'àmbit assistencial.

El nombre de participants per a cada GdD s'havia previst de 8 exalumnes. Tanmateix, la precarietat laboral i, sobretot, la manca d'infermeres no ha facilitat l'acompliment d'aquesta planificació. Malgrat haver confirmat el compromís a la vigília del dia concretat, el mateix dia tres i quatre participants de cada grup van excusar l'absència per necessitats personals o requeriments de treball. Les exalumnes assistents es van mostrar disposades tothora a participar i a col·laborar en el que fes falta. En aquesta mateixa reunió se'ls va comentar que es conservaria el seu anonimat, tot i que cap va importar-los, ben al contrari.

L'objectiu principal dels GdD ha estat esbrinar les dificultats i fortaleeses que els ha comportat ser infermeres formades en el paradigma de l'aprendre a aprendre. També es pretenia conèixer la concepció que tenien de la seva competència infermera per identificar aspectes del seu desenvolupament com a professional i per trobar punts forts i febles a les diferents estratègies desenvolupades en el currículum.

El guió de les preguntes preparades per a reconduir la discussió en els sentits esmentats era el següent:

- Què en penseu de la metodologia amb que us vareu formar? Us ha servit?
- Quins aspectes ressaltaríeu de la vostra competències com a infermeres?
- Creieu posseir alguna característica que us diferencia d'altres professionals que treballen amb vosaltres?
- Quines dificultats/facilitats heu tingut i que potser no s'haurien donat si la vostra formació hagués estat amb una metodologia tradicional?

En definitiva, el que es tractava era d'estrenyer una visió àmplia del concepte que cada infermera té dels avantatges o desavantatges de la formació amb un currículum per competències per mitjà de l'ABP. Tot i que eren unes preguntes inicials, s'anaven adaptant als aspectes que emergien en aquell moment i que, tot i no haver-los previst d'entrada, generaven noves preguntes que han ajudat més tard en l'anàlisi d'idees que d'antuvi no es percebien ben definides.

Segons el comput fet per la gravadora, el temps total que han comportat els grups de discussió ha estat de tres hores i vint-i-dos minuts. Cal especificar que en el segon GdD hi va participar una professora com a observadora del procés, fet que va aportar-ne una visió més objectiva.

4.1.3. Motius pels quals no s'ha realitzat l'observació participant

Tot i que al final aquesta tècnica no ha format part de la recollida de dades d'aquesta recerca, es va considerar i planificar des de bon començament. Però, les dificultats trobades en iniciar-la van fer que es desestimés de continuar-la. És per això que abans s'ha desenvolupat la seva fonamentació i tot seguit s'esmenten els inconvenients trobats.

Després dels tràmits de consentiment necessaris, amb la direcció d'infermeria (Annex IV) i amb la infermera exalumna, es van iniciar les sessions d'observació de l'àmbit

hospitalari en el servei de cambres d'onco-hematologia de l'àrea infantil. Espai on la infermera exalumna hi havia desenvolupat la seva pràctica professional des que hi va realitzar les pràctiques a tercer curs. L'espai conegut i familiar també per la investigadora atès que l'àrea pediàtrica era on havia treballat com a infermera durant quinze anys, fet que permetia participar de la tasca infermera i no fer tan sols una simple observació.

La planificació va estar preparada, consensuada i combinada amb l'exalumna en funció del seu torn de treball (12 hores dimarts, dijous, dissabte i diumenges alterns), i el meu cronograma de classes i activitats docents. Des de bon començament varen sorgir les dificultats. La precarietat laboral de les persones que no tenen plaça en propietat en les institucions públiques (com és el cas de la totalitat de les infermeres tres anys després de graduar-se) i les estratègies de la direcció per suplir els dies de lleure de les infermeres van comportar que, quatre setmanes després d'haver intentat iniciar l'observació, no s'hagués pogut aconseguir fer cap mena d'observació directa.

Tot i tenir el consentiment de la direcció, el vist i plau de la supervisora del servei i un calendari pactat, quan es presentava el moment de fer l'observació hom es trobava que l'exalumna tenia festa no prevista en el calendari programat perquè, per necessitats urgents del servei, havia treballat el dia anterior. O bé que, per necessitat de personal, aquell dia desenvolupava la seva activitat en un altre servei. Així és que no es podia realitzar l'observació per dos motius bàsics: a) per l'angoixa de l'exalumna generada per ser en un servei poc conegut o desconegut, que a més la situava en un nivell d'expertesa que no era el que es pretenia observar, i b) com a observadora no tenia/no podia obtenir el consentiment de totes les unitats, ni dels responsables corresponents. Aquests entrebancs endarrerien molt l'objectiu i es va haver de desestimar la tècnica de l'observació participant com a principal estratègia per a la recollida de dades de les exalumnes.

4.1.4. La participació de les docents en les entrevistes en profunditat

La participació de les docents en les entrevistes ha aportat les dades bàsiques i necessàries per assolir un dels objectius d'aquesta recerca que es concreta en la formulació següent: "identificar els canvis i les transformacions que s'han produït en les

creences i en les pràctiques¹⁶⁰ de les professores que han passat d'impartir classes expositives a ser tutores d'ABP".

Els requisit per a la selecció de les docents era el fet d'haver participat en el procés de canvi des d'un bon començament i que hi hagués variabilitat quant a la visió i adhesió de les professores al canvi. Les docents participants han estat set: sis de dedicació plena i una col·laboradora a dedicació parcial que era l'única professora col·laboradora que hi havia estat des de l'inici. Es va decidir de no ampliar el nombre en el moment que es va considerar que la representació del ventall abans esmentat i les dades que s'obtenien estaven prou saturades.

Les entrevistes han tingut una durada suficient -aproximadament una hora- per tal d'aconseguir un clima de confiança i facilitar que afloussin tant els pensaments com els sentiments amb la subjectivitat corresponent. El format ha estat el d'una entrevista semiestructurada i l'esquema preparat va ser fet per assolir l'objectiu de saber quina percepció es tenia sobre els aprenentatges i desaprenentatges que cadascuna de les docents havia hagut de fer en el procés de convertir-se en tutora de l'ABP, amb les preguntes següents:

- a. Davant d'una experiència professional concreta, tota persona aporta la seva formació cultural, compromís intel·lectual i aptituds d'aprenentatge. Així és com aquest bagatge personal orienta les iniciatives i decisions que adoptem. En quina mesura t'han pesat el teu bagatge i l'experiència docent anterior al canvi?
- b. Per a poder fer de tutora d'ABP vas haver de fer una formació inicial i posteriorment hi va haver un seguit d'accions que pretenien reflexionar, en grups de discussió, amb la resta dels docents i amb un expert. Quina valoració fas d'aquesta possibilitat de reflexionar entre iguals sobre les diferents vessants del mètode?
- c. Una vegada adquirida la funció del rol de tutora d'ABP i partint del fet que, amb el pas del temps, en tota ciència aplicada es van acumulant sabers, quins sabers creus que has adquirit i que consideres significatius per al guiatge de l'estudiant?
- d. Fent un paral·lelisme amb el que les infermeres acostumen a aprendre de les persones ateses i dels seus familiars, en aquesta experiència has après també dels estudiants? Has modificat actituds al llarg d'aquests anys? Tens alguna anècdota paradigmàtica perquè ho pugui il·lustrar?

¹⁶⁰ Si bé l'entrevista en profunditat ha semblat la manera més adient per esbrinar les creences, per poder identificar les transformacions en la pràctica, en caldria una observació directa, atès que si bé les docents intenten expressar els canvis que han introduït, es fa difícil constatar-ho només per mitjà de l'entrevista.

- e. En l'exercici quotidià del teu rol com a tutora, has experimentat aprenentatges que t'hagin servit fora de l'àmbit professional?

Les entrevistes s'han realitzat en el període de temps que va de desembre del 2008 a maig de 2009 i s'han enregistrat amb magnetòfon per tal de facilitar-ne la seva transcripció. Una vegada transcrites, s'han retornat a les professores que han confirmat el seu vist i plau.

▪ **Estratègies no previstes**

En aquest sentit, i atès que tant en l'anàlisi de les preguntes obertes dels qüestionaris com en els grups de discussió es verbalitzaven les dificultats per a aprovar les oposicions, es van fer servir dues estratègies no previstes en un principi:

- Una entrevista dialogada a una estudiant que havia aprovat les oposicions per tal de saber la seva percepció de les dificultats a l'hora de presentar-s'hi.
- Revisar els llistats de les notes oficials, de que disposa l'Institut Català de la Salut, per a saber els resultats de les infermeres presentades, tant les aprovades com les suspeses, en les convocatòries que s'han realitzat des del 2005 tant a l'Atenció Primària com a l'Hospitalària.

La necessitat de comprovar aquells problemes es va concretar a saber si la dificultat expressada per les exalumnes era tan evident com manifestaven o bé entrava en les que són pròpies de tota professional novella que s'ha d'encarar a un examen amb la finalitat de seleccionar un gran nombre d'infermeres que tenen un barem que tan sols es pot aconseguir amb anys d'experiència.

▪ **De la previsió a la realitat**

La taula següent recorda les tècniques que estaven previstes per a recollir la informació i el que s'ha acabat fent pels motius que s'han esmentat anteriorment.

Taula 18: Les tècniques previstes i les realitzades en el treball de camp.

RESPECTE A LES COMPETÈNCIES DE LES EXALUMNES	RESPECTE AL ROL DOCENT
PREVISTES	
<ul style="list-style-type: none">▪ Qüestionari.▪ Grups de discussió.▪ Observacions participants	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevistes en profunditat a les tutores d'ABP fins a considerar la saturació de les dades.

REALITZADES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qüestionari a 25 exalumnes de la primera promoció (2002-2005). ▪ 2 grups de discussió. ▪ 1 entrevista a una estudiant que va aprovar les oposicions. ▪ Anàlisi de les llistes d'oposicions de l'ICS¹⁶¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 Entrevistes a les tutores d'ABP.

4.2. ELS RESULTATS I LA PRIMERA ANÀLISI DE LES DADES

Les entrevistes a les docents i els grups de discussió amb les estudiants s'han transcrit de manera literal i han estat retornades a les respectives participants per tal que donessin el seu vist i plau. Una vegada fet aquest pas, s'ha continuat amb l'anàlisi i la interpretació dels resultats.

4.2.1. Els resultats dels qüestionaris:

Per a evitar confusions numèriques s'ha substituït el número corresponent de llista, que va proporcionar la secretaria acadèmica, feta en ordre alfabètic, per l'ordre de les lletres de l'alfabet.

CORRESPONDÈNCIES PER IDENTIFICAR LES EXALUMNES

2	3	10	11	13	14	16	18	25	27	29	41	44	45	50	54	56	59	62	66	77	78	79	81	86
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	V	W	X	Y	Z

Pregunta tancada: **Avalua de l'1 al 8 la teva capacitat per (essent l'1 molt deficient i el 8 molt satisfactori):**

Taula 19: Autoavaluació de la competència infermera desglossada

1. Resoldre problemes en contextos estables, seleccionant, aplicant i ajustant el coneixement que tens per poder afrontar-los

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	6	7	7	8	6	6	6	7	7	5	7	7	8	8	7	8	7	7	6	7	8	8	6	7	5

¹⁶¹ ICS: Institut Català de la Salut

2. Utilitzar els coneixements, les habilitats i el bon judici professional en les situacions que es presenten en contextos inestables i complexos

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	3	6	5	8	5	7	7	7	7	5	5	6	7	7	6	7	5	6	5	7	8	7	7	6	5

3. Aplicar les tècniques o els procediments a les persones ateses

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	7	7	8	7	7	7	6	7	7	6	7	6	8	7	5	8	7	6	7	8	7	7	7	7

4. Treballar en equip

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	8	8	8	8	7	8	8	8	8	7	8	7	8	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	7

5. Col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	7	8	8	7	7	7	4	6	8	6	7	7	8	6	6	5	6	7	7	8	6	7	6	3

6. Proporcionar cures infermeres a les persones en situacions específiques

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	6	6	7	8	6	7	8	6	7	6	6	6	7	8	6	7	7	6	7	7	8	7	7	7	5

7. Mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	6	8	8	8	8	5	7	7	8	8	7	7	7	8	7	6	6	7	6	7	8	8	8	7	6

8. Decidir actuar segons les evidències

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	4	4	8	8	8	6	7	7	5	8	5	7	6	6	6	7	7	8	6	7	8	7	7	7	5

9. Gestionar la prestació de les cures infermeres

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	4	6	7	8	6	4	7	6	7	7	6	6	6	7	6	7	6	6	5	7	8	7	7	6	4

10. Mantenir unes relacions interpersonals adequades a cada situació

Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	3	6	8	6	6	7	5	7	7	7	7	7	8	8	7	8	7	6	7	8	8	8	8	6

11. Observar una conducta ètica																									
Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	7	8	8	8	7	6	7	8	6	6	7	7	8	6	8	8	7	5	7	8	8	7	8	6

12. Comunicar-te amb les persones ateses, les famílies i els companys																									
Exalumna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Puntuació	7	7	8	8	7	6	7	7	8	7	7	8	7	8	8	8	8	7	7	7	8	8	7	8	6

Taula 20: Mitjana i desviació típica de les puntuacions de les dimensions de la seva competència.

AUTOAVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA	Mitjana	Desviació típica
1. Resoldre problemes en contextos estables, seleccionant, aplicant i ajustant el coneixement que tens per poder afrontar-los	6,84	0,88
2. Utilitzar els coneixements, les habilitats i el bon judici professional en les situacions que es presenten en contextos inestables i complexos.	6,16	1
3. Aplicar les tècniques o els procediments a les persones ateses	6,92	0
4. Treballar en equip	7,56	0
5. Col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia.	6,56	2
6. Proporcionar cures infermeres a les persones en situacions específiques.	6,72	0,5
7. Mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves.	7,12	0
8. Decidir actuar segons les evidències	6,56	0,5
9. Gestionar la prestació de les cures infermeres.	6,24	0
10. Mantenir unes relacions interpersonals adequades a cada situació.	6,88	0,5
11. Observar una conducta ètica.	7,12	0,5
12. Comunicar-te amb les persones ateses, les famílies i els companys.	7,36	0,5

Pregunta oberta: **Després de tres anys d'activitat professional, quin valor afegit té la teva activitat infermera, que consideris que és fruit de la manera en què vas estudiar?**

Taula 21: Freqüència absoluta i relativa del valor afegit

ÀMBIT DEL VALOR AFEGIT	Freqüència absoluta	Freqüència relativa
Buscar informació	15	0,176
Treball en equip	13	0,152
Habilitats comunicatives	9	0,105
Ganes d'ampliar estudis i coneixements	9	0,105
Facilitat per resoldre problemes	5	0,058
Ser crític i autocrític	4	0,047
Relació amb els pacients	4	0,047
Facilitat per adaptar-se a situacions noves	3	0,035
Valorar els problemes bio-psico-social	3	0,035
Seguretat en un mateix	3	0,035
Assegurar que es fan cures de qualitat	2	0,023
Estimar la professió	2	0,023
Saber escoltar altres opinions	2	0,023
Saber resoldre dubtes	2	0,023
Saber escoltar	1	0,011
Capacitat d'autonomia per poder organitzar-se	1	0,011
Tenir la ment oberta a altres solucions	1	0,011
Habilitat per a plantejar dubtes i suggeriments	1	0,011
Facilitat per aprendre coses noves	1	0,011
Rebre crítiques constructives	1	0,011
Habilitats docents	1	0,011
Poder treure les oposicions	1	0,011
No contesta	1	0,011

Pregunta tancada: **Puntua de l'1 al 8 en quina mesura han influenciat les diferents estratègies docents a perfilar coneixements, habilitats, actituds i valors de la teva competència infermera:**

Taula 22: Puntuació mitjana i desviació típica de les estratègies docents

ESTRATÈGIES	Puntuació mitjana	Desviació típica
Tutories ABP	5,8	1,811
Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica	6	1,469
Habilitats de comunicació	7	1,264
Habilitats clíniques	6,68	1,047
Habilitats de recerca	6,2	1,232
Pràctiques clíniques	7,2	1,019
Exàmens	4,2	1,897

Pregunta oberta: **Quins suggeriments faries per tal que els propers estudiants no tinguessin les dificultats que tu has tingut?**

Tot i que els suggeriments s'han analitzat com a text obert i codificat en l'anàlisi de text, aquí es quantifica el volum de suggeriments i la distribució per exalumna.

Taula 23: Freqüència absoluta i relativa dels suggeriments

SUGGERIMENTS	Freqüència Absoluta	Freqüència relativa
Combinar classes i ABP	9	0,257
Bases mínimes de teoria	4	0,114
Més habilitats clíniques	1	0,028
Més pràctiques en serveis especials i pediatria	1	0,028
Classes de farmacologia, Medico-Q i Anatomia	14	0,400
Exàmens per assignatures	2	0,057
Exàmens sense paper verd	2	0,057
Tutor/a més directius	2	0,057

Pregunta oberta: **De les dificultats que hauràs tingut com a infermera principiant, quina o quines consideres atribuïbles a la manera amb què et vas formar?**

Taula 24: Freqüència absoluta i relativa de les dificultats

DIFICULTATS	Freqüència Absoluta	Freqüència relativa
La falta de coneixements en Farmacologia	12	0,235
La falta de conceptes bàsics	9	0,176
Pocs coneixements d'Anatomia i Fisiologia	8	0,156
Falta de coneixements de Medicoquirúrgica	4	0,078
Poc domini de les tècniques	3	0,058
Falta de coneixements en Pediatria	1	0,019
La inseguretat	4	0,078
No n'hi atribueixen cap	5	0,098
Han tingut les dificultats pròpies d'una principiant	2	0,039
Pocs coneixements per a presentar-se a les oposicions	1	0,019
Falsa seguretat envers els altres membres equip	1	0,019
Falta de credibilitat als sabers	1	0,019

4.2.2. Anàlisi de les entrevistes, dels grups de discussió i de les respostes quant a les preguntes obertes dels qüestionaris.

L'anàlisi de les dades obtingudes en les entrevistes, els grups de discussió i les respostes dels qüestionaris, s'ha efectuat de manera simultània a la recollida. En la mesura que s'anava disposant d'informació sorgia la necessitat de focalitzar-la en determinats aspectes en les següents dades, de tal manera que s'ha fet una recollida més en espiral que lineal.

L'anàlisi s'ha realitzat en tres fases que configuren operacions diferents amb les dades per mitjà d'un procés d'interacció i de diàleg constant i recurrent d'inducció i deducció circular. Les tres fases han estat les següents:

- Segmentació i codificació d'unitats de significat.
- Identificació de temes principals o nuclis temàtics emergents.
- Integració i interpretació dels resultats amb el marc teòric descrit.

4.2.2.1. Segmentació i codificació d'unitats de significat

En una primera lectura, i tenint sempre presents els objectius de la recerca, es va identificar unitats de significat que tant les exalumnes com les docents havien utilitzat per a explicar la influència de la manera com es van formar les primeres, i els canvis i el sentit de les pràctiques docents en les segones.

Amb aquesta finalitat i amb una segona lectura, es va mirar de segmentar aquells fragments que reflectien una mateixa idea, i els atorgava una categoria que codificava amb una paraula o frase que els identificués. Una vegada identificades totes les unitats que feien referència a una mateixa idea, se seleccionava les que eren més rellevants pel que fa als objectius i es descartava les que no ho eren.

El resultat final de l'anàlisi ha aportat la codificació de 449 unitats de significat identificades: 278 de les quals són les dades aportades per les exalumnes en els qüestionaris i en els grups de discussió i 171 extretes de les entrevistes amb les docents.

Tot seguit es fa una descripció dels codis resultants a partir de l'anàlisi de les dades aportades per les exalumnes i per les docents.

DEFINICIÓ DELS CODIS

1. ACOES: Avaluació Clínica Objectivada i Estructurada a què varen ser sotmesos els estudiants d'aquesta promoció i que realitza l'Institut d'Estudis de la Salut.

2. Angoixa: *Estat emocional desagradable relacionat amb la inquietud, la inseguretat, la incertesa, el temor i la por com a resposta a un perill imminent*¹⁶². Aquí s'interpreta com la tranquil·litat i el patiment intens que té l'origen en l'amenaça d'errar en l'actuació com a professional.

3. Autonomia en la gestió de cures infermeres: Acceptar la responsabilitat i ostentar l'autoritat necessària en la prestació de les cures infermeres. Entenent aquestes com "tenir cura de les persones" amb l'activitat específica i pròpia de la infermera tant en el treball individual com si forma part dels equips de salut.

4. Avaluació: Fase del procés d'ensenyança aprenentatge que, en un model centrat en l'estudiant, es realitza de manera formativa i continuada en tots els processos que s'avaluen. I que a l'EUIVH són: el grup tutorial, els programes d'habilitats, les proves escrites de les unitats d'ABP i les pràctiques clíniques.

¹⁶² Cassasas, O. et alt. (2002). *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*. (2a. ed.). Barcelona: Fundació Enciclopèdia Catalana.

5. Canvi de paradigma docent: Per a Zeichner (1983)¹⁶³, un paradigma de formació és: "una matriu de creences i supòsits sobre la naturalesa i propòsits de l' escola, l'ensenyança, els professors i la seva formació, que configuren unes característiques específiques en la formació" (pàg. 3). Amb aquesta definició es fa referència a un seguit de conceptes que, quan s'enllacen entre si, configuren una matriu de supòsits filosòfics, teòrics i metodològics que aporten guies i fonamentació per a la formació i són compartides per un col·lectiu de docents i/o d'investigadors. Lipman¹⁶⁴ (pag 55) planteja com a hipòtesi l'existència de dos paradigmes de la pràctica educativa oposats frontalment: l'estàndard de la pràctica normal i el reflexiu de la crítica.

6. Competència¹⁶⁵: combinació de les característiques que descriuen de quina manera els estudiants seran capaços de desenvolupar-se al finalitzar el procés educatiu. Dins de les competències s'inclouen aquelles que es consideren genèriques (instrumentals, interpersonals, i sistèmiques) i les que són específiques de cada una de les àrees temàtiques. Competència infermera: "Conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment" (p.12)¹⁶⁶.

7. Contrastar informació i analitzar-la: Opinions respecte a la competència del perfil professional que fa referència al fet que per mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves, fa falta la gestió de la informació que faci referència a les preguntes plantejades.

8. Creixement personal: Estar preparat pe desenvolupament l'adient de la pròpia trajectòria personal (i de retruc la professional). Per fer-ho cal que la persona pugui reflexionar sobre les pròpies emocions, actituds i creences; determinar i tenir clars quins són els factors que limiten els diferents àmbits de la seva vida; identificar les estratègies bàsiques de les relacions interpersonals com són l'autocontrol i l'empatia; i saber desenvolupar les habilitats socials més fonamentals.

9. Desenvolupament professional: Ve definit a la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS)¹⁶⁷ com: el reconeixement públic, exprés i de manera individualitzada del desenvolupament del professional sanitari pel que fa als coneixements, experiència en les tasques assistencials, docents i de recerca, així com en l'acompliment dels objectius assistencials i de recerca de les organitzacions en què presta els seus serveis (art.37.1).

En el Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya¹⁶⁸ i de manera genèrica el conceptualitza com: el procés d'adquisició, manteniment i millora dels coneixements, habilitats i actituds i de competència professional, acreditables enfront de la societat, la professió, les organitzacions i el sistema de salut que, per ell mateix, no suposa una contraprestació o cap recompensa econòmica.

10. Dificultat per a les oposicions: Aquells aspectes que atribueixen a inconvenients i destorbs per a aprovar les oposicions al sistema públic, bé sigui en l'atenció hospitalària o primària, i que atribueixen a la manera amb què es van formar.

¹⁶³ Zeichner, K. (1983). Alternative Paradigm of Teacher Education. *Journal of teacher education*. 334(3): 3-9.

¹⁶⁴ Lipman, M.(1998) *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: Ediciones de la Torre.

¹⁶⁵ Segons el projecte Tuning realitzat per la Universitat de Deusto de Bilbao el 2003.

¹⁶⁶ Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya. (2002). *Competències de la professió d'Infermeria*. Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut.

¹⁶⁷ Ley 44/2003, de 21 de novembre.

¹⁶⁸ Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. (2a. ed.) Oriol, A. (coord).

11. Dificultat de l'ABP per a les persones poc comunicatives: Opinions sobre com la timidesa de les persones poc comunicatives perjudica l'avaluació en les tutories de l'ABP, atès que s'hi avalua el que l'estudiant ha buscat, ha treballat i ha après en el procés d'estudi. Les persones tímides i/o amb poques habilitats comunicatives poden veure's perjudicades si no participen en els debats de la tutoria.

12. Dificultats pròpies d'un principiant: Aquells aspectes, que segons l'estudi de Benner (op. cit.), categoritzen les infermeres principiants per no tenir experiència de les circumstàncies amb què es desenvolupa. Una principiant té conductes rígides supeditades a les normes i necessita ajuda per establir un ordre de prioritats. En la categoria d'infermeres principiants s'hi inclou estudiants, professionals acabats d'incorporar i aquells que canvien de servei amb el qual encara no s'hi han familiaritzat.

13. Falta de coneixements teòrics: Opinions que fan referència a la manca de coneixements teòrics que les estudiants creuen s'han de tenir i no es tenen.

14. Falta de credibilitat dels sabers: Opinions respecte a la percepció de que no s'acaben de creure els sabers fins que no estan ben segurs d'haver-los comprovat o contrastat.

15. Gestió autònoma dels aprenentatges: Habilitats per a actuar de manera independent, amb iniciativa i no depenent del professor en relació a l'aprenentatge.
L'autonomia és la capacitat d'actuar per si mateix i és la condició necessària per a dur a terme una tasca de manera independent¹⁶⁹.

16. Habilitats comunicatives: La comunicació com a procés d'interacció i d'influència social que dona lloc a una relació significativa entre les persones que hi participen.

17. Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica: Opinions respecte de l'aptitud metodològica d'accedir, analitzar, utilitzar i aplicar la informació científica o tecnològica per a produir nous sabers i, sobretot, per a l'exercici professional.

18. Habilitats docents: Opinions que fan referència a la conseqüència d'haver estudiat amb l'ABP. Aquesta habilitat s'observa a l'hora d'haver de fer classes a companys i/o als propis pacients.

19. Inseguretat: Opinions a les dificultats que es poden tenir per la por a realitzar tasques a causa del temor d'equivocar-se, i/o a la tendència a considerar que tot el que farà estarà malament, cosa que limita les actituds i aptituds.

20. Integració de coneixements: Aspectes que fan referència al fet de no adquirir els coneixements per assignatures, sinó a partir de problemes de reals de la professió infermera i que requereixen d'una visió integrada i global de les diferents disciplines.

21. Motivació per aprendre i continuar estudiant: Aquells aspectes que es relacionen amb la voluntat per fer l'esforç de persistir en un tema d'estudi o de continuar formant-se, més enllà del que li és necessari per assolir l'objectiu de present.

22. No exercitar la memòria: Relacionat amb aquells aprenentatges que no promouen l'adquisició de coneixement mecanicista (repetitiu i mecànic). Les opinions fan referència a no reconèixer que en un aprenentatge significatiu també s'hi dona, com a conseqüència inevitable, l'aprenentatge memorístic.

23. Organització de la docència: Opinions referents a com s'estructura el currículum: les unitats de tutories i els corresponents exàmens, els programes d'habilitats i les pràctiques clíniques.

¹⁶⁹ Villa, A. & Pobrete, M. (207) *Aprendizaje Basado en Competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. ICE de la Universidad de Deusto.

24. Prova escrita: Examen que es realitza després de cadascuna de les unitats d'ABP i que es reparteix en dues parts. En la primera, l'estudiant ha d'analitzar una situació/problema per saber detectar els aspectes rellevants que el condueixen a fer hipòtesis que han de guiar i concloure en un pla de treball personal. En la segona –quatre dies més tard- ha de contestar a les preguntes sobre els coneixements relatius al pla de treball personalitzat.

25. Relacions interpersonals: Enteses com la capacitat per comunicar-se amb els altres amb respecte, establint llaços de comunicació efectiva.

26. Responsabilitat: Del llatí *respondere*, respondre, que quan es refereix a actes significa que s'assumeixen com a autor dels mateixos. En sentit més ampli, la responsabilitat és la maduresa psicològica d'una persona que la fa apta per realitzar degudament una tasca determinada i ser capaç de prendre les decisions pertinents.

L'actitud de responsabilitat personal ha d'anar acompanyada d'hàbits que ajudin a interioritzar-la i del domini de competències que la facin efectiva com són: la planificació i la gestió del temps, la planificació a curt i mig termini, la qualitat en els treballs, el compliment de normes i de pròrrogues en el lliurament de treballs, entre altres.

27. Rol del tutor: Treball del docent envers els estudiants i la docència en general, que radiqui a estimular les discussions, les idees i la informació que aportin els estudiants per a facilitar-ne l'aprenentatge autònom.

28. Seguretat professional: Opinions envers a la percepció de sentir-se més segurs en les actuacions incertes i complexes que requereixen intervencions infermeres.

29. Ser crític: Aquell "pensament capaç i responsable en tant que condueix al judici perquè es recolza en criteris, és autocorrector i sensible al context" (M. Lipman 1998).

30. Tolerància: Entesa en l'àmbit social, és el respecte a les idees, creences o pràctiques dels altres quan aquestes són diferents a les nostres. És també la capacitat d'escoltar i acceptar els altres i comprendre el valor de les diferents maneres d'entendre la vida.

31. Treball en equip: Considerat com el fet quotidià d'interacció interdisciplinària per a poder arribar a assolir l'objectiu de respondre a les necessitats de les persones ateses i de les seves famílies.

32. Valoració positiva de l'ABP: Tenir una visió clara dels avantatges i els inconvenients del mètode, justificant que li ha aportat més dels primers que els segons.

33. Valoració negativa de l'ABP: Tenir una visió clara dels avantatges i els inconvenients del mètode, justificant que li ha aportat més els segons que els primers.

34. Valoració positiva per part d'altres professionals: El fet de verbalitzar que altres companyes de feina li destaquen (d'ella/ell) un aspecte positiu i rellevant que la diferencia d'altres.

35. Visió holística de la persona: L'holisme és el principi que es basa en la filosofia del la totalitat o la integritat. Si gestionar cures infermeres és sempre gestionar necessitat i capacitats humanes, aquestes han de considerar-se en la visió de la persona, com un tot biològic, psicològic, social i cultural.

36. Aprenentatges i desaprenentatges*: Binomi que inclou l'aprendre i el desaprendre en el sentit que implica un procés formatiu, individual o col·lectiu de cerca de nous significats i sentits innovadors. Desaprendre és exercir la sospita sobre allò que en aparença se'ns mostra "veritable i coherent". En definitiva es tracta de desenvolupar un pensament reflexiu i crític que

permet, per mitjà del qüestionament de l'experiència personal, la reconstrucció, la innovació, la transformació i la millora de les pràctiques professionals. (Medina J.L et alt. 2007)¹⁷⁰

37. Ètica professional*: Aquella responsabilitat de les infermeres assistencials que es troben degudament recollides en els codis d'ètica de la professió. Segons Busquets (en l'aportació de participants en els Quaderns de la Fundació Grifols i Lucas(2005)¹⁷¹, es tracta de responsabilitats encaminades a prioritzar sempre el bé del malalt, a informar-lo, a ser respectuosos amb la intimitat i a ajudar-lo en el seu procés de mort. També a treballar per al desenvolupament i promoció de la professió. I per últim a integrar-se plenament en l'equip multidisciplinari i aportar criteris d'actuació, avaluació i posar-se al servei de les finalitats socials de la institució.

38. Experiència pilot*: Duta a terme en la promoció 2001-2004, en què es va integrar els objectius i continguts dels crèdits de la pràctica d'aula de les assignatures per realitzar-les amb l'Aprenentatge Basat en Problemes. Dita integració va servir d'experiència pilot per elaborar objectius, metodologies d'avaluació i formació de les docents en el mètode ABP.

39. Formació de les docents*: Aquella que es va realitzar a l'EUIVH de manera reglada amb un curs d'introducció a l'ABP, un de formació del rol del tutor i amb les sessions plenàries que es realitzaven amb la finalitat de compartir l'experiència sota l'assessorament d'un expert amb l'ABP.

40. Objectius*: Les fites que s'han establert en integrar el currículum i que es desprenen de les competències establertes. Constitueixen un catàleg de primer, segon i tercer curs, i són la base per a l'avaluació. Per elaborar-los es va partir dels principis i conceptes relacionats amb cada una de les competències.

41. Situacions-problema*: Són un escenari de la vida real de caràcter problemàtic que serveix d'estratègia de raonament i permet a l'estudiant assolir els objectius d'aprenentatge. Es basen en aquelles situacions de salut més prevalents, amb un impacte social i de valor educatiu. Alhora, el seu grau de complexitat, ajuden l'estudiant a assolir les competències i els coneixements establerts pel seu nivell i curs.

*: Codis definits a partir de les dades de les docents i que no són coincidents amb els definits a partir de les dades de les exalumnes.

¹⁷⁰ Medina, J.L. Cleries, X., Nolla, M. (2007). El desaprendizaje: propuesta para profesionales de la salud críticos. *Educación Médica*. 10 (4): 209-216.

¹⁷¹ Fundació Víctor Grifols i Lucas. (2005). *Gestión del cuidado en enfermería*. Cuadern,12. Barcelona: Fundació VGIL.

Taula 25: Freqüència dels codis sorgits de la transcripció dels grups de discussió i de les respostes a les preguntes obertes de l'enquesta amb les **exalumnes**.

CODIS: UNITATS DE SIGNIFICAT DE LES EXALUMNES	Freqüència
1. ACOES	1
2. Angoixa	1
3. Autonomia en la gestió de cures infermeres	4
4. Avaluació	2
5. Canvi de paradigma docent	15
6. Competència	9
7. Contrastar informació i analitzar-la	5
8. Creixement personal	4
9. Desenvolupament professional	2
10. Dificultat per a les oposicions	2
11. Dificultat de l'ABP per les persones poc comunicatives	5
12. Dificultats pròpies d'un principiant	3
13. Falta de coneixements teòrics	26
14. Falta de credibilitat dels sabers	2
15. Gestió autònoma dels aprenentatges	22
16. Habilitats comunicatives	22
17. Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica	15
18. Habilitats docents	1
19. Inseguretat	3
20. Integració de coneixements	4
21. Motivació per aprendre i continuar estudiant	19
22. No exercitar la memòria	2
23. Organització de la docència	4
24. Prova escrita	3
25. Relacions interpersonals	4
26. Responsabilitat	9
27. Rol del tutor	3
28. Seguretat professional	23
29. Ser crític	6
30. Tolerància	1
31. Treball en equip	20
32. Valoració positiva de l'ABP	20
33. Valoració negativa de l'ABP	1
34. Valoració positiva per part d'altres professionals	8
35. Visió holística de la persona	5
TOTAL	276

Taula 26: Freqüència i codis sorgits de la transcripció de les entrevistes amb les **docents**

CODIS DE LES DOCENTS	Freqüència
1. Aprenentatges i Desaprenentatges *	9
2. Autonomia en la gestió de cures infermeres	5
3. Avaluació	9
4. Canvi de paradigma docent	24
5. Competència	2
6. Desenvolupament professional	3
7. Dificultats pròpies d'un principiant	1
8. Ètica professional *	1
9. Experiència pilot *	2
10. Falta de coneixements teòrics	9
11. Formació dels docents *	12
12. Gestió autònoma de l'aprenentatge	7
13. Habilitats comunicatives	6
14. Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica	3
15. Habilitats docents	2
16. Integració de coneixements	4
17. Motivació per aprendre i continuar estudiant	1
18. Objectius *	7
19. Organització de la docència	8
20. Preocupacions de futur	1
21. Prova escrita	4
22. Relacions interpersonals	3
23. Rol del tutor	18
24. Seguretat professional	1
25. Ser crític	5
26. Situacions – problema *	2
27. Treball de l'equip docent	14
28. Valoració positiva ABP	7
29. Valoració positiva per altres professionals	1
TOTAL	171

* Codis que no són coincidents amb els de les discents.

Després d'haver codificat totes les dades disponibles la categoria que hi surt amb més freqüència és el canvi de paradigma docent. Les exalumnes s'hi han referit amb quinze unitats de significat i les docents amb vint-i-quatre. S'han agrupat els deu codis que hi estan relacionats i, alhora, són coincidents amb els dos grups (exalumnes i docents, tal i com es recull en la taula 27), amb un total de dues-centes quinze unitats de significat i que, agrupats per ordre de freqüència, són els següents:

Taula 27: Codis coincidents (exalumnes i docents) relacionats amb el canvi de paradigma, ordenats per freqüència

CODIS COINCIDENTS	Exalumnes	Docents	Total
1. Canvi de paradigma docent	15	24	39
2. Falta de coneixements teòrics	26	9	35
3. Gestió autònoma dels aprenentatges	22	7	29
4. Habilitats comunicatives	22	6	28
5. Motivació per aprendre i continuar estudiant	19	1	20
6. Rol del tutor	3	18	23
7. Habilitat de cerca d'informació i lectura crítica	15	3	18
9. Ser crític	6	5	11
10. Relacions interpersonals	4	3	7
11. Integració de coneixements	2	3	5
TOTAL			215

Es pren també en consideració quaranta-tres que no són coincidents: catorze unitats de significat en què les docents fan referència al treball d'equip, les vint que pertanyen a les exalumnes i les nou dels aprenentatges i desaprenentatges.

Taula 28: Unitats de significat relacionades amb el canvi de paradigma i no coincidents

CODIS NO COINCIDENTS	Exalumnes	Docents
1. Treball de l'equip docent	-	14
2. Treball en equip (exalumnes)	20	-
3. Els aprenentatges i desaprenentatges	-	9
TOTAL	20	23

4.2.2.2. Identificació de temes principals: les categories i metacategories

Com s'ha comentat anteriorment, la identificació dels temes principals o les categories ha estat guiada en tot moment pels objectius d'aquesta recerca. També cal remarcar que, en la mesura que les unitats de significat s'anaven classificant en diferents categories, s'intentava comparar-les per tal de depurar-les i fer-les més fiables. I és quan es palesava la força de les unitats que eren coincidents en els dos grups.

Una vegada acabada la fragmentació, codificació i categorització; i per seguir amb la interpretació de totes aquestes dades, s'ha vist adient encaixar-les en els eixos dels dos objectius principals d'aquesta recerca i agrupar-les en dues metacategories.

La primera metacategoria és la del "Canvi de paradigma docent", que emergeix de la força dels onze codis coincidents amb les 215 unitats de significat corresponents i els tres no coincidents amb les 43 unitats de significat corresponents. (taules 27 i 28).

Capra (1997)¹⁷² defineix "paradigma" com una constel·lació de conceptes, valors, percepcions i pràctiques que pertanyen a una comunitat, que configura una particular visió de la realitat i constitueix la base en què s'organitza dita comunitat.

Segons Zeichner (op. cit), un paradigma de formació del professorat és: *"Una matriu de creences i supòsits sobre la naturalesa i els propòsits d'una escola, de l'ensenyament, dels professors i la seva formació, que configuren unes característiques específiques en la formació del professorat"* (pàg. 3).

Així doncs, quan es parli de paradigma docent s'al·ludirà tot un seguit de conceptes que interrelacionats configuren una base de supòsits filosòfics, teòrics i metodològics que ofereixen una guia i una fonamentació per a la formació del professorat i que són compartides per un col·lectiu d'investigadors i/o de docents.

El canvi de paradigma és l'eix central a l'entorn del qual gira tot el que es pretén analitzar. De l'anàlisi dels codis abans esmentats han anat emergint categories que s'hi relacionen i que fan referència a temes com són: la necessitat de canviar, la gestió de les pors i de les inseguretats, el nou rol docent, la concepció que es té de l'estudiant i la relació amb ell, la qualitat de la docència, i els canvis personals que es manifesten més enllà de l'esfera professional.

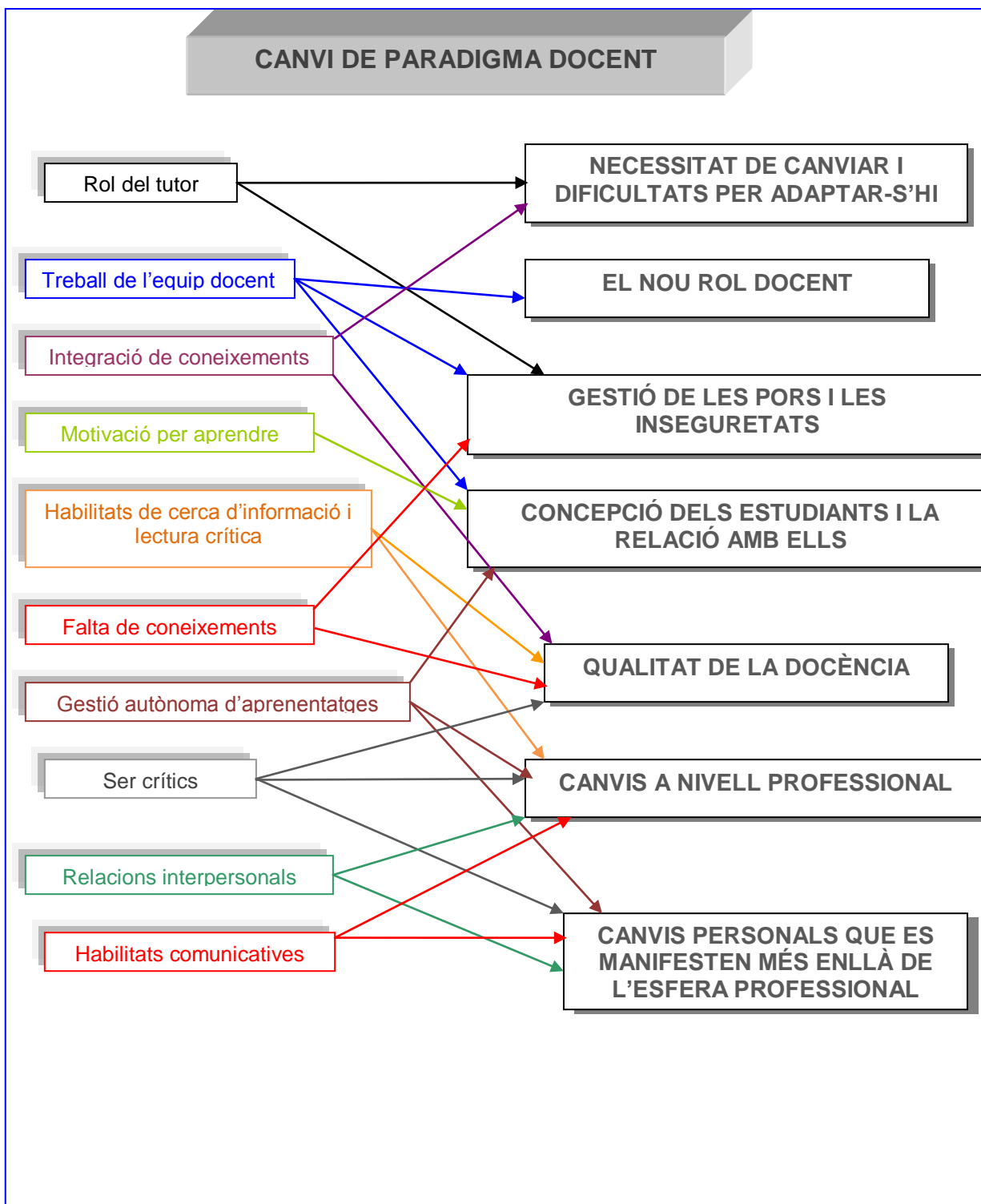
¹⁷² Capra, F. (1997). *The Web of Life: A New Synthesis of Mind and Matter*. London: Flamingo

En la taula següent es mostren els codis de l'anàlisi de les dades aportades per les docents i que al·ludeixen al canvi de paradigma i les categories que han emergit en una segona anàlisi:

Taula 29: Metacategoria: canvi de paradigma docent

METACATEGORIA:	
CANVI DE PARADIGMA DOCENT	
CODIS RELACIONATS: <ul style="list-style-type: none">- Falta de coneixements teòrics.- Gestió autònoma dels aprenentatges.- Habilitats comunicatives.- Motivació per aprendre i continuar estudiant.- Rol del tutor.- Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica.- Ser crític.- Relacions interpersonals.- Integració de coneixements.- Treball de l'equip docent.	CATEGORIES QUE HAN EMERGIT: <ol style="list-style-type: none">1. La necessitat de canviar.2. Gestió de les pors i les inseguretats.3. Un nou rol docent.4. La concepció que es té de l'estudiant.5. La qualitat de la docència.6. Canvis a nivell professional.7. Canvis personals que es manifesten més enllà de l'esfera professional.

En l'esquema següent es mostren les relacions que s'han trobat sobre el canvi de paradigma docent. A l'esquerra es mostren els codis de les unitats de significats i a la dreta, els apartats que caldrà desgranar i desenvolupar en l'apartat dels resultats.



La segona metacategoria que ha sobresortit amb els mateixos criteris que l'anterior (vinculació amb els objectius i coincidència amb les unitats de significat) ha estat la de les fortaleeses i les debilitats competencials de les infermeres exalumnes que s'han format per competències i amb l'ABP.

Els codis seleccionats per aquesta metacategoria han estat els 15 coincidents i que aconsegueixen una freqüència total de 269 unitats de significat (taula 30) i un codi no coincident amb 2 (taula 31).

Taula 30: Codis coincidents (exalumnes i docents), relacionats amb les fortaleeses i debilitats competencials ordenats per freqüència

CODIS COINCIDENTS	Exalumnes	Docents	Total
1. Falta de coneixements teòrics	26	9	35
2. Treball en equip	20	14	34
3. Gestió autònoma dels aprenentatges	22	7	29
4. Habilitats comunicatives	22	6	28
5. Seguretat professional	22	1	23
6. Motivació per aprendre i continuar estudiant	19	1	20
7. Habilitats de cerca d'inf. I lectura crítica	15	3	18
8. Competència	9	2	11
9. Ser crític	6	5	11
10. Autonomia en la gestió de cures infermeres	4	5	9
11. Valoració positiva per part d'altres professionals.	8	1	9
12. Relacions interpersonals	4	3	7
13. Desenvolupament professional	2	3	5
14. Integració de coneixements	2	3	5
15. Dificultats pròpies d'un principiant	3	1	4
TOTAL	187	82	269

Taula 32: Codis no coincidents relacionades amb les fortaleeses i debilitats competencials.

CODIS NO COINCIDENTS	Exalumnes	Docents
Dificultat per presentar-se a les oposicions	2	-

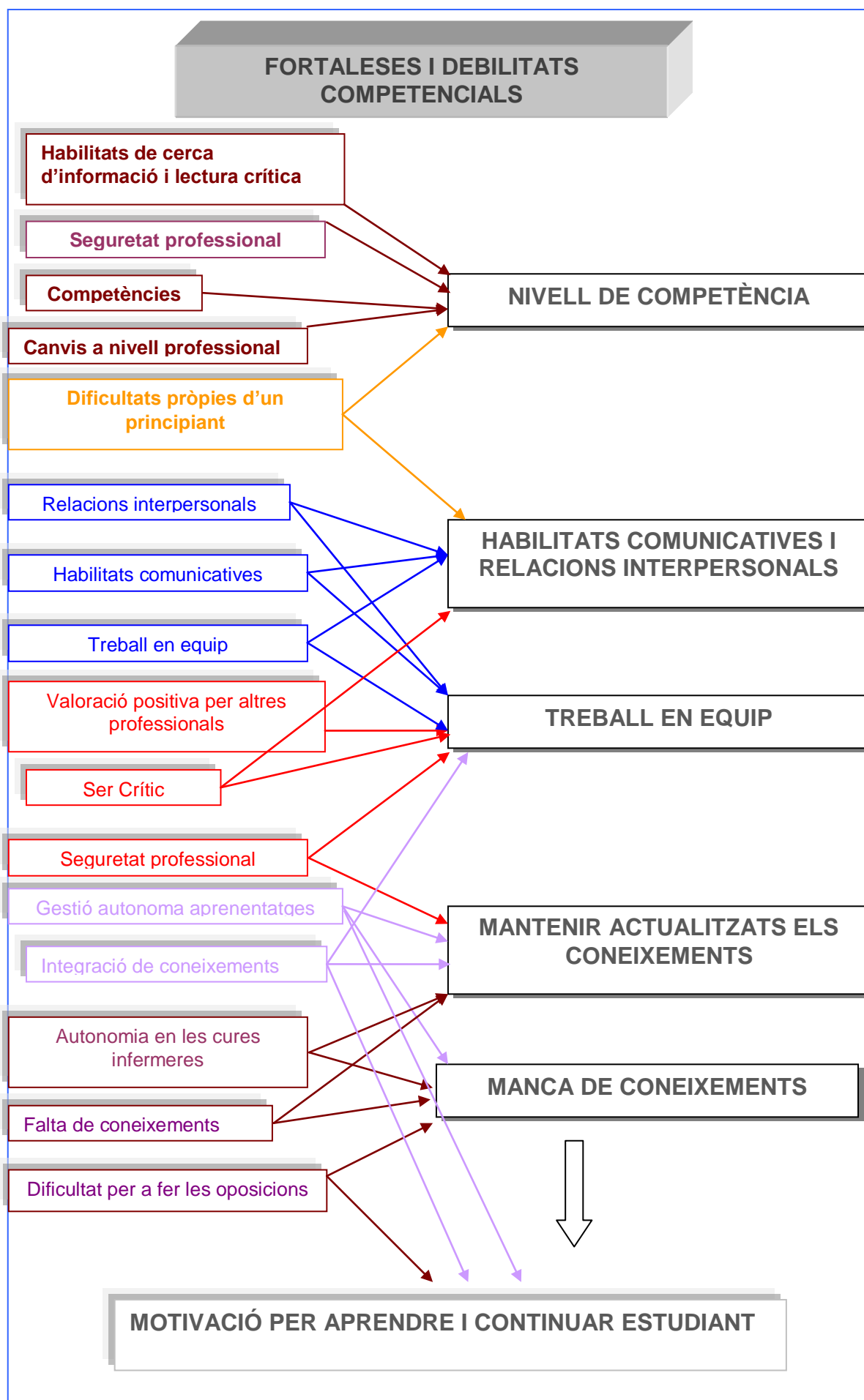
De la força que desprenen aquestes unitats de significat han emergit cinc categories que fan referència als punts següents: el nivell de competència, les habilitats comunicatives i les relacions interpersonals, el treball en equip, l'actualització del coneixements i la falta de coneixements teòrics (taula 31).

Taula 31: Metacategoria: Fortaleses i debilitats competencials

METACATEGORIA:	
FORTALESES I DEBILITATS COMPETENCIALS	
<p>CODIS RELACIONATS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomia en la gestió de les cures infermeres. - Competència. - Desenvolupament professional. - Dificultats pròpies d'un principiant. - Falta de coneixements teòrics. - Gestió autònoma dels aprenentatges. - Relacions interpersonals. - Habilitats comunicatives. - Treball en equip. - Valoració positiva per part d'altres professionals. - Seguretat professional. - Motivació per aprendre i continuar estudiant. - Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica. - Ser crític. - Integració de coneixements - Dificultat per presentar-se a les oposicions. 	<p>CATEGORIES QUE HAN EMERGIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivells de competència. 2. Habilitats comunicatives i relacions interpersonals. 3. Treball en equip. 4. Mantenir actualitzats els coneixements. 5. Falta de coneixements.

En la propera pàgina es mostra l'esquema on s'indiquen les relacions que s'han establert per a l'anàlisi de les fortaleses i les debilitats competencials. A l'esquerra, s'exposen els codis de les unitats de significats i a la dreta, les categories que han emergit.

La tercera fase de la recerca, es desgrana en el capítol 5 amb la integració i interpretació dels resultats amb el marc teòric descrit.



CAPÍTOL 5. ELS RESULTATS

Els resultats es descriuran seguint el fil argumental de les dues metacategories sorgides en l'anàlisi de les dades: El canvi de paradigma docent, i les fortaleeses i debilitats competencials.

En utilitzar les veus de les participants es farà constar l'estratègia d'origen amb les sigles següents:

- EE: Qüestionari de les exalumnes.
- GD: Grups de discussió.
- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7: Professores entrevistades.

5.1. CANVI DE PARADIGMA DOCENT

En el marc social i cultural que ens toca viure, el canvi de paradigma docent és un dels seus eixos fonamentals perquè les titulacions s'adaptin al nou Espai Europeu d'Educació Superior. Aquest paradigma implica que l'ensenyament estigui centrat en l'alumne i en l'adquisició de coneixement i dels aprenentatges d'aquelles competències que es consideren imprescindibles per a l'exercici professional. (AQU, 2002¹⁷³; Document marc, 2003¹⁷⁴; Vicerectorat d'Afers Acadèmics de la UAB, 2002¹⁷⁵).

En el Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya (2003)¹⁷⁶ també es fa una proposta de canvis en la formació pregraduada perquè en un futur és demanarà professionals flexibles i amb capacitat d'adaptar-se a entorns i demandes canviants. I s'assenyala que en la formació pregraduada cal introduir: *La redefinició dels currículums en funció de les competències finals que cal assolir; el disseny i organització de l'avaluació en funció d'aquestes competències; la potenciació de l'autocrítica docent i de "l'accountability" social; la rellevància del treball en equip i els aspectes ètics i epistemològics.* (p.55)

Els aprenentatges en Ciències de la Salut s'han d'encarar amb problemàtiques com les següents: a) els avenços de les ciències de la vida provoquen que el coneixement sigui

¹⁷³ AQU (2002). *Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya. Marc general per al disseny, el seguiment i la revisió de plans d'estudis i programes.* Barcelona: AQU.

¹⁷⁴ España, Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, (2003). *Documento-Marco. La integración del sistema español en el espacio europeo de enseñanza superior.* Madrid: MEC.

¹⁷⁵ Vicerectorat d'Afers Acadèmics UAB, (2002). *La UAB i la Creació de l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior. Eixos, perspectives i propostes d'actuació.* (Aprovat per la comissió d'Ordenació Acadèmica en la seva sessió del 4 de desembre de 2002). Bellaterra:UAB.

¹⁷⁶ Generalitat de Catalunya. (2003). *LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya.* Editor.

obsolet amb poc temps, b) les característiques canviants de les malalties, c) les de la recerca biomèdica, farmacèutica i de la salut que fan difícil la gestió del volum d'informació i d) amb les problemàtiques generades pel fet que els usuaris, actualment, tenen una major i millor informació, i requereixen ser atesos per professionals amb competències per aconseguir un aprenentatge continuat al llarg de la seva dilatada vida professional.

Aquestes circumstàncies van portar a Guilbert (1985, citat per Achike & Kwan, 1998)¹⁷⁷ a diagnosticar la síndrome dels “desordres curriculopàthics” en els plans d'estudis de medicina i d'infermeria, per la manca de paral·lelisme entre els currículums i el desenvolupament de l'entorn científic, tecnològic i social. Segons els mateixos autors, moltes de les facultats de medicina i escoles d'infermeria han buscat el “remei” en l'ABP per tal de desenvolupar competències per a un aprenentatge autodirigit i de treball en equip a fi de poder buscar solucions a problemes concrets.

Matthew Lipman (op. cit) planteja dos paradigmes de la pràctica educativa frontalment oposats: un és l'estàndard de la pràctica normal i l'altre, el reflexiu de la pràctica crítica. A grans trets, assenyala de l'estàndard les següents característiques: l'educació consisteix en la transmissió de coneixement d'aquells que saben als que no saben; el coneixement és precís, inequívoc i es distribueix entre disciplines que no se superposen i, juntes, abracen tot el món que cal conèixer. En aquest paradigma, el professorat desenvolupa un paper autoritari en el procés educatiu i s'espera que els estudiants coneguin el que els docents coneixen. Els estudiants adquireixen coneixement mitjançant l'absorció de dades i d'informació i amb la màxima claredat que una ment ben educada és una ment ben plena i atapeïda.

Per contra, en el paradigma reflexiu, l'educació es dona quan l'estudiant participa en una comunitat d'indagació¹⁷⁸, guiada per un professor i amb l'objectiu que compregui i tingui criteris per emetre judicis. S'anima l'estudiant a pensar tenint en compte que el nostre coneixement és ambigu, equívoc i misteriós, i les disciplines poden entretocar-se i sobreposar-se entre elles. El professor adopta una posició de fal·libilitat (admet, si cal, que està equivocat) més que d'autoritarisme, i s'espera que els estudiants siguin reflexius i que vagin incrementant la seva capacitat de raonament i de judici. El focus del procés

¹⁷⁷ Achike, F.I., i Kwan, C.Y. (1998). Problem Based Learning (PBL). Dins de: *Medical Education: Why, what and how*. J. U. *Malaya Med.* 2. (2): 89-93.

¹⁷⁸ Hom creu que la noció de comunitat d'investigació es creu que va ser forjada per Charles Sanders Peirce (1955). Aquest concepte ha anat evolucionant i ara podem parlar de “convertir l'aula en una comunitat d'investigació” en què els estudiants s'escolten els uns als altres amb respecte, construeixen les seves idees sobre la dels altres, es repton per reforçar arguments d'opinió poc fonamentats i s'ajuden en els processos inferencials.

educatiu no és l'adquisició d'informació sinó la d'indagar les relacions que hi ha entre la matèria que s'està investigant.

En el paradigma estàndard, es considera que els estudiants pensen quan aprenen el que se'ls ha ensenyat i, en el reflexiu, es valora que ho fan si participen en la comunitat d'indagació. En el primer els professors pregunten als estudiants i en el reflexiu, el professorat i els estudiants s'interroguen els uns als altres.

5.1.1. Necessitat de canviar

Es fa difícil precisar en quin moment concret sorgeix la necessitat vital d'un canvi. El que aquí es pretent analitzar es va anar gestant fruit d'un esgotament de les maneres tradicionals d'ensenyar i del desgast personal que comporta intentar innovar en solitud.

*P4: ...en el moment que és va donar el canvi hi havia un aspecte positiu que el defineixo com que **ja estava cansada d'intentar canviar i d'estimular els estudiants**. Se m'havia esgotat tota la imaginació perquè les classes fossin més dinàmiques (17:1).*

Ens atrevim a afirmar que l'esgotament imaginatiu d'aquesta professora té de base el que afirma Lipman (op. cit) quan diu que el professorat fa el que se l'ha ensenyat a fer, en el sentit que la majoria repeteix els models apresos en el decurs de la seva formació. I, en una realitat canviant com l'actual, els models esmentats no sols ja no són vàlids, sinó que provoquen conflictes i desordre a l'aula. Per això és convenient de ressaltar la visió d'oportunitat que la professora 4 veu en el seu problema de cansament. Identificar que hi ha un problema és el primer pas per a pensar en possibles solucions. I visualitzar-lo en positiu facilita l'adhesió a processos de canvis. En definitiva, és l'habilitat i el seny per a transformar les crisis en oportunitats a fi d'innovar i embarcar-se en projectes.

Segons Fullan (2002, op. cit.), el canvi es dona quan hi ha imposicions de caire natural o quan no estem satisfets amb el que estem fent, bé perquè no hi veiem consistència bé perquè ens resulta intolerable.

El bagatge cultural heretat d'ensenyar a imatge de com ens havien ensenyat¹⁷⁹ ja no quallava en un alumnat avesat a la immediatesa de la tecnologia que permet definir, il·lustrar i contrastar a velocitat de vertigen. Si bé les Tecnologies de la Comunicació i de la Informació (TIC) s'estaven introduint cada vegada més a l'espai aula, com a docents, no es tenia el domini suficient per servir-nos-en i fer-les idònies per a estimular l'alumnat cap a un autoaprenentatge.

Ja sigui per les característiques dels discents, crescuts en la revolució digital, ja per les mancances de les docents, aquestes vàrem manifestar obertament (en el Pla Estratègic realitzat l'any 1999) la necessitat d'un canvi. Actualment, totes les docents entrevistades, ho continuen reconeixent com un esdeveniment necessari.

Tornant al cansament a què fa referència la professora 4, aquest abatiment es manifesta com un esgotament en els recursos de les docents per despertar la curiositat intel·lectual dels estudiants i estimular la seva motivació per aprendre. Amb això no es vol dir que les classes expositives no eren un recurs didàctic adient (s'havien utilitzat fins aleshores i es continua utilitzat en moltes institucions on hi ha docents amb capacitat de motivar mitjançant classes expositives), sinó que, amb el que nosaltres fèiem, els estudiants ens evidenciàvem passivitat, absentisme, pèrdua de coneixements després dels exàmens, concentració de l'estudi en els apunts classe i, sobretot, la no-motivació per aprendre.

P4: ...amb el sistema antic tampoc no sabia com manegar-me perquè no aconseguia l'entusiasme que jo desitjava (17:1).

Però potser no tota l'essència de l'entusiasme radica en el "com" s'ensenyava i s'aprèn, sinó que també hi ha molta implicació del "què" s'ha d'aprendre. John Dewey, el filòsof nord-americà més important de la primera meitat del segle XX, estava convençut que l'educació havia fracassat perquè s'havia fomentat que els estudiants aprenguessin les solucions dels problemes en comptes que els investiguessin i s'impliquessin en un procés d'indagar per ells mateixos. Afirmava que si es vol que els estudiants aprenguin a pensar han de fer el mateix que els científics quan exploren les situacions problemàtiques. En lloc d'això els demanem que estudiïn els resultats del que els científics han estudiat. Fent-ho així rebutgem el procés i només ens fixem en el producte.

¹⁷⁹ Totes les professores ens havíem format (com Ajudants Tècnics Sanitaris) en el paradigma de l'expert infalible i de les classes expositives com a metodologia única per a l'adquisició d'un coneixement teòric. La base d'aquests coneixements teòrics eren les malalties, el seu guariment i les tècniques i habilitats per al diagnòstic i tractament mèdic; i, es deixava per a les pràctiques clíniques, l'aprenentatge del tenir cura de la persona per al seu benestar i confort. Si bé amb l'entrada de la infermeria a la universitat hi va haver un reemplaçament de continguts, la metodologia dominant era la de classe expositiva.

Dewey (op.cit) sosté que “*aprendre és aprendre a pensar i, per fer-ho possible, hem de formar hàbits de pensament vigilants, curiosos i rigorosos*” (p:82). En tots aquests hàbits, és de vital interès cultivar el pensament reflexiu i, perquè aquest es doni, hi ha d’haver com a mínim un element de significat conscient i, per tant, de pensament. Si no es fa així, l’activitat pràctica és mecànica i rutinària.

Abans que a l’EUI Vall d’Hebron iniciéssim el canvi, ja feia temps que no em¹⁸⁰ sentia gaire còmoda amb les classes expositives. Les feia perquè era l’única manera que sabia i quan les rebia com estudiant, si bé m’eren còmodes, tampoc no m’agradaven. He assistit a moltes formacions donades totalment amb classes expositives que m’han servit per discernir el que sabia del que no, però en general no m’han estimulat la inquietud d’aprendre més.

Aquesta falta d’entusiasme i inquietud per aprendre, que jo mateixa he experimentat i que també manifesten haver detectat les docents entrevistades, les atribuïm al sistema d’ensenyança - aprenentatge lineal que utilitzàvem per a l’exposició de temes amb explicacions detallades i cuidant l’estudiant amb actitud maternal per tal que no es perdés en la immensitat dels coneixements.

Una disposició maternalista per part de les docents, sumada a unes explicacions exhaustives per a no deixar llacunes i dubtes, ens donava com a producte un estudiant passiu que no tenia l’oportunitat que la seva ment pogués treballar de manera creativa i autònoma. Lipman (op. cit.) ho expressa amb aquests mots:

Quan no s’exploren els problemes directament de primera mà, no es genera interès ni motivació. Dewey no va dubtar mai sobre la necessitat del pensament a l’aula, un pensament independent, imaginatiu i ric. La ruta que ell va dibuixar indica que el procés educatiu ha de prendre el model dels processos d’investigació científica. (p. 57)

L’ABP ens apropa al procés de recerca científica. En partir d’una situació problema, l’estudiant ha d’esbrinar tot un munt d’aspectes: els coneixements que té i els que li falten per a entendre la magnitud del problema; ha de conèixer els principis que el sustenten i els factors que hi estan relacionats i també, les estratègies i els recursos per a prevenir-lo i els que caldria per a resoldre’l.

¹⁸⁰ Utilitzaré la primera persona quan incorpori la meua experiència en aquest procés.

5.1.2. Dimensions del canvi

Creiem que el que hem fet integrant un currículum mitjançant l'ABP ha estat quelcom més que aplicar una nova manera de fer docència. Ho afirmem perquè, com a professores, hem canviat creences, actituds i comportaments que atribuïm a l'experiència d'articular un currículum integrat. Encara que aquest argument caigui pel seu propi pes, també podria haver estat només un canvi en el maquillatge que tapa imperfeccions visibles i deixa intacte el fons.

Sortosament no ha estat així i, com evidència que ho fa palès, en aquests estudi es pren en consideració: en primer lloc, els principis epistemològics¹⁸¹; segonament, les pròpies reflexions al llarg del procés que s'aniran triangulant amb les veus de les docents entrevistades i, per últim, les veus de les infermeres de la primera promoció d'ABP.

Quant als principis, Medina (2003, op. cit.) afirma que un procés de ruptura autocrítica i la posterior reconstrucció es basa en tres principis epistemològics, que cada vegada estan més acceptats en el camp teòric i professional en l'àmbit de la salut, i que impliquen trencar amb un seguit de clixés com són: la veritat absoluta, les mirades úniques i la racionalitat tècnica com a única forma de coneixement.

A l'EUIVH les dues primeres ruptures han estat possibles en posar en comú els diferents sabers de les assignatures (matèries) del currículum. En integrar assignatures, el professorat ha hagut de compartir diferents mirades, cultures, contradiccions, objectius, creences i pensaments que, en enfrontar-los, han permès treballar amb la lògica de la complexitat com un fenomen quantitatiu: una munt d'interaccions i interferències entre un gran nombre d'unitats.

Pel que fa a la ruptura de la racionalitat tècnica, l'ABP ha estat un punt de partida i l'eina que ens ha permès fer-nos hàbils a l'hora d'analitzar situacions i contextos singulars, inestables i ambigus. A més, ens ha ajudat a adquirir elements per poder replantejar estratègies d'actuació que ens porten a inventar o a experimentar altres maneres d'actuació a mesura que avancem. En aquesta manera d'actuar (reflexió en l'acció), hi ha una concepció constructivista de la realitat a la qual ens acarem (Cònsul, 2004)¹⁸².

¹⁸¹ Un dels temes claus de l'epistemologia és destriar el coneixement autèntic del que no ho és. Es a dir, establir criteris de veritat sobre les afirmacions que ens aporta fiabilitat del coneixement.

¹⁸² Cònsul, M. (2004). El coratge d'uns docents pel canvi. *Àgora d'Infermeria*. 8 (3): 648-650.

En tot aquest procés, hem hagut d'acceptar moltes paradoxes, una d'elles és la de ser professores d'infermeria amb dues dècades d'experiència i sentir-nos novelles en la pràctica de tutores. Però, malgrat això, el resultat és que ens hem sentit més útils i satisfetes amb el resultat final. Es té el convenciment que amb aquesta manera de fer docència estem aprenent a dominar el pensament complex, que com diu Edgar Morin¹⁸³ està animat per una tensió permanent entre l'aspiració d'un saber no parcel·lat, no dividit, no reduccionista, i el reconeixement que tot coneixement és incomplet i inacabat.

La professora 3 ho evidencia dient:

*P3:.... les docents que portàvem uns anys fent docència **hem hagut de fer un canvi de xip** completament diferent de com era la forma de funcionar fins aleshores. Hem passat de tenir “el teu espai i la teva assignatura”, a compartir i integrar i haver de “canviar tot el xip” (8:2).*

Per a entendre i analitzar aquest “canvi de xip”, a què fa referència la professora 3, cal tenir present que veníem d'un currículum d'infermeria impartit per assignatures que dividia la persona en parts i fragments nètament diferenciats¹⁸⁴. Com si es tractés d'una situació de laboratori. Divisió que es fa impensable en un desenvolupament i una visió holística (biològica, psicològica, social i cultural) de les persones. A més, per acabar-ho d'adobar, en ocasions per impartir docència ens servíem de la col·laboració de professionals de diferents disciplines i d'aquesta manera justificàvem un currículum multi i interdisciplinari, que reforçava la disjunció i disgregació del coneixement. Pressuposàvem que era a la pràctica on s'havia d'adquirir l'habilitat per integrar tots els fragments dels aprenentatges i els estudiants, en arribar a la pràctica clínica, havien de reconstruir i integrar tots els bocins del *puzzle*.

Tenint en compte que els coneixements aïllats tan sols serveixen per a les aplicacions tècniques, podem afirmar que, en la nostra pràctica docent, hi havia seguretat i certesa del que impartíem però també, reduccionisme en l'intent globalitzador i integrador a les pràctiques clíniques (Cònsul & Montenegro, 2006)¹⁸⁵.

¹⁸³ Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

¹⁸⁴ Aquesta divisió fa referència a les temàtiques de les assignatures en què l'alumnat estudiava, de manera fragmentada i parcialitzada el que cal conèixer per cuidar una persona. Coneixement que per a un mateix tema, per exemple, una persona amb problemes de diabetis, tractava per separat, com a mínim, en les assignatures següents: d'Infermeria Comunitària, Infermeria Medicoquirúrgica, Infermeria Psicosocial, Nutrició i dietètica i Farmacologia.

¹⁸⁵ Cònsul, M. & Montenegro, L. (2006) Cambio de paradigma docente. EUE Vall d'Hebron: una experiència innovadora centrada en el aprendizaje basado en problemas. *Rev. ROL de Enfermería*. 29 (10): 653-658

Les referències al “canvi de xip” també s’interpreten com un canvi de cultura docent. Tot el que comporta passar de la independència i llibertat de gestionar una assignatura -on qui n’és responsable decideix els límits dels objectius, les estratègies d’avaluació i el cos de coneixement controlat i definit de la seva disciplina- a la dependència amb altres iguals, amb qui, de manera col·legiada, s’ha de treballar el “què” i el “com” de la integració dels sabers sense límits ni fronteres.

L’experiència personal d’aquesta gestió és que el canvi de cultura comporta ambivalència i incertesa a causa de passar d’un paradigma de la simplicitat (parcialitzat i concret) a la complexitat de la integració (multidimensional i simultània). Però, quan el canvi es consolida, hi ha una sensació gratificant de més seguretat, superació i creixement professional.

Entenem la complexitat com la descriu Villar (1997)¹⁸⁶, “*com un fenomen complex compost per una gran varietat d’elements que mantenen entre si una gran varietat de relacions, amb interaccions lineals i no-lineals, sincròniques i diacròniques, de les que no es previsible la seva evolució (p:18).*”

La professora 6 expressa que haver de trencar amb els esquemes del que venia ha estat recompensant:

*P6:.... Ha estat un repte gratificant. Com experiència pedagògica, per a mi, ha estat i continua sent un repte diari poder millorar l’aprenentatge dels estudiants i anar adaptant-me als canvis, (...), els estudiants vénen amb un coneixement lineal, amb una estructura tipus tema com la que es troben en els llibres. (...) **a la pràctica no treballem amb coneixement lineal i, per tant, hem de buscar llaços per a analitzar els casos amb un sistema de xarxa que permeti fer preguntes. Això vol dir anar trencant esquemes (21:1).***

El primer esquema trencat és el del paradigma de la simplicitat, que representa tenir compartimentat els sabers amb assignatures. Aquest paradigma ignora la naturalesa inestable, canviant i ambigua dels fenòmens. Per contra, la complexitat d’analitzar situacions i problemes reals, exigeix una aproximació interdisciplinària amb la complementarietat dels coneixements de les diferents àrees. Interdisciplinarietat entesa com una relació recíproca dels diferents sabers al voltant d’un mateix problema, situació,

¹⁸⁶ Villar , S. (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Kairós.

objecte o subjecte. Relació que permet utilitzar la riquesa cognitiva i interpretativa de judicis pràctics i potenciar la reflexió dels mateixos.

L'altre esquema fracturat és el fet d'entendre el currículum mitjançant les competències que necessita una infermera per analitzar i donar cuidatges infermers als problemes que tenen les persones que viuen una experiència de salut-malaltia.

Amb les assignatures, plantejàvem intervencions més tancades i rígides, i ens crèiem que pel fet de tenir coneixement ho podríem dominar i resoldre quasi tot.

*P3:quan tenies una assignatura creies que controlaves la situació. Ara, **el recel més gran davant de l'ABP és la manca de control dels esdeveniments** (8:6).*

Aquesta necessitat de control, sentida i manifestada per les docents, la situem en l'àmbit del "poder" que Medina (2005b, op. cit) reconeix en la formació infermera, i que ajuda a construir i subjectivar l'actitud de subordinació que, històricament, hem tingut el col·lectiu infermer. Aquesta necessitat de control exhaustiu junt amb la necessitat de transmetre, mostrar i ensenyar, fa també evident la cultura del treball docent en infermeria. Treball docent sustentat amb una visió de la infermera com aplicadora de regles i protocols amb un marcat caràcter instrumental i tecnològic.

*P3:...Amb l'ABP els propis estudiants busquen les evidències i són aquestes les que els **aporten més fiabilitat del que jo els podria dir** (8:6).*

Aquesta afirmació esborra la imatge del professor que ho ha de saber tot o que és posseïdor de la veritat absoluta. La cerca d'informació (en què les alumnes s'han de fer competents) és reconeguda aquí com més fiable del que pugui expressar un docent a l'aula amb les seves exposicions. Abans, amb una pràctica més expositiva i sense partir de problemes, les docents no teníem tanta necessitat de cercar evidències per contrastar-les. Com a conseqüència d'això, es reconeix un valor afegit quant a la fiabilitat de les dades que aporten els estudiants en les evidències.

Per a interpretar aquesta fiabilitat d'evidències dels estudiants *versus* la que aportava la professora, cal tenir present que amb l'estructura del currículum integrat s'han dissenyat i endegat estratègies paral·leles¹⁸⁷ que han acompanyat i sustentat la docència amb ABP.

¹⁸⁷ Les estratègies paral·leles per a sustentar la coherència d'un currículum centrat en la gestió autònoma de l'estudiant són les que s'han exposat en el model docent de l'EUIVH : els programes d'habilitats que es

D'aquestes, el programa de Cerca d'Informació i Lectura Crítica¹⁸⁸ ha estat el que ha desenvolupat més competència per cercar en les bases de dades de la informació i del coneixement. Si a aquesta habilitat hi sumem la facilitat que tenen les noves generacions per moure's en entorns virtuals, els situa en franc avantatge respecte a molts docents.

Totes les professores entrevistades han manifestat que, malgrat les dificultats personals que han tingut per adaptar-se a l'ABP i dels entrebancs que s'han anat esdevenint, el canvi els ha estat gratificant i remarquen que els seria molt difícil tornar endarrere. Les ganes de canviar sumat a la descoberta que, en el procés, ens vàrem trobar amb el que s'estava gestant a nivell europeu, ens va posar en un punt de partida adient i amb unes condicions favorables per endegar la innovació i fer front a les adversitats.

Des del punt de vista de les exalumnes, també se'n destil·la la necessitat de canviar la manera de fer docència i les dificultats per adaptar-s'hi. El denominador comú de les complicacions que exposen (i que s'analitzen en l'apartat de les debilitats) és que els ha faltat continguts teòrics específics d'assignatures que elles consideren bàsiques: Anatomia, Farmacologia i Fisiologia. I suggereixen que l'ABP es combini amb classes teòriques expositives d'aquestes matèries. Si bé això sempre s'ha interpretat com una manifestació de resistència al canvi, hem de dir també que tots, menys una estudiant, tenen una bona opinió sobre els beneficis que els ha comportat la seva formació amb l'ABP.

*EE:... Crec que la part més difícil i on m'he sentit més insegura ha estat en la part de farmacologia. Molts de nosaltres havíem defensat el fet que ens haguessin fet falta algunes classes magistrals de Farmacologia i d'Anatomia, **que potser són els punts més importants i on necessitem quasi sempre explicacions professional i no només investigació de part nostra (5:28).***

Sempre ens ha sorprès que siguin precisament l'anatomia, la fisiologia i la farmacologia els aspectes en els quals els estudiants demanen ajuda de classes teòriques (o explicacions professionals). Si bé és cert que les infermeres necessitem d'aquests coneixements -tant pel rol que ens és propi com del derivat de la vigilància, diagnòstic i tractament mèdic- no és menys cert que són continguts molt estables d'una complexitat creixent que en ocasions poden ser complicats d'entendre, però no complexos.

desenvolupen transversals als tres cursos acadèmics: A) Cerca d'informació i lectura crítica. B) Comunicació. C) Habilitats clíniques. D) Habilitats de recerca.

¹⁸⁸ En aquest programa es planifiquen estratègies de cerca d'informació, es realitzen aquestes cerques i s'analitzen críticament publicacions científiques.

Que les professionals d'infermeria, després de tres anys d'exercici professional, sentin com a més importants els coneixements d'anatomia i farmacologia ens orienta de la visió que la pràctica del dia a dia genera del rol infermer. Rol històricament impregnat de la cultura de la tècnica, del saber biomèdic i que situa en un primer pla el rol de vigilància i de col·laboració en el diagnòstic i tractament de la malaltia, i deixa en una posició secundari el paper autònom del tenir cura de la persona i de la seva família.

El valor de l'ABP és precisament que permet que el coneixement que s'adquireix és aquell que és significatiu per la situació problema que s'està analitzant. És a dir, aquell coneixement que és indicatiu per a relacionar i entendre els aspectes que hi estan implicats. A partir d'aquí s'han de detectar quins coneixements tenen i identificar aquells que els fan falta. I és en aquesta gestió del què s'ha de conèixer, on hi ha en joc el paper de la tutora o tutor per a guiar i motivar cap a l'aprenentatge, i també guiar per impregnar, en l'alumnat, la cultura del que és ser infermera. I és a partir dels objectius marcats per la institució i de la concepció que es té del ser infermera, que se'n deriven els coneixements que són essencials i en quin grau d'aprofundiment cal assolir-los.

Tot i que la percepció de falta de coneixements teòrics per part dels estudiants de la primera promoció s'analitza en la segona part d'aquest treball, aquí es vol deixar constància que, en altres institucions que ens han precedit impartint tot un currículum amb ABP i han analitzat l'experiència, han trobat també la percepció d'aquesta falta de coneixements bàsics d'Anatomia, Fisiologia i Farmacologia (Woodward and Ferrier, 1982¹⁸⁹; Koh, Khoo, Wong, Koh, 2008¹⁹⁰; Tufts and Higgins, 2009¹⁹¹; Langlois, 2009¹⁹²).

Derivat d'aquesta percepció, els estudiants suggereixen la combinació de les diferents metodologies. Però, en fer-ho, tan sols s'hi veu la manera (l'ABP), però no el valor de la integració de coneixements.

*EE: ... Crec que l'ABP és una gran metodologia, però **considero que com a mínim el primer curs de la carrera s'hauria d'impartir seguint la metodologia tradicional, per tal d'assolir una base real i delimitada de tot el que es considerés necessari per a la professió, però afegint estratègies encaminades a***

¹⁸⁹ Woodward, C. A. & Ferrier, B.M. (1982). Perspectives of graduates two or five years after graduation from a three years Medical School. *Journal of Medical Education*. 57(4): 294-302.

¹⁹⁰ Koh, GC-H., Khoo, HE., Wong, ML., Koh, D. (2008). The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Canadian Medical Association Medical*. 178:34-41.

¹⁹¹ Tufts, M.; Higgins-Opitz, S.; (2009). What makes the learning of Physiology in a PBL Medical Curriculum Challenging? Student Perceptions. *Advances in Physiology Education*. 33(3): 187-195.

¹⁹² Langlois, J.; Wells, G.A.; Lecurtais, M., Bergeron, G.; Yetisir, E. & Martin, M. (2009). Spatial Abilities in an Elective Course of Applied Anatomy after a Problem-Based Learning Curriculum. *Anatomical Sciences Education*. 2(3): 107-112.

l'aprenentatge de la cerca d'informació i lectura crítica. D'aquesta manera, en els següents cursos, es podria treballar amb ABP els aspectes més específics de la professió. Si es fes així s'estaria fomentant la capacitat de cerca i el treball en equip durant els darrers cursos, i l'alumne hauria assolit unes bases molt positives durant el primer any, que li permetrien afrontar amb una major seguretat tota la informació teòrica amb què es pugui trobar després.(5:107)

La necessitat d'assolir una "base real i delimitada" i de combinar metodologies l'atribuïm al fet que, en ser la primera promoció la que s'està analitzant, quan eren estudiants tenien encara molt presents les classes expositives ja que eren alumnes que vivien amb la de segon i tercer que s'impartia amb la metodologia de les classes expositives com a estratègia dominant.

La docència amb l'ABP pot compaginar-se amb classes, però en la nostra experiència no les hem contemplat fins a hores d'ara. Per contra, hem incorporat els programes d'habilitats que fomenten competències genèriques. Davant la pregunta de si s'ha d'eliminar la classe expositiva, Baños¹⁹³ respon que no cal, sempre i quan se'n faci un ús adient que s'ajusti a les condicions següents: a) que s'utilitzi associada a altres maneres docents; b) que incorpori elements que disminueixin la passivitat i c) que recuperi la motivació que li permeti convertir-se en un estímul per conèixer.

5.1.3. Gestió de les pors i les inseguretats de les docents

L'adopció del canvi implica adaptar-se a noves concepcions i perspectives multidimensionals que, fins que no són adoptades, assajades i avaluades de primera mà, provoquen incomoditat manifestada per ambigüitats, incerteses i pors. Aquestes sensacions es poden interpretar com el "trànsit necessari" entre el passat i el futur, entre el que coneixem, però que incomoda perquè ja no ens és coherent i el que hem d'adoptar, que tan sols coneixem en teoria i ens falta la pràctica per a veure'n els resultats.

De fet podem interpretar que, si hi ha incomoditat, vol dir que en el si de l'esquema personal ja s'ha produït un canvi. El que fins ara es feia i es creia correcte ja no es veu

¹⁹³ Baños, E. (2007). El Aprendizaje Basado en Problemas: un concepto clásico para la universidad moderna. Conferencia Universidad Nacional a Distancia. Noviembre 2007. Disponible a <http://portal.uned.es/pls/portal/docs>. Consultat el 3 de novembre de 2009.

amb els mateixos ulls i incomoda. S'ha trencat la coherència que fins aleshores es tenia i això provoca por i incertesa.

La gestió de les pors és gestionada de diferent manera, segons els bagatges personals i professionals. Una mirada subjectiva en aquesta direcció, em fa constatar que, tot i que es tenia una voluntat explicitada i sentida cap al canvi, es va patir una síndrome de resistència. Resistències manifestades en aspectes com: la por de perdre l'expertesa de l'àrea de coneixement que cada professor/a té assignada i que li ha otorgat la seguretat d'allò que és conegut i assajat al llarg del temps, i la por de perdre el control dels coneixements que l'estudiant ha d'adquirir.

Veníem d'una cultura en què necessitàvem de controlar-ho tot molt de prop, que l'estudiant anés molt guiat i que no es perdés, ens sentíem competents per a dissenyar i planificar els programes de les "pròpies" matèries i ens en sentíem agents generadors i propietaris.

Era previsible, però no per això menys costós, que a les dificultats òbvies del canvi s'hi sumessin les que nosaltres mateixes hi afegiríem per poder trampejar les pròpies inseguretats. Dificultats en què hi ha planejat tothora molta incertesa explicitada amb actituds de defenses aferrissades i desautoritzacions poc fonamentades, que no han estat més que mecanismes de defensa, de la resposta humana per tal d'alliberar la tensió psicològica, inherent a qualsevol canvi.

Les inquietuds que més sovint s'han manifestat han estat les següents:

- **Por de perdre el control sobre els coneixements** que l'estudiant ha d'adquirir.

Com s'ha comentat anteriorment, amb un currículum estructurat per assignatures, els temes estan definits explícitament i amb un abast de l'aprofundiment dels coneixements en consonància amb el temps adjudicat per desenvolupar-los. Fer-ho per mitjà de problemes (i tenint present que el punt de partida són els coneixements previs dels estudiants), el temps emprat que comporta la nova metodologia, obliga a prescindir de temàtiques. Temàtiques que abans es localitzaven en els programes de les assignatures i que, ara, per la seva rellevància o interès docent, pot donar-se el cas que l'estudiant no les vegi fins que les trobi a la pràctica professional.

*P3:... Amb l'assignatura jo sabia que havia de donar sis temes, alguna vegada no hi arribava perquè no hi havia prou temps, però **era jo qui controlava el que creia que era important de transmetre a l'estudiant** (8:6).*

És evident que afirmacions com aquestes denoten que es pren consciència d'un ensenyar aprenentatge, centrada amb el que ensenya i no en el que aprèn. Afirmacions i llenguatges que indiquen els desaprenentatges que s'estan produint, que hi ha consciència del que incomoda per a adaptar-se al nou paradigma: el control dels temes que s'han de "donar" des de la mirada única d'una assignatura; el temps comptabilitzat en hores que el professorat "transmet" i no en el què cal perquè l'estudiant/a conegui, consolidi coneixements i habilitats que li permetin assolir la competència per a prendre decisions fonamentades.

- **Por que l'estudiant no sigui capaç** de trobar tot el que la docent sabia i transmetia.

*P5:... Abans no podia veure el que els estudiants buscaven perquè la informació els la donava jo. Ells treballaven a partir del que jo els explicava i **estava convençuda que mai no trobarien la informació si no els la deia jo** (17:9).*

Prenent en consideració les conclusions d'Helen Cohen (1982)¹⁹⁴ sobre la formació d'infermeres en què, per primera vegada, es reconeix la importància de la formació inicial en la configuració dels valors de subordinació que el col·lectiu infermer ha tingut (i que ha saturat la seva cultura professional), ens preguntem si la poca confiança que es té de les capacitats de l'estudiant que reiteradament manifestem, no haurà frenat iniciatives per poder desenvolupar les habilitats necessàries de cara a l'autonomia que les infermeres sempre hem reclamats en el camp professional.

A banda, si nosaltres, com a docents, no transmetem aquest esperit de confiança dipositada amb "l'altre" ¿com podran confiar, quan siguin professionals, confiar en que les persones ateses puguin arribar a ser autònomes a l'hora de cuidar-se?

- **Por que l'estudiant no tinguin una visió infermera** tal i com les docents transmeten des de les aules.

¹⁹⁴ Cohen, H. I Elliott, V. (1982) The Nurse's Quest for a Professional Identit. Dimensiona of critical care Nursing. 1 (2): P 126. A <http://journals.lww.com/dccnjournal>. Consultat el 12 de març de 2009.

Les influències de la modernitat i del positivisme en l'àmbit de la infermeria han condicionat les visions i creences de quin és el "veritable coneixement" que ha de tenir una infermera per a l'assumpció del seu rol. La incertesa de com s'assumeix aquesta visió ha fet revisar els fonaments teòrics, les influències, les maneres de com s'obté el saber infermer i les fons i els mètodes per a assumir-lo. Tots aquests aspectes s'han revitalitzat de nou, per la importància que té la formació de base en la visió de la futura infermera del procés salut-malaltia, del tenir cura, de l'entorn i d'ella mateixa. Tots ells aspectes que condicionen la manera de com identificarà i resoldrà problemes aplicant cuidatges infermers. Palacios (2008)¹⁹⁵

Per bé que aquesta visió cuidadora es treballi a l'aula i de manera teòrica, quan l'estudiant contacta amb la realitat pràctica (si el rol cuidador no està molt assolit), la pressió assistencial del moment junt amb la tendència tècnica i biomèdica, pot fer que l'alumne es contagi fàcilment i aleshores relegui el rol cuidador a altres professionals o, simplement, que no el faci.

P5:... El que em preocupa és no poder veure com els estudiants s'estructuren a nivell mental per donar-los una visió infermera. Quan jo ho explicava a l'aula em quedava la tranquil·litat que, si encertava en la forma de transmetre-ho, més endavant, a la pràctica, ells ho podien recuperar. I ara amb l'ABP no tinc aquesta possibilitat (17:9).

Aquesta por de perdre la visió infermera es fonamenta en el fet que l'atenció assistencial està molt focalitzada en la malaltia, cosa que fa que es produeixi una dicotomia en les professionals d'infermeria. Per una banda, s'ha de conjugar la demanda que el sistema fa exigint cures de reparació amb accions de vigilància i control de l'evolució, del tractament i els seus efectes. I per l'altra, les que afloren de la seva raó de ser infermera: el fet de tenir una visió integral de la persona atesa, contemplant-la de manera global per a poder donar resposta a les seves necessitats per al manteniment de la salut, tenint en compte les seves dificultats. Aquest segon àmbit de treball és l'essència de la professió junt amb la responsabilitat de decidir quina ha de ser la seva naturalesa.

La realitat és que la infermeria ha d'integrar les dues parts del seu rol (de col·laboració amb la recuperació de la malaltia i amb el cuidador) identificant com cada una influeix en la persona atesa com a subjecte i no com a objecte.

¹⁹⁵ Palacios-Ceña, D. (2008). Modernidad, positivismo y tecnología: influencia en la enfermería. *Index de Enfermería*. 17(3): 188-192.

Tenir en compte aquesta realitat no treu que sovint l'estudiant en pràctiques veu que la infermera ha de realitzar "cures puntuals", com a conseqüència de l'alta pressió assistencial deguda a la creixent reducció de l'estada mitjana de les persones ateses i de l'escassa dotació de plantilles. Segons Teixidor (2005, op. cit), les cures puntuals condueixen a la fragmentació de les tasques i no responen a la complexitat de les situacions humanes. L'augment del volum de cures i la seva fragmentació afavoreix l'empobriment gradual de la relació infermera-usuari, relació que és fonamental.

Enmig d'aquesta complexitat, les docents manifesten una certa inseguretat que l'estudiant pugui ser capaç de desenvolupar-s'hi com cal, si no se li diu de primera mà (explicat a l'aula) el que és ser infermera. En definitiva, la por de quan es trobi en pràctiques i hagi de gestionar-les, se senti aclaparat per les tècniques del rol col·laborador i no prioritzi l'acció de cuidar, cosa que li pot distorsionar la visió del què és ser infermera.

Per superar aquestes incerteses, cal que la docència s'aproximi més a la pràctica clínica i confiï tant en la potencialitat d'aprenentatge que l'estudiant pot realitzar, com en l'habilitat de les infermeres tutores que són les que guiaran la reflexió de l'aprenentatge. Com diu Schön (1998, op. cit.), les docents hem de veure la pràctica com l'espai de privilegi gràcies a un aprenentatge fet a partir de l'experiència. Aprenentatge que, en fer-se a partir del que es viu en casos pràctics i reals, queda integrat i fins pot modificar comportaments si hi ha un període de reflexió.

Una reflexió que prèviament hauran d'efectuar, de manera conjunta, docents i assistencials, per a poder assentar les bases que promoguin un aprenentatge més interpretatiu, individual i no constructor de rutines en l'estudiant.

▪ **Por a compartir amb el professorat col·laborador.**

El professorat col·laborador (els docents a temps parcial) ha estat informat dels canvis i format amb els requisits de la nova metodologia. Tanmateix, la dinàmica d'equip ha estat suportada i gestada en grups de treball per a desenvolupar les bases del currículum (objectius, situacions, avaluació, programes d'habilitats, etc.), amb una freqüència de reunions de treball que comporten una dedicació poc assequible o incompatible per a les persones que compaginaven assistència i docència.

Aquesta és la raó per la qual els grups de treball han estat configurats per docents amb dedicació plena i, com a conseqüència, les professores col·laboradores no han participat en els debats de grup¹⁹⁶. Aquests debats, tot i les seves dificultats, ens han anat configurant una manera de veure i d'afrontar els canvis. En no estar-hi tothom implicat, s'ha anat creant una distància a nivell conceptual i un recel cada vegada més gran. El sentiment de ser massa agosarades o radicals integrant tot un currículum ens feia tenir por d'explicar o rebatre els dubtes i les pors dels altres. Ho anàvem deixant per més endavant. Quan entenguéssim i sabéssim explicar-ho tot més bé i estar prou segures del que enteníem, proposàvem, programàvem i fèiem.

Quan vàrem començar, hi havia un percentatge de col·laboradores d'ABP que igualava en nombre i en ocasions superava les professores amb dedicació plena. I precisament perquè tenien una visió externa, podien ser molt útils. Però no hem d'oblidar que estem parlant de pors i quan es té por se sol tancar la porta a tot. Fins i tot a la possible equivocació i error, i a les coses que poden venir positivament des de fora.

Una de les professores col·laboradores que ho ha estat des d'abans del canvi i, per tant, ha viscut tot el procés ho expressa de la següent manera:

*P7:... Quan vàrem començar hi havia bastants col·laboradors i, precisament **perquè teníem una visió des de fora, podíem ser molt útils**. Tant per aquesta visió externa diferent, però sobretot per la il·lusió de dur a terme aquest projecte. I això són dos punts molt bons. Però **la por no va deixar entrar i s'ha anat tancat la participació**. Tot i això, com que les coses si són bones acaben bé, crec que el projecte ha tirat endavant i ha sortit bé perquè l'ABP té unes bases molt bones i quan són unes bases tan sòlides, malgrat tots els inconvenients, s'aconsegueix (23:10).*

Si bé és cert que a mesura que les docents hem anat guanyant confiança hem sabut transmetre millor la nova metodologia als estudiants, amb les docents col·laboradores no ha estat ben bé així. Les inseguretats han fet difícil el treball d'equip docent. L'objectiu de la direcció era treballar cada particularitat del currículum amb precisió i sobretot amb molt debat. Debat necessari per a clarificar-nos, però que obríem poc als professors col·laboradors. Però és que per obrir-lo havíem d'endreçar-nos primer les pròpies idees. Vist amb la perspectiva que dóna el temps, es veu clar que es tenia por de la pròpia

¹⁹⁶ Tot i que en aquell moment no se n'era massa conscient, els debats i les comissions de treball ens proporcionaven l'oportunitat d'aprenentatge entre igual i de coneixement grupal, però alhora també augmentaven les distàncies i les diferències entre els qui hi assistien amb els qui no.

inseguretat, de les ambigüïtats i de les contradiccions. No hi havia un referent clar amb qui emmirallar-nos i no ens atrevíem a fer massa reunions obertes amb les professores externes. I així ha estat com, tot i haver-hi hagut sessions de treball amb elles aquestes reunions no van ser suficients per a atényer una reflexió conjunta i avançar plegades.

Pel que fa a la superació de les pors i la satisfacció de les docents, després de cinc promocions i deu anys de treballar amb l'ABP, es pot afirmar que, si bé en un principi hi havia poc confort amb el que estàvem fent i molta incertesa pels resultats finals (els estudiants també manifestaven sovint no estar-hi d'acord queixant-se del mètode, dels tutors i sobretot, del volum de treball), actualment, alguns alumnes manifesten haver triat l'escola precisament per la metodologia que s'hi utilitza.

5.1.4. Formació per a un nou rol docent

Les docents ens hem hagut d'anar adaptant al postmodernisme que Hargreaves (2003)¹⁹⁷ qualifica com a procés ràpid, comprimit, complex i insegur, i hem hagut de trampejar la incertesa científica que han generat els canvis accelerats i l'excés d'innovacions.

El mateix autor es pregunta *“com respondran els professors davant d'aquests canvis? Com canvien els docents, en aquest o en altres moments? Què fa que els professors canviïn davant del canvi i què els fa oposar-s'hi?”* (p.37). I analitza les investigacions fetes en aquest marc de canvi (Huberman en el 1984 i Lieberman i Fullan en el 1991) i en treu afirmacions que nosaltres en prenem algunes en consideració com a principis: a) el canvi és un procés i no un esdeveniment; b) la pràctica canvia abans que les creences ; c) és millor pensar en gran, però començar a actuar en petit i d) que el conflicte és un element necessari del canvi”

Se'ns fa evident que aquests principis seran més o menys discutibles en funció del context. Hergreaves (op. cit.) deixa clar en el seu raonament, que s'ha de tenir molt en compte els processos de desenvolupament del professorat que acompanyen les innovacions, perquè els docents no són només aprenents tècnics, sinó també aprenents socials.

El reconeixement que els docents són aprenents socials fa que no només ens adonem de la seva capacitat per canviar, sinó també en la seva voluntat de fer-ho (...). Si comprem el desig de canvi i de conservació del professorat, així com les

¹⁹⁷ Hargreaves, A. (2003) *Profesorado, cultura y posmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado.* (4a ed.) Madrid: Morata.

condicions que enforteixen o debiliten aquests desitjos, aconseguirem una valuosa perspectiva des dels fonaments de la professió, tant pel que respecte a com podem fer el canvi d'una manera eficaç, com sobre el "què hem de canviar" i "què hem de conservar.

Apropar-se d'aquesta manera als professors no significa estar d'acord i celebrar tot el que pensen, diguin o facin, però sí que suposa prendre molt seriosament les seves percepcions i perspectives. (p.39)

Tenir present les percepcions i perspectives del professorat en situacions de canvi implica que hem de prendre en consideració totes i cadascunes de les percepcions i saber analitzar-les des d'un punt de vista d'un aprenentatge social i de l'experiència, sense deixar de banda el sentit pràctic que cada un de nosaltres atribuïm al canvi.

A l'EUIVH, vista la necessitat, convicció i decisió de canviar de mètode, el primer esforç es va invertir en la formació del professorat. Aquest mestratge anava encaminat a capacitar tutors en la metodologia de l'Aprenentatge Basat en Problemes i el seu disseny es considerava bàsic tant per saber afrontar un canvi de rol com per a confeccionar tot el suport de documents docents com són: els objectius, les situacions/problemes, l'avaluació i la programació de la seqüència de les diferents estratègies. En tot aquest procés, es va comptar amb el professor Luís Branda, expert amb l'ABP, que va assessorar-lo en tot moment.

En el transcurs de la formació tot l'equip docent va tenir l'oportunitat d'actuar com a alumnes, com a tutors i com a observadors participants. Com a alumnes experimentàvem l'aprendre a aprendre; com a tutors assajàvem el rol facilitador de l'aprenentatge i l'observació ens donava eines per a la reflexió dels desaprenentatges que havíem de fer els/les docents.

El fet de tenir la possibilitat d'actuar en els dos rols (tutor/a i alumne/a) ens va permetre assajar el model de formació d'observació/avaluació¹⁹⁸ (tot i que en aquest model cap dels actors actua com estudiant i nosaltres per qüestions logístiques de formar a diferents nivells, hi vàrem actuar). Malgrat que aquest model està associat tot sovint a una avaluació, a nosaltres ens va possibilitar una reflexió individual sobre la pròpia pràctica i, també, col·locar les bases per anar construint el nou rol de tutor. Malgrat que no hem tornat a practicar l'observació en aquest sentit, la considerem molt apropiada per

¹⁹⁸ El model d'observació/avaluació se sustenta en la base que la reflexió i l'anàlisi són mitjans fonamentals per al desenvolupament professional. L'observació i les consideracions que es deriven d'aquesta observació faciliten al professor dades sobre què pot reflexionar i analitzar. Així doncs, el seu major benefici es troba en el fet que l'observació i la valoració forma tant el que observa com l'observador. El primer perquè rep els comentaris del seu company i el segon per la mateixa observació, la devolució, la discussió i per l'experiència en comú.

introduir-la a tutors novells o poc experimentats que assisteixen a les tutories, previ consentiments dels estudiants i amb la condició de seguir íntegra una situació/problema.

Voldríem destacar la dimensió del treball en grup d'aquest procés formatiu, que, si bé es va iniciar com a curs de formació continuada, no ha deixat de fer-se present en totes les reunions de treball planificades per a compartir les diferents experiències.

▪ **El treball cooperatiu**

En haver de definir i revisar cadascuna de les parts de les estratègies i els continguts d'un currículum integrat, ens ha ajudat a incorporar el treball cooperatiu dins la tasca d'equip. El treball d'equip s'ha caracteritzat per ser un treball útil en cooperació i col·laboració que abans ni teníem ni percebíem com necessari.

En cooperació perquè totes les docents en posicions d'igualtat (com a responsables de les respectives assignatures) cooperàvem a fer circular coneixement i perquè tots/es hi apreníem mitjançant processos interactius de negociació i d'apropiació multidireccional. I alhora de col·laboració gràcies la interacció fonamentada en la participació per arribar a construir coneixement a partir de la bidireccionalitat i la transforació conjunta. I, d'aquesta manera, tots hi apreníem i hi desapreníem.

Aquest participar, compartir i reflexionar en grup ens ha aportat una nova cultura de la reflexió sobre el què fem i com ho estem fent, alhora que ens ha consolidat un coneixement sobre l'experiència del canvi. La bondat d'aquest tipus de construcció col·laborativa augmenta la satisfacció del professor i és necessària a fi d'assegurar un progrés i desenvolupament de l'activitat professional com a docents.

Tanmateix, les docents entrevistades en destaquen més les dificultats que els ha suposat que els beneficis que comporta el treball col·laboratiu:

*P2:... el canvi d'haver de compartir allò que estaves fent sola, compartir-ho amb altres professors, això **ha suposat per mi un esforç molt gran** (...) quasi hi deixo la pell i la salut. Perquè treballar amb altres companys significava compartir uns objectius comuns amb visions molt diferents, amb formacions molt diferents i experiències docents també molt diferents. **I això ha tingut un cost** (7:2).*

*P3:... les reunions amb companys **han estat molt costoses**, en el sentit del que és quasi sempre costós en la vida: **les relacions personals que s'han pogut***

generar dintre del grup (...) Hem seguit tots endavant i d'això ens hem de felicitar. Ho vàrem fer per voluntat, disciplina i sobretot per l'aposta que s'havia fet per aquest tipus d'ensenyament. (...) Diria que vàrem continuar per responsabilitat professional. Tots hem estat molts responsables d'adquirir un compromís i el vàrem complir, malgrat que, a voltes, l'haguéssim deixat a mig camí. Hi ha formes de pensar molt diferents i les tensions en les relacions interpersonals són molt rellevants (8:10).

La vivència que manifesten les docents del treball col·laboratiu no és del tot positiva. Si bé s'hi reconeix la gran responsabilitat i el compromís que van tenir per tirar endavant el canvi, es posa més èmfasi en les dificultats sorgides que en els seus beneficis.

Aquestes dificultats són recordades i expressades amb una forta càrrega emotiva i és evident que no s'han de menysprear. En no explicitar els beneficis, interpretem que encara no s'han fet del tot conscients que la implicació d'un equip en processos de reflexió i d'obertura obre noves perspectives.

Shulman (1989 citat per Hargreaves, 1994, op. cit.) assenyala que en l'acció de compartir s'estableixen relacions que generen autopercepcions i expectatives, per mitjà dels llenguatges, de les referències que els participants utilitzen i dels significats que van sorgint. La cultura que es crea quan es comparteixen ensenyaments de diferents matèries afavoreix respostes riques i variades a problemes comuns, que es converteixen en recursos i en font d'aprenentatge constant.

L'anàlisi de les entrevistes fa palès que, bé sigui perquè les percepcions dels canvis són lents o per la gran incertesa dels reptes, no hem sabut generar la plena consciència que les reunions de treball del professorat necessàries per a compartir i debatre experiències, han estat una continuïtat en la formació del nou rol docent.

*P3:... Valoro positiu el fet de compartir, però és cert que, **per característiques personals i les d'un equip petit i tancat**, hi ha deformacions antigues de convivència en què hi has de fer un doble esforç (8:11).*

No obstant això, i vist amb la perspectiva de l'experiència personal pel fet d'haver participat en la revisió i supervisió dels processos (consolidar els objectius, les situacions problemes, els programes d'habilitats i les estratègies avaluatives), crec que estic en condicions d'afirmar que, en aquest nou rol docent, hem introduït l'element clau d'indagació no massa allunyat de la investigació-acció. Entenent-la, com ho fa John Elliott

(1981)¹⁹⁹, com una reflexió sobre les accions humanes i les situacions socials, viscudes pels professors, que tenen com a objectiu ampliar la comprensió (diagnòstic) del professor i dels seus problemes pràctics. Les accions d'aquestes reflexions van encaminades a modificar la situació, una vegada que aconseguida una comprensió més profunda dels problemes.

S'ha de reconèixer que el fet de no estar impregnades de la cultura investigadora (atès que el sostre de la professió infermera -fins ara diplomatura- no tenia reconeguda la capacitat investigadora) no ha facilitat gaire d'aprofitar l'experiència per a constituir-la en una investigació dissenyada des de bon començament. Però, malgrat això i per tot el que s'ha dissenyat i viscut²⁰⁰, es pot afirmar que les docents de l'EUI Vall d'Hebron ens hem atansat força al perfil de docent que defensa Latorre (2003)²⁰¹: innovadores, reflexives, capaces d'analitzar l'experiència carregada d'actituds, de valors, de simbologies, sentiments, interessos socials i pautes culturals.

Innovadores perquè malgrat les dificultats de la inèrcia que impregna les docents veteranes, el desig pel canvi ha estat una realitat. I reflexives amb capacitat d'analitzar l'experiència, perquè no hem deixat de constituir grups²⁰² de treball per a analitzar cadascun dels elements que configuren el currículum integrat, amb l'objectiu de veure si segueix la coherència dissenyada i, si s'escau, fer propostes de millora a fi d'encaixar-les amb les competències proposades.

▪ **Trencar amb la veritat absoluta**

Abans del canvi, el que veníem fent com a docents era preparar bé els temaris i, una vegada preparats, això era el principi i el final del coneixement que s'impartia a classe sense cap tipus de qüestionaments.

*P1:... El que jo impartia a classe era el que s'havien d'estudiar i preparar per a l'examen sense cap qüestionament ni discussió. Això és el que més he canviat perquè ara qualsevol informació que jo rebo o que podria donar, la qüestiono d'entrada o estableixo una guia de qüestionament. **Ara sóc conscient que no***

¹⁹⁹ Elliott, J. (2000). *La investigación acción en educación*. Madrid: Morata.

²⁰⁰ Des del Pla Estratègic que es va dur a terme l'any 2000 en el que vàrem manifestar que ens sentíem amb la responsabilitat i l'entusiasme necessaris per fer front a un canvi en el procés d'ensenyar-aprendre més en consonància amb les demanades socials i professionals; i/o l'avaluació de la titulació feta per la UAB.

²⁰¹ Latorre, A. (2003). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Graó.

²⁰² Grups de treball: d'objectius, de prova escrita, d'instruments d'avaluació i de situacions.

estic en possessió de la veritat i tinc clar que he de cedir el terreny d'estudi i qüestionament a l'estudiant. (21:1)

Aquest reconeixement que la realitat pot ser diversa, qüestionada, incerta i explorada des de diferents punts de mira trenca amb la imatge del docent que té la veritat absoluta i ens situa en una cultura diferent de la tasca d'ensenyar i aprendre. Diferència que pot identificar-se com un desplaçament de paradigma: de l'objectivisme cap al constructivisme. L'objectivisme postula que el coneixement científic és veritable, absolut, recull de manera reglada i prescrita els fets objectivables, i en canvi el constructivisme defensa que el coneixement és construït per la persona que aprèn, es basa en la comprensió dels aprenentatges i és la pròpia persona la que elabora les estructures cognitives mitjançant les interaccions (Brilovsky, 2001, op. cit.).

▪ **I l'expertesa dels docents on queda?**

Tot i continuar tenint l'expertesa i la responsabilitat de l'àrea de coneixements que poseïem com a responsables de les respectives assignatures del currículum, ara com a tutor/es d'ABP, aquesta expertesa continua vigent i ens és útil per poder confeccionar les situacions/problemes d'aprenentatge, per elaborar i revisar objectius, per confeccionar i corregir preguntes d'examen i, també, quan l'estudiant, fora de l'àmbit de les sessions de tutoria, vol fer consultes sobre els dubtes que se li puguin plantejar davant d'informacions contradictòries o de qualsevol motiu que l'impedeixen avançar en un coneixement concret.

Feta aquesta introducció i per a respondre a la pregunta de quina és l'expertesa d'un docent d'ABP, cal remarcar que es comparteix l'aportació de Font (2004, op. cit.) quan diu que la principal tasca d'un docent és crear l'ambient adequat i les condicions necessàries per tal que l'aprenentatge sigui inevitable.

Prenent aquesta premissa per al nou rol docent, és a dir, ser l'acompanyament i el guia per tal que l'estudiant gestioni amb autonomia el seu aprenentatge, l'hàbit que s'identifica més laboriós de canviar és el de no donar una resposta reactiva en un moment determinat. Abans, quan ens situàvem com experts en una especialitat o àrea de coneixements (Fonaments d'Infermeria, Bioestadística, Ètica i Legislació, Farmacologia, Medicoquirúrgica, entre altres), donàvem receptes o respostes reactives perquè ens pensàvem que davant d'un dubte l'estudiant esperava la nostra explicació experta. Ara,

en no mostrar aquesta expertesa, les tutores ho identifiquen com un dels trets més difícils d'assumir en aquest procés.

*P6: ... Un aprenentatge que he fet en aquest nou rol docent és el de ser molt honesta a l'hora de dir-los als estudiants que **hi ha temes que jo no sé i per tant jo no els puc clarificar**. Per tant, hauran d'anar a un expert, després que hagin buscat i rastrejat les bases de dades i no se n'hagin sortit (22:1).*

Un aspecte positiu d'aquesta honestat és que de retruc les estudiants també imiten aquesta actitud transparent i de reconeixement quan una cosa no se sap. Reconèixer-ho forma part de la responsabilitat en la cooperació de construir junts amb les aportacions que cadascú ha fet i amb les respectives mirades, crítiques i opinions.

Si l'expertesa en una temàtica determinada ja no es reconeix com una característica definitiva d'una tutora d'ABP, sí que les docents manifesten que n'és una de bàsica el fet de fomentar i comentar la diversitat d'opinions i visions d'un cas, experiència, estudi o publicació. Una de les experteses ara mateix és saber trencar les dinàmiques encallades en les veritats de la literatura científica, pel sol fet d'estar publicada, i promocionar les habilitats per la competència d'aprendre a aprendre.

*P6:... Un repte (com a tutora) ha estat anar fomentant que els estudiants puguin arribar a ser facilitadors de grup, aprenguin a resumir la informació, a treure els punts més importants del què s'ha parlat, a facilitar que la gent parli. És a dir, que s'entrenin en **el paper de líder de grup fent preguntes obertes sobre els dubtes que hagin tingut** i que puguin implicar els qui els costa més de parlar. Tot aquest aspecte, per a mi, ha suposat un aprenentatge (22:1).*

Cal ressaltar que com a docents reconeixen que han de saber fomentar les habilitats per a ser competent en aspectes claus com són: liderar grups, aprendre a aprendre, la responsabilitat del treball d'equips i fomentar l'aprenentatge de tots els membres del grup. Competències transversals que es van aprenent i consolidant en el grup de tutoria d'ABP.

*P7:...Quan veus que els estudiants donen tóms per arribar on s'ha d'arribar o s'estan anant per les branques en el camí per arribar-hi, quan tu saps que no és per allí. En aquest punt és on he après moltíssim: saber que he d'escoltar, saber quan participo per ajudar els estudiants o actuo perquè el meu ego ja està sortint (jo sé més que vosaltres!!) Tot això m'ho permet fer l'ABP: **els ajudo o no els***

ajudo? Si no els ajudes calla perquè la història no és aquesta. Al menys posar consciència quan ho fas (23:11).

En definitiva, l'expertesa de les docents²⁰³, en un aprenentatge autogestionat com és l'ABP, és fonamentalment aconseguir ser facilitador de l'aprenentatge de l'estudiant. Els tutors facilitadors no són la font d'informació ni tan sols quan tenen coneixements d'alguns dels aspectes del problema. El tutor facilitador no ensenya en el sentit convencional sobre què és ensenyar, sinó que propicia el procés de l'aprenentatge fent preguntes amb la intenció de provocar que les estudiants pensin i entrin en debat (Branda 2009a, op. cit.).

▪ **Incorporar l'hàbit de reflexionar col·lectivament sobre l'acció**

Les docents reconeixen que amb la metodologia tradicional, basada més en la individualitat, no hi havia tantes ocasions per a reflexionar sobre el que s'estava fent. La reflexió era feta més en solitari i es produïa en funció del *feed back* que es rebia dels estudiants per mitjà de les mostres d'interès i motivació, i de les dificultats de comprensió i transferència. Com equip docent ens movíem millor en el camp de les reflexions individuals que en la reflexió col·lectiva i, per tant, no teníem la cultura de donar voltes i qüestionar de manera conjunta sobre el que fèiem a fi d'aportar propostes de millora.

*P1:... La diferència d'abans amb ara és que **quan surto d'una tutoria tinc necessitat de compartir el que m'ha passat i busco alguna companya que sé que hi té interès i que també hi aprofundirà i que compartirà el que també li passa a ella, cosa que no feia amb les classes de la meva assignatura (21:11).***

Si bé el que expressa aquesta professora pot semblar una petita illa de pràctica reflexiva, aquestes illes han estat la iniciació cap a un hàbit necessari per poder cultivar la competència i comprendre millor la pràctica docent amb la reflexió sobre l'acció i en l'acció, tal i com ja s'ha manifestat anteriorment, en analitzar el treball cooperatiu. Tanmateix cal tenir present el que Eraut (2002)²⁰⁴ sosté quan argumenta que *"la reflexió sobre la pràctica pot conduir a una millor comprensió, però no necessàriament a una millor praxis"* (p. 329).

²⁰³ Admetim que, en realitat, l'experta en un tema ho és la infermera que està treballant amb aquelles persones o grups que viuen una experiència de salut-malaltia.

²⁰⁴ Eraut, M. (2002). El profesor intuitivo: una visión crítica. Dins d'Atkinson, T i Claxton, G. *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.

Les reflexions conjuntes d'equip, fetes de manera formal en els plenaries programats per a debatre temes concrets de la pràctica amb un expert, han estat un aprenentatge carregat de conflictivitat²⁰⁵. Però el que més s'hi reconeix d'extraordinari és que ens han donat l'oportunitat de descobrir noves experiències, noves idees i nous coneixements, i sobretot, la força de la motivació que ens hem transmès les unes a les altres.

*P6:... L'experiència més bona i més enriquidora ha estat la que he fet compartint amb tots els tutors d'un mateix curs. La coordinadora de segon curs plantejava unes sessions per compartir el que fèiem a la tutoria: de què parlàvem, com ho vèiem, quins problemes teníem, és a dir compartíem les preocupacions. Que una autoformació compartint experiències entre iguals sigui profitosa requereix que el grup estigui cohesionat, que hi hagi gent amb ganes de treballar i amb ganes de superar-se. Jo vaig tenir la sort de tenir-lo en aquella època, i va ser molt gratificant i **vàrem aprendre molt els uns dels altres. Jo ho recordo encara ara com el millor aprenentatge que he fet (22:16).***

Aquesta professora posa en evidència que hi ha hagut oportunitat d'aprendre de les experiències pròpies i de la dels altres, gràcies a les reflexions conjuntes. Reflexions "sobre l'acció" per extreure'n coneixement individual i de grup.

Cal tenir present, però, el que Perrenoud (2004)²⁰⁶ recorda quan afirma que per molt que els membres d'un equip docent siguin veritables practicants reflexius, res no ens garanteix que els estudiants s'hi converteixin per osmosi o imitació. Si bé l'afirmació és certa, no és menys cert que l'aprenentatge que hem realitzat, reflexionant conjuntament, ha estat un pas de gegant i la base per anar atresorant sabers de l'experiència que ens han de servir per saber afrontar la complexitat inherent al rol de tutora i ser el punt de partida per poder prendre consciència dels canvis necessaris a fi d'adaptar els estudis d'infermeria a les necessitats socials.

El mateix Perrenoud ho explica dient que la pràctica reflexiva significa aprendre a aprofitar de la reflexió gràcies a: *les adequacions dels esquemes d'acció, que permeten intervencions més ràpides, més concretes o més segures; a un reforç de la imatge d'un mateix com a professional reflexiu en procés d'evolució i a un saber integrat que permet comprendre i dominar altres problemes professionals.* (pag: 49)

²⁰⁵ En compartir experiències, aflora l'actitud de defensa en tots els sentits i quan algú és despulla dient el que pensa, automàticament hi ha respostes reactives.

²⁰⁶ Perrenoud, P. (2004a) Desarrollar la pràctica reflexiva en el oficio de enseñar: profesionalización y razón pedagógica. Barcelona: Graó.

▪ Els aprenentatges i els desaprenentatges

En aquest nou rol docent, els aprenentatges han estat nombrosos i en paral·lel també han fet presència els desaprenentatges. El que s'ha identificat com a més costós d'assimilar són aquelles habilitats que, per adquirir-les, s'han hagut de modificar i trencar hàbits i creences ja incorporades en el "savoir fer" docent i que cada professora portava molt interioritzades.

En l'anàlisi dels fragments codificats com a aprenentatges i desaprenentatges extrets de les entrevistes amb les docents, surten expressions prou explícites que es resumeixen en la llista següent i que s'ha de llegir en clau d'aprenentatges.

Aprenentatges:

- *Canviar el "xip" :ajudar, facilitar, incentivar i no explicar tot el que un sap (8:13).*
- *Les persones podem aprendre sense que els altres ens ensenyin (17:8).*
- *La pràctica i la teoria no poden estar tan separades durant tants anys (17:15).*
- *Temes que abans no coneixia gens, ara en tinc un coneixement més ampli (17:15).*
- *Controlar i no donar una recepta a l'estudiant davant d'una pregunta (21:3).*
- *Tenir paciència i esperar que cada estudiant arribi en el seu moment (21:7)*
- *No fer judicis ràpids i mirar que el nivell d'exigència ha de ser progressiu (21:7)*
- *Un coneixement superficial s'oblida fàcilment (21:7)*
- *Reconèixer els errors fins i tot quan hi ha bona avaluació dels estudiants (21:7)*
- *Ser més crítica amb el que faig, dic i escric (21:7)*
- *Avaluar d'una manera diferent (21:7)*
- *Que no sé res (21:7)*
- *M'estic fent més hàbil en la cerca d'informació (21:9)*
- *L'autoavaluació ha estat un repte molt gratificant (22:1)*
- *Desafiar als estudiants a veure com el coneixement s'entrellaça (22:1)*
- *Ser honesta a l'hora d'explicar als estudiants temes que jo no sé (22:1)*
- *Trencar dinàmiques que no ajuden al treball cooperatiu entre iguals (22:1)*
- *Facilitar que els estudiants parlin i resumeixin els punts més importants (22:1)*
- *Saber escoltar (23:11)*
- *Discernir quan es participa per ajudar els estudiants o quan es fa perquè surt l'ego (23:11)*

Veure la sorpresa de les docents en descobrir la capacitat humana d'aprendre, sense que hi hagi algú que digui com s'ha de fer i per on s'ha de tirar, és una descoberta de l'autonomia i de les capacitats que se'ns havien esborrat pel tarannà tan maternalista que es tenia incorporada en la manera de fer de professores. Aquest canvi de perspectiva està íntimament lligat amb les capacitats que es veuen ara en les estudiants i que abans no es percebien.

Un dels objectius que es pretenia assolir en aquesta recerca era identificar els canvis i les transformacions esdevinguts en les professores que han passat d'impartir classes expositives a ser tutores d'ABP. La llista esmentada pot donar una idea prou precisa de la varietat dels aspectes apresos.

Tot i que en la llista s'hi reflecteixen aprenentatges prou concrets (saber escoltar, trencar dinàmiques, estimular els estudiants, entre altres), ens preguntem quants d'aquests aspectes no són coneixements tàcits, fets de manera implícita i no formalitzada, i que, com a resultat, ha donat als docents un coneixement difícil d'explicar. D'altra banda, també ens plantejem si amb el procés d'aquests aprenentatges no ens estem fent tots plegats més intuïtius.

Segons Claxton (2002)²⁰⁷, la intuïció és l'aprehensió immediata sense la intervenció de cap tipus de raonament. Explicació que dona a entendre que es tracta d'un procés ràpid, una sensació o impressió que pot anar seguida d'una decisió d'acció. Per altra banda, Erault (op. cit.) sosté que l'aprenentatge és un procés i el coneixement n'és un dels resultats. I relaciona la intuïció, l'aprenentatge implícit i el coneixement tàcit com a fenòmens que experimentem i que no podem explicar. Tots tres mots que es refereixen a processos mentals i als seus resultats.

La similitud que fa que es relacioni la intuïció amb l'ABP és deguda a la implicació que sembla haver-hi entre els coneixements previs, relacionats amb el problema que s'estigui tractant, amb la resolució del mateix. En aquest procés, tant les docents en el decurs de la sessió de tutoria, en què han de resoldre els problemes del seu nou rol, com les estudiants que han d'analitzar la situació problema plantejada, han de recuperar els coneixements explícits i tàcits. Coneixements que la intuïció fa encaixar amb els models i les situacions viscudes amb anterioritat per a posar en marxa les mateixes reaccions amb petites modificacions.

²⁰⁷ Claxton, G. (2002). Anatomía de la intuición. Dins d'Atkinson, T. i Claxton, G. *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.

L'altra pregunta que suscita la llista d'aprenentatges esmentats per les docents amb l'ABP és si de segur són suficients, adients i coherents per a una expertesa en el rol de tutora.

La resposta es troba en la definició que fa Claxton (citada per Erault 2002 op. cit.) de l'expertesa: *“la capacitat de funcionar de manera flexible i fluida en terrenys complexos sense poder descriure aquesta habilitat ni teoritzar sobre ella”* (p.326).

5.1.5. Un nou concepte dels estudiants i la relació amb ells

Quan les docents de l'EUI Vall d'Hebron vàrem propiciar el canvi portàvem una mitjana de vint anys formant infermeres i, fins que no vàrem conèixer l'ABP, no ens havíem adonat que les estudiants podien i havien de ser gestores dels seus aprenentatges. Feia temps que, com Ferrer (1994, op. cit.), ens preguntàvem com era possible que tota la responsabilitat didàctica recaigués sobre el professorat universitari davant de subjectes discents adults que estan capacitats per desenvolupar una activitat d'aprenentatge autònom. La resposta ens obligava a repensar i veure la metodologia didàctica des d'una perspectiva més interactiva, aplicant-hi un esforç de treball cooperatiu entre professorat i alumnat i, també, entre els mateixos alumnes.

Tot i el convenciment que les estudiants podien ser capaces d'aconseguir-ho, en un principi, ens semblava impossible que l'ABP pogués tenir cap mena de fruit amb les discentes tal i com les coneixíem en les classes expositives. A l'aula, n'hi havia 80-90 i cada vegada costava més atreure'n l'atenció i l'interès. Les docents dubtàvem que es poguessin implicar a buscar i gestionar per elles mateixes informació. El model de les classes expositives les feia passives. En el fons, tot i no desitjar-ho, aquesta passivitat ens anava bé per gestionar l'aula i el temps necessari, i així poder acabar els temaris que ens havíem fixat, mètode que condicionava la gestió a l'aula²⁰⁸.

Tanmateix, en la primera experiència amb l'ABP la percepció va fer un gir copernicà i totes les docents entrevistades manifesten haver canviat el concepte que tenien d'estudiants passius i la relació que s'hi va anar establint. El mètode estimulava els alumnes i aportaven a la tutoria tant o més coneixement que el que les docents haurien esperat.

²⁰⁸ Sovint les docents han reconegut haver fet mans i mànegues en les classes expositives tant per acabar un temari com per mantenir l'atenció dels alumnes. Atenció que majoritàriament es concretava a copiar apunts del que la professora explicava.

*P5:... Ara jo amb els alumnes em sento còmoda perquè veig que treballen, **estan estimulats, aprenen, troben informació**, donen una bona resposta al mètode i estan molt estimulats. En canvi, amb l'antic mètode, començava el curs tota il·lusionada i amb l'aula plena, i acabava el curs amb l'aula a la meitat. L'altra meitat eren al bar o no sé on. Dels que eren a l'aula uns llegien el diari i altres, els veies absents. Fracàs absolut! Ara la situació és diferent. El grup és molt més petit, vénen tots i treballen. Sí que és cert que vénen perquè es deuen sentir obligats en haver-hi una supervisió molt més propera, però no vénen a desgrat. **Vénen amb ganes i estimulats.** (17:4)*

Com ja s'ha dit, totes les docents manifesten haver canviat la seva percepció respecte a les capacitats de les estudiants, pel que fa a ser autònomes en la gestió dels seus aprenentatges. Creiem, doncs, que aquest canvi de perspectiva les situa en un ambient idoni perquè s'estableixi una relació de confiança que facilita els estímuls perquè els estudiants aprenguin i les docents s'engresquin amb la seva tasca de tutores.

White (1995)²⁰⁹ recomana que es tingui en compte tant el que els estudiants necessiten aprendre com també l'ambient en què ho han de fer, alhora que reconeix que bona part de l'entusiasme que comporta l'enfocament d'un currículum amb l'ABP se sustenta en el fet que els docents se senten revitalitzats per l'energia creativa que genera.

L'apreciació que s'ha anat configurant una nova visió de les capacitats dels estudiants i de l'energia creativa que l'ABP porta incorporat comença a tenir efecte també en l'àmbit de la pràctica clínica, tal i com reconeix una tutora:

*P4:... Fins i tot quan tenia alumnes a la pràctica de l'hospital **em permetia fer una pràctica més reflexiva que abans no m'havia plantejat mai.** Ara insistia més als estudiants que reflexionessin, tot el que aprenien. (9:5)*

En donar la possibilitat de reflexionar sobre el propi aprenentatge, podem arribar a trobar el veritable valor del coneixement, que com diu Medina (1999, op. cit.), rau en la possibilitat d'indagar la realitat per, tal de comprendre-la però no per dominar-la.

La constatació que les infermeres insisteixin en la reflexió dels aprenentatges en la pràctica assistencial (on encara persisteix la racionalitat tècnica i l'aprenentatge per imitació) ens fa pensar que hi ha consciència que, reflexionant i compartint les

²⁰⁹ White, H. (1995). Creating problems for PBL. Speaking of teaching. Winter 2001, Vol 11. núm 1 Disponible en el link: <http://www.udel.edu/pbl/cte/jan95-chem.html>.

experiències, els significa es comprenen millor i les veritats no sempre són absolutes. Tenim clar que treballar amb persones implica actuacions subjectives i complexes, i que cada moment i cada situació dels cuidatges és únic i irrepetible. La gestió del tenir cura és tothora gestionar les necessitats humanes. La possibilitat que docents²¹⁰ i discents reflexionin plegats en el context de les experiències pràctiques és un gran pas per a la qualitat de l'aprenentatge que, de retruc, ha de millorar la qualitat de l'atenció que es dispensa a la població atesa.

El canvi de percepció en les capacitats dels estudiants es percep també en altres activitats docents paral·leles, que ens aporten l'evidència del que està succeint. Una professora col·laboradora ens explica uns fets que, en exposar-los i passar de "boca a orella", trenquen la imatge de l'estudiant passiu i en configura una de nova, que aporta il·lusió i expectatives.

*P7: ...Com a tutora de primer curs amb l'ABP i al mateix temps ser professora d'una assignatura optativa de tercer, alternava l'ABP amb estudiants que, a tercer, feien la metodologia tradicional. Quan van transcórrer dos cursos i vaig tornar a tenir, a l'assignatura l'optativa, els estudiants que havien fet dos anys amb la nova metodologia, em vaig quedar molt parada, perquè **quan els vaig preguntar, vaig sorprendre'm perquè em van contestar!!** I això em va colpir molt, i ho vaig comentar amb altres professores. Els deia: és increïble, AQUESTS CONTESTEN, APORTEN, DISCUTEIXEN! Amb aquests estudiants, el "feed back" va ser immediat! Aquesta és la primera cosa que vaig trobar diferent. I t'estic parlant d'aquesta primera promoció (23:28).*

Si durant molt de temps les professores han tingut les mateixes dificultats per atreure l'atenció i l'interès dels estudiants a l'aula, no és estrany que la seva visió de les capacitats i estímuls de les estudiants fos pejorativa.

És a partir d'anècdotes i experiències com l'esmentada que es van generant noves creences que donen forma a una cultura sorgida de l'experiència. Aquesta nova cultura es caracteritza per anar configurant significats i comportaments, elaborats en el si d'un context i que són fruit de la pròpia experiència.

²¹⁰ Les docents a la pràctica clínica són les infermeres tutores que compaginen alhora l'activitat assistencial amb la docent, sense tenir un temps específic i concret per a fer-les. Aquesta dualitat comporta una responsabilitat afegida i un esforç personal per poder cuidar a la vegada pacients i discents.

Si estem d'acord amb Handy (1984 citat per Armengol)²¹¹ que la cultura d'una organització és el conjunt de valors i significats compartits pels seus membres, que es manifesten de manera tangible o intangible i que determinen i expliquen els seus comportaments particulars, podem dir amb certesa que l'ABP ens ha canviat la percepció de les estudiants i la relació que hi hem establert.

5.1.6. Qualitat de la docència

Una de les preguntes que ens fem és si afegim aspectes qualitius en aquesta nova manera de fer la docència.

La qualitat sempre és un objectiu desitjable quan es tradueix amb el que és bo i acceptable, i la defensem en funció de "què" i "per a qui" (Gairin 1999)²¹². Acceptem que la qualitat és un concepte complex i que pot ser definit des d'una perspectiva multidimensional. Per a l'anàlisi de la qualitat cal utilitzar aquelles accions o situacions que han estat considerades positives en relació a uns criteris i paràmetres determinats.

En primer lloc, com a criteri, es pren en consideració la definició del "currículum d'infermeria" en els termes que ho fa Medina (1999 op. cit.):

"trajecte formatiu en un ambient educatiu en què la biografia de l'alumna interacciona amb la història, la cultura i el saber infermers a través de la biografia de la professora, amb la finalitat de crear significats que constitueixin un coneixement professional compartit i rellevant per a la pràctica del tenir cura, tant des de la perspectiva de la infermera com de la persona receptora dels seus serveis i, que suposen a més, un alliberament de tots els participants". (pag 171)

També es considera com a paràmetre de qualitat la pertinença del coneixement, que s'enten com aquell que reconeix el context, les relacions entre el tot i les seves parts, la multidimensionalitat i la complexitat. Sense oblidar tampoc que el treball col·laboratiu entre professors és considerat, per ell mateix, un dels criteris de qualitat més determinant²¹³.

Si la satisfacció que manifesten les docents es pot avaluar (reconeixer) com un paràmetre qualitatiu, és manifest que totes les docents entrevistades declaren estar satisfetes del

²¹¹ Armengol, C. (2001). *La cultura de la col·laboración. Reto para una enseñanza de calidad*. Madrid: La Muralla p. 32

²¹² Gairín, J. (1999). La calidad, un concepto controvertido. *Educar*. 24: 11-45.

²¹³ Antúñez, S. (1999). El trabajo en equipo de los profesores y profesoras: factor de calidad, necesidad y problema. El papel de los directivos escolares. En *Educar*. 24: 89-110.

canvi i expressen que tothom ha sortit beneficiat de l'experiència nova de treballar amb un currículum integrat i per problemes.

*P3:... Els estudiants cada dia estan més contents. (...) I jo puc dir que ara sóc més polivalent del que era: conec molts més els coneixements i en general el que seria el perfil d'una infermera generalista. Abans sabia més o era experta d'una temàtica concreta (entre cometes si és que un es pot considerar expert en alguna cosa sense fer assistència) i **ara he ampliat el meu mapa de coneixements del currículum infermer** (8:24).*

En identificar els guanys que s'han fet amb l'ABP també es fa palès el munt dels dèficits que es tenia. D'aquesta evidència impacta quan es constata que, tot i formar part de l'equip docent d'una disciplina, no hi havia prou coneixement del perfil professional d'una infermera generalista. I és aquí on hom es pregunta si pot ser aquesta la causa que s'hagi perpetuat el hiat teoria-pràctica durant tant de temps en el currículum d'infermeria.

Cal reconèixer també que la infermera, en tenir cura de la persona (ésser biològic, psicològic, social i cultural), treballa en el paradigma de la complexitat, sense que aquesta s'hagi fet conscient o estigui explicitat en els currículums disciplinaris. L'estructura d'una titulació per assignatures dificulta connectar l'entramat de relacions que es necessàries per afrontar el treball amb una visió holística i complexa. Les docents manifesten enriquidor tant el guany que ha suposat l'apropament entre assignatures (trencament de barreres), com el treball cooperatiu per aconseguir integrar coneixements:

*P6:... Un altre aspecte que per a mi ha estat molt important és el fet de **trencar barreres entre assignatures**. Amb algunes ja ens havíem coordinat, per a no repetir. Però trencar barreres amb Medicoquirúrgica, amb Farmacologia en aquelles primeres reunions en què havíem de definir objectius integrats, per a mi va ser una experiència molt enriquidora. Veure com cada una de nosaltres entenia un objectiu concret; veure que teníem objectius quasi idèntics i posar-nos a definir objectius conjuntament que **integressin els coneixements** de les diferents matèries. Per a mi ha estat molt enriquidor (22:28).*

Aquest enriquiment del treball en equip és una dimensió que ha aflorat reiteradament en les entrevistes amb les docents. El valor que li donen pel que fa als resultats finals és sempre en positiu. Per contra (i com ja s'ha comentat anteriorment), valoren en negatiu el temps que s'hi ha dedicat i les tensions generades en les relacions interpersonals.

*P3:... A la gent li costava molt renunciar als objectius de la seva assignatura; estava i **estàvem molt poc acostumades a compartir el que fèiem**. Cada una de nosaltres tena el seu “regne de Taifas” i no volíem que ningú hi entrés. Allò suposava haver de treure la roba a esbandir al balcó i treure la pols... i deixar veure les intimitats a la gent (8:3).*

Malgrat les dificultats que totes reconeixen en aquest treball en equip, la valoració que en fan és que el veuen imprescindible i impossible de fer-lo en solitari. Amb una metodologia en què totes les tutores treballen els mateixos objectius, les mateixes situacions i amb (rotació) els mateixos estudiants, tot s'ha de fer amb equip si és que es vol garantir una docència coherent i amb qualitat.

Segons Armengol (op.cit), “*la cultura de la col·laboració no neix ni creix a partir de creences compartides de la naturalesa del currículum o de l'organització d'aquest, però sí que condueix a la creació d'un consens pedagògic i curricular, tolerant amb les diferències i divergències*” (p 141). La tan desitjada col·laboració no és fàcil i requereix d'unes condicions bàsiques com aconseguir la participació de tots els components del grup docent.

En el treball col·laboratiu hi ha participat tot l'equip a dedicació plena i les docents entrevistades identifiquen haver-hi fet aprenentatges (entre iguals) inherents pel fet de compartir temàtiques, però sobretot enumeren haver après un reguitzell d'actituds i habilitats necessàries per a treballar en equip. Les lliçons que esmenten són: la responsabilitat, el respecte, la tolerància, l'escolta activa, la solidaritat amb les idees de l'altre, la llibertat de poder dir el que es vol dir i la comunicació.

Tot i que no es pot fer la relació directa de l'afirmació que a més temps de dedicació més qualitat, reconeixen que preparar un currículum integrat comporta en escriure més preocupació i més temps que el que dedicaven a la preparació amb classes expositives i per assignatures. El que s'ha treballat en equip ha estat la definició dels objectius d'un perfil infermer amb competències que doni resposta a les necessitats socials actuals i de futur, i les estratègies per a planificar la docència.

En aquest moment de l'anàlisi hom creu estar en condicions d'afirmar que treballar amb l'ABP i haver de buscar els problemes del dia a dia del treball infermer ens ha apropat a la pràctica infermera. En analitzar les situacions i els problemes un s'adonar que la realitat és polièdrica i que no es pot mirar aquesta realitat des de l'angle que dona la perspectiva d'una sola assignatura.

Per últim cal afegir que un nou element que contribueix a la qualitat de la docència és que les professores han incorporat la necessitat d'haver de definir i revisar tots els elements, les estratègies i els continguts d'un currículum integrat, hàbit que ens ha incorporat de ple el treball cooperatiu dins la tasca d'equip.

5.1.7. Canvis a nivell professional

Com s'ha definit en l'apartat de les preguntes, es parteix del supòsit següent: una formació amb la metodologia docent de l'ABP ha de donar eines i recursos per a desenvolupar un perfil de professionals més eficients i eficaços en la resolució dels problemes de salut de les persones i que, per tant, aprendre a partir de problemes ha de reduir el hiat entre la teoria i la pràctica infermera. Aquest divorci, malgrat les propostes i accions desenvolupades per a reduir-lo, ha persistit i resistit als diferents plans d'estudi. La realitat ha estat tossuda i la visió que s'ha transmès a les aules no s'ha sabut fer coincidir amb la que es troba en la pràctica assistencial.

S'està d'acord amb Medina (1999 op. cit.) que qualsevol activitat pràctica implica la possessió d'alguna teoria i que aquesta tesi tant és vàlida per les professores d'infermeria que ensenyen a cuidar com per les activitats pràctiques de les infermeres que cuiden. L'abisme que separa la teoria de la pràctica ve condicionat per l'ús de llenguatges i criteris de valoració diferents respecte a la regulació de la pràctica del cuidar. Si les infermeres assistencials són les que participen directament de l'acte de cuidar, l'única teorització legítima d'Infermeria ha de ser aquella que sorgeixi de les experiències, del sentiments i dels significats de les protagonistes del tenir cura. I és a partir d'aquí que s'ha de tractar de resoldre problemes de "la pràctica i per la pràctica".

En principi, la possibilitat que l'estudiant s'afronti amb situacions o problemes del dia a dia del treball infermer l'ha d'ajudar a estructurar la valoració i l'anàlisi del problema i del seu coneixement, de la mateixa manera que ho farà en la practica professional i, per tant, aproparà les dues visions.

S'està d'acord que l'ABP dóna elements per a gestionar el rol autònom de les cures infermeres, però s'alerta alhora de no perdre de vista el poder de la cultura de l'organització, que pot fer molt costós aquest lideratge.

P6: ... Jo no ho dubto que aquests estudiants seran molt capaços de gestionar molt millor les cures infermeres, d'això sí que n'estic convençuda. Però també t'he

de dir que **trencar amb la dependència** que tenim tat arrelada, entra en el terreny de la cultura de l'organització i per tant no depèn tant que la infermera sigui capaç de gestionar o no les cures, sinó que hi ha molts altres factors que hi influeixen (22:7).

Dels diferents factors que hi ha en joc, en la formació de les infermeres sempre s'ha tingut en compte el pes específic que hi té la cultura de les institucions assistencials. Tal vegada cal preguntar-se si s'ha tingut massa present tenint en compte com diu Edgar Morin²¹⁴ que “no es pot reformar la institució sense haver reformat prèviament les ments, però no es pot reformar les ments si prèviament no s'han reformat les institucions” (p.125)

*P6:... El que a mi m'han dit infermeres formades amb ABP i que estan treballant com assistencials és que les seves companyes es queden al·lucinatedes en veure de quina manera demanen molts “perquè” al metge i fan comentaris sobre dinàmiques de cures. Preguntes i qüestionaments que no fan els professionals que s'han format en un ensenyament tradicional. Però, autogestionar cures i tenir realment un lideratge d'aquestes cures quan **tenim la cultura que tenim de dependència**, realment és complicat (22:8).*

La dependència a què fa referència aquesta professora està arrelada en la cultura de les infermeres i de les institucions. Cultura adquirida en el trànsit històric de professionalització del cuidar, iniciat a mitjans segle passat i que va convertir les cuidadores vocacionals i altruistes en ajudants tècnics sanitaris. Aquest trànsit històric i professionalitzador ha convertit la infermeria en una pràctica tècnica que s'ha anat assumint en la mesura que s'han tecnificat les ciències biomèdiques. Això ha contribuït que la pràctica infermera s'hagi desenvolupat en el marc de la racionalitat tècnica en què el saber teòric determina el saber de la tècnica i, per tant, de la pràctica.

Respecte d'això, Medina (1999 op.cit.) diu que “reemplaçar una pràctica per una tècnica no sols fragmenta el camp d'actuació professional i despersonalitza la pràctica, sinó que a més converteix la infermera en una aplicadora de tècniques (...) La diferència entre un tècnic i un pràctic està en el fet que el primer utilitza tècniques que són avaluades per la seva eficiència, mentre que el pràctic pren decisions que són avaluades per la seva contribució al benestar de la persona”.(p:86)

²¹⁴ Morin, E. (2001) *Tenir el cap clar: per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.

SGD:... Jo pregunto als metges i quan veu que fa estona que preguntes es queda una mica així (...) S'ha quedat com pensant "mira aquesta noia quina curiositat que té". No només per administrar un fàrmac, perquè crec que sols **per administrar un fàrmac no et fa falta un títol**. Saps que aquesta medicació és amb tant temps. I és així, no cal. Jo crec que has de tenir un títol per a valorar les situacions, per saber relacionar-les i això és l'important. (11:13)

En haver anat tant de temps de la mà d'altres professionals a les infermeres, els costa definir bé el que són i el que fan. Això es nota a l'hora de la gestió de les decisions autònomes, tant de les que són pròpies com les de col·laboració amb altres professionals per al diagnòstic i tractament. Aquestes conviccions també les expliciten les docents entrevistades:

P6:...D'aquesta experiència pedagògica valoro molt el que els estudiants, amb les habilitats que desenvolupen, arribin a ser professionals que influenciïn en els grups de treball assistencial. Ells estudiants d'ABP una vegada que siguin infermers poden tenir una fortalesa en el **lideratge de coneixements infermers**. I quan ja infermers tinguin un lideratge a nivell de coneixements i rigor científic, aquest rigor el podran aportar a la gent (22:1).

Els qui hem treballat amb l'ABP ens atrevim a dir que aprendre a partir de problemes redueix el hiat teoria-pràctica, i s'afirma amb la convicció que un dels valors afegits d'una infermera formada amb un currículum integrat i amb APB (que ha hagut de gestionar els seus coneixements i valorar l'assoliment de les competències), consisteix a tenir més habilitats per a gestionar la incertesa que porta implícita la complexitat de les cures infermeres i disposarà de més recursos per trencar amb la dependència amb altres professionals.

P2: ...Una cosa que m'ha agradat d'aquest canvi és que ajuda que quan l'estudiant d'infermeria sigui un professional tingui una manera de treballar més autònoma. Aquest mètode m'ha facilitat aquest ideal meu com a infermera, o sigui, que quan els estudiants vagin a l'hospital tinguin una visió, no només d'estar sotmesos a les normes de fer el que toca, sinó que també desenvolupin aquest **rol d'una manera més autònoma**. Crec que amb aquest sistema va bé (7:5).

Aquesta professora fa referència al rol autònom d'infermeria que tant ens costa que quedi diferenciat i definit.

*PGD:... Tu ets més autònoma en el moment en què no només ets una tècnica, sinó que busques informació, et mous si tens un canvi a l'hospital i no saps gran cosa i tens una etiqueta diagnòstica, però **t'has fet autònoma i busques com puc tractar com puc cuidar**, com puc pal·liar o ajudar, per exemple, el tema del dol..., (6:44).*

La confiança dipositada a les potencialitats del mètode fa aventurar que els futurs professionals tindran el rigor necessari per fer avançar la professió i, en aquest avenç, s'hi identifica també un reconeixement social de prestigi professional.

*P6:... A mesura que l'estudiant desenvolupi un rigor científic, més possibilitats tindrà que la gent el cregui i obtingui **credibilitat i una solvència professional**. Ara com estudiant i més tard com a professional, com més líder sigui amb els coneixements i les competències transversals, més influirà en les dinàmiques grupals de les seves activitats professionals. El repte és que tingui poder de convèncer però científic; és a dir, buscant i aportant els millors documents científics. Ja no dic la millor evidència científica a nivell de metanàlisis, que també interessa, però no tot el rigor científic està en això. Com millor treballin tot això més avançarà la professió i aquí és on tenim la responsabilitat més gran (22:4)*

Avui dia un canvi en la manera de fer docència pot aportar en els professionals de demà una confiança transformada en la convicció, que el rol cuidador és un espai professional autònom i que ha d'arriscar a prendre decisions fonamentades en coneixements i evidències. Posar reptes als estudiants perquè s'arrisquin a prendre decisions i explicitin quines són les possibilitats d'abordatge que hi ha davant d'una situació concreta. És així com aquests reptes han de conduir a trencar esquemes arrelats en la pràctica i a ser crítics i creatius per tal de propiciar canvis.

*SGD:... Jo ara he tingut una experiència que moltes de les infermeres fixes s'han posat de baixa i som moltes substitutes, tan sols hi havia dues de fixes. Nosaltres, les suplents, anàvem fent anàvem fent. N'hi havia **una que era reàcia als canvis i l'altra que realment va dir que havia anat molt bé de veure altres maneres de treballar, de pensar i que els canvis sempre són bons**, però l'altra companya no canviava (11:14).*

En estar sotmeses a la rotació, les professionals de la primera promoció, se'ls ha fet difícil assolir el nivell de competència establert per Benner (op. cit.), tanmateix, la curiositat i

xafarderia que diuen tenir els ha portat a plantejar i propiciar algunes innovacions de la pràctica.

*SGD:... En el meu cas **una curiositat meva va servir per fer un protocol.** Perquè tu vas preguntant i cada una té una opinió o un criteri i llavors s'evidencia la necessitat de fer un protocol, perquè si hi ha tants dubtes (perquè cada una té una manera de pensar) i no consensem una cosa tan important, doncs, s'hauria de fer....*

_ Per fer-ho es va utilitzar la metodologia ABP?

Es van seure les infermeres de diferents torns i varen fer un llistats dels dubtes i varen consensuar el protocol. (11:13)

Una qüestió pendent de valorar és si un aprenentatge centrat en la persona que aprèn i no en la que ensenya fomenta una actitud professional més centrada en la persona atesa i no tant en la preeminència del professional que cuida. És inqüestionable que aquest ha de tenir els coneixements, les habilitats i les evidències que sustenten les seves actuacions, però, en haver experimentat el que comporta gestionar les pròpies capacitats, en el moment d'emprendre-les, hauria de tenir en consideració la idiosincràsia, els valors, les possibilitats i les dificultats que té la persona atesa per a adquirir també l'autonomia de les seves cures.

5.1.8. Canvis més enllà de l'esfera professional

Si en la concepció de currículum, que s'ha definit anteriorment, cal tenir present la història, la biografia i la cultura de les docents per a poder interaccionar amb les alumnes i crear significats tots plegats, es constata que no és sols tan una anècdota ressaltar de quina manera l'ABP ha canviat a més aspectes de l'esfera personal i del dia a dia domèstic.

*P4: ... L'ABP t'aporta un seguit de **canvis** que es manifesten fins i tot a casa o **en les coses més quotidianes.** Et preguntes com fas els aprenentatges, et tornes més crítica a l'hora d'una lectura o de creure't les coses que t'expliquen, busques més informació a partir d'un coneixement que ja tens o que estàs adquirint... Sempre intentes buscar la justificació del perquè les coses són així i no d'una altra manera. (9:5).*

P1:.... T'he de dir que l'ABP m'ha despertat la curiositat i m'ha fet més hàbil a l'hora de buscar informació. Per exemple: quan he de fer un viatge em poso a buscar tots els "intringulis" en dos o tres llocs diferents. O quan tinc dubte d'una paraula o d'un concepte em poso a esbrinar-ho jo mateixa en una enciclopèdia, a Internet..., perquè vull arribar al fons de la qüestió. (21:9)

Per a finalitzar aquest primer apartat de Canvi de Paradigma cal destacar que les docents manifesten que l'ABP ha estat un descobriment que els ha donat resposta a necessitats i inquietuds que tenien. Aquesta resposta és l'exponent d'una valoració madura i que dona fe que (10 anys després del canvi a l'EUI Vall Hebron) el procés no tan sols no ha estat un esdeveniment sinó que està consolidat.

A mode de síntesi, acabo aquest apartat fent meva l'expressió d'una professora:

P1:(...) "no tinc la sensació de que he hagut de fer grans renúncies, en no donar les classes que donava, perquè crec que el coneixement que es pot perdre no és res al costat de tot el que es guanya amb l'ABP". (21:3)

5.1.9. A tall de resum del canvi de paradigma

A tall de síntesi i sense perdre de vista l'objectiu d'identificar els canvis i les transformacions que s'han produït en les docents, la resposta que elles mateixes donen a tot el procés es concreta en els ítems següents:

- La innovació ha aportat molt més que un canvi metodològic. Ha suposat canviar de paradigma docent i un gir en la cultura de grup i de la institució.
- El canvi ha permès activitats més col·laboratives, necessàries per a l'organització d'un currículum integrat. Treballar en col·laboració ha permès compartir i construir concepcions i conviccions del nou rol docent i de la nova imatge que es té dels estudiants.
- Es reconeix, també, una alta dosi d'aprenentatge conjunt i cooperatiu.

Quant a la qualitat de la docència, un primer aspecte qualitatiu és reconèixer que amb l'ABP el coneixement és integrat i coherent amb la visió de la persona com a ser biològic, psicològic, social i cultural. Si bé aquesta concepció es troba molt arrelada en el pensament i treball propis de les infermeres, un currículum fraccionat per temes i assignatures ho dificulta. La reflexió contínua al llarg de l'aprenentatge pot generar que

siguin professionals reflexives, crítiques i amb capacitat per a desenvolupar una gestió més autònoma de les cures infermeres.

Per últim, cal dir que les pors i les recances, tant de docents com de discents, a hores d'ara estan superades. Hi ha un convenciment general que l'ABP, com a estratègia docent, desenvolupa habilitats per a ser competent en "l'aprendre a aprendre" i encaixa perfectament en les exigències en les recomanacions d'anar adaptant-se a l'harmonització de l'Espai Europeu d'Educació Superior.

5.2. FORTALESES I DEBILITATS COMPETENCIALS

Per aquesta part de l'anàlisi es pren en consideració els aspectes següents:

- Les competències infermeres.
- Les valoracions que fan les professionals d'infermeria de la primera promoció, expressades en les enquestes i en els grups de discussió.
- Les opinions de les docents en les entrevistes en profunditat.
- Els nivells competencials definits per Benner (1987, op.cit.).

S'ha argumentat anteriorment, en l'apartat del marc, que el concepte de competències és un constructe que es defineix amb significats diferents perquè depenen del context. En el docent representen una combinació d'atributs en relació als coneixements, les habilitats, les actituds i les responsabilitats, que descriuen els resultats d'aprenentatge d'un programa educatiu. Dit d'una manera més pragmàtica les competències són: el que els alumnes són capaços de demostrar al final d'un procés de formació (Tunning, op.cit.).

En el camp de la infermeria i segons el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, les competències infermeres són el conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions, que permeten que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment. Aquesta definició implica per una banda, la capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d'infermeria -al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut-, com també la referència a un "saber fer" que, com a mínim, s'estructura en tres dimensions: a) les conceptuals o de pensament crític (coneixements, presa de decisions, anàlisi i formulació de problemes; b) les interpersonals com els valors i les actituds i c) les tècniques com les destreses i les habilitats tècniques. Aquestes competències també

poden expressar-se en termes de responsabilitat respecte els pacients, usuaris, a un mateix, a l'equip de salut, a la professió, a la comunitat i a la societat.

Quan es va iniciar aquesta recerca l'any 2008 feia tres anys que els professionals d'infermeria de la primera promoció formats amb ABP havien acabat els estudis de diplomatura. Així, doncs, el temps màxim que podien haver estat en l'àmbit laboral els situava, com a molt, en el grup de "competents" segons els nivells²¹⁵ descrits per Benner.

Si es té en consideració la precarietat laboral que ofereix el sistema sanitari actual als nous titulats, amb contractes de suplències per mesos i fins i tot per dies en serveis i especialitats diferents, hi pot haver professionals que es considerin en l'esglaió inferior de "principiants avançats".

5.2.1. Les fortalezes

En les enquestes es demanava als estudiants que valoressin de l'1 al 8 la percepció de la seva capacitat per resoldre problemes. Sent l'1 una avaluació deficient i 8 la d'excel·lència. La puntuació mitjana obtinguda ha estat de 6,84 en les situacions i contextos estables i de 6,2 en els inestables i complexos.

Davant dels resultats, es considera que aquestes xifres indiquen una bona percepció de la seva competència, amb la lògica que es veuen millor en les situacions controlables i estabilitzades que en les que no ho són; tot i que quatre professionals ho valoren a l'inrevés, i una no ha puntuat aquest ítem. (Gràfica 1).

²¹⁵ Nivells competencials segons Patrícia Benner (op cit):

Principiant: el que no té experiència i que adopta conductes dirigides per normes, regles i necessita ajuda per establir un ordre de prioritats. En aquesta categoria s'hi inclouen estudiants i professionals que s'acaben d'incorporar.

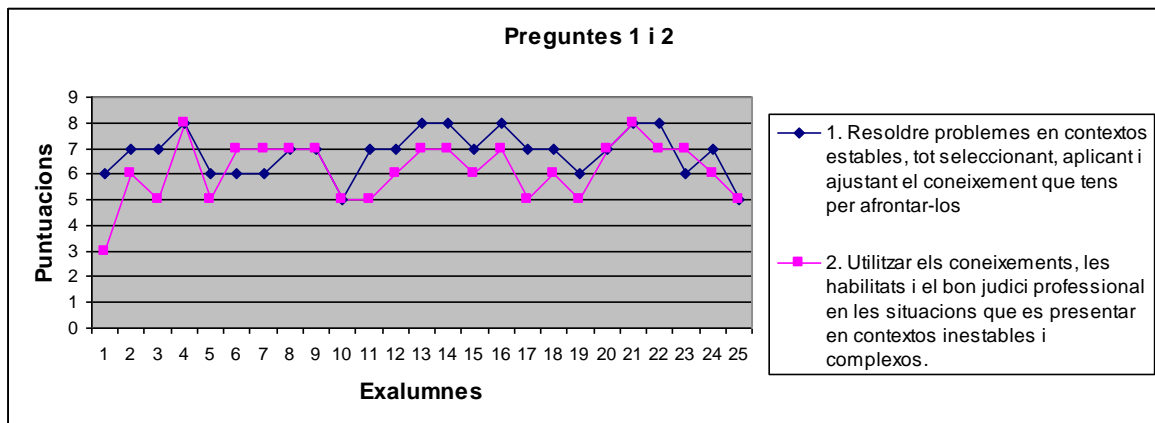
Principiant avançat: Professionals que ja han afrontat un nombre suficient de situacions pràctiques per observar els components significatius i recurrents. El principiant avançat ja està en condicions de formular principis que orientin les iniciatives de pautes o guies a seguir.

Competent: Quan té dos o tres anys d'experiència en les mateixes circumstàncies i pot valorar les seves iniciatives. Encara no té prou flexibilitat, però té la sensació de tenir coneixement i preparació per afrontar les situacions.

Eficient: L'experiència que té acumulada li fa percebre espontàniament les situacions com un tot global, cosa que el fa capaç d'identificar-les i ser eficient en la presa de decisions.

Expert: Ja no necessita un principi analític, sinó que capta intuïtivament les situacions, es centra en el nucli del problema i actua partint d'un coneixement global de la situació. És primordial el registre sistemàtic de l'activitat clínica experta per arribar a nous coneixements. No tots els professionals són aptes per aconseguir aquest nivell.

Gràfica 1: Pregunta 1 i 2 del qüestionari de les exalumnas



En la mateixa enquesta es van dissenyar també dues preguntes obertes amb l'objectiu de saber les dificultats i les fortaleses que han tingut els discents en la seva activitat infermera i que podrien atribuir-se en part a la manera en què es van formar. De l'anàlisi de les respostes, se'n destil·la que tres anys de treball -malgrat les precarietats de rotacions i contractes curts-, donen la maduresa i seguretat suficients i que encaixa amb el nivell de professional "eficient" descrit per Benner.

Cal destacar que reconeixen percebre una influència directa de l'ABP en la manera com afronten o resolen els problemes. En moltes ocasions aquesta percepció és configurada mitjançant la comparació amb companyes de treball que porten el mateix temps i condicions en l'exercici professional.

Respecte de la fortalesa competencial s'esmenten algunes afirmacions:

*EE:... Penso que tinc més capacitat que altres companyes a l'hora de **resoldre problemes** (5:68).*

*EE:... La metodologia m'ha donat més facilitat per a resoldre els inconvenients amb més velocitat i **eficiència** (5:79).*

*EE:... Fruit de la metodologia ABP és aquest saber adaptar-me a noves situacions, en què he d'investigar i buscar informació per acabar d'assegurar-me que estic desenvolupant unes **cures infermeres de qualitat** (5:86).*

*EE:... **Sé adaptar-me sense problemes als diferents llocs** on he hagut de treballar, perquè aquesta metodologia m'ha donat **força independència** per a resoldre problemes (5:108).*

És interessant de destacar que elles mateixes es vegin amb capacitat suficient per a resoldre problemes, de desenvolupar cures infermeres de qualitat, per adaptar-se a noves situacions i amb independència (autonomia). Afirmacions totes elles contundents pel que fa a l'eficiència i la seguretat que els ha donat el nou mètode per aconseguir aquest nivell de competència que encaixa també amb la descrita per Rué i Martínez (2005)²¹⁶: *“una mena de coneixement complex que sempre s'exerceix en un context d'una manera eficient”*. (p.15)

*EE:... Fruit de la metodologia amb què em vaig formar considero bàsics el saber buscar informació rellevant d'un tema del qual vull enriquir els meus coneixements, saber organitzar idees a l'hora de treballar i **treure els conceptes més importants de cada situació per a poder actuar de manera adient i ser eficient** (5:43).*

Per tal de seguir amb l'anàlisi de les fortalezes competencials, es començarà per les que han estat més valorades tant en la ponderació que els atribueixen, com pel volum de referències que les situen entre les més valorades:

- Saber treballar en equip.
- Les habilitats comunicatives i les relacions interpersonals amb els companys, els pacients i les famílies
- La voluntat a mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves.

5.2.1.1. El treball en equip

S'ha justificat a bastament en l'apartat del marc que l'ABP és una estratègia excel·lent per a desenvolupar competències transversals. El que es pretén en aquest apartat és donar evidències de quina manera aquest desenvolupament s'entronca en el progrés del treball en equip des de la formació.

El treball en equip ha estat la competència més ben valorada pels professionals de la primera promoció formats amb ABP -amb una mitjana de 7,56 sobre 8-, i la més comentada en les respostes obertes de l'enquesta. Una mostra de les seves afirmacions, ens consolida l'opinió que la manera com s'estudia influencia en gran mesura l'activitat i l'actitud professional.

²¹⁶ Rué, J. & Martínez, M. (2005) *Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

El concepte del treball en equip del qual partim²¹⁷ és el que està configurat per diferents professionals -de la medicina, d'infermeria, de psicologia, nutricionistes, odontòlegs, fisioterapeutes, farmacòlegs i de treball social- que habitualment denominem equip interdisciplinari de salut. Tot i que la complexitat dels problemes de salut emergents va configurant equips²¹⁸ d'actuació concrets i interactius, l'experiència personal viscuda com a usuària, fa afirmar que, en algunes ocasions, el grup encara té més de suma de professionals que d'interacció entre els individus que el conformen. Cal tenir present que les divisions del treball per especialitats fa que cada professional actuï en funció del seu saber determinat i que es perdi la visió de conjunt que és precisament el que necessita la persona atesa. Aquesta fragmentació del procés d'actuació terapèutica i la confusió en els diferents rols fa que es dilueixin responsabilitats que repercuteixen negativament en els pacients, bé sigui l'acompliment terapèutic o en l'educació per a una gestió autònoma del seu procés de salut-malaltia.

- **La cooperació, un valor professional**

Per conjugar el valor del treball en equip que es desenvolupa amb l'ABP amb el que posteriorment han de tenir els i les professionals d'infermeria com a membres dels equips de salut, cal tenir present la concepció de Perrenoud (2004)²¹⁹ que considera que treballar en equip és una qüestió de competència i la cooperació, un valor professional. Així doncs, saber treballar en equip és participar de la cultura de la cooperació, estar-hi predisposat i saber trobar i negociar les modalitats de treball òptimes en funció dels problemes a resoldre.

Les professionals de la primera promoció parlen del treball en equip com aquella relació amb els companys de treball, que facilita demanar ajuda (saber i poder demanar i saber i poder donar) i que flueix d'un treball en grup a través d'aquesta complicitat i d'una visió cooperativa.

SGD:... La part positiva d'haver treballat amb ABP és el treball en equip (...) Això et facilita la comunicació del dia de demà quan treballes, quan t'has de comunicar i en la relació mateixa del treball en equip. (...) També t'ajuda a l'hora de valdre't

²¹⁷ L'equip de salut va ser definit, l'any 1973 per la OMS, com una associació no jerarquizada de persones de diferents disciplines professionals, amb l'objectiu comú d'atenció a les persones i famílies amb una atenció el més integral possible.

²¹⁸ EAP: Equip d'atenció primària; PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de suport; UFIS: equips de consultors i de suport adscrits al servei de medicina interna que intervenen en els casos més complexos; EAIA: equips d'atenció integral ambulatoria; entre altres.

²¹⁹ Perrenoud, P. (2004b). *Diez nuevas competencias para enseñar: invitación al viaje*. Barcelona: Graó.

*per tu mateix. **Jo no tinc cap problema per demanar ajuda.** Tinc companyes que els costa molt demanar algun dubte a metges, companyes, auxiliars, sigui qui sigui. Jo no tinc problemes a demanar (11:7)*

Cal interpretar aquest demanar ajuda dins del marc de la cooperació que aporta valor professional i que és inherent a un aprenentatge social. Aprenentatge desenvolupat dins d'una "comunitat de pràctica", definida per Wenger (2001)²²⁰, que té com a primera característica el compromís mutu dels seus components. Compromís que permet que la competència de cada un cooperi amb la dels altres, la qual cosa fa que siguin contribucions complementàries per tal d'aconseguir la meta final.

Aquesta cooperació entesa de manera bidireccional (que circuli en tots els sentits), és la característica més costosa del treball en l'equip de salut. Obstacle per tot el que s'ha de trencar i construir per una concepció de treball que no sigui només una juxtaposició de disciplines ni la mera discussió dels diferents professionals implicats. En aquest sentit, és obvi que es reconegui que una formació dels professionals d'infermeria per problemes i per objectius, amb igualtat de responsabilitat de tots els membres que configuren el grup de tutoria i sense prejudicis de les activitats personals de cada un dels seus components, fomenti habilitats per aquesta cooperació en l'equip.

*EE:... Un dels punts forts de la metodologia ABP és que fomenta el treball en equip, **l'aprenentatge de la cooperació** dels diferents membres, amb la finalitat d'assolir un objectiu comú. El treball en equip és un dels pilars de l'Atenció Primària, que és l'àmbit on he estat més recentment (5:65).*

En aquesta afirmació del "ser un dels pilars", s'hi pot identificar una interiorització del que ha de ser una cultura organitzativa del treball que afavoreix les relacions de confiança entre els diferents membres de l'equip que els permeti reflexionar sobre les millors maneres d'afrontar les tasques o feines a fer o desplegar iniciatives d'ajuda mútua per a tirar endavant el treball i els objectius.

La qualitat d'un treball cooperatiu en l'equip de salut requereix d'un intercanvi continuat d'informació, realitzat en espais i temps comuns, amb la participació de tots en activitats conjuntes a més de les específiques de les especialitats de cadascun dels seus membres. Reclama també que cada professional assumeixi les pròpies funcions i conegui les competències dels altres, de manera que s'evitin confusions de rols i de responsabilitats.

²²⁰ Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significados e identidad*. Barcelona: Paidós.

- **La imatge de la infermera dins l'equip**

Un aspecte a tenir en compte és que, en els últims cinquanta anys, la professió infermera ha avançat molt en rigor i mètode, però, a les infermeres com a col·lectiu els caracteritza una cultura professional de baixa autoestima respecte d'altres professionals de l'equip. Aquesta autoestima, es troba lesionada per elements com: a) el pes històric d'una dependència a altres professionals, b) formar part d'un col·lectiu majoritàriament femení en una societat masclista i c) ser infermeres d'un sistema de salut dominat i controlat per metges i corporacions hospitalàries basades en la raó tècnica i mercantil (Medina 2005, op.cit).

Tampoc hi han ajudat gaire els mitjans de comunicació que sovint transmeten imatges i estereotips que no fan justícia a les competències de les infermeres, ni a la seva capacitat d'autonomia per a contribuir en la salut de les persones. Sovint mostren imatges de la infermeria com a tècnic sanitari, fet que empobreix el concepte del que és ser infermera i, de retruc, la pròpia valoració.

Amb aquest panorama -que influencia en gran manera la posició de les infermeres dins l'equip-, es fa necessari que les estratègies de formació corregeixin aquesta visió i trenquin amb aquells estereotips tan arrelats i, fins i tot, institucionalitzats. El fet que les professionals de la primera promoció formades amb l'ABP se sentin segures dins d'aquests equips denota que el termòmetre de l'autoestima està pujant la temperatura.

*PGD:... Yo trabajo en el instituto Gutman y hay muchas sesiones clínicas conjuntas, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, asistentes sociales, porque este tipo de enfermos necesitan de muchos profesionales. Como el ABP te enseña a hablar en público sin ningún problema y a defender tus propias ideas, encuentro que **te hace sentir mucho más segura** de lo que dices, porqué lo que dices lo tienes respaldado por lo que has buscado y sabes que existe no porque te lo inventes. No sé, yo creo que te encuentras más respaldada (6:11).*

Aquesta seguretat i satisfacció de participar en els debats amb coneixements sustentats i amb evidències dóna credibilitat i confiança alhora que els encoratja a sentir-se integrats i entre iguals dins l'equip. Tanmateix cal apuntar que aquesta seguretat en els coneixements es contradiu amb una de les dificultats més gran que tots atribueixen en la falta de coneixements com a debilitat pel fet d'haver estudiat amb problemes i no per assignatures. Aquest aspecte s'analitza en l'apartat corresponent a les debilitats.

Seguin amb el fil de la imatge de la infermera, prenem en consideració les reflexions de la necessitat d'humanitzar les cures que fa Quero (2004)²²¹. Aquest autor ens diu que després d'unes dècades de "foscúria", el coneixement, l'actitud crítica i l'afany de superació, estan recuperant lluminositat a l'horitzó d'infermeria. Lluminositat sustentada per la potenciació d'actituds humanístiques de les cures i, també, per potenciar l'actitud científica i tècnica; entesa una actitud com la cerca de coneixement científic, afany de recerca i d'una reflexió sobre l'exercici professional.

Reflexió teòrica i coneixement científic que han de desplaçar el voluntarisme afectiu i piadós, donant pas a una pràctica infermera amb una preparació professional de millora permanent i sense posar límits a les possibilitats. D'aquesta manera es va consolidant la consciència infermera com a professionals i com a col·lectiu capacitat per a un diàleg interdisciplinari que delimita els espais, però que esborri les fronteres entre les disciplines de la salut.

*P6:... Un altre aspecte que per a mi ha estat molt important és trencar barreres entre assignatures. Amb algunes ja ens havíem coordinat en algunes matèries, per exemple, la Maternoinfantil, la Nutrició i Dietètica i la Comunitària, perquè ens interessava molt veure quins continguts es donaven en cada una per tal de no repetir. Però trencar barreres amb Medicoquirúrgica, amb Farmacologia, en aquelles primeres reunions en què havíem de definir objectius integrats, per a mi va ser una experiència molt enriquidora. Tot el tema sobre què entenia cada una de nosaltres per un objectiu concret o per un altre; veure que teníem objectius quasi idèntics **i posar-nos a definir objectius conjuntament que integressin els coneixements de les diferents matèries, per a mi, ha estat molt enriquidor.** (28:29)*

Pel treball interdisciplinari es necessita competència de responsabilitat, d'habilitats de diàleg i de pacte, d'integració de coneixements, d'adaptació als canvis, de tolerància i de gestió de la incertesa.

Ruiz (2008)²²² sosté que, perquè els professionals de la salut consolidin el repte del diàleg interdisciplinari com a eina de treball, cal una posició de poder simètrica que permeti a cada una de les disciplines expressar-se en un pla d'igualtat entre elles. Simetria en la qual la infermeria (com ja s'ha comentat) sempre hi ha estat en clara

²²¹ Quero, A. (2004). Formación, humanismo i humanización. *Metas de Enfermería*. 7(3):55-58.

²²² Ruiz, V. (2008). Interdisciplinariedad y trabajo en equipo en los cuidados de enfermería al paciente psicogeriatrico. *Informaciones psiquiátricas*. 192: 59-162

desavantatge i en posició de dependència. Això no ha permès la situació d'equitat i justícia necessària per a un diàleg interdisciplinari.

Les exalumnes també parlen de la competència infermera en el conjunt d'un equip que estableix sinèrgies dins de la pròpia disciplina i en les que són properes.

*EE:... La qualitat que destaco per haver estudiat amb aquest mètode és saber treballar en equip, perquè, al cap i a la fi, tots actuem per aconseguir el mateix objectiu: el benestar físic i psicològic de les persones que cuidem i també que ens donem suport els uns als altres i que **aportem cadascú el que millor sabem fer.***
(5:45)

Dissenyar i organitzar un producte docent sobre salut que impliqui diverses àrees de coneixement, més enllà de les fronteres que s'aixequen entre facultats i titulacions, és complex i difícil. Malgrat aquesta dificultat, hi ha experiències properes (Caminal et al.)²²³, i estudis com el de Goelen (2006)²²⁴ que han demostrat un canvi d'actituds positiu sobre el valor que suposa el treball interdisciplinari en salut.

5.2.1.2. Les habilitats comunicatives i les relacions interpersonals

Els resultats de les habilitats comunicatives i les relacions interpersonals, atesa l'estreta proximitat que hi ha entre elles, cal analitzar-les conjuntament. A la vegada, cal assenyalar que són termes que s'han anat utilitzant en paral·lel en el decurs de la recollida de dades

Les habilitats de comunicació i de relació amb les persones ateses són una de les bases fonamentals de la pràctica dels professionals sanitaris. La comunicació adient és

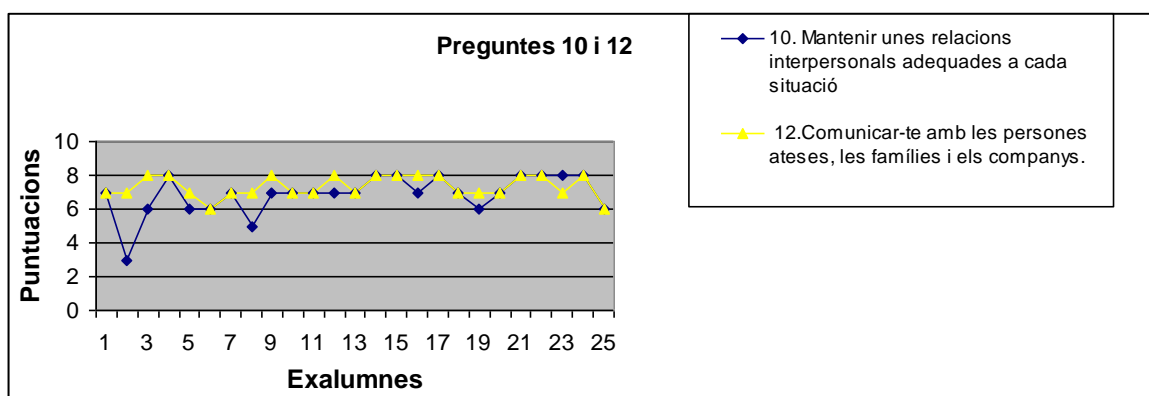
²²³ L'assignatura: La salut en el segle XXI: una responsabilitat a compartir. Dissenyada des del Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, amb la pretensió de capacitar estudiants de diferents titulacions per construir els conceptes de salut i benestar des d'una perspectiva global, per poder donar respostes interdisciplinàries als problemes de salut més freqüents. Els estudiants matriculats en el període 2004-2007 han estat de les disciplines: Medicina, Infermeria, Psicologia, Econòmiques i DAE, Comunicació, Biologia, Biotecnologia, Sociologia, Dret, Informàtica, Antropologia, Enginyeria química i Ciències de l'educació.
Caminal, J., Aradilla, A., Cònsul, M., Gutiérrez, T. (2007). La salut en el segle XXI: una responsabilitat a compartir. Experiència per crear cultura de treball interprofessional. *Experiències docents innovadores de la UAB en ciències experimentals i tecnològiques i en ciències de la salut.* 179-187.

²²⁴ Goelen G., De Clercq G., Huyghens L., & Kerckhofs E. (2006) Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Medical Education.* 40 (6): 555-561.

considerada com l'habilitat clínica fonamental que caracteritza un professional competent i una de les majors fonts de satisfacció professional²²⁵.

La valoració de la comunicació amb les persones, les famílies i els companys ha estat la segona en el rànquing de les puntuacions (7,36 sobre 8) i una de les més comentades i codificades. La de les relacions interpersonals ha obtingut 6,88 sobre 8, cosa que fa veure que hi ha un grau major de dificultat a l'hora d'establir relacions adients.

Gràfica 2: Preguntes 10 i 12



Si es ompara el comportament de les puntuacions en la figura 2, es veu que, tot i que la comunicació és el primer esglaó per a unes relacions interpersonals adients, l'assoliment de l'habilitat comunicativa per a sentir-se competent per a les relacions interpersonals professionals, no sempre va amb una equidistància.

▪ Les habilitats comunicatives

Com ja s'ha destacat, les habilitats comunicatives formen part de les competències bàsiques dels professionals sanitaris i són la clau per a una bona atenció de les persones.

L'emotivitat en la comunicació verbal i no verbal, en la relació de la infermera amb la persona atesa, fa palesa la importància del treball comunicatiu per poder reconèixer les emocions més diverses que s'hi transmeten com són: alegria, tristesa, sorpresa, admiració, desig, refús, por, ira, còlera, complaença, desengany..., com també les manifestacions somàtiques que es poden exterioritzar: gesticulació, moviments facials,

²²⁵ Cleries, X. (2006). *La comunicació. Una competència essencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.

robotització, suor, llàgrimes, tremolors..., que s'han de saber reconèixer i relacionar dins del context comunicatiu.

La comunicació oral és l'eina bàsica de participació en les sessions tutorial de l'ABP. Comunicació que, en ser espontània i immediata, fa que vagi acompanyada d'elements no verbals (gestos, mirades, postures, i moviments) que ajuden a determinar la comprensibilitat del que s'està explicant. La participació de l'estudiant en la tutoria té l'objectiu que aquest es responsabilitzi i s'impliqui a expressar judicis i opinions pròpies de forma argumentada, contrastada, sintetitzada i entenedora, i alhora ajuda que desenvolupi i produeixi canvis subjectius i objectius en les seves habilitats comunicatives.

L'experiència com a tutora ABP m'ha permès poder constatar el salt qualitatiu que han donat els estudiant de primer a tercer curs. Aquest coneixemt directe és la raó per què estigui en situació d'afirmar que en la tutoria és on es donen les condicions idònies per adquirir les habilitats per a comunicar-se de manera empàtica i assertiva, i per a utilitzar de manera eficient l'escolta i la comunicació no verbal.

▪ ***La timidesa, una dificultat per a l'avaluació comunicativa?***

La dificultat per avaluar la comunicació en el context de la tutoria està en la influència que pot haver-hi en la manera de ser i en la idiosincràsia que ens caracteritza com a persones: extravertits, introvertits, simpàtics, amb major o menor autoestima, entre altres. Es fa evident que una persona tímida o poc parladora es troba en pitjors condicions per ser avaluada (tant dels coneixements que ha adquirit, com de les habilitats de comunicació).

Amb l'avaluació entre iguals es van forjant percepcions i imatges de les identitats que té cada persona i que la fan única. Per Maalouf (1999)²²⁶ les identitats són donades, mantingudes i alterades a través de la interacció social, és a dir, de la relació amb els altres. Els altres són miralls que, mitjançant els seus judicis i avaluacions, reflecteixen els mèrits i valors propis. Així és que l'autoimatge (i, per tant, l'autoavaluació i l'autoestima), és en mans dels altres, en concret, en la imatge reflectida que ens retornen quan s'esdevenen les interaccions socials.

²²⁶Maalouf, A. (1999). *Les identitats que maten: per a una mundialització que respecti la diversitat*. Traducció de Carles Besa. Barcelona: La Campana.

Tot i que el que s'avalua no és la quantitat de comunicació, sinó la seva qualitat i pertinença, si una persona no parla gaire en el decurs de la tutoria no hi haurà suficient evidència per poder basar la seva avaluació com en el cas d'una altra que sí que es manifesta suficientment.

*SGD:... Segur que el mètode ABP facilita les habilitats de comunicació perquè no és el mateix estudiar durant tres anys escoltant els professors que et van dient els conceptes i tu et limites a prendre apunts, que una persona que durant tres anys ha estat buscant informació, i aquesta informació l'ha d'aportar als companys de tutoria i l'ha d'argumentar i sintetitzar. És lògic que amb això hi hagi un desenvolupament de l'habilitat comunicativa. L'altra cosa és la motxilla que cadascú porta d'aquesta habilitat o la manera de ser de cadascú, amb la **vergonya o la seguretat personal**. Però el fet comunicatiu amb els companys a la tutoria ajuda molt (11:33).*

Vergonya o seguretat personal que aflora amb molta freqüència en un alumnat que no està avesat a compartir (parlar) entre iguals dels coneixements que tenen o que els falta per analitzar una situació problema. La motxilla amb què vénen està plena d'haver estat atents i confiats amb el que el professorat els transmetia. Els coneixements impartits es consideren sòlids, certs i sense espai per al dubte. Amb la certesa que el que sortia a l'aula era la base de l'avaluació i, amb la seguretat més segura de totes, que per a superar la matèria cal respondre preguntes d'aquestes certes per escrit.

Descarregar o desfer-se d'aquests aprenentatges no és fàcil, com ja s'ha argumentat en l'apartat del canvi de paradigma docent. Com tampoc no ho és que els/les docents s'adonin que la vergonya és més que un sentiment i, per tant, no s'ha d'avaluar.

En trencar tantes certes, les persones vergonyoses se senten vulnerables, desprotegides i exposades malgrat els esforços per no ser-ho. En la tutoria s'observen respostes fisiològiques que solen ser molt desagradables per la persona que les pateix: tremolors de veu, craqueig, envermelliment facial i nerviosisme que no fan més que empitjorar i reforçar la vergonya.

La vergonya sorgeix quan la dignitat pròpia es veu amenaçada. Tot i que en el context de la tutoria es va generant un clima de confiança, hi ha una avaluació continuada per part de tots els components (autoavaluació, avaluació entre iguals i la que fa el tutor/a) que pot fomentar aquesta amenaça en les persones predisposades.

Una d'elles ho reconeix amb aquestes paraules:

*SGD:... L'ABP és un mètode que si no et saps comunicar vas malament. Perquè tu pots sortir de casa i saber molt (es refereix a haver estudiat el pla de treball consensuat en la sessió anterior), però **si no saps expressar-te o tens vergonya, no et serveix de res perquè no pots demostrar el que saps**. En un principi penses, he de parlar perquè si no aniré malament. Després t'adones que parles i no ho fas tant perquè si no ho fas trauràs mala nota, sinó perquè has adquirit unes habilitats de parlar i que no ho fas de manera forçada, sinó perquè et surt de tu. **Comences per obligació, però acabes amb aquesta habilitat molt més desenvolupada** (11:33).*

La tutoria d'ABP és un bon context per a l'entrenament dels aspectes difícils que pugui tenir l'alumnat en les habilitats comunicatives. Dificultats que, en ser detectades pel tutor o tutora i identificades per l'estudiant/a, es poden treballar, supervisar i ser esmenades abans que es posi en contacte amb els pacients, les famílies i l'equip de salut en el context de les pràctiques clíniques.

L'equip docent que va dissenyar el canvi a l'EUI Vall d'Hebron tenia molt clar que, per a cuidar i atendre persones, les habilitats comunicatives de les infermeres s'havien d'impregnar d'excel·lència. Per a assolir-ho es va apostar pel disseny i l'aplicació d'un programa transversal d'habilitats comunicatives que ajudés a aconseguir la competència infermera per: "*Mantenir unes relacions interpersonals a través d'una comunicació eficaç, efectiva i positiva, amb la persona, la família, els grups i l'equip de treball*"²²⁷. En aquest programa s'utilitza l'anàlisi reflexiva de la pròpia experiència comunicativa i la dels aprenentatges en la pràctica clínica. En les sessions d'habilitats l'estudiant té l'oportunitat d'interpretar el significat comunicatiu de les situacions viscudes.

Les pròpies experiències i els informes de satisfacció dels usuaris dels serveis de salut²²⁸ diuen que els aspectes que causen major insatisfacció i són motiu de suggeriments i reclamacions són: la falta de tracte personalitzat, d'intimitat i privacitat i el poc temps disponible per a l'atenció individualitzada. Entre les àrees que cal millorar hi continua estant present l'adequació de la informació que es dóna i com es dóna.

²²⁷ Competència cinc del currículum infermer de l'EUIVH, adaptada de les que el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut va definir l'any 1999 (Op. cit.).

²²⁸ Generalitat de Catalunya. (2009). Els ciutadans i la seva percepció de la Salut a la Regió Sanitària de Barcelona. Presentació de J.L. Piqué, el 5 de febrer de 2009 al CaixaForum de Barcelona.

*EE:... **Les habilitats comunicatives** són l'eina essencial en el meu dia a dia com a infermera psiquiàtrica. Coses com l'escolta activa, l'assertivitat, la contenció verbal, deixar que el pacient expressi les seves emocions en un entorn segur i d'aquesta manera disminuir la seva ansietat, **són eines bàsiques** en el tractament del pacient psiquiàtric. I penso que tinc aquest valor afegit gràcies a aquesta metodologia (5:93).*

En l'adquisició de la competència comunicativa hi intervenen tant els coneixements que s'adquireixen i s'assagen (amb exercicis de *role play*) en el programa transversal d'habilitats comunicatives com en el desenvolupament de la tutoria ABP que, com ja s'ha dit, té com a mitjà de funcionament la comunicació oral. Per últim, l'element més decisiu de tots és posar en solfa tots aquests aprenentatges en el context real de les pràctiques que és on l'estudiant haurà de fer front a la complexitat del procés comunicatiu.

Com s'ha dit en l'apartat de l'avaluació dels estudiants, en la tutoria d'ABP, el que s'avalua respecte de la comunicació²²⁹ són els punts següents: si sintetitza la informació, si la presenta de manera ordenada, si s'expressa de manera clara i precisa i si explica de forma adequada el seu confort o desconfort en el grup. Aquesta valoració es du a terme mitjançant tres processos: a) l'autoavaluació, b) l'avaluació entre iguals i c) l'avaluació del tutor/a). Processos tots ells que, com diuen Aradilla i Tort (2006)²³⁰, en ser compartits entre el tutor/a i els mateixos estudiants, constitueixen un bon instrument per a treballar la responsabilitat individual i el treball cooperatiu.

Pel que fa a l'opinió de les docents, cal destacar que, en haver-hi una relació més propera amb els estudiants, en la mesura que com a docent es va veient el progrés que experimenten es té una satisfacció que abans era més difícil d'experimentar. Una de les professores entrevistades ho expressa d'aquesta manera:

²²⁹ Després d'utilitzar durant cinc anys el formulari d'avaluació de la Universitat Nacional del Sur de Bahia Blanca d'Argentina, que concreta l'avaluació de la tutoria d'ABP en quatre dimensions: la Responsabilitat; les Habilitats d'aprenentatge; la Comunicació i les Relacions interpersonals; l'equip docent va fer un anàlisi exhaustiu de l'experiència i va acordar els indicadors més adients que ens podien donar una evidència precisa, i sobre tot unificada, per avaluar.

Concretament la de comunicació va quedar de la següent manera:

- **Sintetitza la informació:** si resumeix el contingut d'un paràgraf o una idea amb les seves paraules; i/o parla dels punts claus d'un article o d'una informació.
- **Presenta la informació de manera ordenada** o agrupa conceptes de manera progressiva.
- **S'expressa de manera clara i precisa:** si explica conceptes i idees amb precisió i concreció. Si sap il·lustrar les idees. Si sap utilitzar terminologia professional.

Explica de manera adequada el seu confort i desconfort en el grup

Informació extreta del formulari d'avaluació de la tutoria d'ABP del curs 2009-2010. Document intern policopiat.

²³⁰ Aradilla, A. & Tort, G. (2006). *Mòdul transversal en infermeria geriàtrica i comunitària. L'Aprenentatge Basat en Problemes com a oportunitat per a un aprenentatge compartit*. Col·lecció Materials, 180. Bellaterra: Editorial UAB.

*P2:... Ara el fet de tenir un tracte més personalitzat té uns avantatges més satisfactoris perquè pots comprobar allò que tu estàs treballant amb el grup, veus com va millorant i pots veure que **estudiants que són molt tímids i que no participen.... més tard vas veient el canvi i com van evolucionant. I això et fa estar contenta i satisfeta.**(7:14)*

El disseny d'aquest estudi no planteja el punt de vista d'altres professionals d'infermeria que podrien haver-nos dit com veuen les infermeres formades amb l'ABP. Però, pel que fa a les habilitats comunicatives, sí que es té l'opinió de les infermeres assistencials que tutoritzen l'aprenentatge de les pràctiques i que són les que poden captar un primer resultat en les pràctiques clíniques. Una de les professores entrevistades, que gestiona el procés de les pràctiques i és la responsable del programa transversal de les habilitats comunicatives té l'evidència del resultat d'una enquesta que ella mateixa ha comentat en el decurs de l'entrevista i que s'aprofita com un resultat més que ens consolida i corrobora l'habilitat comunicativa com un dels punts forts de les competències:

*P3:... La competència comunicativa també s'avalua a les pràctiques. Tenim una enquesta contestada per les infermeres on volem saber com veuen elles aquesta competència en comunicació dels estudiants. No podem comparar com ho veuen abans i després de l'ABP, perquè les tutores moltes són noves i no ens serviria la comparació amb abans. Però si d'alguna cosa estan contentes les infermeres, és de com es relacionen amb els pacients i les famílies els estudiants actualment (...) **En cada reunió et diuen que queden sorpresos de la gran habilitat comunicativa que tenen, i això et satisfà.**(8:23)*

▪ **Les relacions interpersonals**

Com s'ha comentat, mantenir unes relacions interpersonals a través d'una comunicació eficaç, efectiva i positiva, amb la persona, la família i l'equip de treball és una de les sis competències que configuren el currículum de l'EUI Vall d'Hebron. L'eficàcia i l'efectivitat en les relacions interpersonals, s'entenen quan les relacions són saludables, plenes d'afecte, confiança i seguretat, i afavoreixen l'adaptació de les persones a la situació de salut-malaltia.

Perquè les relacions siguin saludables cal saber interactuar amb confiança i empatia en un ambient de respecte per la dignitat de la persona atesa. Saber posar-se en el seu lloc i

establir el temps i l'espai adients per tal que se senti compresa i pugui arribar per si mateixa en un estat de serenor i benestar.

Les relacions interpersonalson són la base per poder acompanyar els moments de fragilitat que viuen les persones amb problemes de salut, que són únics i incomparables com ho són les reaccions i respostes de cada individu. Les relacions que la infermera instauri en el decurs d'aquestes respostes, reaccions i vivències, ajudaran que s'estableixi una relació d'acompanyament a l'esperança o a la desesperança.

L'avaluació de la competència expressada en la gràfica 2 (pregunta 10 i 12) assenyala un bon concepte en l'assoliment de les relacions interpersonalson. Tanmateix, les afirmacions de les exalumnes en els grups de discussió i les condicions del context amb què han de treballar les infermeres²³¹, evidencien que una formació bàsica generalista i tres anys d'exercici professional no donen el bagatge suficient i la maduresa professional perquè les relacions interpersonalson aconseguixin estar impregnades de valors humanistes i de *caring*²³². És a dir, unes relacions interpersonalson fonamentades en el coneixement de la persona, la salut, l'entorn i les cures tenint sempre presents les emocions, l'empatia, la comprensió, l'autenticitat, l'escolta activa, la repocitat, la intuïció i la disponibilitat (Teixidor, 2005 op. cit.).

Els comentaris recopilats estan en la línia que l'ABP és un mètode que afavoreix les relacions interpersonalson, com a primer esglaó per arribar a acompanyar i a cuidar. Però també és cert que no s'aprofundeix en quina mesura aquestes relacions impregnen les cures i les atencions infermeres.

EE:... A mi personalment, el que més em va aportar la metodologia ABP és la millora quant a la meva relació amb la gent. M'explico. Abans de començar a estudiar la diplomatura d'infermeria era una persona que em costava molt fer-me amb la gent, relacionar-me, ser capaç de tenir una conversa amb persones totalment desconegudes...(5:59).

Efectivament, per a dur a terme una relació d'ajuda es necessita un bon domini del procés de la comunicació humana i saber percebre els elements afectius que la persona ens transmet per mitjà del llenguatge verbal i corporal, dels sentiments, de les emocions que viu en cada moment del procés en què es troba.

²³¹ Amb hospitalitzacions de curta estada i ràtios d'infermera-pacient per sobre del desitjable.

²³² Com ja s'ha comentat en el Marc, el *caring* sorgeix d'una orientació humanista científica, fenomenològica i existencial. Es tracta d'un ideal moral que neix a través d'una relació terapèutica.

PGD:... L'ABP te ensenya e estar en contacto con las personas. En nuestra profesión tenemos que estar siempre en contacto con personal, con todo tipo de personas, a hablar con ellas a que te entiendan, a resumir las cosas, a hablar en diferentes niveles porqué te encuentras con todo tipo de personas que tienen diferentes preparaciones y niveles. (6:4).

El rol infermer se sustenta en un marc de calidesa humana i de relació d'ajuda que s'ha de manifestar en actituds de respecte, autenticitat, comprensió i empatia. Empatia entesa com una aliança amb la persona atesa per tal que entengui que la infermera està disposada a escoltar-lo, a dedicar-li un temps per ajudar-lo a viure la seva situació.

Les relacions que s'estableixen en les tutories d'ABP i l'avaluació continuada i formativa permeten experimentar per una banda la relació d'ajuda experta per part de la tutora que té com a missió acompanyar en el camí de l'aprendre a aprendre, i de l'altra les relacions interpersonals entre iguals que s'estableixen amb la resta de components del grup. D'aquesta interacció entre iguals Duran (2002, op. cit.) diu el següent: *és una font d'aprenentatge, permet l'adquisició d'habilitats socials bàsiques per a la vida democràtica i és en si mateix funcional, en una societat, la del coneixement, on saber amb altres és una competència bàsica". (p. 29)*

*P4:... Veig que els estudiants han guanyat moltíssim pel que fa a saber relacionar-se amb grup, a tenir respecte per l'opinió dels companys, a **ser capaços d'avaluar** per fets concrets i veure que les crítiques no són crítiques perquè sí, sinó que es fan **per solucionar problemes** (...) I fer-ho sabent trobar les paraules. Jo crec que el valor de la comunicació ha millorat moltíssim amb les relacions interpersonals entre els estudiants. Fins i tot amb els tutors són més crítics, saben posar el seu criteri sobre la taula. (9:14)*

En la tutoria de l'ABP es donen les condicions de col·laboració i comunicació idònies que faciliten l'aprenentatge entre iguals; i també, les relacions interpersonals a través del format d'avaluació, que obliga a "donar i rebre", *feedback*, que té un evident paral·lelisme amb la finestra de Johari²³³.

L'autoavaluació correspon a l'àrea "oberta", la que permet veure el que tots coneixem: les experiències i les dades conegudes per la pròpia persona i pels qui l'envolten. Es

²³³ Finestra dita així per la combinació dels noms dels seus creadors (Joseph Luft i Harry Ingham). Es tracta d'un esquema conceptual a partir de dos grans eixos: el que jo conec o desconec de la meua persona o el que els altres coneixen o desconeixen de mi que, en relacionar-los, divideixen el coneixement personal en quatre quadrants: l'obert, el cec, l'ocult i el desconegut.

caracteritza per intercanviar informació de manera lliure i oberta entre el “jo” i els altres. Aquesta àrea va augmentant en la mesura que es crea un nivell de confiança entre els participants del grup i també a mida que es va compartint informació de caràcter personal. En l'autoavaluació també hi entra en joc el quadrant “ocult”, el que tan sols un mateix coneix de si mateix i que els altres mai no ho sabran si no ho dona a conèixer. Quan ho fa, aquesta informació passa a l'àrea oberta. En la tutoria, si un estudiant es troba en una dificultat emocional per haver passat una experiència personal, si ell no ens ho diu, no ho sabrem i, per tant, no el podrem ajudar.

La coavaluació o avaluació entre iguals permet que aflorin els aspectes de l'àrea “cega”, aquella que conté informació respecte al que s'ignora d'un mateix, però que pot ser captada pels altres. Així és cert que, en la manera com ens comuniquem i ens donem a conèixer, hi ha aspectes que manifestem de nosaltres mateixos, però que no en som ni conscients ni coneixedors. En la mesura que els altres ens donin aquesta informació, la podrem passar a l'àrea oberta i, si s'escau, fer propostes de millora.

L'avaluació per part del tutor/a és una part més en aquest donar i rebre que és la retroalimentació. La seva posició de responsabilitat i de ser model per a la resta del grup ha de garantir que el missatge transferit en l'avaluació sigui eficaç, neutre i oportú. Per ser-ho, ha de tenir present que el *feedback* és “eficaç” si va dirigit a un comportament modificable mitjançant el reconeixement del punt feble que cal millorar. És “neutre” si es limita a descriure fets concrets i no valoracions que comportin censure negatives que puguin desencadenar respostes reactives i de defensa. I és “oportú” si el moment de donar-lo és l'ídoni perquè sigui constructiu i no destructiu.

Sigui quin sigui el sistema d'avaluació que s'utilitzi, el fet de valorar sempre condiciona l'aprenentatge. I si a més és vist com un procés, l'avaluació n'és una part important. El disseny que s'utilitza en l'ABP permet créixer en aquells aspectes que nosaltres no ens coneixem i que, en canvi, els altres veuen. Corregir i modificar comportaments són mecanismes que impliquen una capacitat d'escolta, de discriminació i d'acció per a tornar a començar el procés.

*EE:... Els meus companys no paren de dir-me que es treballa molt bé amb mi. Suposo que sempre s'han referit al fet que, havent estudiat com ho hem fet, vulguis que no tinc una altra capacitat per dir les coses i sé veure qui és vàlid en la seva feina i potenciar-ho i al mateix temps **ajudar les persones més introvertides a compartir el seu punt de vista.** (5:92)*

Cal afegir també que les relacions interpersonals que s'estableixen entre docents i discents, amb una interacció tan directa i supervisada com és l'ABP en grups petits, faciliten que es puguin desenvolupar afinitats d'ajuda necessària per tal que l'avaluació continuada i formativa sigui efectiva. Però, la contrapartida d'una relació tan estreta és que les docents reconguin que es fa més difícil de prendre les decisions de certificació final.

*P2:... Quan hi ha estudiants que no estan motivats és una interferència contínua amb el grup i amb la relació amb tu com a tutora. I això és un problema. O quan has de prendre decisions, com que **amb aquest tracte tan personalitzat fa que els coneguis molt, es fa més difícil la presa de decisions.** (7:14).*

La pregunta que susciten afirmacions com aquesta que s'acaba de citar, és si amb un tracte tan estret i personalitzat no s'està transformant la "relació de poder" que, segons Medina (1999 op. cit.), impregna les relacions entre el professorat i l'alumnat d'infermeria. Un poder que tot sovint coacciona i que limita les possibilitats d'aprenentatge perquè "l'educació infermera s'ha d'entendre com a quelcom més complexa que un procés d'aprenentatge professional per mitjà de pràctiques intencionals d'ensenyança. En realitat, és un procés que per mitjà de mecanismes ocults i implícits, ajuda a crear i legitimar formes de consciència en les estudiants que recreen i legitimen les relacions de poder". (p.156). Davant d'això, el mateix autor exposa la necessitat d'una transformació del currículum d'infermeria i algunes modificacions en l'estructura comunicativa entre professores i estudiants. En definitiva, proposa de desenvolupar estructures de diàleg lliures de domi, que fonamentin relacions empàtiques, horitzontals i autònomes.

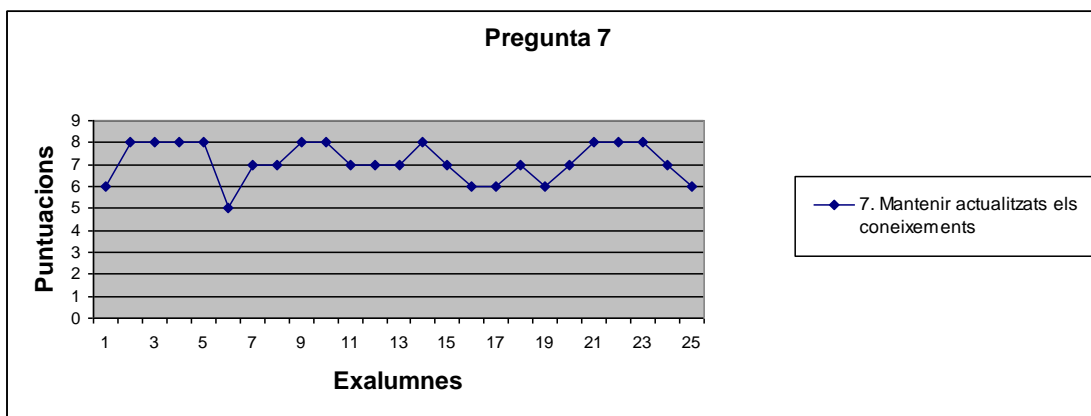
El context de les tutories d'ABP és un primer esglaó que ajuda a fomentar aquesta relació horitzontal, empàtica i autònoma. Si aquest aprenentatge s'extrapola a l'àmbit professional, cal tenir present que la relació que s'estableix en l'encontre entre una infermera i la persona atesa no és d'igualtat. En aquesta situació es troben dos éssers humans en què un té la necessitat d'ajuda i l'altre la voluntat d'oferir-la. L'aprenentatge en aquesta relació tan sols es pot perfilar i consolidar en el context real, complex i carregat d'incertesa de la pràctica clínica assistencial. És en el procés d'aquesta pràctica on es pot comprobar d'una manera més global el que és possible del que no ho és.

Ara bé, per molt que en el context de l'ABP les situacions siguin reals i permetin fer patent la formalització de la teoria, "la pràctica clínica sempre és més complexa i presenta moltes més contingències de les que es pot plasmar en la teoria per si sola" (Benner 1987, p.63).

5.2.1.3. Mantenir actualitzats els coneixements i les habilitats per a tractar situacions noves

Mantenir actualitzats els coneixements ha estat també una de les competències més ben avaluades tant en puntuació numèrica (7,21 sobre 8) com en els comentaris en la part oberta de les enquestes i dels grups de discussió.

Gràfica 3: Pregunta 7



Dins de la dinàmica de l'ABP el pla de treball que es deriva de la segona sessió de tutoria, porta a l'estudiant a gestionar de manera autònoma la cerca i la selecció d'informació que necessita. És a dir, l'estudi del que li fa falta i la decisió de fins on i per què l'ampliarà. Per a fer-ho sempre ha de tenir en compte els coneixements previs del què parteix i els objectius marcats en la unitat corresponent i els que s'han definit en el grup o de manera individual.

Per a l'anàlisi d'aquesta competència es pren en consideració les dades dels codis següents:

- La gestió autònoma dels aprenentatges: 29 unitats de significat.
- La motivació per aprendre i continuar estudiant: 19 unitats de significat
- La responsabilitat: 9 unitats de significat.
- La seguretat professional: 23 unitats de significat.

▪ **La gestió autònoma dels aprenentatges**

Com ja s'ha dit al llarg d'aquest treball i en les publicacions que hi ha sobre l'ABP, una de les característiques més ben valorades és precisament la que desenvolupa habilitat i competència per a la gestió autònoma del procés d'aprenentatge. Per tant, era lògic esperar que les exalumnes de la primera promoció la reconeguessin també com una de les seves forteses.

*EE:.... Penso que **tinc més capacitat** que altres companyes a l'hora de resoldre problemes que no sabem afrontar, **quan no recordes algun tema que necessites saber**. Vull referir-me que sé "com buscar-me la vida" per solucionar problemes, dispo de més recursos que recordo de l'Escola (5:68).*

*EE:....M'ha servit realment en la meva pràctica quan he hagut de fer una investigació/treball per al postgrau, el màster o el centre on treballa. **He agilitzat més les cerques i he sabut on anar més directament per a buscar articles o informació fiable** (5:37).*

El fet que es decideixi quina informació és fiable o no ho és, incorpora l'element discriminatiu que té com a premissa saber fer-ne una lectura crítica de la mateixa.

En general, els estudiants estan més acostumats a consumir informació d'idees més que crear-les i recrear-les. Freire (2001)²³⁴ categoritza la lectura com una disciplina intel·lectual que requereix una actitud crítica sistemàtica que es desenvolupa practicant. La lectura implica aprehendre de manera crítica el contingut del que s'està llegint, assumint una inquietud intel·lectual permanent i una predisposició a la investigació.

Com ja ha quedat manifest en el model docent de l'EUI Vall d'Hebron, davant la necessitat d'acompanyar l'estudiant en la gestió de la informació i en la lectura crítica de la mateixa, a l'Escola s'utilitza l'estratègia formativa del programa d'habilitats paral·lel a l'ABP. L'objectiu és que l'estudiant desenvolupi recursos personals per a buscar, analitzar i gestionar de manera sistemàtica la informació relacionada amb les preguntes que ell mateix es planteja en els problemes base del seu aprenentatge, en les sessions de tutoria o en el decurs de les pràctiques clíniques.

Ambdues estratègies (l'ABP i el programa d'habilitats) serveixen per assolir la competència del perfil professional de mantenir actualitzats els seus coneixements i

²³⁴ Freire, P. (2001). La naturaleza política de la educación: cultura poder i liberación. Barcelona: Paidós

habilitats amb capacitat per tractar situacions noves i integrar els resultats de la recerca i les experiències documentades en la presa de decisions.

L'experiència com a docent del programa d'habilitats fa que pugui afirmar que la dificultat més gran per a la lectura crítica dels estudiants de la formació bàsica de pregrau és la falta de coneixements elementals de les temàtiques infermeres. Si la lectura crítica és un debat entre qui llegeix i el que està escrit, aquest debat resulta bastant estèril sense experiència. Si l'experiència és l'eix central i el punt de partida que li dóna sentit al que es llegeix (Viniestra, 2002 citat per Carranza, 2007)²³⁵ és lògic que els estudiants visquin i recordin les primeres sessions d'aquestes habilitats com a feixugues i caòtiques. És per aquesta raó que no les avaluen amb excel·lència quan se'ls pregunta per l'estratègia formativa en concret (6 sobre 8), però, per contra a l'hora d'avaluar la competència després de tres anys de professionals la consideren com un punt fort de la seva pràctica.

*SGD:....Si s'ha de fer una cerca estem més preparades. **Aquest mètode m'ha donat el fet l'espavilar-me per mi mateixa...**, ajuda a buscar-te les castanyes.
(11:16)*

Rué (2008)²³⁶ alerta que accedir autònomament a fons d'informació, seguir processos d'autoinstrucció o d'autoaprenentatge o fer un treball de pràctiques, poden constituir condicions necessàries però no necessàriament suficients per al desenvolupament d'una autonomia personal i intel·lectual. Aquestes situacions poden molt bé estar relacionades amb situacions de dependència i no d'autonomia, atès que el desenvolupament de l'autonomia no depèn tan sols de tenir una idea del què fer i com avançar o continuar (la direcció), ni tampoc saber com fer o treballar i fins a on (el sentit), sinó que depèn fonamentalment del potencial d'autorealització que tingui una activitat. *"En la mesura que tot el potencial regulador descansi en el pol del docent, la situació d'aprenentatge (...) no desenvoluparà realment l'autonomia de l'estudiant"* (p.52).

En aquest sentit, s'està d'acord amb Thanasoulas (2005, citat per Rué 2008)²³⁷ que el que converteix a un aprenent en autònom són les característiques que ell explicita així:

- *Tenir molt clar quin és el seu estil d'aprenentatge i les seves estratègies.*

²³⁵ Carranza, S., Arce, & R., González, P. (2007). Evaluación de una estrategia educativa para mejorar la aptitud para la lectura crítica de textos de investigación clínica en residentes de ginecología de segundo año. *Ginecología Obstétrica México*; 75 (11): 661:6.

²³⁶ Rué, J. (2008). Aprender en autonomía en la Educación Superior. Dins d'Araujo & Sastre (coord). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una perspectiva de la enseñanza en la universidad*. Barcelona: Gedisa 47-66.

- *Adoptar un enfocament comunicatiu respecte a les tasques que realitza.*
- *Estar disposat a assumir riscos i a cometre errors.*
- *Realitzar els deures i les tasques personals al marge de si serà avaluat o no.*
- *Donar importància als conceptes fonamentals i a la seva assimilació. (p.52)*

En l'anàlisi de la següent afirmació d'una exalumna, s'hi troben gairebé totes les quatre característiques anteriors.

*EE:... El mètode m'ha aportat saber espavilar-me per mi mateix a tenir recursos on buscar i trobar, tenir la **ment més oberta a solucions varies i saber escoltar altres opinions** (5:88).*

En aquesta afirmació es constata que la persona assumeix un determinat estil d'aprenentatge quan diu que s'espavila per ella mateixa. Utilitza un enfocament comunicatiu quan parla de saber escoltar altres opinions. Està disposada a assumir riscos en el moment que se sent més oberta cap a diverses solucions i té l'autonomia per actuar sense que quedi clar qui i què s'avaluarà.

Pel que fa al fet d'assumir riscos i a cometre errors, en el primer grup de discussió, una exalumna explica que, després de dos anys de treballar d'infermera assistencial, va acceptar ser coordinadora d'infermeria d'un centre sociosanitari comarcal. Les valoracions que fa de les habilitats de gestió autònoma dels aprenentatges per tal d'adaptar-se a aquesta responsabilitat evidencien la força de seguretat i l'empenta que aquestes habilitats li havien atorgat.

*PGD:... **Si jo no hagués fet la cerca d'informació, la lectura crítica i les habilitats de recerca, crec que m'hagués enfonsat.** Amb una altra metodologia normal, no hagués sabut com començar, no hagués tingut l'empenta de pensar: bé, no sé, però, ja me les apanyaré per saber què és el que he de fer. Això no ho hagués tingut. Jo crec que, per a mi, l'ABP ha estat la meva salvació en aquest lloc de treball. Si no hagués estat l'ABP hagués dit al primer mes: jo plego, mira, jo plego. Perquè no hagués sabut com encarar-me i col·locar-me. Tu no penses que una infermera hagi de fer gestions i paperassa. Només pensava que hauria de ser en un hospital i fer tècniques i punt. I no és veritat. No tothom es dedica a això (6:43).*

Tenint en compte que la situació d'aquesta exalumna és d'una casuística excepcional, i sense entrar en els motius que li atorgaren el lloc de treball²³⁸, el cert és que reconeix haver-ne sortit de manera satisfactòria i amb l'orgull personal que dóna haver-ho fet amb habilitats d'autonomia i d'autodidàctica.

Les exalumnes que exerceixen la pràctica directa a l'assistència, també reconeixen que els han estat d'utilitat per a decidir les cures més adients. Expressen que no es consideren tècniques i que basen el fet de cuidar en temes tan infermers com el benestar, l'adaptació o l'acompanyament. Aquestes afirmacions es poden prendre com una mostra que la cultura del tecnicisme està obrint pas a la saviesa del cuidar, amb la responsabilitat d'assumir de manera activa l'elecció i la discriminació del què i com actuar en funció del context.

*PGD:...Tu **ets més autònoma** en el moment en què no només ets una tècnica, sinó que busques informació, et mous si tens un canvi a l'hospital i no saps gaire i tens un diagnòstic i una etiqueta; però t'has fet autònoma en cercar com puc tractar **com puc cuidar**, com puc pal·liar, per exemple, el tema del dol. (6:44).*

Aquesta autonomia, que trenca amb la rigidesa normativa, pot conduir a les infermeres a ser més tolerants a l'hora d'enfrontar-se a les situacions ambigües, a desenvolupar el pensament creatiu i intel·lectual per a gestionar la incertesa i desplegar l'esperit crític davant evidències contradictòries.

Rué (2008, op.cit.) considera que l'autonomia en l'aprenentatge és una competència que es pot incrementar més si es tenen en compte les condicions en què es desenvolupa. Si es prenen en consideració les característiques que estan estretament relacionades amb la noció d'aprendre amb autonomia i les comparem amb les condicions i el context de les estratègies utilitzades i avaluades a l'EUIVH, és fàcil observa-hi un paral·lelisme que es corrobora amb els resultats que expressen les exalumnes de la primera promoció i les vivències de les docents. Dit paral·lelisme s'ha recollit en el la taula següent:

²³⁸ La majoria de les infermeres que hi accedeixen ho fan després d'una formació postgraduada en gestió.

Taula 33: Relació de l'aprendre en autonomia (a partir de Rué i de l'avaluació de l'EUIVH)

Aprendre en autonomia suposa: Rué (2007 p.125), (2008 p.59)	Aspectes que s'avaluen a l'EUIVH: Disseny curricular integrat mitjançant l'ABP i amb el suport de les habilitats de maneig de la informació i lectura crítica
- Aprendre a desenvolupar una gestió eficient de la informació: les fonts i els mitjans per accedir-hi.	➔ Realitza cerques d'informació rellevant. Utilitza diverses fonts per buscar informació. Presenta la millor evidència possible per respondre les preguntes. ➔ Analitza de manera crítica la informació: Valora els documents i, segons el grau d'evidència, decideix acceptar-los o no. Argumenta amb evidències la informació contradictòria.
- Desenvolupar habilitats vinculades a la gestió eficient del temps disponible.	➔ És organitzat/da en la gestió del temps.
- Capacitat per fixar-se objectius que suposin un determinat grau de repte personal.	➔ Argumenta l'assoliment dels objectius amb els nous coneixements adquirits: fa accions per a corregir punts febles.
- Habilitats de treball, d'estudi, d'investigació tant personal com en equip.	➔ Fa cerques d'informació i se les estudia: participa en la discussió de grup amb aportacions pertinents. Demostra capacitat per fer-se preguntes i/o hipòtesis.
-Capacitat d'autocrítica per reflexionar sobre el que s'està fent i generar noves accions.	➔ S'autoavalua destacant punts forts i aspectes a millorar.
-Maduresa en actituds com la flexibilitat, la imaginació, l'obertura a noves informacions i noves o diferents situacions i metodologies.	➔ És tolerant amb els seus iguals i la tutora. Respecta les opinions dels altres companys. No imposa el seu punt de vista i/o criteri.
- Aprendre a revisar i contrastar el treball realitzat amb criteri propi o el d'altres, cosa que requereix desenvolupar recursos o eines d'autoregulació del propi treball.	➔ Avalua als altres membres del grup destacant punts forts i febles. Contribueix a ordenar la discussió. Sap tornar a l'eix central recollint el tema tractat.

Per acabar amb l'anàlisi de la fortalesa de la gestió autònoma dels aprenentatges, cal insistir que aquesta competència està estretament vinculada amb la motivació que genera el fet de continuar aprofundint i actualitzant els coneixements.

*EE:... La metodologia ABP genera en l'estudiant una capacitat de cerca, molt positiva, atès que és important fomentar que les infermeres tinguin la **necessitat de formar-se i/o reciclar-se de forma continuada en l'àmbit on estan treballant** un cop han acabat la diplomatura (5:67).*

▪ **La motivació per aprendre i continuar estudiant**

En aquest apartat s'analitza aquesta motivació com una fortalesa, tot i que en ocasions les exalumnes s'hi refereixen com la necessitat derivada de la manca de coneixements, qüestió que s'analitzarà en l'apartat següent de les debilitats.

Es parteix del tòpic que l'aprenentatge segueix una trajectòria en espiral, que obre la perspectiva que com més se sap més consciència es pren del que falta per aprendre. Amb una metodologia centrada en el professor, l'estudiant té la tranquil·litat que tot el que ha d'aprendre està definit en els programes de les assignatures dissenyades pels responsables i no és tan conscient que l'horitzó del que ha de saber pot ser força més ampli.

*EE:.... Tinc la sensació que **continuo aprenent** cada dia una mica més i que **això no s'acaba mai** (5:82).*

Biggs (2005 op.cit) parteix de la premissa que *“la motivació és el producte d'un bon ensenyament, i no el seu requisit”* (p.31) i teoritza sobre “l'alineament constructiu”, considerant que la motivació està en funció d'un enfocament superficial o profund. En un enfocament superficial la motivació és merament instrumental i s'utilitzen activitats de baix nivell cognitiu. En canvi en l'enfocament profund la motivació és intrínseca ja que és aquesta la que mou a realitzar l'aprenentatge. Les estratègies són significatives i tenen en compte el sòlid fonament dels coneixements previs dels estudiants, tractant que els associï i relacioni amb els que fan falta per comprendre'ls i estudiar-ne els detalls. *“Quan s'utilitza un enfocament profund, els estudiants tenen sentiments positius com interès, sentit de la importància, sensació de desafiament i inclús d'eufòria. Aprendre és un plaer. Els estudiants arriben amb preguntes per a les quals volen respostes i, quan les respostes són imprevistes, encara millor”.* (p. 35).

El mateix autor afirma que en l'enfocament superficial o profund de l'aprenentatge no hi té res a veure la característica personal de l'estudiant, però sí l'ambient i l'estil docent. En aquest sentit, i per tal de promoure la motivació, la feina dels docents està en el fet d'extremar les oportunitats que condueixin a un enfocament profund de l'aprenentatge i minimitzar aquelles ocasions que condueixin a un de superficial. I ens alerta a tenir sempre present que, si es potencia que l'estudiant sigui i senti que és ell el responsable del seu aprenentatge, s'aconsegueix una de les principals fonts de motivació

Així doncs, s'està plenament d'acord que l'estratègia docent utilitzada és la clau per a fomentar la motivació per aprendre. Com diu Perrenoud (2004b)²³⁹, ensenyar és estimular el desig de tenir coneixements, i les estratègies docents es desenvolupen creant, intensificant i diversificant el desig de saber, cosa que afavoreix i reforça la decisió d'aprendre.

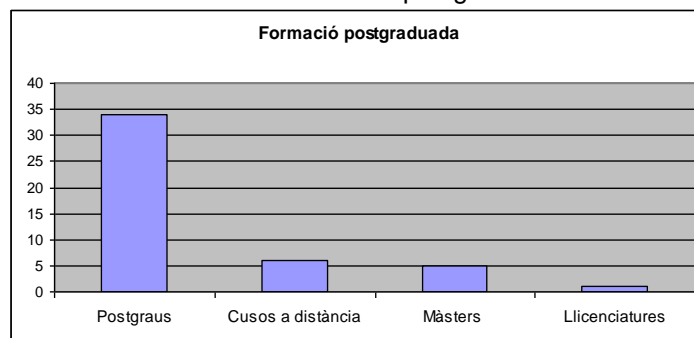
EE:.... Jo ara sóc molt més conscient de tot el que no sé, i això m'angoixa i per això em formo continuament. El que l'ABP m'ha donat és la "curiositat" per aprendre i per millorar. (5:74).

Amb l'ABP els estudiants es motiven perquè se'ls situa en un context que requereix de la seva participació immediata i compromesa. I els problemes que han d'analitzar (i que configuren l'eix al voltant del qual s'estructuren els coneixements) són seleccionats per tal que així sigui.

*EE:... La recerca de coneixements i de les fonts d'informació m'ha servit per aprendre després de la carrera. La cerca d'estudis per estar al dia i reciclar-me són aspectes molt importants i, sobretot, **les ganes que tinc d'ampliar coneixements, mitjançant estudis de postgrau.** (5:49).*

Amb l'objectiu de triangular les dades respecte a la motivació manifestada de continuar estudiant, s'exposen a continuació els resultats de la pregunta de l'enquesta en què es demanava pels estudis de postgrau realitzats o iniciats (Gràfica 4). Els resultats obtinguts són que totes les enquestades menys una que no ho ha especificat, han fet formació postgraduada.

Gràfica 4: Formació postgraduada



La dificultat d'aquesta anàlisi rau en el fet d'esbrinar si la formació postgraduada és fruit de la motivació per aprendre o bé de la necessitat d'engruixir el pes quantitatiu dels

²³⁹ Perrenoud, P. (2004b). *Diez nuevas competencias para enseñar. Invitación al viaje*. Barcelona: Graó.

currículums personals per poder accedir a un lloc de treball estable. Aquí, però, sols es deixa constància del que s'ha fet, sense ànim de contrastar-ho o comparar amb altres professionals formats amb altres metodologies. En tot cas, són dades que queden per a estudis de futur i que estan especificades en l'apartat dels resultats.

*SGD:...Tots hem estudiat postgraus. **Acabes d'aquí i surts molt insegur i et poses a estudiar postgraus (...).** Els nous alumnes que sortim de l'ABP estudiarem més que els alumnes que van sortir del mètode tradicional. I **nosaltres estudiarem perquè realment volem adquirir coneixement, no pels punts.** Vaja, això és el que jo crec. (11:5).*

Tot i que aquesta és l'opinió general en el grup de discussió, la complexitat d'aquesta anàlisi i la realitat dels barems de les borses de treball de les institucions sanitàries, ens fa veure que és difícil valorar on es troba el límit d'aquesta motivació.

Cal tenir present, però, que s'està analitzant la primera promoció d'un gran canvi metodològic i curricular, i que no s'ha de menystenir el grau d'angoixa que els propis docents (novells en l'experiència del canvi) vàrem afegir i contagiar a la que és pròpia d'una infermera novella.

*SGD:... Tenim una angoixa interior, que és el que et crea el mètode ABP. Nosaltres que som del primer any, crec que **vàrem sortir més insegurs pel fet de ser els primer en experimentar-lo.** (11:5).*

Si es relaciona la motivació amb la metacognició (entesa com el coneixement de segon grau que té com a objecte de coneixement el fet de conèixer el propi coneixement), i a més a més prenent els arguments d'Ugartetxea (2001)²⁴⁰ quant als aspectes motivacionals de la metacognició, ens adonem que: "*l'anàlisi metacognitiva de l'actuació pot facilitar que l'estudiant desenvolupi una causalitat interna, estable, específica i controlable respecte als seus èxits i fracassos, que li permeten evolucionar. Aquesta evolució pot incidir en la manera en què la persona encara l'activitat, i els resultats poden afirmar una modificació motivacional*" (p.5).

La responsabilitat amb què els estudiants viuen i encaren l'ABP la consideren font de motivació. Es responsabilitzen dels objectius que cal assolir en cada situació/problema, tant a nivell personal com amb el grup i la tutora. Saben que el procés i el resultat de

²⁴⁰ Ugartetxea, J. (2001). Motivación y metacognición, más que una relación. *Relieve.*, 7 (2). Consultat a www.uv.es/RELIEVE/v7n2/RELIEVE7n2_1.htm el 30 de gener de 2010.

cada un influencia també en el resultat del grup. És el que Biggs (2005 op. cit.) anomena l'aprenentatge de "resultat" (logro) i que està basat en un concepte de competició personal amb l'objectiu de millora. Qui ho vulgui aconseguir ha d'utilitzar estratègies organitzatives d'aprenentatge. En el cas de l'EUI Vall d'Hebron, les que s'avaluen estan estructurades en quatre grans dimensions:

- a) La responsabilitat d'organitzar plans de treball coherents amb els objectius i l'estudi necessari per a assolir-los. Aquesta responsabilitat s'inicia planificant activitats després que s'hagin activat aspectes relacionats amb els coneixements previs que permeten organitzar i comprendre fàcilment allò que es vol estudiar.
- b) Les habilitats d'aprenentatge per a una gestió autònoma del procés, que ha d'implicar l'avaluació per a la regulació de les activitats. També s'hi inclouen les estratègies de maneig de recursos com el control del temps, les habilitats i els mecanismes per cercar informació i el raonament crític.
- c) La comunicació.
- d) Les relacions interpersonals que són les eines bàsiques i vehiculars en el treball d'equip, tant en les tutories com a l'hora de cuidar les persones, com a professionals de la salut.

Cada vegada hi ha més convicció que les estratègies que comporten una major motivació intrínseca²⁴¹, condueixen a una major disposició per a l'esforç, fet que comporta comprometre's en processaments més rics i elaborats, i a utilitzar estratègies d'aprenentatge més profundes i efectives (Tapia, 1997, citat per Lamas, 2008)²⁴²

▪ **La responsabilitat**

El terme responsabilitat es compon del prefix "respons", que prové del verb llatí "responsum", i del sufix "abilitat" -amb el consegüent resultat etimològic d'"habilitat per respondre". Així és que un dels significats que se li atribueix és la virtut o habilitat per respondre als propis actes. És a dir, com un valor en la consciència de la persona que li permet reflexionar, administrar, orientar les seves accions i valorar-ne les conseqüències.

²⁴¹ Entenem per motivació intrínseca aquella que es relaciona amb les accions que es realitzen per un interès que genera la pròpia activitat i que és considerada com un fi per ella mateixa i no com un mitjà per arribar a altres metes o fins.

²⁴² Lamas, H. (2008). Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liber*. 14 (14): 15-20.

Segons Roman (2001)²⁴³, la responsabilitat s'adquireix i es consolida per mitjà d'hàbits d'una dimensió educativa propis d'una comunitat arrelada en un passat i en una tradició on es respon des d'uns determinats marcs. I la defineix com l'obligació de respondre fent-se càrrec del que respon.

*SGD:...**És un mètode que et condueix a la responsabilitat** tant en els horaris com en la presencialitat (perquè és una activitat obligatòria), i que et porta a la responsabilitat de buscar la informació, que has d'estudiar i sintetitzar, **si vols formar part dels objectius del grup** (11:35).*

L'ABP fonamenta el sentit de la responsabilitat perquè compromet els estudiants amb si mateixos i entre ells, ja que han d'assolir uns objectius personals i grupals que avaluaran ells i la tutora corresponent. Per avaluar la dimensió d'aquesta responsabilitat del discent es tenen en compte els aspectes següents:

- Si respecta els horaris: es registren si és puntual, el nombre de faltes i si avisa en cas d'absència.
- Si demostra tenir coneixements dels objectius de la unitat i argumenta l'assoliment d'objectius amb els nous coneixements adquirits.
- Si fa cerques d'informació i explica quim sistema ha seguit en la cerca.
- Si estudia la informació triada: participant en la discussió fent aportacions pertinents i responent a preguntes referents al problema.
- Si fa accions per tal de corregir els punt febles, identificant el què ha de millorar.

En definitiva, el que s'avalua en aquest tema està en la línia de fomentar la responsabilitat com un valor essencial per aconseguir de comprometre's amb si mateix i amb els altres.

*SGD:... **_Tots sabem el grau de responsabilitat** que comporta acudir a una tutoria i que has d'anar-hi preparat amb el pla de treball mirat i interioritzat per tal d'aportar als companys i que ells t'aportin.*

*El mètode et fa més responsable. **Ara, que tu ho siguis o no ja és una altra cosa.** Perquè jo estic d'acord amb tu que hi havia grups que s'ho preparaven més que uns altres. Hi havia grups que no s'ho preparaven tant i no aportaven massa*

²⁴³ Roman, B. (2001). Cap a una ètica de la responsabilitat: de Kant a Apel. *Comprendre: revista catalana de filosofia*. 3 (1): 19-42.

al grup. Però, indubtablement, és un mètode que et porta a ser més responsable que un mètode tradicional, segur que sí. (11:359

En aquest diàleg es reconeix que no tothom assumeix el compromís de les accions amb la mateixa responsabilitat, cosa que no vol dir que no hi hagi capacitat.

Roman (2001 op. cit.), en parlar de la manca de responsabilitat, no ho fa referint-se a la insuficiència de les accions, sinó a la capacitat i al compromís personal per a respondre: “*les respostes variaran segons les possibilitats dels agents dintre de diferents contextos, segons la seva consciència moral i les seves capacitats individuals*” (p. 21). I assenyalava que allò que ens indica que s’ha actuat degudament i com millor s’ha pogut, no és un indicador objectiu igual per a tots, ni tampoc arbitrari a gust del consumidor, sinó que l’actitud definida com a responsabilitat es perfila des del “*dec per tant puc, i puc d’aquesta manera*”. És a dir, hi ha una decisió vinculada a l’autonomia, que es troba ancorada en el context de la identitat personal, i que cadascú ha construït.

EE:...Considero un fruit principal de la metodologia ABP la meua actitud davant una situació que em trobo per primer cop, ja que intento documentar-me i “no dormo” fins que no resolc els meus dubtes. A més, sóc molt crític amb mi mateix i sempre intento buscar el que més s’apropi a la perfecció (5:90).

Aquesta actitud reconeguda davant una situació ens identifica la responsabilitat que cadascú assumeix. És la resposta del què puc fer i quina és la manera més eficient, tot tenint en compte les pròpies limitacions i les circumstàncies.

PGD:... Aquesta actitud de voler saber que jo tenia respecte a saber-ne més no l’he trobada. Si tu vols fer la teua feina ben feta, has de saber el perquè estàs fent certes coses. Les meves companyes m’ho van dir que, a diferència d’altres persones, jo estava més interessada per saber i més interessada pels perquè de les tècniques; i també la manera d’explicar-ho, que m’ajuda a adquirir seguretat (6:41).

▪ La seguretat professional

Totes les professores entrevistades tenen l’esperança que les estudiants formades en el canvi portaran incorporat un tarannà, un segell, que repercutirà en la manera de treballar de les futures professionals d’infermeria. El raonament principal el basen en el fet que si com estudiants han estat implicats en la gestió autònoma dels seus aprenentatges, com a

professionals hauran de ser també més autònomes en la gestió de les cures infermeres. I confien que el pas de l'ensenyar a l'aprendre i de la dependència a l'autonomia donarà el valor afegit que tant necessita la infermeria. Les professionals formades amb el nou mètode, tindran elements suficients per fer avançar la professió infermera trencant el llast del rol de la dependència, fonamentant tot el que fan amb evidències i creant coneixements sòlids a partir de la seva pràctica.

*P4:... Que és un valor afegit i **que això tindrà una repercussió, segur**. Potser en aquests moments ho veuen més les tutores que els propis estudiants perquè elles s'adonen que estan fent coses que estan estipulades en el protocol i punt. I quan els estudiants els pregunten, moltes vegades no saben donar respostes (9:15).*

Si tenim en compte el raonament que fa Medina (1999 op. cit.) respecte a la formació infermera i del concepte de racionalitat tècnica que analitza Schön, ens adonem que, amb l'ABP, l'estudiant d'infermeria se situa davant de cada problema com si es tractés d'un cas únic amb característiques complexes, canviants, incertes i ambigües. Quan s'analitza un problema amb aquesta perspectiva, no n'hi ha prou amb els coneixements tècnics o l'aplicació dels protocols estandarditzats per encarar-lo. En tractar-se de casos poc definits i delimitats, la primera tasca bàsica ha de ser comprendre'n la naturalesa, identificar-ne bé els límits i determinar-ne les causes i les característiques. Si ho fa així, ja no se situa només en el marc de la racionalitat tècnica, sinó que està reconstruint la realitat, acció que és prèvia a la proposta d'actuació.

A més, si els problemes que es presenten a l'ABP són extrets del context real i pràctic del tenir cura de les persones, anirem generant i adquirint un coneixement “ *per mitjà de la intersubjectivitat dels significats produïts en les interaccions subjecte-subjecte. Coneixement que, en front de la descontextualització i fragmentació de l'interès tècnic, proposa una visió comprensiva i holística, unitària i integradora del que suposa l'aprenentatge i la pràctica de la infermeria*” (Medina 1999, p. 273). Des d'aquesta perspectiva, el disseny curricular és vist com un procés de construcció a través de la interacció i no de la repetició.

*EE:... Fruit de la metodologia amb què em vaig formar, considero que és bàsic saber buscar informació rellevant d'un tema del qual vull enriquir els meus coneixements, saber organitzar idees a l'hora de treballar i **treure els conceptes més importants de cada situació per poder actuar de manera adient i ser eficient** (5:43)..*

Les exalumnes consideren un punt fort la seguretat que han adquirit amb l'ABP, que manifesten en el fet de no actuar fins no tenir la confiança del que estan fent. Diríem que l'ABP les ha fet més insegures a l'hora d'actuar si no estan prou convençudes que el que fan ho entenen i en saben tots els "perquè" amb seguretat. Algunes s'hi ha referit com una falsa seguretat i altres jutgen com un valor positiu el fet de reconèixer que alguna cosa no se sap. En definitiva, no hi ha por al què pensaran si no se sap, ans al contrari, ho veuen com una curiositat positiva.

*SGD:...Els membres de l'equip tenen **la garantia que quan no saps una cosa la preguntes, l'estudies o la tornes a preguntar**. I això crea un clima de confiança en el sentit que saben que tu no fas res que no n'estiguis segur i això dóna confiança a tu mateix i als altres. Si tu no preguntes, donen per suposat que no preguntes perquè ho saps (11.22).*

En aquestes afirmacions, s'hi detecta una mobilització dels potencials que traginen i s'hi endevina la ratificació que sabrien mobilitzar els coneixements, les habilitats, les actituds i els valors davant situacions noves.

*EE:... **Davant d'una malaltia o d'una medicació que no conec o no entenc, tinc uns recursos**, que he après amb aquesta metodologia, per buscar informació i ampliar coneixements en fonts adequades (5:55).*

Per molt que s'hagin adquirit els coneixements teòrics, en la complexitat de la pràctica hi haurà sempre alguns aspectes indeterminats on es farà patent que encara en falten o que en sorgeixen altres que no es poden concretar en la teoria. És en la pròpia pràctica clínica, on es fa palès que la confrontació entre teoria i pràctica és el que permet fer una valoració constant dels coneixements i les funcions de la infermera experimentada.

*SGD:...Ja des d'un bon principi, **encara que siguis novell, et reconeixen i t'ho refereixen. Et veuen amb tanta "seguretat"**, que tant les companyes com els metges t'ho diuen. A mi, m'han arribat a preguntar a primers d'agost, que era el primer mes que treballava:*

_ "tu, quanto tiempo llevas aquí?"

_ 15 días (riallada general) (11:10).

Es constata, doncs, que hi ha un pas endavant respecte a la seguretat/ inseguretat pròpia dels principiants. Reconeixen que no saben, però se senten amb habilitats per aprendre.

Això fa que es transpiri una autoestima que es veu reforçada a mesura que se'n surten amb un nou coneixement adquirit.

*SGD:... Nosaltres quan tenim un dubte sobre la medicació, perquè posem moltes medicacions noves, truquem a farmàcia i als metges. Si aquests no ho saben, tornem a trucar a farmàcia, busquem recursos. Potser això no és una recerca, però **busquem els recursos adequats que ens faciliten el treball ben fet** (11:29).*

Aquesta professional que treballa en una unitat d'oncologia on els tractaments són molt canviants i tenen un grau molt elevat d'efectes indesitjables, se sent amb la responsabilitat i l'habilitat de recercar i no tan sols d'aplicar un protocol. Això s'interpreta com una maduresa i capacitat per treballar amb la màxima seguretat i autonomia professional, fet que la situa en el nivell competencial de professional eficient. Sap identificar els recursos que li fan falta perquè, prenent en consideració l'experiència que té d'altres tractaments i les repercussions que aquests poden tenir, veu la situació des d'un punt de vista global per ser eficient en la presa de decisions. Dreyfus (1979 citat per Benner (op. cit.) ens diu que "*el que diferencia la presa de decisions sàvies en les persones és que la situació configura l'actitud, de manera que la resposta és tan metòdica i ordenada com ho exigeix la situació*" (p.76).

Per a finalitzar l'anàlisi d'aquesta seguretat manifestada per elles mateixes, cal apuntar també la que les companyes els atribueixen i que denota la valoració positiva que els fan altres professionals:

*PGD:...Jo, per exemple, si treballo un cap de setmana que hi ha menys personal i estem només som dues infermeres (...) **i la meva companya em diu: he vist la llista i veig que aquest cap de setmana hi ets tu. Sort perquè amb tu em sento més segura.** Es clar, això t'omple molt, però, penso, jo sí que em sento segura amb tu perquè portes vint-i-cinc anys treballant en aquest centre. Quan et diuen això penses, bé, no està malament oi? (6:41).*

5.2.1.4. Habilitats per a gestionar les situacions noves

En aquest apartat es pretén establir un paral·lelisme amb el que Benner (op. cit.) anomena "gestió eficaç de situacions que canvien ràpidament". Són conjuntures que es donen en aquell àmbit de la pràctica en què la infermera, davant d'una situació, crítica o

sobrada, ha de detectar els símptomes amb antelació per tal de contactar amb l'equip mèdic, fer un diagnòstic ràpid i poder actuar de manera urgent. És sabut que, malgrat que hi hagi una dotació mèdica adient, en certes ocasions la infermera es veu amb la necessitat de fer alguna cosa fins a l'arribada del metge. Aquestes actuacions requereixen d'un recolzament oficial per mitjà de formació o dels protocols d'actuació.

La següent situació viscuda per una exalumna que treballa d'infermera en una gran empresa d'organització comercial ho exemplifica:

*PGD:...Jo m'he trobat que una senyora de la neteja va tenir **una angina de pit i el metge no hi era** i vaig haver de reaccionar. Has de saber reaccionar molt ràpid i jo em trobava molt lluny d'aquella senyora que era externa, no era treballadora d'allà i estava en un altre magatzem. Jo hi havia d'anar amb cotxe d'un a l'altre, ja que allò és enorme i cada magatzem té un petit centre mèdic. Portes un mòbil quan et desplaces i a mi em van trucar els de seguretat i em van dir:*

_ Oiga, tenemos una senyora que no se encuentra muy bien .

_ Però la teneis al lado, me la podéis poner al teléfono?

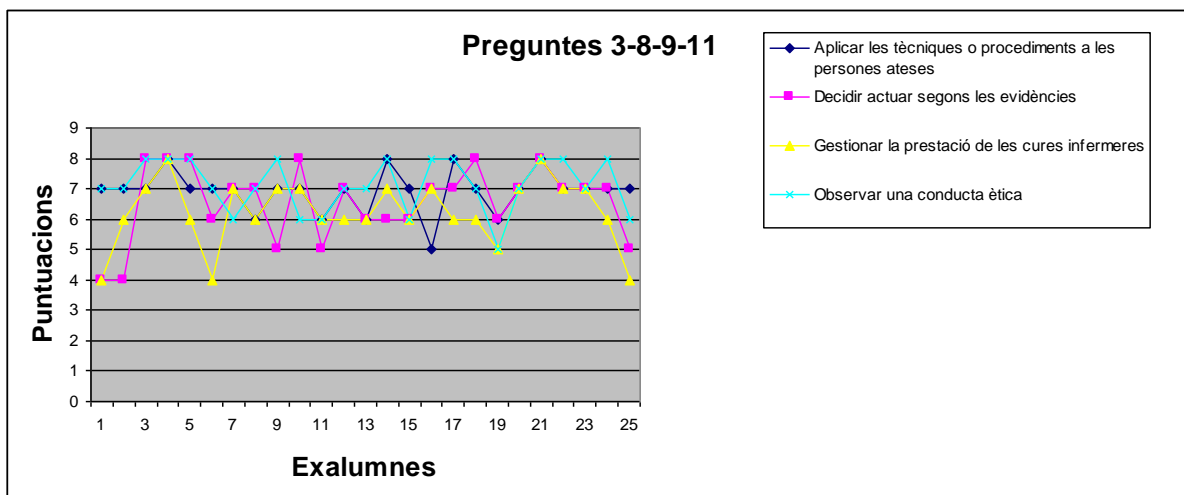
*Llavors, en sentir-la respirar i pel que m'explicava, els pregunto als de seguretat si tenien alguna medicació. No, no tenemos. Els vaig dir. Ni una aspirina? I vaig decidir que li fiquessin una aspirina sota la llengua i que venia de seguida. **Com veieu, són coses que les has de decidir molt ràpid.** Després la senyora, quan va tornar de l'hospital, em va dir quina sort que vaig decidir lo de l'aspirina. Esclar jo ho vaig haver de decidir **i tenia la responsabilitat d'actuar...** (6:51).*

Si s'analitza aquesta situació sota els paràmetres de Benner (op. cit.) podem dir que la professional va fer una gestió eficaç perquè es van complir els tres requisits que ella defineix a la pàgina 113: a) Hi va haver una execució destral i urgent en una situació que posava en perill la vida de la persona amb una detecció ràpida d'una alteració (l'angina de pit); b) Es va actuar amb contingència fent avaluació atenta de les necessitats i dels recursos (una aspirina) i c) Es va detectar i tractar una crisi fins a l'arribada del metge (via sublingual).

La mateixa autora sosté que una infermera ha de ser tan capaç de gestionar com de prevenir situacions d'urgència, atès que una de les funcions reconegudes que té infermeria és el diagnòstic i la vigilància de les alteracions que es produeixen en l'estat del pacient. Així que és lògic que les afronti quan es troba en una situació d'extrema urgència. No fer-ho seria no saber apreciar la funció infermera.

La resta de competències avaluades es mouen en un rang de puntuació similar entre elles i no han estat acompanyades de valoracions que se'n dedueix unitats de significat en el moment de codificar les enquestes i els grups de discussió. La valoració numèrica va del 7,12 (sobre 8) en la d'observar una conducta ètica, a un 6,24 en el gestionar la prestació de cures infermeres. (Fig. 5)

Gràfica 5: Preguntes 3, 8, 9 i 11 del qüestionari de les exalumnes



Per cloure aquest apartat sobre fortaleces de les professionals formades en el canvi, es pren la veu d'una d'elles que resumeix com el canvi de paradigma ha influenciat en la infermera que ara és. I ens dóna resposta a la pregunta de si tres anys després "són conscients del canvi de paradigma esdevingut en la seva formació" :

EE:...Ser infermera és una part important de la meua vida. M'encanta, cada cop n'estic més contenta i em sento més professional. He tingut la sort de poder treballar en moltíssims serveis i de poder aprendre de companyes, pacients i de mi mateixa.

Penso que la infermera que sóc és fruit de la manera amb què vaig estudiar i aprendre. Vaig estudiar amb il·lusió, ganes, curiositat, dubtes, amb equip i de manera individual, amb molta comunicació, saber escoltar, preguntar, respectar... Una sèrie de valors que reflecteixen la infermera que sóc (5:75).

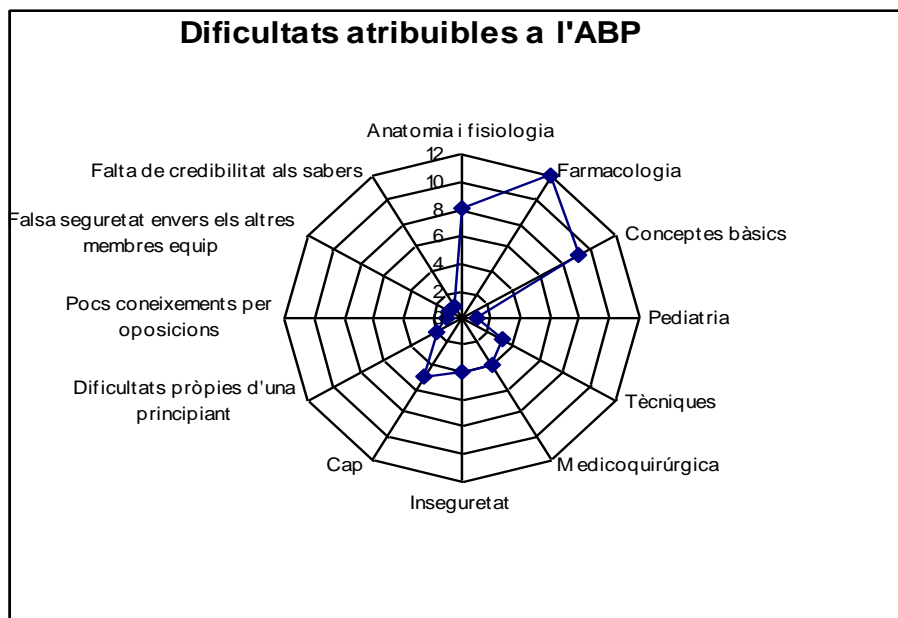
5.2.2. Les debilitats

En l'enquesta es va incloure també una pregunta oberta sobre les dificultats que s'han trobat les exalumnes en aquests tres anys d'exercici professional i que atribueixen al nou mètode.

Les respostes d'aquestes dificultats es concentren en que han trobat a faltar coneixements de les següents matèries (entre parèntesi el nombre d'exalumnes que ho diuen): Anatomia i fisiologia (8). Farmacologia (12). Conceptes bàsics (9). Pediatria (1). Medicoquirúrgica (4). Tècniques (3)

En un altre ordre de coses exposen aquestes contrarietats: Inseguretat (3). Dificultats pròpies d'un principiant (2). Dificultats a l'hora de presentar-se a les oposicions (1). Falsa seguretat envers els altres membres de l'equip (1). Cap dificultat atribuïble al mètode (5)

Gràfica 6: Dificultats expressades, i que atribueixen a la manera com han estudiat



La falta de coneixements teòrics destaca d'una manera franca en la gràfica de la distribució dels resultats de les dificultats atribuïdes a l'ABP.

5.2.2.1. Falta de coneixements teòrics

L'aprenentatge integrat per competències i mitjançant l'ABP amb grups petits, comporta una despesa més gran del recurs temps del que es necessita en les classes expositives d'un grup gran d'estudiants. Això fa que en la mateixa unitat de temps (curs acadèmic) no hi hagi oportunitat de veure tantes temàtiques i que els estudiants percebin tenir llacunes quant al possible ventall dels sabers a assolir. Tot i amb això, també manifesten ser conscients que els coneixements que tenen els posseeixen amb més profunditat i solidesa.

*SGD:... El que crec és que el mètode ABP té unes **mancances, per exemple, Fàrmaco i Anatomia**. Aquestes mancances ens creen una inseguretat molt gran, perquè realment les malalties que **si que les havies estudiat, en sabíem moltíssim, molt més que altra gent que havia estudiat amb la metodologia de sempre. Però les que no havies estudiat no en teníem ni idea**, i això ens creava una falsa seguretat (...) Com que hem estudiat amb evidències i amb 10 llibres, el que sabem ho sabem molt bé i el que no sabem ens ho expliquen i no ens ho acabem de creure (11:2).*

Segui quina sigui l'estratègia utilitzada, els responsables de la docència som els garants davant la societat de formar professionals competents per a donar resposta a les necessitats de la població atesa. És per això que tant els problemes que es treballen (que han d'abastar tota la casuística que es trobaran quan siguin professionals), com el procés d'una avaluació continuada i formativa, han de ser prou rigorosos per tal d'assegurar que la certificació final de l'estudiant sigui l'adient a la competència esperada.

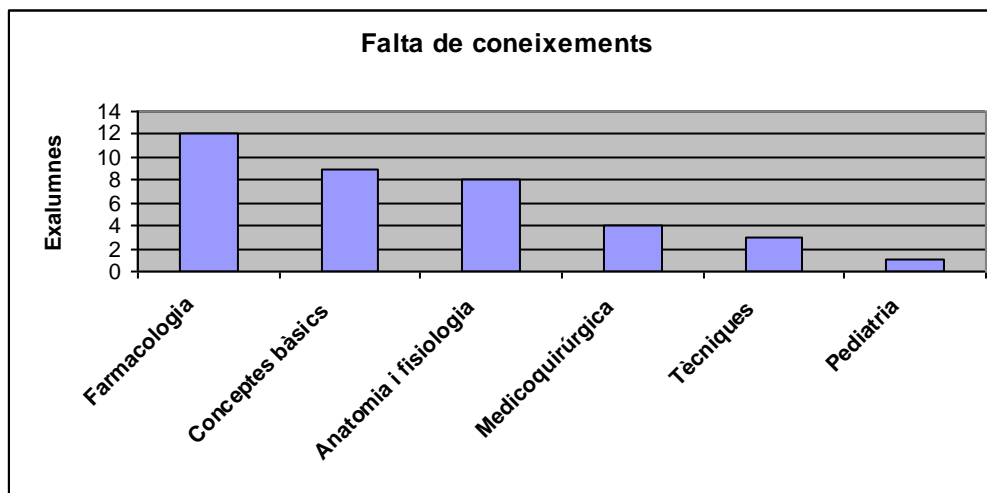
Per analitzar de manera justa la percepció de la falta de coneixements esmentada, hem de tenir present que la infermeria és una de les poques professions que inicia l'exercici professional l'endemà de graduar-se. La pressió assistencial fa impossible tancar els serveis pel descans estival del personal, per tant, les infermeres acabades de graduar cobreixen aquests períodes, en els millors dels casos, en aquells serveis on han realitzat les últimes pràctiques clíniques.

Segons Benner (op. cit.), fins que la infermera no porta dos o tres anys d'experiència en les mateixes circumstàncies (mateix servei), no té la sensació d'un coneixement i una preparació suficients per a afrontar les situacions. Així doncs, no és estrany que sentin

angoixa fins que adquireixen el nivell de principiant avançat²⁴⁴. Acaba d'incorporar-se al món laboral de l'assistència, sense l'acompanyament d'una professional sènior i se li demana el mateix nivell de competència que aquesta.

Com es pot veure en la figura 7, els coneixements que manifesten que més els han fet falta són de l'àmbit de les ciències bàsiques: d'Anatomia, de Fisiologia i de Farmacologia.

Gràfica 7: . Distribució de la falta de coneixements



Els tres primers són coneixements molt relacionats, estables i descriptius, que la infermera ha de conèixer a fons per poder comprendre l'abast del que passa a la persona i per a ser competent a l'hora de col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de les malalties. Crida l'atenció, però, que allò que més sobresurt són els coneixements de Farmacologia.

De la Farmacologia, la infermera n'ha de conèixer la farmacodinàmica i farmacocinètica dels tractaments més habituals en la clínica dels problemes de salut més prevalents. I els ha de conèixer bé, perquè és ella la responsable d'administrar-los i de fer el seguiment dels efectes adversos i de les interaccions que hi pugui haver. Però, cal tenir clar que la responsabilitat de la seva prescripció i dosificació clínica és competència mèdica.

²⁴⁴ Cal recordar que, per aquesta autora, una infermera es pot considerar en el nivell **principiant avançada quan ja ha** afrontat un nombre suficient de situacions pràctiques per observar que té components significatius i recurrents. En aquest nivell de competència, ja està en condicions de formular principis que orientin les iniciatives de pautes o guies a seguir.

L'activitat infermera en els centres assistencials està organitzada en funció de la vigilància i el seguiment del diagnòstic i tractament mèdic. Per aquesta competència la infermera necessita el coneixement d'aquestes àrees (Anatomia, Fisiologia i Farmacologia). Coneixements que, en ser explícits i molt concrets, requereixen poques habilitats i actituds, i poden ser adquirits, transmesos o compartits amb molts dels suports de les actuals tecnologies de la informació on-line (vídeos, CD, etc.). És per això que a fi de buscar la raó del perquè de manera reiterada es demana ajuda de classes expositives d'aquestes àrees, s'hi troba el bloqueig que pot provocar no saber quin és el límit d'aquests coneixements pel a la competencial de la infermera. A la vegada es pot afegir que, en ser els primers estudiants que han experimentat el mètode no tenen del tot interioritzat el que comporta la integració i contextualització dels coneixements, i no s'han adonat encara del valor que tenen aquests aspectes per fer-se amb l'habilitat d'aprendre a aprendre.

L'anàlisi de les afirmacions que fan està feta des de dues vessants; una, en la direcció que, per sentir-se segura, la infermera necessita d'un coneixement contextualitzat amb la situació que està tractant i l'altra, la profunditat que es requereix pel seu rol. El coneixement de la Farmacologia demana unes bases sòlides de Fisiopatologia per a conèixer quina és la prescripció més adient a cada situació. Si com ja s'ha dit anteriorment, es té present que el nivell competencial de la infermeria no inclou la decisió terapèutica (tot insistir que no exclou que hagi de posseir un coneixement profund dels fàrmacs que utilitza, dels seus efectes desitjables i com pal·liar els indesitjables), l'angoixa manifestada s'interpreta com una canalització de les inseguretats i les pors pròpies del principiant que troba una bona raó per justificar-la.

*EE: ... Amb l'ABP no es toca tota la matèria de forma general i, per tant, aquesta manca de coneixements, **tot i que tens eines per resoldre-la**, no serveix per aplicar-ho "in situ", i **crea grans moments d'angoixa** (5:21).*

En el següent suggeriment fet per una exalumna, s'hi detecta el desig de compartimentar i aïllar els sabers per aparells i sistemes, i el retorn a la seguretat i simplicitat de les assignatures, en comptes de fer-ho amb la complexitat de la integració i amb la incertesa del que cal saber o no en una situació concreta:

*EE:... A primer curs faria un taller sobre anatomia. **Cada setmana s'estudiaria un aparell amb metodologia ABP i, un cop estudiats tots els aparells, hi hauria un examen conjunt sobre Anatomia.** Molta gent es queixava de falta de*

coneixements en Anatomia i crec que d'aquesta manera s'obligaria a estudiar Anatomia i no es perdria temps de les classes d'ABP (5:113).

Aquests suggeriments queden molt enquadrats en el record de l'època d'estudiants però crida l'atenció que, cap exalumna no s'hagi avaluat menys competent com a conseqüència d'una falta de coneixements.

*PGD:... Jo penso que **el que ens pugui faltar de contingut teòric, ens ho busquem**. Tenim la inquietud de saber més. Les persones formades d'una manera més tradicional les veig més còmodes. Sí, els ho donen tot i tot ja està fet. Nosaltres ho busquem... (6:62).*

Es percep que hi ha una mancança que expressen i senten que han trobat a faltar coneixements, però també podem constatar que reconeixen tenir recursos per a pal·liar-la. Malgrat això, no s'ha de perdre de vista que aconseguir consolidar una cultura de formació i estudi amb un currículum integrat requereix temps. Temps per tal que els estudiants s'hi adaptin i temps perquè els docents sapiguem trobar l'equilibri i la coherència necessaris entre la complexitat dels problemes que les infermeres han d'afrontar i els coneixements, les habilitats, les actituds i els valors imprescindibles per a ser competents a l'hora d'ajudar i acompanyar les persones amb problemes de salut i malaltia.

Hi ha docents que comparteixen aquesta manca de coneixements i ho expressen amb preocupació i veuen també la classe expositiva com una solució:

*P3:...Estic d'acord que es toca poca Anatomia i poca Farmacologia. No sé com ho hauríem de fer, **potser una solució mixta seria afegint alguna classe expositiva**. Però sé que aquesta no és la voluntat de l'Escola (8:18).*

En canvi, n'hi ha d'altres que argumenten en el sentit contrari i diuen que cal de tenir present que el coneixement en ciències de la salut és ampli i canviant. La investigació constant i els avenços que se'n deriven fan que s'hagin de posar al dia contínuament. En aquest context, hi ha docents que donen més valor al coneixement contextualitzat i a poder agafar en cada situació el que fa falta saber i/o relacionar:

P6:... A mi em dóna més confiança el fet que el dia que un estudiant hagi de posar un fàrmac sigui capaç de buscar en diferents llocs que poden ser des d'un Vademecum a un Índex farmacològic, a la Cochrane o que preguntí al metge si no ho veu clar, i no pas que conegui el fàrmac en una classe de farmacologia. Hem

de tenir clar que **ni amb classes magistrals ni amb ABP mai no podem conèixer tots els fàrmacs que es mouen al mercat**. Per tant, si vaig a un servei (i jo com a infermera assistencial ho he hagut de fer cada vegada que he anat a un servei nou) he de preparar-me i veure amb què em puc trobar. En aquest sentit no veig que canviï massa amb els estudiants que no han treballat amb ABP. Dubto que no hagin de fer el mateix perquè hi ha fàrmacs molt específics amb una quantitat gran de línies d'investigació. Cada vegada els tractaments i les indicacions són canviants, i et pot passar que el que t'expliquin a segon curs quedi obsolet quan t'incorpores a pràctiques. El que sí que **estic d'acord és que els bàsics els han de conèixer** i l'estratègia que hem seguit és posar situacions per a poder treballar els medicaments més essencials i bàsics. Ara, també és cert que hem de reflexionar sobre aquesta devolució que ens fan els estudiants de la seva percepció i abordar-la. Però insisteixo que **no tinc la garantia que una classe magistral ens solucioni que vagin a pràctiques amb la garantia que coneixin més fàrmacs dels que han treballat en l'ABP** (22:14).

Tot i els posicionaments oposats, les docents estan d'acord que la docència ha fet un salt qualitatiu que ningú no posa en dubte. Abans s'impartien uns continguts i es comprovava el nivell d'integració que feia l'estudiant a través d'uns exàmens estretament relacionats amb el que la professora deia a l'aula.

P6:... Hem passat del que era monogràfic a la integració de la persona com a ser biològic, psicològic, social i cultural. El que es treballa ara ja no és una temàtica relacionada amb una especialitat mèdica, sinó que les situacions estan basades en un context real de la persona. **I això condiona la pròpia manera de buscar el coneixement** (22:29).

És aquesta manera de buscar i gestionar el coneixement el que fa que, en estar contextualitzat, es consolidi d'una manera més significativa. Això però no treu que, en no abastar totes les àrees possibles, es manifesti la percepció d'un dèficit que crea neguit i inseguretat.

P7:... Jo crec que és com una mena de falsa il·lusió. Quan comencem a donar independència als estudiants, i en aquest cas és una independència en què han de buscar, han de fer la seva recerca, han de reflexionar sense cap crossa, o sigui, sense un papa i una mama que els digui què han de fer, els crea inquietud i inseguretat. I és clar, on busquen la seguretat? Doncs la busquen en el contingut teòric que els diu això va així o va aixà.... (23:7).

Tot i que les professores hem passat també aquest procés de pèrdua, pel que fa als coneixements, en pro d'unes habilitats per aprendre a aprendre més necessari en el context actual, l'equip docent necessitava d'alguna evidència prou objectiva que demostrés que s'anava per bon camí. I va ser en aquesta mateixa promoció que (en ser la primera) es va voler que passés per l'avaluació de la competència per mitjà de la prova de l'Avaluació Clínica Objectivada i Estructurada (ACOE)²⁴⁵ que realitza d'Institut d'Estudis de la Salut.

Aquesta prova es va dur a terme en finalitzar el tercer curs i els resultats dels coneixements demostrats en l'examen tipus test²⁴⁶ (on s'avaluen de forma explícita els coneixements) van estar dins de la mitjana establerta amb tots els estudiants d'altres escoles d'arreu de Catalunya que hi participaven.

Els resultats de les ACOE posen de manifest que la manca de coneixement percebuda no es feia palesa a l'hora d'avaluar la competència final. Com tampoc ho detectaven les dades obtingudes de la primera feina de les professionals d'aquesta promoció, aprofitant que 23 (27,7%) la desenvolupaven en el context de l'Hospital Vall d'Hebron amb suplències d'estiu. Aquesta proximitat feia relativament factible d'obtenir informació recollint l'opinió de les supervisoras²⁴⁷. Informació que va aportar les apreciacions següents: 22 (95,65%) van ser avaluats com a "satisfactori", que és la nota qualitativa màxima amb què s'avaluen els estudiants en el context docent, i 1 (4,35%) va ser qualificat amb la nota de "satisfactori amb reserves" que és la nota que correspon a un

²⁴⁵ ACOE: Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada que l'Institut d'Estudis de la Salut ha implementat i modificat per tal d'avaluar la competència dels professionals d'infermeria.

El seu disseny es basa en la definició dels components competencials que dibuixen el perfil dels professionals d'infermeria, fets a partir de la publicació de les Competències de la professió infermera que va realitzar la Comissió d'Infermeria del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.

Els components competencials i de ponderació són els següents:

1. **Competències assistencials:** a) Valoració de recollida de dades (11%). b) Detecció de problemes (10%). c) Planificació d'activitats (12%). d) Execució d'activitats. Procediments i protocols (10%) i e) Comunicació (10%).
2. **Activitats de promoció i prevenció** (11%)
3. **Treball en equip i relació inter i intraprofessional** (9%)
4. **Ètica, valors i aspectes legals** (9%)
5. **Recerca, docència i formació** (7%)
6. **Coneixements** (11%)

²⁴⁶ Cal tenir present que aquests estudiants no havien fet mai exàmens tipus test durant els estudis d'infermeria, cosa que va comportar controvèrsies sobre la idoneïtat en el moment de realitzar-los o no. Però la complexitat i el cost econòmic de les ACOE no van permetre adaptar l'examen per als estudiants de l'EUIVH. En canvi, les proves escrites que es realitzen a l'EUIVH estan dissenyades en dues parts: en la primera, l'estudiant analitza un problema tal i com ho fa en la tutoria (però aquí ho fa de manera individual) i elabora un pla de treball relacionat en els aspectes rellevants que ha detectat i amb les hipòtesis o preguntes que ell mateix es faci. En la segona part (quatre dies més tard) contesta a preguntes de coneixement, que els docents experts han elaborat, tenint en compte la individualitat del seu pla de treball.

²⁴⁷ Opinió recollida per mitjà d'un qüestionari basat en les dimensions avaluades durant els estudis i adaptat al context assistencial.

aprovat en els termes quantitativs. L'avaluació es complementava de manera descriptiva en l'apartat obert dels comentaris, i, de l'anàlisi dels mateixos, se'n concretava i destacava les qualitats següents: la responsabilitat, l'adaptabilitat a persones i a situacions, la capacitat per a resoldre problemes, la motivació, la il·lusió per aprendre i l'interès pel treball, l'organització i les bones relacions interpersonals. En els aspectes que calia millorar sobresortien: els dèficits propis del professional novell i la falta d'experiència.

Aquests resultats triangulen amb les dades aportades en aquesta recerca per a concloure que la falta de coneixements és certament una percepció sentida pels estudiants i temuda pels docents. Malgrat això, no sembla que repercuteixi en la competència final, però sí en l'augment d'angoixa i de desconcert que suma a les que ja té tot professional principiant.

Etienne Wenger (2001 op. cit.), en analitzar la comprensió en el context d'una formació pràctica, ens diu que de cap manera es pot conèixer qualsevol cosa i la resta ser pura ignorància. En un món complex, la ignorància mai no és simple ignorància i conèixer no és una simple qüestió d'informació. A la pràctica, comprendre sempre és estar a cavall entre el que és conegut i el que ens és desconegut amb una conjugació subtil amb el jo. Es tracta, doncs, d'un equilibri delicat perquè comprendre, a la pràctica, és l'art d'elegir què s'ha de conèixer i què cal ignorar per a continuar endavant.

*SGD:... Quan tu acabes la carrera, se t'obre un gran ventall i tot se't fa una mica gran. Quan vaig arribar a la UCI recordo que, en no tenir pràctica ni experiència, se'm van presentar dubtes i ho passes fatal, i és lògic. **Crec que en qualsevol mètode, sigui quin sigui, tots partim de la realitat que som novells, que ens falta experiència, que se'ns presenten molts dubtes** i que... i que l'ABP et porta a ... Bé, no sé si és pel mètode o pel meu caràcter, però sí que estic d'acord amb els meus companys que no tinc por a preguntar, tot al contrari. Abans de fallar o abans de fer alguna cosa de què no estic segura, pregunto i estic orgullosa d'haver preguntat. És el que et deia abans, això és el que et fa guanyar confiança a tu i a tot l'equip. La persona que pregunta ho fa per assegurar-se del que fa, però moltes vegades pregunto per saber com ho fan ells i per comparar (11:26).*

Es pot concloure aquest apartat constatant que docents i discents són conscients que, amb l'ABP en grups petits, no hi ha tanta oportunitat de tractar tants temes com en una formació que utilitzi les classes expositives com a principal estratègia docent. Així doncs, es pot dir que amb l'ABP hi haurà temàtiques que l'estudiant no les veurà fins que no se les trobi a la pràctica assistencial. Tanmateix, les que sí que maneja, les analitza i estudia

amb profunditat, aconseguint una bona assimilació dels principis i els conceptes necessaris per a entendre el problema i per saber extrapolar-los a situacions anàlogues. Ara bé, aquella mancança li comporta una angoixa afegida a la que ja té de natural com a principiant.

▪ Alternatives possibles

Després d'aquest recorregut per les debilitats cal postillar que hi ha experiències que utilitzen l'ABP compaginant classes expositives. En són exemples, la universitat de Temuco a Xile, la de Linköping a Suècia i la de São Paulo al Brasil. En el disseny curricular de l'EUI Vall d'Hebron, que és totalment integrat i sense classes expositives, s'inclou l'estratègia docent de fer conferències i consultes d'experts per tal d'ajudar els estudiants en aquelles temàtiques en què els costa relacionar o contextualitzar principis i conceptes. Però el prerrequisit que sempre s'hi ha posat ha estat que fos una demanda dels propis estudiants. Es pot dir que el posicionament és de màxima autonomia quant a la detecció de les necessitats, però una vegada s'ha identificat el dubte, el problema o la dificultat, la institució té el compromís d'acompanyar els discents, guiar-los i donar-los els recursos adients.

Des d'un bon començament (el primer i segon any) es van programar tutories amb experts d'Anatomia i Fisiologia que eren els professors contractats que impartien les classes d'aquestes assignatures abans del canvi. Però es van deixar de fer-se per la baixa o nul·la consulta dels estudiants en les hores contractades. El no-aprofitament d'aquest recurs es va atribuir al fet que no és el mateix una classe que una consulta a l'expert. En la primera es rep la informació de manera passiva i a la segona es requereix d'un coneixement previ processat per a elaborar el que hom vol consultar o contrastar. Actualment el recurs de l'expert queda a criteri de l'estudiant i a la disponibilitat que té el professional per poder atendre'l.

Pel que fa a les conferències o taules rodones, no s'ha aconseguit una dinàmica que les relacionés amb els problemes sorgits de les dificultats dels aprenentatges d'una unitat o d'uns objectius amb obstacles d'assoliment. Les temàtiques de les conferències són debatudes en el si dels diferents cursos i es proposen i s'aproven en el claustre.

Hi ha moltes experiències que utilitzen l'ABP i les noves tecnologies de la comunicació i informació (NTCI) per tal de reforçar el rendiment acadèmic dels estudiants. Concretament el que es coneix com e-formació o aprenentatge electrònic. Un exemple en

la titulació d'infermeria és l'estudi realitzat al Regne Unit per Coleman i Watts (2007)²⁴⁸ en què han introduït un programa de *softwari* per a reforçar els coneixements de la Farmacologia en el currículum amb ABP. El resultat ha estat que aquells estudiants que han utilitzat el programa obtenen millors coneixements -sobretot en aquells aspectes de les interaccions dels fàrmacs- que els que no l'han fet servir. Tanmateix, no han trobat diferències significatives en els resultats finals. Els autors atribueixen la desigualtat a la manca de temps per a utilitzar el programa i als diferents estils d'aprenentatge i a les habilitats necessàries per utilitzar les NTICs.

En el disseny de currículum de l'EUI Vall d'Hebron no s'ha introduït cap mena d'ajuda mitjançant les NTICs. En aquesta postura hi ha pogut influir la convicció que es té sobre l'autonomia en l'autogestió en el procés de l'estudiant, amb guiatge i acompanyament però sense suplències i, també, la condició de ser una escola adscrita i amb pocs recursos d'infraestructura tecnològica.

*P6:... **La primera preocupació que vaig tenir i que era molt compartida, era si els estudiants serien capaços d'assolir els objectius que ens havíem plantejat. Bé, l'experiència per què he passat sent tutora de primer, de segon i de tercer curs, és que els estudiants, en el moment que els plantejés reptes, són molt capaços, i això ara ja no em preocupa. Ara que ho he viscut i ho he contrastat, estic tranquil·la en aquest sentit (22:15).***

Tot i aquesta visió tan optimista d'aquesta professora, sempre s'ha tingut la percepció que encara no s'ha sabut aprofitar prou bé el recurs de les pràctiques clíniques perquè els estudiants continuïn aprofundint en els coneixements teòrics. Per tal d'argumentar-ho es fa ús de la piràmide amb què Geors Miller va il·lustrar els components de la competència professional. Com s'ha mostrat en l'apartat del marc teòric, en dita piràmide els coneixements ocupen tota la base i, per tant, són el suport per a tota la resta de l'estructura. Però, "*tenir coneixements (saber) no significa saber explicar com utilitzar-los (dir el què s'ha de fer). I dir el què s'ha de fer no implica saber desenvolupar-se*" (Brailovsky, 2001 op. cit. p.111). Si aquests estudiants s'han desenvolupat bé a la pràctica clínica però es troben faltats de coneixements teòrics, hom es pot preguntar si no serà cert que tant els estudiants com els docents han entès l'aprenentatge pràctic com un saber fer tècnic i un aplicador de normatives i protocols pels quals no els ha fet falta conèixer més.

²⁴⁸ Coleman, I.P.& Watts, A.S. (2007). Use of PharmaCALogy Software in a PBL Programme to teach Nurse Prescribing. *Bioscience Education e-Journal*. 10(1): 1-11.

L'alternativa per augmentar els coneixements teòrics pot trobar-se també en l'aprofitament de les pràctiques mirant de dissenyar-les de tal manera que l'estudiant, davant de qualsevol situació desconeguda, hagi de fer el mateix exercici d'avaluació metacognitiva que fa a les tutories d'ABP: esbrinar el que sap i el que li fa falta per aprendre. Paral·lelament a la indagació, el disseny hauria d'incloure les estratègies adients per a fer ell mateix un seguiment del que ha après i fins on ha aconseguit aprofundir. Si s'aconseguís tot aquest procés, el ventall de coneixements s'expandiria i alhora serien més significatius perquè haurien sorgit de la pràctica real.

La dificultat bàsica està en el fet que costa consolidar el rol docent de les infermeres assistencials perquè també compaginen amb el de tutores de pràctiques. Tot i que cada any s'han fet cursos de formació amb la finalitat d'introduir-les en el paradigma de l'aprendre a aprendre, des de l'Escola no hi ha hagut un disseny prou idoni que garantís la continuïtat del que s'està avaluant a les tutories d'ABP amb el que s'avalua a les pràctiques.

Com ja s'ha deixat palès, els primers anys del canvi s'estava molt immers en les dificultats que generava la innovació mateixa. Els recursos es van dedicar fonamentalment a informar i formar les infermeres tutores de l'aprenentatge pràctic en un coneixement bàsic de l'ABP. Explicar i argumentar un canvi tan radical és difícil que sigui comprès i acceptat per un col·lectiu tan ampli i variat d'infermeres²⁴⁹. Tot i l'esforç emprat, cal reconèixer que el producte final no ha estat suficient per al canvi de cultura que necessita la formació pràctica i la seva avaluació per competències.

*P3:... Les infermeres es queixen de si saben fer tècniques, es queixen que no tenen coneixements, perquè el mètode no l'acaben d'entendre. **No acaben d'entendre que, a la pràctica, han de continuar adquirint coneixements (teòrics).** Els és més fàcil explicar el perquè de les coses que dir a l'estudiant que ho busqui i que el proper dia ho posaran en comú o en parlaran (8:21).*

Si les infermeres no s'hi ajuden, els estudiants, en contactar amb la pràctica, són absorbits ràpidament per la cultura institucional i continuen prioritzant el desig de fer-se hàbils amb les tècniques. Cal tenir ben present que la competència infermera només es pot avaluar en el vèrtex de la piràmide, en el context de la pràctica real i amb pacients i familiars de veritat. Si no es revisa l'actual disseny i s'adequen els objectius de les

²⁴⁹ Segons consta en la memòria del 2008, el col·lectiu d'infermeres de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron és de 1970. De totes elles, 342 (entre tutores i infermeres referents) col·laboren en l'aprenentatge pràctic de l'atenció hospitalària. I unes 60 participen en l'atenció primària.

pràctiques al canvi de paradigma, tenim el perill de continuar perpetuant el hiat entre la teoria i la pràctica.

Per a finalitzar aquest apartat, cal informar que, en l'actual curs acadèmic (2009-2010), l'EUIVH s'ha integrat a la Universitat Autònoma de Barcelona iniciant els estudis de Grau en Infermeria. Aquesta conjuntura històrica ens pot aportar una possible solució a aquella percepció relatada de la falta de coneixements bàsics de l'estructura i funció del cos humà. El disseny del Pla d'Estudis de primer curs és comú amb altres titulacions de Ciències de la Salut i s'imparteixen les ciències bàsiques d'Anatomia i Fisiologia amb classes expositives.

Si d'antuvi aquesta integració pot semblar un retrocés en el procés de canvi iniciat, de moment, no tenim elements d'anàlisi suficients per a fer-ne cap judici. L'única situació que s'hi apropa una mica és la dels estudiants incorporats per trasllat. Aquells que han fet primer curs en una altra escola i s'han incorporat a segon i que s'han hagut d'adaptar al currículum integrat amb l'ABP. L'experiència personal que es té (per haver-los seguit en sessions de tutoria) és que, malgrat que havien estudiat i aprovat la matèria corresponent, s'han sorprès sovint que no tenien elements per poder relacionar el problema amb el que sabien. Si bé d'entrada no anaven tan perduts a l'hora de fer-se les preguntes de la pluja d'idees en la primera sessió de tutoria, han hagut d'estudiar també l'Anatomia i la Fisiologia inherents al problema de salut de la situació d'estudi plantejada, com la resta de companys.

Així doncs, s'ha de concloure que cal restar a l'espera de surtin noves promocions amb aquesta experiència per a poder comparar-la amb l'actual i poder decidir si és o no és una bona alternativa al problema de la falta de coneixements teòrics.

5.2.2.2. Dificultat per a presentar-se a les oposicions

Aquesta és també una preocupació que apunta de manera reiterada tant en les estudiants com en les docents que han volgut introduir-se a conèixer l'ABP.

EE:... La veritat és que crec que el mètode amb què ens vàrem formar m'ha creat greus problemes que ara m'estan costant molt de temps i esforç compensar-los, principalment en el tema OPOSICIONS.

Nosaltres hem après a ser crítics, a fer grans recerques però... i les oposicions? No ens han preparat per a passar un examen d'oposicions (5:17).

Dins de les institucions públiques les oposicions són la sortida a la precarietat laboral de les infermeres. Aquestes professionals, tot i tenir una inserció laboral alta que es dona en un rècord mínim de temps²⁵⁰, evidencien unes condicions laborals com són la mobilitat, la polivalència exigida i la durada dels contractes, que dificulten, l'adquisició de la qualitat d'expert en el seu ofici²⁵¹. Així és que no és estrany que l'objectiu de la majoria de les infermeres sigui aconseguir una feina estable, on a més pugui assolir els requisits de carrera professional en aquells organismes públics.

En les respostes de les exalumnes només n'hi ha una que manifesta que una de les dificultats atribuïdes a l'ABP sigui aprovar les oposicions. Tot i que no es tracta d'una dada rellevant, s'ha mirat de recercar en els resultats de les que s'hi han presentat per tal de poder oferir dades concretes d'aquesta promoció i acabar-la de configurar i definir, sense cap afany de contrastar les dades.

Aquestes professionals varen acabar el juliol i a l'octubre ja hi havia el primer examen d'oposicions a l'Atenció Primària de Salut. En aquell moment les possibilitats d'obtenir plaça era nul·la atès que, en el suposat cas que aprovessin l'examen, no tenien cap tipus de puntuació per poder competir amb altres que portaven temps treballant i/o tenien estudis de postgrau, situació que quantifica de manera significativa en el barem. A la convocatòria, s'hi varen presentar un total de 2.312 professionals, de les quals 2 eren exalumnes d'aquesta primera promoció que no varen aprovar.

A la convocatòria següent, també a places de l'Atenció Primària de Salut, s'hi presentaren un total de 2.776 professionals. Dels quals 9 eren exalumnes de l'Escolai 1 va aprovar, però no va obtenir plaça per la poca puntuació en el barem (veure taula adjunta).

Taula 34: Percentages dels resultats de les oposicions 2007

CONVOCATÒRIA PER A COBRIR PLACES VACANTS	
Equips d'Atenció Primària	Atenció Hospitalària
Categoria DUI/ATS	Categoria DUI/ATS
DOG: Núm. 4890	DOG: Núm. 4912
Examen 27/01/2007	Examen: 6/04/ 2007

²⁵⁰ Tal i com s'ha comentat, pot succeir que avui es graduïn i demà iniciïn la primera substitució per cobrir vacances d'estiu.

²⁵¹ Escuredo, B.; Casanovas, I. & Esteve, J. (2004). Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. *Enfermería Clínica*. 14(3): 157-166.

Aptes	No aptes	Aptes	No aptes
464 (16,71%)	2.312 (83,28%)	1423 (67,21%)	694 (32,78%)
Primera Promoció EUI Vall d'Hebron			
1 (11,11%)	8 (88,88%)	7 (30,43%)	16 (69,56%)

La convocatòria posterior va ser per obtenir places de l'Atenció Hospitalària. Feia cinc anys que no s'havien convocat oposicions i s'hi varen presentar 2.117 professionals, dels quals 23 eren exalumnes de la primera promoció i varen aprovar 7. Una d'elles va obtenir una de les millors notes (8,156). Tot i el bon resultat va situar-se en el lloc 257 de la llista perquè, malgrat la puntuació, el barem general de mèrits d'aquell any era molt alt a causa del temps que feia que no es convocaven oposicions hospitalàries. Va ser de les últimes 20 en escollir plaça i es va quedar en el servei on havia treballat de manera discontinua des que va acabar-hi les pràctiques.

Aquest panorama que s'acaba de descriure dóna una idea de la dificultat que tenen els professionals acabats de graduar per a obtenir una plaça fixa a l'Institut Català de la Salut.

5.2.3. A mode de síntesi de les competències professionals

Com a conclusió es pot asseverar que la percepció que tenen les exalumnes del seu nivell de competència és alt, malgrat que la precarietat laboral del moment històric hagi pogut fer més difícil la consolidació del procés.

En el camp de la competència, destaquen el treball en equip i les habilitats per comunicar-se i relacionar-se de manera adient amb les persones ateses i les seves famílies. També valoren l'autonomia adquirida per actualitzar els coneixements quan els necessiten davant de noves situacions.

Els comentaris i les percepcions que s'han extret de les converses les presenten com unes professionals que han assolit el nivell de competència eficient²⁵² perquè:

²⁵² Quart nivell o "aventajado" segons Benner, que nosaltres hem traduït per "eficient".

- Se senten segures i autònomes. Saben actuar segons el que està previst però, abans de fer-ho, necessiten d'un coneixement més profund de les circumstàncies del cas.
- Detecten els canvis sobtats en l'estat dels pacients.
- Prioritzen les actuacions després d'una anàlisi sobre quina és la millor actuació i busquen els coneixements que els fan falta.

La falta de coneixements que esmenten, tot i ser un punt feble que atribueixen al mètode, no els ha influenciat en la percepció de la seva competència.

En canvi, les aportacions del professorat quant a la falta de coneixements són contradictòries en el sentit que alguns ho perceben també com un problema però d'altres no. D'altra banda tots coincideixen en una impressió molt més positiva de l'alumnat. Els atributs que ara se'ls atorga són: tenir esperit més crític i bon criteri per argumentar les seves actuacions, respectar l'opinió dels altres, ser capaços d'avaluar amb fets concrets i, sobretot, desenvolupar una comunicació profitosa i satisfactòria.

El procés de canvi esdevingut en el desenvolupament de les habilitats necessàries per adquirir els continguts teòrics amb l'ABP encara no s'ha percebut prou en la cultura de la pràctica clínica. Per poder avaluar l'aprenentatge pràctic per competències es necessita també un canvi cultural en els espais assistencials. I per assolir-lo cal continuar incansablement amb el procés de formació de les tutores de pràctiques i adequar el model d'avaluació de les pràctiques clíniques a fi de donar coherència a un aprenentatge per competències. Ara mateix amb la implementació del Grau d'Infermeria, hi tenim una oportunitat d'or per millorar tot el procés, ja que la titulació s'estructura al llarg de quatre anys i les pràctiques clíniques (pràcticum) ocupen el 37,5% dels crèdits (90 de 240), distribuïts entre segon i quart curs, sent aquest últim totalment de "pràcticum".

CAPÍTOL 6. LES CONCLUSIONS, LES PROPOSTES I ELS APRENTATGES

6.1. LES CONCLUSIONS

L'objectiu general que es proposava en aquesta recerca era descriure quina influència ha tingut el canvi de paradigma, adoptat a l'EUI Vall d'Hebron, en la pràctica docent del professorat i en la professionalitat dels qui s'hi han graduat.

Per a fer l'anàlisi de les dades obtingudes s'ha seguit l'eix argumental de les dues parts de l'objectiu general diferenciant el pes del canvi en les docents i el de les professionals exalumnes.

6.1.1. Respecte la pràctica docent

El mètode ha esdevingut contingut. La manera amb què s'ha desenvolupat la titulació ha entrat a formar part del contingut de la mateixa, en la mesura que l'Aprenentatge Basat en Problemes ha impregnat totes les estratègies utilitzades i les actuacions i les creences de les docents. Així doncs, el mètode ha esdevingut un ensenyar i un aprendre infermeria en un procés "d'aprendre a aprendre" creatiu i responsable.

La força d'integrar un currículum amb ABP ha canviat la concepció del treball docent i els valors pedagògics, és a dir, la cultura. Les docents identifiquen que estan assolint el repte de ser competents en el rol facilitador. Manifesten d'estar implicades a estimular els estudiants per aconseguir-ne un aprenentatge global, bo i relacionant conceptes de diferents àrees de coneixement i motivant-los per un aprendre responsable, profund i autònom. Reconeixen haver trencat esquemes molt arrelats de la seva pràctica que alhora influencien en la cultura del grup i de la institució.

La dimensió del treball de grup per tal d'integrar un currículum els ha incorporat al treball cooperatiu dins la tasca d'equip, tot i que encara els pesa més el desgast personal, que no els beneficis obtinguts de l'aprenentatge en cooperació.

L'ABP s'ha mostrat una estratègia potent per canviar el concepte passiu que es tenia dels estudiants. Les docents han descobert la capacitat d'autonomia que tenen els estudiants i que no percebien amb la suplència tan protectora que reconeixen que feien quan impartien classes en les respectives assignatures. Aquest canvi de percepció junt amb l'habilitat docent per a la facilitació configuren un binomi adient que permet que

docents i discents creixin intel·lectualment i personal, sense reduir horitzons i acceptant que cadascú avanci al seu ritme. A hores d'ara les pors i les recances de les docents envers les possibilitats dels estudiants per a una gestió autònoma dels aprenentatges estan superades i hi ha el convenciment general que l'ABP desenvolupa habilitats per a ser competent en l'aprendre a aprendre al llarg de la vida.

L'ABP apropa la docència a la realitat pràctica. L'apropament entre la teoria i la pràctica afegeix un aspecte qualitatiu en la formació infermera gràcies a la coherència d'estar contextualitzada en la multidimensionalitat i la complexitat dels problemes reals. En la pràctica professional no es treballa amb un coneixement lineal i fragmentat, i el canvi de paradigma ha implicat buscar els nexes necessaris per analitzar les situacions amb un sistema de xarxa i donar resposta als problemes de salut des d'una visió global de la persona. Treballar amb un currículum integrat per mitjà de problemes ha comportat reconèixer que la realitat és diversa, qüestionada, incerta i que pot ser explorada des de diferents punts de mira. Les docents han trencat amb la imatge d'estar en possessió de la veritat d'uns coneixements teòrics, cosa que ha apropiat a la complexitat de la pràctica.

Les docents tenen la convicció que l'ABP permet posar els reptes que la professió necessita als estudiants. El rol cuidador és l'espai professional autònom de la infermera en què s'ha d'arriscar a prendre decisions fonamentades en coneixements i evidències. Les docents -conscients que els canvis en la manera de fer docència avui i que incentivant persones més autònomes, reflexives i crítiques aquests canvis tenen repercussió en els professionals i la professió de demà- s'han imbuït també d'aquesta convicció per posar als estudiants els reptes que la professió necessita.

8.1.1. respecte la professionalitat de les infermeres

Les professionals valoren de molt satisfactori el seu nivell de competència.

La seguretat, la responsabilitat i les habilitats per a gestionar les situacions noves que relaten i la valoració que fan de la seva competència són aspectes bàsics que les situa en el nivell **d'eficiència** (quarta nivell, segons Benner: "aventajado") i no en el de competent (tercer nivell) com caldria esperar en professionals que tot i portar tres anys de vida professional no l'han fet en el mateix servei per afrontar les situacions de manera eficient. Si bé aquest resultat és molt satisfactori, la paradoxa sorgeix a l'hora d'encaixar-ho amb el dèficit de coneixements teòrics que perceben. Aquesta contradicció fa difícil destriar on es troba el llindar exacte entre la fortalesa de la motivació de continuar estudiant derivat

del procés en què s'han format i la necessitat de proveir-se dels coneixements que diuen que els mancava.

La realitat és que hi ha unanimitat i contundència en la **falta de coneixements en les àrees bàsiques d'Anatomia Fisiologia i Farmacologia** i la inseguretat que aquesta percepció afegeix a la que ja porta implícita un professional novell. La recerca que s'ha fet no permet destriar si la manca de coneixements percebuda és fruit d'aspectes com són:

- a. Un aprenentatge superficial o els buits reals d'un altre, fet en espiral, en què mai es veu el límit, sobretot en infermeria que se serveix de moltes altres disciplines per tal de vigilar els resultats de les decisions d'altres professionals.
- b. L'avenç científic constant que imposa un reciclatge continuat.
- c. Les exigències de la pràctica assistencial que continua posant l'èmfasi més en el rol de vigilància i col·laboració per al seguiment i tractament mèdic que no en l'autonomia dels cuidatges,
- d. Que com a docents no hem sabut coordinar i guiar de manera adient la integració d'aquests aprenentatges a l'hora de l'anàlisi i estudi de les diferents situacions problema.

Cal estar atents que, darrere de la percepció d'una manca de coneixements en les àrees tan específiques i vinculades als estudis de patologia i tractament, no hi hagi en realitat una visibilitat escassa dels cuidatges i de les persones cuidadores que la societat en general acostuma a tenir i que repercuteix granment en la identitat i la imatge professional de les infermeres. Els tractaments mèdics i les cures tècniques han tingut sempre un reconeixement social i professional, cosa que no ha estat així amb l'acompanyament, la suplència i l'educació sanitària que desenvolupen les infermeres i que són essencials i imprescindibles per a la qualitat de vida de les persones.

Per finalitzar aquestes conclusions cal **destacar la fortalesa del treball en equip**. La gran empremta que ha deixat aquesta competència adquirida en les professionals mereix de ser aprofitada al màxim i fer-ne una proposta ferma de futur mirant d'encaminar-la per un **treballar en equip "versus" la interdisciplinarietat**.

6.2. LES PROPOSTES

▪ Possibilitats de continuar aquesta recerca

El treball iniciat en aquesta recerca dona peu a un ventall possible de propostes. Les que de moment es veuen més factibles són les següents:

- Contestar als interrogants que es tenia respecte al rol del tutor/a d'ABP i que no s'han pogut respondre amb el disseny que s'ha utilitzat. Per a saber el perfil de docent que s'ha anat construint i institucionalitzant i com se'n van elaborant els criteris de la pràctica, cal un disseny que inclogui l'observació directa de la pràctica docent en les tutories d'ABP. Aquest nou element permetria detectar i definir quins són els aprenentatges fets i quins encara falten per a aprendre.
- La segona proposta fóra de fer un seguiment amb un estudi longitudinal de cohort configurat per les mateixes professionals exalumnes, deixant transcórrer un temps prudencial, a fi de constatar com s'han desenvolupat en la seva carrera professional i comprovar si la seguretat i la competència en les habilitats comunicatives i en el treball en equip n'han ajudat l'autoestima i la imatge de la professió.
- La tercera estaria emmarcada en l'objectiu de continuar treballant en l'apropament de la teoria i la pràctica, utilitzant l'instrument del projecte COM-VA[®] en la l'avaluació de la competències de les estudiants de la titulació de Grau. Com ja s'ha comentat en l'apartat del marc teòric, el fet de partir d'una avaluació de competències treballades i gestades en la pràctica ens brinda l'oportunitat d'un aprenentatge conjunt i trobar una línia coherent entre la docència i l'assistència. Una recerca àmplia en aquest àmbit ens apropiaria i ens ajudaria a identificar els valors i significats que les infermeres donen a la seva competència.

▪ Encaminar el treball en equip *Versus* la interdisciplinarietat

S'utilitza la paraula "*versus*" no en el sentit anglès de jurisprudència en què sol ser usada habitualment i que equival a "confrontació", sinó en el significat que té en el seu origen llatí que és "cap a", "anar cap a". Tenint en compte, doncs, la fortalesa comentada del treball en equip el que es proposa aquí és d'aprofitar aquesta fortalesa per a plantejar la

necessitat d'aprofundir en el discurs interdisciplinari i afrontar alhora la complexitat de les cures.

Per a un treball interdisciplinari no n'hi ha prou amb "posar en contacte" els discursos de les diferents disciplines, sinó que s'ha d'arribar a un discurs "comú", habilitat no pas fàcil d'assolir. El dia a dia assistencial el trobem replet d'una casuística que explica aquesta dificultat que aflora en les enquestes de satisfacció dels usuaris del Catsalut, on manifesten un augment significatiu de la informació contradictòria que donen els professionals en la consulta mèdica i d'infermeria (en el 2003 la contradicció es va valorar que era del 4,5 % i en el 2007 del 19,1 %) ²⁵³. En un pla no tan pràctic es pot constatar també en les jornades científiques organitzades amb la pretensió de ser interdisciplinàries, tanmateix en les comunicacions dels projectes i de les experiències, costa de veure-hi un diàleg que indiqui un treball conjunt.

En aquest context, un currículum integrat per problemes permet un treball docent organitzat en unitats més globals i d'estructurar les estratègies docents compartides que contribueixen a assentar valors en el professorat i en l'alumnat. Estratègies com són: la flexibilitat, la confiança, la paciència, la intuïció, el pensament divergent, la sensibilitat cap a altres persones, acceptar riscos i canvis, i saber moure's en la diversitat. Valors tots necessaris per a un treball en equip i per a obrir-se camí "cap a la interdisciplinarietat".

Si ens referim als sabers des d'una perspectiva sistèmica, la línia divisòria entre les disciplines és molt borrosa. En cada sector del saber coincideixen aspectes particulars d'una realitat amb diferents parts que ens la fan veure com un tot unitari, perquè els intercanvis i les relacions són estretes. És per això, que el veritable desafiament d'un estudi interdisciplinari està en el fet de prendre com a punt de partida les diferents disciplines respectant la seva especificitat de conceptes, mètodes i lògiques, sense que hi hagi cap barrera de comunicació entre elles. La dificultat per treballar de manera interdisciplinària no està a tenir molts i distints coneixements acumulats, sinó en l'esforç de comprendre les diverses perspectives i "racionalitats" particulars de les disciplines, amb la finalitat de fer possible la percepció de la complexitat dels fenòmens.

Així doncs, i amb el convenciment que el treball en equip va fent pòsit en la competència infermera, no és agosarat dir que la multidisciplinarietat (treballar junts fent servir tan sols la suma de professionals) ja és cosa del passat. El discurs engegat i l'objectiu de present és treballar cap a la interacció entre disciplines. Així ho fan palès les percepcions de les

²⁵³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2007). Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut. Línia de servei d'atenció primària. Consulta mèdica i d'infermeria. Resultat 2006.

professionals que es van formar amb l'ABP i que només porten tres anys d'exercici professional i per tant no són expertes. Quan ho siguin, estaran en bones condicions de competència per a gestionar tant la complexitat infermera com el treball interdisciplinari.

Ja que aquest posicionament és una proposta amb visió de futur, és necessari insistir que per acabar de consolidar la interdisciplinarietat en l'àmbit de la salut, l'esperança està en el nou disseny del Grau d'Infermeria que té mòduls comuns amb altres disciplines (d'Infermeria, de Medicina, de Fisioteràpia entre d'altres) ja que els discents podran formar-se en una relació recíproca que, com diu Vilar (1997, op. cit), es dona quan hi ha coordinació tant a nivell teòric com pràctic i, sobretot, amb la interacció entre els coneixements.

Dissenyar i organitzar un producte docent sobre la salut que impliqui diverses àrees de coneixement, més enllà de les fronteres que s'aixequen entre facultats i titulacions, és un procés complex i difícil. Però de ben segur que l'experiència de participar en projectes integrats ha de permetre encetar el diàleg amb altres disciplines a fi de dissenyar currículums conjunts que superin la interdisciplinarietat i posar els fonaments bàsics que permetin la completa interacció, tant teòrica com pràctica.

6.3. ELS APRENTATGES

En l'apartat dels antecedents que han fet possible aquesta tesi (Capítol 1) ja s'han comentat els aprenentatges previs a la recerca i els que s'han generat al llarg de la realització de la mateixa, que se situen en els aspectes metodològics i en les dificultats inherents al fet d'*aprendre fent*. Els concretaria en els següents: posar en ordre les pròpies idees d'una manera més metòdica, saber moure'm en la immensitat de la informació publicada i llegir-la amb sentit crític, contextualitzar-la en el temps i en l'espai, i, sobretot, tenir clar que els canvis s'han d'analitzar i avaluar per a poder-los sustentar. Tanmateix, i des d'una altra vessant, es reconeix que aquell *aprendre fent* aplicat a la redacció de la tesi m'ha suposat comprovar que escriure és un reescriure constant i, per tant, una riquesa personal valuosa en el context comunicatiu.

Però, en fer el balanç final, hom s'adona que l'essència de l'aprenentatge ha estat **prendre consciència de la complexitat de la disciplina infermera**, sobretot pel que fa a la seva pràctica assistencial, però també en el seu mestratge docent.

Aquesta tesi ha esdevingut una oportunitat per recrear, reflexionar i fer visible l'experiència dels anys; endreçar i posar ordre, amb metodologia, aspectes de la infermeria que podien semblar ser més fruit de la intuïció que de la ciència.

Sembla paradoxal que això hagi pogut esdevenir-se després de tants anys de viure i impartir aquesta professió i en el si d'una altra disciplina. Tanmateix, mirar la pràctica infermera des de la perspectiva més pedagògica ha permès d'objectivar la complexitat inherent als cuidatges de les persones que viuen una experiència de salut-malaltia. És prou sabut que per a treballar amb persones s'ha de tenir present que són un tot indivisible físic, biològic, psicològic, social, cultural i històric. Però cuidar i acompanyar tenint sempre present de respectar l'altre amb la seva afectivitat, la seva fragilitat, les seves potencialitats i fortaleses, els seus sofriments, les seves esperances de vida o la desesperança davant la mort i, alhora, ser conscient de les diferències culturals, d'entorns socials, d'intercomunicació, de creences, de recursos, de punts de vista, d'opcions de vida... és quelcom molt complex d'articular i gestionar com també ho és d'ensenyar-ho i aprendre-ho.

La idea clau de "la complexitat en el pensament i la pràctica infermera" formarà part tothora del meu ideari fonamental i del meu treball per tal de fer que infermeres i estudiants s'adonin del valor i de la complexitat que té aquesta professió i de les habilitats que precisa.

BIBLIOGRAFIA

ACHIKE, F.I., I KWAN, C.Y. (1998). Problem Based Learning (PBL). *Medical Education: Why, what and how*. J. U. Malaya Med. 2 (2^o): 89-93.

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (2007). Guía de apoyo para la elaboración de la memoria para la solicitud de títulos oficiales (Grado y Máster). ANECA. V.03 – 08/01/09. Disponible a: http://www.aneca.es/active/docs/verifica_guia_gradoymaster_080218.pdf

AGÈNCIA PER A LA QUALITAT DEL SISTEMA UNIVERSITARI DE CATALUNYA:

- (2002). Marc general per al disseny, el seguiment i la revisió de plans d'estudis i programes.
- (2003). *Marc general per a l'avaluació dels aprenentatges dels estudiants*. Mateo, J. (coordinador)
- (2005). *Eines per a l'adaptació dels ensenyaments a l'EEES*. Armengol, C. Et alt.
- (2009). *Un model d'anàlisi de la qualitat de l'ensenyament des de la perspectiva dels estudiants a titulacions de quatre universitats catalanes*. Rué, J: Coordinador.

AIZICZON, B. & CUDMANI, L.C. (2006). La evaluación del aprendizaje significativo en el ABP en biofísica en Medicina, las voces de los alumnos. Dins de: Conferencia interamericana sobre educación en la física, San José, Costa Rica. Memorias. ISBN 9789968-9939-99.

ALBERDI, R. & LÓPEZ, C. (2004). Espacio enfermero vs Espacio europeo. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (10), 712-716.

ALCOLEA, MT. (2004). Las tutorias. Dins de: *El Aprendizaje Basado en Problemas: una herramienta para toda la vida*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. (pp.80-85)

ANTUNEZ, S. (1999). El trabajo en equipo de los profesores y profesoras: factor de calidad, necesidad y problema. El papel de los directivos escolares. *Educar*. 24: 89-110.

ARADILLA, A. & TORT, G. (2006). Mòdul transversal en infermeria geriàtrica i comunitària. L'Aprenentatge Basat en Problemes com a oportunitat per a un aprenentatge compartit. *Col·lecció Materials*, 180. Bellaterra: Editorial UAB.

ARMENGOL, C. (2001). *La cultura de la colaboración. Reto para una enseñanza de calidad*. Madrid: La Muralla.

BARCELÓ, M. *Informació, coneixement i economia*. (2010). Disponible a www.elperiodico.cat/canoticias/opinio/.../370714.shtml. Consultat el 10 de juliol d 2010.

BARROWS, H.S. (1985). *How to design a problem-based learning currícula for preclinical years*. Nueva York: Spring.

BARROWS, H.S. (1986). A taxonomy of problem-based learning methods. *Medical education*, 20, 481-486.

- BARROWS, H.S. (1992). *A problem-based learning in secondary education and the Problem-Based Learning Institute*. Springfield, Illinois: Southern Illinois University School of Medicine.
- BAÑOS, E. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica*. 8(4): 216-225.
- BAÑOS, E. (2007). *El Aprendizaje Basado en Problemas: un concepto clásico para la universidad moderna*. Conferencia Universidad Nacional a Distancia. Noviembre 2007. Disponible a <http://portal.uned.es/pls/portal/docs>. Consultat el 3 de novembre de 2009.
- BENNER, P. (1984). *From Novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto, CA: Addison-Wesley.
- BENNER, P. (1987) *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- BIGGS, J. (2005). *Calidad del aprendizaje universitario*. Madrid: Narcea.
- BLANCO, R. MONTENEGRO, L. ZAPICO, F. (2007). Desarrollo curricular. Definición de objetivos de aprendizaje: perfil, competencias, principios y conceptos, de la escuela universitaria de enfermería Vall d'Hebron. *Enfermería Global*. 11: 1-27
- BLANCO, R. ZAPICO, F., TORRENS, R.M. (2005). Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de Enfermería*. 8(1): 60-66.
- BRANDA, L.A. (1999) Preparación de las situaciones de aprendizaje basado en problemas. Dins de: *Seminario para el aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante i en grupos pequeños*. Institut d'Estudis de la Salut. Document intern.
- BRANDA, L.A. & LEE YIN-WAI. (2000) *Evaluación de la Competència del Tutor*. Bahía Blanca. Argentina. Adaptat per a l'EUI Vall d'Hebron.
- BRANDA, L.A. (2001). Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. Dins de: *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*: Organización Panamericana de la Salud (pp. 79-101)
- BRANDA, L.A. (2002). El aprendizaje Basado en Problemas i las tutorías. Disponible a http://campus.usal.es/nofees/NUEVAS_METODOLOGIAS/ABP Consultat el 15 de gener de 2010.
- BRANDA, L.A. (2004). El aprendizaje basado en problemas en la Formación de Ciencias de la Salud. Dins de: *El aprendizaje Basado en problemas: una herramienta para toda la vida*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- BRANDA, L.A. (2008). El Aprendizaje Basado en Problemas. El resplendor tan brillante en otros tiempos. Dins de: UF. Araujo & G. Sastre (Coords.). *El Aprendizaje Basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad* (pp. 17-46). Barcelona: Gedisa.
- BRANDA, L.A. (2009a) *El aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a res populis*. *Educación Médica*. 12(1): 11-23.

BRANDA, L.A. (2009b) L'aprenentatge basat en problemes. Dins de Branda et al. *EINES d'Innovació Docent en Educació Superior*. (pp. 11-46). Bellaterra: IDES de la UAB.

BRAILOVSKY, C.A. (2001). Educación médica, evaluación de las competencias. A: *Aportes para un cambio curricular en Argentina*. Jornadas de cambio curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Organización Panamericana de la Salud; :103-122. Disponible a : <http://www.aspefam.org.pe/intranet/CEDOSA/Brailovsky.pdf>

BROCKBANK & MCGILL. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Ediciones Morata.

BRYKCNYSKI, K. (2007). De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. Dins de: Marriner, A. & Raile M. (2007). *Modelos i teories en enfermería*. Madrid: ELSEVIER. (6a ed.). 140-159.

BÖRJESON, L. (1995) *Motivar-nos els uns als altres: idees i consells per a tothom que treballa en formació*. Barcelona : Ediciones Cúmulos.

BUNK, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesional en la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*. 1, 8-14.

BUSQUETS, E. (2008) Ética y estética del cuidar. *Revista ROL de Enfermería*. 31(11): 148-754

CAMINAL, J., ARADILLA, A., CÒNSUL, M., GUTIÉRREZ, T. (2007). La salut en el segle XXI: una responsabilitat a compartir. *Experiència per crear cultura de treball interprofessional. Experiències docents innovadores de la UAB en ciències experimentals i tecnològiques i en ciències de la salut*. 179-187

CAPRA, F. (1997). *The Web of Life: A New Synthesis of Mind and Matter*. London: Flamingo.

CARBALLO, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Revista ROL de Enfermería*. 28(4): 250-252

CARR, W. & KEMMIS, S. (1988). *Teoría crítica de la Enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

CARRANZA, S., ARCE, R. & GONZÁLEZ, P. (2007). Evaluación de una estrategia educativa para mejorar la aptitud para la lectura crítica de textos de investigación clínica en residentes de ginecología de segundo año. *Ginecología Obstétrica México*; 75 (11): 661:6.

CARRERAS J. & PERRENAUD, P. (2005). *El debat sobre les competències en l'ensenyament Universitari*. Barcelona: ICE de la Universitat de Barcelona.

CASSASAS, O. et al. (2002). *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*. (2a. ed.). Barcelona: Fundació Enciclopèdia Catalana.

CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. (2a. ed.) Oriol, A. (dir).

- CLAXTON, G. (2002). Anatomia de la intuición. Dins d'Atkinson, T. i Claxton, G. *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.
- CLERIES, X. (2006). La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson.
- COLL, C. (2002). *El constructivismo en el aula*. 13ª ed. Barcelona: Graó.
- COHEN, H. & ELLIOTT, V. (1982) The Nurse's Quest for a Professional Identit. *Dimensiona of critical care Nursing*. 1 (2): P 126. A <http://journals.lww.com/dcnjournal>. Consultat el 12 de març de 2009.
- COLEMAN, I.P. & WATTS, A.S. (2007). Use of PharmaCALogy Software in a PBL Programme to teach Nurse Prescribing. *Bioscience Education e-Journal*. 10(1): 1-11.
- COLINA, J. & MEDINA, J.L. (1997). Construir conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revista Rol de Enfermería*. (232): 23-30.
- COLLIÈRE, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- COMITÉ D'AVUACIÓ EXTERNA. (2000). *Informe d'avaluació Externa. Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron*. Martí, N., Esteve, M., Benavent, A. Document policopiat.
- CONSELL DE COL·LEGIS OFICIALS DE DIPLOMATS EN INFERMERIA DE CATALUNYA. (2002). *Competències de la professió d'Infermeria*. Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut.
- CONSELL CATALÀ D'ESPECIALITATS EN CIÈNCIES DE LA SALUT (1999). *Competències de la professió d'infermeria*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.
- CÒNSUL, I. (1997). *Cinc estacions. Un dietari*. Barcelona: Edicions de la Magrana.
- CÒNSUL, M. (2004). El coratge d'un docents pel canvi. *Àgora d'Infermeria*. 8 (3): 648-650.
- CÒNSUL, M. & MONTENEGRO, L. (2006). Cambio de paradigma docente de la EUE Vall d'Hebron: una experiencia innovadora centrada en el aprendizaje basado en problemas. *Rev. ROL de Enfermería*. 29 (10): 653-658.
- CÒNSUL, M. (2007). La formació del professorat: un canvi de cultura docent. Dins de: Cònsul, M. (coord). *Historia de un cambio: Un currículum integrado con el aprendizaje basado en problemas*. Barcelona: Enciclopedia Catalana. 71-78.
- CÒNSUL, M. & TORRENS, R.M. (2009). L'Aprenentatge basat en problemes en un currículum d'Infermeria integrat per competències. Dins de: Branda et alt. *EINES d'Innovació docent en l'educació superior*. Bellaterra: IDES de la UAB. (pp.113-123).
- COSTA-PAU, J. (1988). *Súnion. Una nova pedagogia per a adolescents*. Barcelona: Eumo Editorial

- DAHLE, LO., FORSBERG, P., HARD, H., WYON, Y. & HAMMAR, M. (2008). La enseñanza basada en problemas de la medicina fomenta el desarrollo de unos sólidos cimientos teóricos y una actitud profesional de base científica. Dins de: Araujo, U.F. & Sastre, G. (Coord). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad*. (pp. 171-189).Barcelona: Gedisa.
- DEELMAN, A., & HOEBERIGS, B. (2008). El ABP en el contexto de la Universidad de Maastricht. Dins de: Araujo, U.F. & Sastre, G. (coords.). *El Aprendizaje Basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad*. (pp. 131-152).Barcelona: Gedisa.
- DELORS, J. Et alt. (1996) *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. Santillana. Ediciones UNESCO.
- DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ. Aspectes bàsics de la proposta curricular competencial. Orientacions. <http://phobos.xtec.cat/edubib/intranet/file>. Consultat 12/12/2009
- DE MIGUEL-DIAZ (dir) (2006) *Aprendizaje Basado en problemas*. Ministerio de Educación i Ciencia. Ediciones de la Universidad de Oviedo. Disponible a <http://www.unizar.es/ice/convenio/enseñanza-para-competencias>.
- DE MIGUEL DÍAZ, M. (Dir) (2006): Modalidades de enseñanza centrada en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo. Disponible a <http://www.unizar.es/ice/convenio/Enseñanza-para-competencias>. Consultat el 11 de novembre del 2006.
- DEL VALLE, M., GARCIA-DIEGUEZ, M. MOSCOSO, N., ROSTSTEIN, N. & SILVERMAN, P. (2006). *Guía de evaluación de los estudiantes*. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.
- DEWEY, J. (1993). *Cómo pensamos: nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo*. [traducció de Marco Aurelio Galmarini]. Barcelona: Paidós
- DURAN, D. (2002). *Tutoria Entre iguals. Processos cognitivo-relacionals i anàlisi de la interactivitat en tutories fixes i recíproques*. Tesi doctoral per a optar al títol de Doctor en Psicologia de l'Educació. Universitat Autònoma de Barcelona.
- ECO, U. (2001). *Como se hace una tesis: Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Gedisa.
- ELLIOTT, J. (2000). *La investigación-acción en educación*.Madrid: Morata
- ERAUT, M. (2002). El profesor intuitivo: una visión crítica. Dins d'Atkinson, T i Claxton, G. *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.
- ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA VALL D'HEBRON. (2002). *Proposta d'un nou model d'estructura d'organització i de gestió de l'EUIVH*. Document intern pol·licopiat.
- ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA VALL D'HEBRON (2007). *Història de un cambio: Un currículum integrat amb el Aprendizaje Basado en Problemas*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana.

- ESCUREDO, B.; CASANOVAS, I. & ESTEVE, J. (2004). Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. *Enfermería Clínica*. 14(3): 157-166.
- ESPAÑA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN , CULTURA Y DEPORTES, (2003). *Documento-Marco. La integración del sistema español en el espacio europeo de enseñanza superior*. Madrid: MEC.
- FAJARDO, M.E. & GERMAN, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros invisibles. *Índex de Enfermería*. 13(46), 9-12.
- FERNÁNDEZ, E. (2005a). Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. *Educare 21. núm.21: diciembre 2005*.
- FERNÁNDEZ, E. (2005b). *Valoración diferida del modelo de formación integral basado en competencias, para Diplomados en Enfermería en la Universidad Europea de Madrid*. Tesis doctoral per a l'obtenció del títol de doctor en infermeria: Pràctica i Educació. Departament d'infermeria de la Universitat d'Alacant
- FERRER, V. (1994) *La metodología didáctica de l'ensenyament universitari*. Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- FERRER, V.; MEDINA, J.L. & LLORET, C. (2003) *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión y formación*. Barcelona: Laertes.
- FONT, A. (2003). Una experiencia de autoevaluación y evaluación negociada en un contexto de aprendizaje orientado a la solución de problemas (PBL). *Congreso de la Red Estatal de Docencia Universitaria "Hacia una docencia de calidad: políticas y experiencias."* Castellón, Universitat Jaume I, 3-4 de febrer 2003.
- FONT, A. (2004). Líneas maestras del Aprendizaje Basado en Problemas. Dins de: *El reto del Espacio Europeo de Educación Superior*. 18(1). 79-95.
- FONT, A. (2009). Aprenent Dret per Problemes. L'experiència de la Universitat de Barcelona. Dins de: Branda et alt. *EINES d'Innovació docent en l'educació superior*. Bellaterra: IDES de la UAB. (pp. 47-69)
- FREIRE, P. (2001). *La naturaleza poética de la educación: cultura poder i liberación*. Barcelona: Paidós.
- FUENTEELSAZ, C., NAVALPOTRO S., & RUZAFSA, M. (2007). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investenténiscu). *Enfermería Clínica*. 17: 117-127
- FULLAN, M. (2002) *Los nuevos significados del cambio en educación*. Barcelona: Octaedro.
- FUNDACIÓ VICTOR GRIFOLS I LUCAS. (2005). *Gestión del cuidado en enfermería*. Cuadern 12. Barcelona: Fundació VGiL.
- GAIRIN, J. (1999). La calidad, un concepto controvertido. *Educar*. 24: 11-45.

- GARCIA-DIEGUEZ, M. & DURANTE, E. (2004). El uso de problemas en la educación médica. No siempre es sinónimo de aprendizaje basado en problemas. *Educación Médica*. 24(2): 61-67.
- GARRIDO, J.M. (2009). *Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios*. Tesis doctoral per a l'obtenció del títol de doctor en Pedagogia. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona.
- GEERTZ, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. (2003). *LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya*. Editor.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. (2007). Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut. Línia de servei d'atenció primària. Consulta mèdica i d'infermeria. Resultat 2006.
- GHISO, A. *La fugaz verdad de la experiencia. Ecología del acontecimiento y experiencia formativa*. www.docencia.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php consultada el febrer de 2010.
- GIMENO, X. & CÒNSUL, M. (2007). *L'avaluació dels aprenentatges dels estudiants a la llum de les orientacions de l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Document de treball del grup AIDA. Projecte SEJ2007-65786.
- GOELEN G., DE CLERCQ G., HUYGHENS L. & KERCKHOFS E. (2006) Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Medical Education*. 40 (6): 555-561.
- GOETZ, J.P. & LECOMPTE, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid. Morata.
- GOODSON, I. & MACDONALD. B. (2000) *Un día en el aula. ¿Por qué luchan?* Pedagogías del siglo XXI. Cuadernos de Pedagogía. Especial 25 años. Barcelona: Ciss. Praxis, 11, 150-151.
- GUBA, E. (1989). *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. Dins de: Gimeno, J., Pérez A. (Ed), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- HARGREAVES, A. (2003) *Profesorado, cultura y posmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado*. (4a ed.) Madrid: Morata.
- IGLESIAS, J. (2002). El aprendizaje Basado en Problemas en la formación inicial de docentes. *Perspectivas*, 32 (3), 1-7.
- INCANOP (1997). *La formació del segle XXI: les competències clau*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. INCANOP.
- JACKSON, P. (1990). *La vida en las aulas*. (2a ed.). Madrid: Morata.

JUVÉ, M.E., HUGUET, M., MONTERDE, D. SANMARTÍN, M.J., MARTÍ, N., CUEVAS, B. et alt., (2007a). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing*. 25 (4): 56-61.

JUVÉ, M.E., FERRERO, S., MATUD, C., MONTERDE, D., FIERRO, G., MARSAL, R., et alt. (2007b). ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?. *Nursing* 25(7): 50-61.

KÉROUAC. S., PEPIN, J., DUCHARNE, F., DUQUETTE, A. & MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

KOH, GC-H., KHOO, HE., WONG, ML., KOH, D. (2008). The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Canadian Medical Association Medical*. 178:34-41.

LANGLOIS, J., WELLS, G.A., LECURTAIS, M., BERGERON, G., YETISIR, E. & MARTIN, M. (2009). Spatial Abilities in an Elective Course of Applied Anatomy after a Problem-Based Learning Curriculum. *Anatomical Sciences Education*. 2(3): 107-112.

LAMAS, H. (2008). Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liber*. 14 (14): 15-20.

LATORRE, A. (2003). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Graó.

LATORRE, A., DEL RINCON, D. & ARNAL, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiència.

LEY 44/2003, de 21 de novembre

LIPMAN, M. (1998) *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: Ediciones de la Torre

LÉVY-LEBOYER, C. (2003). *Gestión de las Competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas*. Barcelona: Gestión 2000.

LUIS, MT., FERNÁNDEZ, C. & NAVARRO, MV. (1998). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de virginis Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson

LLEIXÀ, M. (2008). *La tutoria virtual i la inserció laboral dels professionals d'infermeria*. Tesis doctoral per a l'obtenció del títol de doctora en Pedagogia. Departament de Pedagogia de la Universitat Rovira i Virgili. Totsa: Terres de l'Ebre.

LÓPEZ, I., ARRANZ, P. i MARTÍNEZ, M. (2005). Evaluación del método ABP por los alumnos de enfermería: estudio comparativo en dos asignaturas, durante el curso 2004-05. Jornadas de Innovación Universitaria. UEM.

LÓPEZ, I., GONZÁLEZ, JL. & AGUDO, E. (2007). Desarrollo de competencias transversales del método ABP en la asignatura Enfermería Comunitaria II. Jornadas Internacionales de innovación Universitaria. UEM 12 i 13 de juliol.

MAALOUF, A. (1999). *Les identitats que maten: per a una mundialització que respecti la diversitat*. Tradució de Carles Besa. Barcelona: La Campana.

- MCMASTER UNIVERSITY NURSING SCHOOL. Web consultada el 25/ 01/2010.
<http://www.fhs.mcmaster.ca/pblnursing/JournalRefLinks.htm>.
- MARRINER, A. & RAILE, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Science.
- MARTÍNEZ, J.R. (2005). Enfermería: Sencillamente complicado. *Revista ROL de Enfermería*. 28(4): 255-264.
- MARTÍNEZ, P. & ECHEVARRIA, B. (2009). Formación basada en competencias. *Revista de Investigación Educativa*. 27(1) 125-147.
- MAUDSLEY, G. (1999). *Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum*. BMJ 318: 657-661.
- MAYKUT, P. & MOREHOUSE, R. (1999). *Investigación Cualitativa. Una guía pràctica y filosòfica*. Barcelona, Hurtado Ediciones.
- MEDINA, JL. (1999). *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Leartes
- MEDINA, JL. (2003). La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. *Educare21*, oct. 2003-núm1. Disponible a <http://www.enfermeria21.net/educare/> Consultat el 8 de maig de 2008
- MEDINA, JL. (2005a). Las preguntas. El difícil equilibrio académico y profesional en la España "pre-europea" (I) *Rev. ROL de Enfermería*. 28(2):87-90.
- MEDINA, JL. (2005b). *Deseo de cuidar y voluntatd de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona. Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- MEDINA, JL. (2007). La enseñanza clínica en Enfermería: de las simplificaciones fragmentantes a las lógicas no lineales de la reflexividad. Dins d'Aljims, E., Ostinguín, RM. *La enseñanza clínica en enfermería. Un acercamiento multidisciplinario*. México: CIECAS.
- MEDINA, JL., CLERIES, X. & NOLLA, M. (2007). El desaprendizaje: propuesta para profesionales de la salud críticos. *Educación Médica*. 10 (4): 209-216
- MEDINA, JL. (2008). De mapas i territorios. Formalización de los saberes profesionales en el currículum. *Rev. ROL de Enfermería*. 31(7-8): 533-536.
- MELEIS, A (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. (3a. ed.). Philadelphia: Lippincott.
- MILLER, G.E. (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 65(9): 63-67.
- MORAGA, M. & COLLIÈRE, MF. (2005). El arte de cuidar la vida. *Revista ROL de Enfermería*. 28(4), 266-268.
- MORIN, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

- MORIN, E. (2001) *Tenir el cap clar: per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.
- MORIN, E (2001) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- MORTARI, L. (1999) Tras las huellas de un saber. Dins de: Diotimia (Ed.), *El perfume de la maestra: en los laboratorios de la vida cotidiana* (pp. 157-181) Barcelona: Icària.
- MOUST, JH., BOUHUIJS, PA. & SCHMIDT HG. (2007). *El aprendizaje basado en problemas: guía del estudiante*. Cuenca: Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha.
- NAVARRO, N. & ILLESCAS, M. (2006). Evaluación de diseño de casos. (2006). Dins de: Navarro N. (Ed.). *Diseño de casos integrados*. (pp. 23-46). Temuco: Universidad de la Frontera.
- NORCINI, JJ., (2006). Evaluación basada en competencias. Dins de: Cantillon, P., Hutchinson, L. Wood, D. (Cod). *Aprendizaje y docencia en medicina*. pp 53-59. Barcelona: Fundació Esteve.
- NORMAN GEOFFREY R. & SCHMIDT, HENK G. (1992). The Psychological Basis of Problem-Based Learning; A Review of the Evidence. *Academic Medicine*. 67(9):557-65.
- NOSICH, GM. (2003). *Aprender a pensar. Pensamiento analítico para estudiantes*. Madrid: Pearson Educación.
- OMS (1994). *La enfermería más allá del año 200. Informe de un grupo de estudios de la OMS*. Ginebra: OMS. Serie de informes técnicos; 842.
- ORIOI, A. (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- PALACIOS-CEÑA, D. (2008). Modernidad, positivismo y tecnología: influencia en la enfermería. *Index de Enfermería*. 17(3): 188-192.
- PALOMINO, PA., FRÍAS, A., GRANDE, ML., HERNÁNDEZ, ML. & DEL PINO, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería: información bibliogràfica, investigació y humanidades*. (14): 50-54.
- PEDRAZ, A., ANTÓN, MV. & GARCIA, A. (2003). Observación de una tutoría de ABP dentro de la asignatura de legislación y ética profesional en enfermería. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*. 3(2): 87-93.
- PIAGET, J. (1978). *A dónde va la educación*. Barcelona: Teide.
- PIAGET, J. (1990) *La equilibración de las estructuras genéticas. Problema central del desarrollo* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- PERRENOUD, P. (2004a). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar: profesionalización y razón pedagógica*. Barcelona: Graó
- PERRENOUD, P. (2004b). *Diez nuevas competencias para enseñar*. invitación al viaje. Barcelona: Graó.

- PETERS, RS. (1969). *El concepto de educación*. Buenos Aires: Paidós.
- PETIT, F. (1984). *Psicología de las organizaciones: introducción a sus fundamentos teóricos y metodológicos*. Barcelona: Herder.
- PIQUÉ, J.L. (2009). *Evolució del resultat de la satisfacció del ciutadà amb els serveis de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona*. Presentació en la jornada sobre "Els ciutadans i la seva percepció de la Salut a la Regió Sanitària de Barcelona". 5 de febrer de 2009 al CaixaForum de Barcelona.
- PONT, E. (2005). *Les competències en l'exercici de la direcció*. Dins de Màster en Administració i Gestió en cures infermeres, (Edit.), *L'Exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. (p. 43-51). Barcelona: Fundació "La Caixa".
- QUERO, A. (2004). Formació, humanismo i humanització. *Metas de Enfermería*. 7(3),55-58.
- RAMIÓ, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral per a l'obtenció del títol de Doctora en Sociologia. Departament de Sociologia i Anàlisi de las Organitzacions. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales de la Universitat de Barcelona.
- RASPREDÓ, B. (2005). Aprendizaje basado en problemas: una innovación didáctica para la enseñanza universitaria. *Educación y educadores*. V. 8: 9-19. Disponible a <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/viewArticle/306/544>
- RAUNER, F. (2007). El conocimiento pràctic i la competència de acció en la professió. *Revista europea de Formació Professional*. 40. 59-73.
- RIOPELLE, L. & TEIXIDOR, M (2000). "La pràctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista. Proyecto de formación para la implementación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los centros de Atención primaria del Institut Català de la Salut" Dins de: *La salut y la calidad de vida , un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras*. EUI Santa Madrona de la Fundació "la Caixa", adscrit a la Universitat de Barcelona. 47-72.
- RODRIGUEZ, J. & BOSCH, J. (2004). *Infermeres avui: Com som i com volem ser*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- RODRIGUEZ, M., MARTÍNEZ, E., TOVAR, A., GONZÁLEZ, R., GODAY, C. & GARCIA, J., (2009). Deconstrucción de la profesión enfermera desde la perspectiva de genero. ¿Debilidad o fortaleza? *Revista ROL de Enfermería*. 32 (7-8): 504-510.
- RODRÍGUEZ, A. & VIEIRA, J.M. (2009), *La formación en competencias en la Universidad: un estudio empírico sobre su tipología*. *Revista de Investigación Educativa*. 27(1): 27-47.
- ROMAN, B. (2001). Cap a una ètica de la responsabilitat: de Kant a Apel. *Comprendre: revista catalana de filosofia*. 3 (1): 19-42.
- RUÉ, J. & MARTÍNEZ, M. (2005). *Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

- RUÉ, J. (2008). Aprender en autonomía en la Educación Superior. Dins de: Araujo & Sastre. *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una perspectiva de la enseñanza en la universidad*. Barcelona: Gedisa 47-66.
- RUIZ, V. (2008). Interdisciplinariedad y trabajo en equipo en los cuidados de enfermería al paciente psicogeriátrico. *Informaciones psiquiátricas*. 192: 159-162.
- SALINAS, AS. et alt. (2005). El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de la urología. Modelo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha. *Actas de Urología*. 29 (1): 8-15.
- SANDIN, M.P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw Hill.
- SANDOVAL, P. & ZAMORA, JM. (2006). Construcción de casos para aprendizaje integrado. Dins de: , N. Navarro (Ed.), *Diseño de casos integrados*. (pp. 23-46). Temuco: Universidad de la Frontera.
- SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. (2008). Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería”. *Enfermería Clínica*. 18(5): 262-8.
- SARTORI, D. (2002). Decir, desvelar, mostrar. Dins de: Diotimia (Ed.), *El perfume de la maestra: en los laboratorios de la vida cotidiana* (pp. 93-132) Barcelona: Icaria.
- SAVERY, J.R. & DUFFY, T. (1995). Problem-based learning: an instructional model and its constructivist framework. *Educational technology* 35 (5), 31-38.
- SCHMIDT, HG. (1998). Problem –based learning: ¿does it prepare medical students to become better doctors? Some evidence shows that it does, but the jury is still out. *The Medical Journal of Australia*, 168. 429-430. Disponible a <http://www.mja.com.au/public/issues/may4/schmidt/schmidt.html>
- SCHÖN D. (1998) *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- SPONSOR MANAGEMENT CONSULTING. (2002). *Informe del pla de gestió de l'EUI Vall Hebron*. Document fotocopiado.
- SOLA, C. et alt., (2006). *Aprendizaje Basado en Problemas. De la teoría a la práctica* . México: Trillas.
- STAKE, RE. (1998), *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- TAYLOR, S.J. & BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TEIXIDOR, M., PONT, E., FERRER, C., MARTÍNEZ, D., MARTÍ, N., CRUZ, R. & VILA, E. (2003). Marc de referència professional per a la funció de supervisor/a d'infermeria de la demarcació pilot de Barcelona “Desenvolupar les competències i la mobilitat dels supervisors d'infermeria per millorar la qualitat d'atenció dels usuaris a l'hospital”. *Barcelona: Fundació “La Caixa”; Departament de Salut i Hospital Germans Tries i Pujol*.

- TEIXIDOR, M. (2005). Humanització i gestió. Dins de: Máster en administració i Gestió de cures d'infermeria. (Ed.), *L'exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*.(pp.53-72). Barcelona: Obra social "La Caixa".
- TORP, L. & SAGE, L. (1999). *El aprendizaje basado en problemas. Desde el jardín de infantes hasta el final de la escuela secundaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
- TORRALBA, F. (1999). Lo ineludible humano. *Labor hospitalaria*. 253. Juliol- setembre.
- TORRALBA, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid : Institut Borja de Bioètica-Fundación Mapfre Medicina.
- TORRENS, RM. (2007). Antecedentes que propiciaron el cambio. Dins de: Cónsul, M. (coord). *Historia de un cambio: Un currículum integrado con el aprendizaje basado en problemas*. Barcelona: Enciclopedia Catalana. 57-62.
- TUFTS, M. & HIGGINS-OPITZ, S.; (2009). What makes the learning of Physiology in a PBL Medical Curriculum Challenging? Student Perceptions. *Advances in Physiology Education*. 33(3): 187-195.
- TUNING 2003: Tuning Educational Structures in Europe, Informe final. Proyecto Piloto - Fase 1. González J., & Wagenaar, R. (Eds.). Bilbao: Universidad de Deusto y Universidad de Groningen.
- UGARTETXEA, J. (2001). Motivación y metacognición, más que una relación. *Relieve*, 7 (2). Consultat a www.uv.es/RELIEVE/v7n2/RELIEVE7n2_1.htm el 30 de gener de 2010.
- VALLES, M.S. (1999). *Técnicas cualitativas en investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- VICERECTORAT D'AFERS ACADÈMICS UAB, (2002). *La UAB i la Creació de l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior. Eixos, perspectives i propostes d'actuació. (Aprovat per la comissió d'Ordenació Acadèmica en la seva sessió del 4 de desembre de 2002)*. Bellaterra:UAB.
- VILLA, A. & POBLETE, M. (2007) *Aprendizaje Basado en Competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. ICE de la Universidad de Deusto. p: 19.
- VILLAR, S. (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Cairos.
- VVAA (2000). *Pedagogías del siglo XX. Cuadernos de Pedagogía. Especial 25 anys*. Barcelona: Ciss. Praxis.
- WALTON, HJ. & MATTHEWS, MB. (1989). Essentials of problem-based learning. *Medical Education*. 23: 542-558.
- WENGER, E. (2001). *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significados e identidad*. Barcelona: Paidós.
- WHITE, H. (1995). Creating problems for PBL. Speaking of teaching. Winter 2001, Vol 11. núm 1 Disponible a: <http://www.udel.edu/pbl/cte/jan95-chem.html>.

WILLIAMSON, S. & CHANG, V. (2009), Enhancing the success of SOTL research: A case study using modified problem-based learning in social work education. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*. 9(2):1-9.

WOOD, D. (2003). ABC of learning and teaching in Medicine. Problem based learning. *BMJ*; 326-38. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/326/7384/328.full>

WOODWARD, C. A. & FERRIER, B.M. (1982). Perspectives of graduates two or five years after graduation from a three years Medical School. *Journal of Medical Education*. 57(4): 294-302.

ZAPICO, F. (2005). *Avances en la pràctica de la professió enfermera. Visiones de una misma realidad*. Tesi doctoral per a l'obtenció del títol de Doctora en Ciències Socials i Salut. Departament de Sociologia i Anàlisis de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona.

ZEICHNER, K. (1983). Alternative Paradigm of Teacher Education. *Journal of teacher education*. 334 (3): 3-9.

ANNEXES**ANNEX I : Consentiment per participar en la recerca****Consentiment exalumnes****DADES PERSONALS:** 1^a Promoció: 2002-2005**Nom:** _____**Cognoms:** _____**Adreça:** _____**CP:** _____ **Correu electrònic:** _____**Telèfons:** _____ **Mòbil:** _____**DADES PROFESSIONALS:**

Primera feina:

Segona feina:

Treball actual:**Tipus de contracte:****Horari:****Servei:****Supervisor:****Telèfon de contacte:**

Estic d'acord en participar en l'estudi de seguiment dels professionals formats amb un currículum integrat a l'EUI Vall Hebron:

Signatura:

SI

NO

Data:

ANNEX II: Qüestionari de les exalumnes

Benvolgut/da

El qüestionari que et disposes a emplenar té dues parts. La primera té la finalitat de conèixer en quina realitat professional t'estàs desenvolupant com a professional d'infermeria. La segona és la de recollir la teva opinió i experiència de com t'ha influenciat a nivell professional i personal haver estat formada amb un currículum integrat per competències i amb la metodologia de l'Aprenentatge Basat en Problemes. Aquesta segona part pretén iniciar una reflexió en solitari abans de compartir-la en el grup de discussió .

Vull donar-te per endavant un sincer agraïment per col·laborar amb mi en aquesta recerca.

DADES PERSONALS

Nom: _____

Cognoms: _____

Adreça: _____

CP: _____ **Població** _____

Correu electrònic: _____

Telèfons: _____ **Mòbil:** _____

DADES PROFESSIONALS:

Tipus de contracte del treball actual:

- Plaça en propietat
- Contracte laboral indefinit
- Suplent/ contracte laboral temporal
- Interí
- Altres (especificar) _____

El centre on desenvolupes actualment la teva activitat professional és:

- Centre hospitalari de l'ICS
- Centre hospitalari concertat
- Centre hospitalari privat
- Atenció primària de l'ICS
- Atenció primària concertada
- Consulta privada
- Centre Sociosanitari
- Residència Geriàtrica
- Altres

(especificar) _____

Horari laboral:

Quantes hores setmanals de mitjana dediques a la teva activitat professional?: _____ (faig dos terços de una jornada completa, dos reduccions de jornada) _____

Per fer una jornada completa has de tenir dues feines i/o contractes: Si No

Estudis de grau o de post grau que has o estàs realitzant:

- _____
- _____
- _____
- _____

Recerca i/o publicacions que hakis realitzat i/o en els que hi has col·laborat:

- _____
- _____
- _____
- _____

Altres activitats:

- _____
- _____
- _____

De les dificultats que hauràs tingut com a infermera principiant, quina o quines consideres atribuïbles al tipus de metodologia en la que et vas formar.

Avalua de l'1 al 8 la teva capacitat per:

(L'1 molt deficient i 8 molt satisfactori)

1. Resoldre problemes en contextos estables tot seleccionant, aplicant i ajustant el coneixement que tens per afrontar-los
12 3 4 5 6 7 8
2. Utilitzar els coneixements, les habilitats i el bon judici professional en les situacions que es presenten en contextos inestables i complexos.
12 3 4 5 6 7 8
3. Aplicar les tècniques o procediments a les persones ateses
12 3 4 5 6 7 8
4. Treballar en equip
12 3 4 5 6 7 8
5. Col·laborar en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia.
12 3 4 5 6 7 8
6. Proporcionar cures infermeres a les persones en situacions específiques mitjançant un mètode sistematitzat.
12 3 4 5 6 7 8
7. Mantenir actualitzats els coneixements i habilitats per tractar situacions noves.
12 3 4 5 6 7 8
8. Decidir actuar segons les evidències
12 3 4 5 6 7 8
9. Gestionar la prestació de les cures infermeres
12 3 4 5 6 7 8
10. Mantenir unes relacions interpersonals adequades a cada situació
12 3 4 5 6 7 8
11. Observar una conducta ètica
12 3 4 5 6 7 8

Després de tres anys d'activitat professional, quin valor afegit té la teva activitat infermera i que consideres que és fruit de la metodologia amb que et vas formar.

En quina mesura han influenciat les diferents estratègies docents en perfilar els coneixements, habilitats, actituds i valors per la competència infermera:

- Tutories ABP:
1 2 3 4 5 6 7 8
- Habilitats de cerca d'informació i lectura crítica:
1 2 3 4 5 6 7 8
- Habilitats de Comunicació:
1 2 3 4 5 6 7 8
- Habilitats clíniques
1 2 3 4 5 6 7 8
- Habilitats de recerca
1 2 3 4 5 6 7 8
- Pràctiques clíniques
1 2 3 4 5 6 7 8
- Exàmens
1 2 3 4 5 6 7 8

Quins suggeriments faries per tal de que propers estudiants no tinguessin les dificultats que tu has tingut:

ANNEX III: Carta a les exalumes de la primera promoció:

Estimat/da exalumne/a

En primer lloc dir-te que em plau posar-me en contacte amb tu i desitjo que l'experiència com a professional d'infermeria estigui anant tal i com havies projectat. El motiu de posar-me en contacte amb tu ve donat per un interès personal i professional a l'hora.

M'explicaré:

El canvi que vàrem iniciar a l'escola l'any que tu vas ingressar, em va motivar a iniciar el doctorat en el departament de Didàctica i Organització Educativa (DOE) de la Universitat de Barcelona; concretament en el programa de Diversitat i Canvis en l'educació: Polítiques i Pràctiques. El curs passat vaig obtenir el diploma d'estudis avançats (DEA), i ara ja estic en disposició de començar la tesi.

*Es a partir d'això que comença la part personal de que et parlava, donat que he decidit que l'objectiu de la meua tesi sigui **“saber quin valor afegit tenen els i les professionals que s'han format amb un currículum integrat per competències mitjançant l'Aprenentatge Basat en Problemes”**. Per saber-ho necessito del consentiment i de la col·laboració dels estudiants formats a l'Escola Vall d'Hebron amb la metodologia de l'ABP.*

La part professional que em mou a fer aquest estudi està en el component ètic per donar comptes a la societat dels esforços posats en un canvi de paradigma docent. Espero poder aportar si hi ha o no hi ha valor afegit definit i substancial que avaluï i diferenciï les pràctiques infermeres de la vostra promoció.

És per això que et demano, que si estàs d'acord en participar en aquest estudi, emplenis les teves dades actuals en el full que t'adjunto i me'l facis arribar per correu en el sobre que adjunto. Més endavant em posaré de nou en contacte amb tu per contactar una entrevista.

Una abraçada

Maria Cònsul i Giribet

Barcelona, 28 d'abril d 2007

ANNEX IV: Sol·licitud a la direcció d'Infermeria per fer l'observació participant



Sra. Montserrat Artigas
Directora d'Infermeria

Benvolguda

Sóc Maria Cònsul, professora de l'Escola d'Infermeria d'aquesta institució. El motiu de posar-me en contacte amb tu ve derivat del procés de recerca que tinc endegat com a requeriment del doctorat que estic realitzant.

L'objectiu de la meva recerca és saber si les infermeres que s'han format a l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, amb el currículum integrat per competències que tenim endegat des del curs 2002-2003, tenen algun valor afegit pel fet d'haver estat formades amb una metodologia que fomenta la gestió autònoma dels aprenentatges.

Per fer-ho he dissenyat un procés de recollida d'informació qualitativa que ja he iniciat amb les professionals de la primera promoció que s'ha format amb aquesta innovació docent. M'he posat en contacte amb ells/es per saber com s'estan desenvolupant a nivell professional i he realitzat dos grups de discussió per saber quina percepció en tenen.

Per a triangular aquesta informació necessito fer observacions directes del seu treball infermer. Com bé saps aquest tipus de recollida de dades és fa amb una immersió en el camp on es desenvolupa l'activitat. La previsió és d'observar a dues o tres infermeres d'aquesta promoció que estan treballant en aquest hospital.

És per aquest motiu que m'agradaria poder-t'ho explicar personalment per entrar en detalls, i sol·licitar el teu vist-i-plau.

Cordialment

Maria Cònsul
Professora d'EUI Vall Hebron

Barcelona, 9 de setembre de 2008