

Revisión

Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera

Natalia Pérez-Fuillerat^{a,*}, M. Carmen Solano-Ruiz^b y Manuel Amezcua^c^a Hospital de Montilla, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Córdoba, España^b Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de julio de 2017

Aceptado el 2 de noviembre de 2017

On-line el 1 de febrero de 2018

Palabras clave:

Gestión del conocimiento

Conocimiento tácito

Conocimiento implícito

Intuición

Enfermería clínica

RESUMEN

Introducción: El conocimiento tácito puede definirse como aquel que se utiliza de forma intuitiva e inconsciente, y que se adquiere mediante la propia experiencia, caracterizándose por ser personal y contextual. Términos como «intuición», «saber cómo» y «conocimiento implícito» se han utilizado para describirlo. Diferentes disciplinas en el ámbito de la gestión y la salud han estudiado el conocimiento tácito y lo han identificado como una potente herramienta para la creación de conocimiento y la toma de decisiones clínica. El objetivo de esta revisión fue analizar la definición y las características que componen el conocimiento tácito, así como determinar el rol que desempeña en la disciplina enfermera.

Método: Se realizó una revisión integrativa de la literatura publicada hasta noviembre de 2016 en las bases de datos CUIDEN, SciELO, PubMed, Cochrane y CINAHL. La síntesis y la interpretación de los datos fue realizada por dos investigadores mediante análisis del contenido.

Resultados: De los 819 artículos localizados, se seleccionaron 35 sobre el conocimiento tácito y la disciplina enfermera. No existe consenso en la denominación y la interpretación de los resultados en conocimiento tácito. Las principales características del conocimiento tácito son su carácter personal y social, siendo utilizado a partir de una estructura mental organizada (*mindline*). Esta estructura está relacionada con el uso del conocimiento tácito en la toma de decisiones clínicas.

Conclusiones: Los estudios realizados sobre conocimiento tácito y la disciplina enfermera aportan diversas perspectivas sin profundizar en la materia. Se plantea la elaboración de un marco de relaciones que clarifique los conceptos implicados y su papel en la gestión del conocimiento enfermero.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tacit Knowledge: Characteristics in nursing practice

ABSTRACT

Introduction: Tacit knowledge can be defined as knowledge which is used intuitively and unconsciously, which is acquired through one's experience, characterized by being personal and contextual. Some terms such as 'intuition', 'know how' and 'implicit knowledge' have been used to describe tacit knowledge. Different disciplines in the fields of management or health have studied tacit knowledge, identifying it as a powerful tool to create knowledge and clinical decision-making. The aim of this review is to analyse the definition and characteristics that make up tacit knowledge and determine the role it plays in the nursing discipline.

Methods: An integrative review was undertaken of the literature published up to November 2016 in the databases CUIDEN, SciELO, PubMed, Cochrane and CINAHL. The synthesis and interpretation of the data was performed by two researchers through content analysis.

Results: From a total of 819 articles located, 35 articles on tacit knowledge and nursing were chosen. There is no consensus on the name and description of results in tacit knowledge. The main characteristics of tacit knowledge have a personal and social character, which is used from an organised mental structure, called *mindline*. This structure relates to the use of tacit knowledge on clinical decision-making.

Conclusions: Previous studies on tacit knowledge and nursing provide the nursing community with perspectives without going into depth. The production of a framework is suggested, as it would clarify implied concepts and its role on the management of nursing knowledge.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Knowledge management

Tacit knowledge

Implicit knowledge

Intuition

Clinical nursing

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: nataliapf206@gmail.com (N. Pérez-Fuillerat).

Introducción

El conocimiento como objeto de estudio ha sido tratado en diferentes épocas de la historia, siendo descrito por Aristóteles como aquella información obtenida a través de la experiencia sensible en contacto con la realidad. El científico y filósofo Michael Polanyi, en los años 1950, establece la utilización por el ser humano de dos tipos de conocimiento: el conocimiento explícito y el conocimiento tácito¹, combinados en el desarrollo de los procesos cognitivos². Este autor afirma que ni el conocimiento más explícito está carente de conocimiento tácito, ya que la utilización del mismo se realiza en un contexto determinado, vinculado a unos principios éticos y morales, la propia cultura y las vivencias personales del individuo. El conocimiento explícito hace referencia a la información formal obtenida mediante la literatura científica y documentos especializados, como las guías de práctica clínica, los protocolos de actuación estandarizada y los libros, entre otros.

Polanyi enuncia la frase «*We know more than we can tell*» para introducir su propuesta teórica sobre el conocimiento tácito. Este autor plantea que llevamos a cabo una acción sin ser conscientes de la información que hemos utilizado para realizarla¹. El conocimiento tácito es un término que ha sido relacionado con la intuición³, el instinto⁴, el conocimiento personal, el conocimiento práctico y la experiencia^{5,6}.

McAdam et al.⁷ definen el conocimiento tácito como «conocimiento práctico desarrollado desde la experiencia directa y la acción, altamente pragmático y específico de la situación, entendido y aplicado subconscientemente, difícil de articular, usualmente compartido a través de la conversación interactiva y la experiencia compartida».

El concepto de conocimiento tácito no está exento de controversia. La falta de información sobre él y su forma de utilización dificultan su aplicación en el ámbito académico⁸. En este sentido, el estudio de McAdam et al.⁷ relaciona la ambigüedad del término con la dificultad para identificarlo como elemento implicado en la gestión del conocimiento.

La subestimación del conocimiento tácito, junto con la complejidad del contexto asistencial de la práctica⁹, se relacionan como posibles causas de la brecha existente entre los resultados de la investigación y la toma de decisiones clínicas¹⁰. Esta situación se visibiliza en el rechazo de los/las profesionales de enfermería a modificar su práctica y utilizar las evidencias disponibles que no guarden relación con su experiencia¹¹. Así, son ellos/ellas quienes gestionan su propio conocimiento¹², buscando información y utilizándola en la práctica¹³. La obtención de conocimiento en el ámbito asistencial se describe mediante la práctica reflexiva¹⁴, partiendo de la propia acción como elemento revelador de la información utilizada¹⁵. Este conocimiento de naturaleza práctica-prescriptiva¹⁶ incluye el conocimiento tácito en la realización de los cuidados.

La hegemonía del conocimiento procedente de fuentes científicas es cuestionada al considerar válidos otros recursos, como la experiencia. La valoración de diversas fuentes conceptualiza la construcción de conocimiento como un proceso continuo entre teoría y práctica combinadas a través de la sabiduría¹⁷. Así, la experiencia se sitúa como recurso de información prioritario¹⁸, siendo un elemento indispensable en la adquisición de conocimiento experto enfermero, según Benner¹⁹.

El conocimiento tácito se ha descrito como elemento esencial de las comunidades de práctica, definidas como grupos sociales que comparten y desarrollan conocimiento colectivo. Dichas comunidades han sido valoradas como una herramienta importante en la transferencia y la construcción de conocimiento local, facilitando la difusión y la accesibilidad al conocimiento tácito

Tabla 1
Estrategia de búsqueda por idioma

Idioma	Estrategia de búsqueda
Español	Tacito OR Tacit* OR "Conocimiento tácito" AND Enfermer* OR "Servicios de salud"
Portugués	Tacito OR Tacit* OR "Conhecimento tacito" OR Tacito AND "Gestão do Conhecimento" AND Enfermagem OR "Serviços de Saúde"
Inglés	Tacit OR Tacit AND "Knowledge Management" OR "Tacit Knowledge" AND Nursing OR "Health Services"

de los/las profesionales²⁰. También, la gestión del conocimiento tácito por parte de los pacientes ha sido utilizada como elemento de empoderamiento (fortalecimiento de las capacidades) de los/las pacientes y su participación en el manejo de su salud²¹.

La información sobre cómo los/las profesionales de enfermería utilizan su conocimiento podría permitir conocer qué recursos y qué información son gestionados en la aplicación de los cuidados²². Según lo expuesto, se plantea esta revisión con la finalidad de analizar la definición y las características que componen el conocimiento tácito, así como para determinar el rol que desempeña en la disciplina enfermera.

Método

El conocimiento tácito ha sido abordado desde diferentes enfoques, siendo necesario el estudio de fuentes teóricas y empíricas para su estudio en profundidad. El método utilizado ha sido la revisión integrativa debido a su idoneidad para el manejo de artículos sobre temas incipientes estudiados mediante diversas metodologías.

La revisión ha sido realizada en las siguientes fases: identificación del problema, recolección de datos, selección y evaluación de los datos, y análisis e interpretación de los datos²³.

Se seleccionaron todos los estudios originales publicados en formato artículo hasta noviembre de 2016 identificados en las bases de datos CUIDEN, SciELO, PubMed, Cochrane y CINAHL mediante una búsqueda booleana sistemática integral con términos DeCs para el español y el portugués, y términos MeSH para el inglés (tabla 1). Se agregaron los resultados obtenidos de las diferentes estrategias de búsqueda y se clasificaron según la base de datos de origen.

Los criterios de inclusión fueron: 1) que el conocimiento tácito formara parte del problema de estudio o de los resultados, independientemente de la definición utilizada para describirlo; y 2) que la población de estudio estuviera conformada por profesionales de enfermería, abarcando todas las titulaciones y nomenclaturas internacionales (p. ej., "caregiver", "nurse", "scrub nurse", etc.).

La extracción de datos se realizó mediante lectura completa de los artículos seleccionados. Seguidamente se tabularon los datos referentes a autores/as, año, país, población de estudio, metodología empleada y resultados principales.

La calidad de los artículos se evaluó mediante instrumentos de lectura crítica (CASPe), utilizando diferentes versiones según la metodología empleada. La evaluación fue realizada por dos revisores, interviniendo un tercero en caso de desacuerdo.

El análisis y la interpretación de los resultados los realizaron dos investigadores mediante la técnica de análisis del contenido. Se identificaron los temas prevalentes y se consensuaron cuatro categorías: denominación del conocimiento tácito, teorizaciones sobre el conocimiento tácito, características del conocimiento

tácito y valor del conocimiento tácito. La síntesis y la presentación de los resultados se hicieron estableciendo como definición referente del conocimiento tácito la elaborada por McAdam et al.⁷.

Resultados

Se obtuvieron 819 artículos originales publicados en revistas científicas con revisión por pares. Se desestimaron 103 por estar duplicados, aplicando los filtros «título» y «criterios de inclusión» a 716 artículos. Seguidamente se revisó por pares el cumplimiento de los criterios de inclusión en 88 resúmenes. Por último, se realizó una revisión del texto completo en 39 artículos, y se excluyeron cuatro por déficit metodológico y no utilizar una definición de conocimiento tácito (fig. 1).

Los 35 artículos seleccionados fueron publicados entre 1988 y 2016. El mayor número de artículos (30) se publicó durante los últimos 15 años, predominando la utilización de metodologías cualitativas. El Reino Unido es el país donde se han identificado más estudios (12), seguido de Canadá (7), Suiza (4) y los Estados Unidos (3) (véase tabla I del Apéndice. Material suplementario).

Denominación del conocimiento tácito

Los estudios sobre el conocimiento tácito son diversos, y prevalece la falta de consenso en cuanto a significado y utilización de este conocimiento. Un ejemplo son las diferencias reveladas sobre el conocimiento tácito entre las prioridades establecidas por los/las autores/as y las manifestadas por las personas informantes²⁴. Así mismo, se reduce la transferencia de conocimiento tácito al simple intercambio de comentarios entre profesionales²⁵ y se analizan las opiniones de los/las informantes como conocimiento tácito²⁶. El soporte de la información es otro factor de confusión, diferenciando el registro de conocimiento tácito y conocimiento explícito²⁷ cuando ambos se utilizan de forma combinada.

En diferentes estudios no se realiza la definición de conocimiento tácito, aunque sí se describe y forma parte de los resultados, en ocasiones, como hallazgo fortuito²⁸. El conocimiento tácito se utiliza asociado a otros conceptos, como la experiencia²⁴, y se usan diferentes términos, como «conocimiento experiencial», «conocimiento transferido»²⁹ y «conocimiento estético»³⁰. En otros trabajos se utiliza acompañado de conceptos como «juicio clínico tácito», «elementos tácitos y experienciales», «mindlines internalizados, colectivos y tácitos»³¹ y «pautas tácitas interiorizadas»³².

La mayoría de las investigaciones (23) han utilizado una definición propia de conocimiento tácito. Los autores atribuyen características diferenciadas, pero se observan coincidencias: el carácter personal, implícito e inconsciente de su dominio, dependiente del contexto, difícil de comunicar y almacenado en la memoria. Se considera un saber práctico y se describe su adquisición a través de la práctica, la experiencia y la transferencia entre pares o entre iguales. Hacen referencia a la confianza en el conocimiento a la hora de realizar una tarea y el uso de la intuición para ello. Así, se conceptualizan el conocimiento explícito y el conocimiento tácito como parte de un mismo conocimiento general (tabla 2).

La experiencia se nombra junto al conocimiento tácito y se describe como resultado principal en algunos estudios, siendo considerada uno de los factores importantes en la formación de especialidades clínicas²⁴ y en el desarrollo de sistemas de acreditación de competencias enfermeras³³. Además, se analiza como recurso prioritario en la toma de decisiones³².

Tabla 2

Características definitorias del conocimiento tácito descritas en los artículos seleccionados

Características definitorias	Nº de artículos
Difícil de comunicar	14
Práctico	13
Experiencial	13
Inconsciente	10
Personal	9
Transferido entre pares	8
Dependiente del contexto	7
Intuitivo	4
Implícito	3
Almacenado en la memoria	3
Combinado con el conocimiento explícito	3
Basado en la confianza	2

Teorizaciones sobre el conocimiento tácito

Las aportaciones teóricas sobre el conocimiento tácito enfermero han sido desarrolladas basándose en el carácter práctico de la disciplina. La estructura propia del conocimiento tácito se ha relacionado con el tipo de tarea a realizar. La inteligencia práctica o facilidad de uso del conocimiento tácito identifica tres tipos de tareas: tareas en las que el principal objetivo fue conseguir la confianza del paciente, tareas manejadas por uno mismo bajo presión psicológica y tareas dirigidas a la gestión y la priorización de los cuidados³⁴. Esta estructura plantea que la calidad del personal de enfermería para realizar estas tareas está relacionada con la capacidad de atender a las características del ambiente de trabajo y poder aprender de ellas.

La mejora de la práctica clínica se aborda mediante la teoría de la práctica reflexiva¹². Dicha teoría se sugiere como método para que el/la profesional, a través de la valoración crítica, sea consciente del conocimiento utilizado, convirtiendo lo tácito en explícito³⁵.

A su vez, los preceptos de la reconceptualización de la percepción de Merleau-Ponty y la noción del *habitus* de Bourdieu se utilizan para fundamentar el cuerpo como elemento de expresión de conocimiento tácito. Según esto, se plantea el análisis del conocimiento tácito evaluando lo expresado y conocido a través del cuerpo, el yo mismo y las relaciones con los/las pacientes³⁶.

Características del conocimiento tácito

El conocimiento tácito se desarrolla en el contexto de la práctica clínica y se describe como un proceso intuitivo, interpersonal e interactivo, que incluye la comprensión intuitiva de «cómo hacemos las cosas aquí»³⁷. Dicho proceso tiene lugar en un plano personal y social. La perspectiva personal incluye la intuición, relacionada con el análisis de los sentimientos percibidos y la toma de decisiones. También, el conocimiento tácito se relaciona con la percepción social y la habilidad emocional necesarias en la aplicación de una visión holística del cuidado de pacientes³⁸.

En un plano social se enmarcan los elementos interpersonal e interactivo. El carácter interpersonal explicaría la forma de compartir información entre las personas utilizando procesos de transferencia focalizados en una tarea concreta. Esta información tiene un gran reconocimiento cuando procede de profesionales con experiencia³². La transferencia de conocimiento tácito conlleva la creación de conocimiento colectivo, generando confianza en el grupo y asociado a un mayor rendimiento³⁹.

El vínculo entre enfermero/a y paciente participa en el desarrollo de conocimiento tácito, reflejando la complejidad del proceso vivido y permitiendo una evaluación completa y única^{40,41}. Dicha

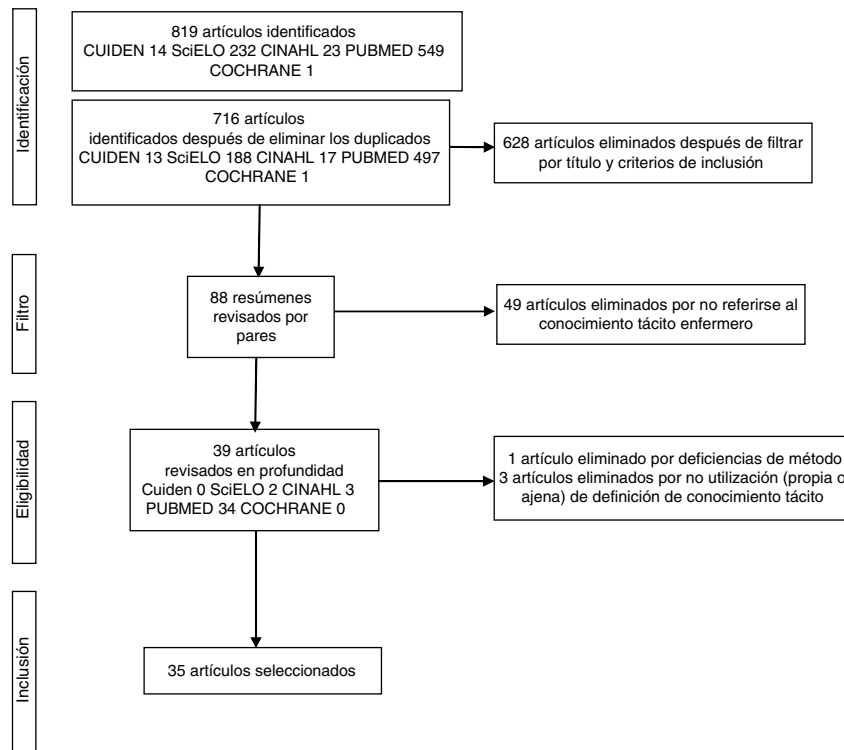


Figura 1. Diagrama de flujo de las diferentes fases de la revisión.

evaluación se relaciona con la forma de valorar los/las profesionales de enfermería su medio de trabajo y su compromiso laboral⁴².

El carácter interactivo generado hace referencia al conocimiento adquirido al relacionarnos en diferentes contextos, considerando el contexto en sí mismo una fuente de información. La utilización dinámica y fluida del conocimiento se desarrolla mediante una estructura mental (*mindline*) encargada de organizar el conocimiento tácito y el conocimiento explícito. Esta estructura se crea y está influida por el medio social⁴³, y se relaciona con la toma de decisiones rápidas⁴⁴ e intuitivas⁴⁵. El conocimiento tácito se describe como recurso prioritario, mientras que el conocimiento explícito se consulta cuando no se conoce la forma de actuar ante una situación clínica^{32,43,46}. Además, los/las profesionales anteponen su conocimiento personal y profesional en medidas de actuación tales como la planificación de actividades en la comunidad^{10,47}.

Así, el conocimiento tácito se crea y adapta a la cultura presente, relacionándolo con las creencias personales y la planificación de tareas en la valoración de la situación clínica⁴⁸. Este conocimiento permite a los/las profesionales adaptarse a la dinámica de trabajo establecida³⁷.

También el conocimiento tácito se describe como factor esencial en el manejo de actividades de participación comunitaria, implementación de tareas y organización del cuidado, debido a la información local que incluye^{29,47}. Se describe así la elaboración efectiva de programas de salud participativos en poblaciones marginales, siendo gestionados mediante la combinación de evidencia y conocimiento tácito⁴⁷. Además, se ha identificado con la resolución de problemas específicos de la práctica, relacionada con el aumento de transferencia de conocimiento tácito entre los/las profesionales de enfermería²⁹.

Valor del conocimiento tácito

El uso del conocimiento tácito en la evaluación de la práctica comprende una actuación consciente e intencionada, analizando la práctica al mismo tiempo que es realizada, ya que la utilización del conocimiento tácito es inmediata⁴⁹. Los sentimientos, la experiencia, los estándares y los valores personales, así como las conversaciones con pacientes y sus familias, son descritos como elementos utilizados por los/las profesionales en la valoración clínica. Así, el uso de conocimiento tácito conlleva la inclusión de los aspectos emocionales y sociales implicados en el cuidado³¹.

La experiencia de los/las profesionales influye directamente en el conocimiento tácito, comportándose de manera diferenciada entre expertos/as y noveles. Así, el conocimiento tácito asiste la interpretación de sentimientos y facilita la toma de decisiones⁵⁰. La adquisición de esta información por los/las enfermeros/as menos experimentados/as se ha fomentado mediante la utilización de una aplicación móvil que permite el registro de notas, fotos, audios y vídeos⁵¹.

Además, el conocimiento tácito se ha considerado modulador del conocimiento explícito. Así, el/la profesional determina a través del juicio clínico el estado del paciente modificando el valor de la escala de valoración. Este hecho promueve la utilización de las escalas de valoración como medidas de apoyo en lugar de determinar el criterio clínico².

El papel del conocimiento tácito en la evaluación³¹ y la toma de decisiones pone en valor este conocimiento, por lo que se sugiere como materia académica⁵². También se ha descrito su utilidad en la gestión de cuidados realizada por los/las supervisores/as clínicos/as⁵³, la interpretación y la implementación de resultados de investigación⁵⁴, y la elaboración de estrategias

y programas de salud⁵⁵, concretamente la identificación de oportunidades, creación del equipo y manejo de los detalles del programa⁵⁶.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran un aumento del interés por el conocimiento tácito. Sin embargo, los estudios carecen de un enfoque común que permita su evaluación en profundidad. Las teorizaciones desarrolladas destacan el vínculo entre el conocimiento tácito y la práctica, imposibilitando la comprensión del conocimiento tácito de forma aislada. Además, es importante señalar el carácter personal e intuitivo del conocimiento tácito, estructura esencial en la toma de decisiones clínicas.

En estudios previos, la intuición ha sido uno de los elementos relacionados con el conocimiento tácito, coincidiendo con los resultados obtenidos en esta revisión como factor determinante en la utilización experta del conocimiento tácito^{3,4,37}. No obstante, la falta de investigaciones sobre este tipo de conocimiento cuestiona su uso en el ámbito académico⁸. Esta posición es contrapuesta a la promoción del conocimiento tácito en la formación de especialidades y la acreditación profesional enfermera^{24,33,52}.

La experiencia, el juicio clínico y la transferencia entre pares se han descrito como los elementos más utilizados por los/las profesionales de la salud en su práctica clínica^{5,6,11,18}. En el estudio del conocimiento tácito enfermero, estos elementos son conceptualizados como partes constituyentes y se señala su carácter prioritario en la toma de decisiones^{32,43,46}.

Las comunidades de práctica se describen como herramienta útil en el desarrollo de conocimiento local¹⁶. Su estudio en relación con el conocimiento tácito enfermero aporta resultados similares, siendo el conocimiento tácito el eje de transferencia y planificador de actividades en la comunidad^{29,47,56}. Además, se valora la utilización del conocimiento tácito por y para el/la paciente¹³, y como fuente de información en la elaboración de programas de salud⁵⁵.

Limitaciones del estudio

La principal limitación encontrada en la presente revisión es la falta de consenso en la definición y el análisis del conocimiento tácito. Además, el estudio se ha visto limitado por la no utilización de la base de datos Scopus, de reconocida envergadura. Ambos aspectos han podido condicionar la identificación de documentos de interés que pudieran aportar mayor consistencia a los resultados obtenidos.

Implicaciones del estudio para la política y la gestión sanitaria

Las revisiones de la literatura contribuyen a fomentar la práctica basada en la evidencia. Se conoce que los/las profesionales de enfermería gestionan su conocimiento mediante procedimientos naturales adaptados a una sociedad compleja y dinámica. El conocimiento tácito desencadena una serie de procesos de aprendizaje que son observables y tienen un carácter voluntario. Esta revisión señala la importancia que tienen la comprensión y el alcance del conocimiento tácito en la práctica asistencial, así como los elementos que se encuentran implicados en su desarrollo. La repercusión que tiene en los/las pacientes, su familia y entorno señala la necesidad de una gestión controlada y adaptada del

conocimiento tácito a la diversidad de profesionales. La elaboración de programas de aprendizaje debe ser dirigida por gestores responsables que valoren la importancia que el conocimiento tácito tiene como herramienta idónea en el manejo de la formación clínica.

La utilización del conocimiento tácito en actividades formativas permitiría elaborar métodos más acordes con las expectativas y las necesidades de la práctica asistencial. Así, la inclusión de los procedimientos utilizados por los/las enfermeros/as para actualizarse y responder a las exigencias de la demanda de nuestra sociedad aportaría a los programas de formación las claves necesarias para alcanzar un aprendizaje integral y de calidad. Además, se fortalecerían los nexos entre teoría y práctica, favoreciendo su desarrollo en conjunto.

Considerando las características y el rol del conocimiento tácito en la disciplina enfermera, se propone la elaboración de programas de enseñanza que promuevan la reflexión sobre la acción y la deconstrucción, permitiendo a los/las profesionales acceder a la propia realidad del individuo.

Conclusión

Los estudios sobre el conocimiento tácito en la disciplina enfermera revelan su importancia en la práctica asistencial. Esta revisión identifica los elementos relacionados con la utilización del conocimiento tácito, aportando información sobre la gestión del conocimiento realizada por los/las profesionales de enfermería en su actuación diaria. Así, se manifiesta la necesidad de un mayor número de estudios que permitan el consenso de la sociedad científica y el desarrollo teórico del conocimiento tácito.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Contribuciones de autoría

N. Pérez, C. Solano y M. Amezcua concibieron el trabajo y han participado en todo su desarrollo. N. Pérez y C. Solano llevaron a cabo la búsqueda. N. Pérez y M. Amezcua realizaron el análisis y la interpretación de los datos, y redactaron el primer borrador del manuscrito. N. Pérez, C. Solano y M. Amezcua revisaron y aprobaron la versión final. Las tres personas firmantes comparten la responsabilidad del artículo.

Agradecimientos

Se agradecen las aportaciones y aclaraciones facilitadas por los autores de algunos de los estudios revisados.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2017.11.002](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.002).

Bibliografía

1. Polanyi M. The tacit dimension. Garden City, NY: Doubleday and Co; 1966. p. 108.
2. Greenhalgh F, Long T. Tacit and encoded knowledge in the use of standardised outcome measures in multidisciplinary team decision making: a case study of in-patient neurorehabilitation. *Soc Sci Med*. 2008;67:183–94.
3. Brockmann EN, Anthony WP. The influence of tacit knowledge and collective mind on strategic planning. *JMI*. 1998;10:204–22.
4. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, et al. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med*. 2011;26:197–203.
5. André M, Borgquist L, Foldevi M, et al. Asking for 'rules of thumb': a way to discover tacit knowledge in general practice. *Fam Pract*. 2002;19:617–22.
6. Traynor M, Boland M, Buus N. Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *J Adv Nurs*. 2010;66:1584–91.
7. McAdam R, Mason B, McCrory J. Exploring the dichotomies within the tacit knowledge literature: towards a process of tacit knowing in organizations. *JKM*. 2007;11:43–59.
8. Ferguson L, Day RA. Evidence-based nursing education: myth or reality? *J Nurs Educ*. 2005;44:107–15.
9. Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*. 2003;7:267–82.
10. Meagher-Stewart D, Solberg SM, Warner G, et al. Understanding the role of communities of practice in evidence-informed decision making in public health. *Qual Health Res*. 2012;22:723–39.
11. Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, et al. Sources of practice knowledge among nurses. *Qual Health Res*. 2005;15:460–76.
12. Medina Moya JL, Sandín Esteban MP. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15:312–9.
13. Spenceley SM, O'Leary KA, Chizawsky LL, et al. Sources of information used by nurses to inform practice: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:954–70.
14. Schutz S. Reflection and reflective practice. *Community Pract*. 2007;80:26–9.
15. Schön D. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998. p. 320.
16. Reina Leal LM, Amezcua Martínez M. Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index. Comentarios a DEGRA. Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero. *Index de Enferm*. 2013;22:246–7.
17. James I, Andershed B, Gustavsson B, et al. Knowledge constructions in nursing practice: understanding and integrating different forms of knowledge. *Qual Health Res*. 2010;20:1500–18.
18. Pope C, Smith A, Goodwin D, et al. Passing on tacit knowledge in anaesthesia: a qualitative study. *Med Educ*. 2003;37:650–5.
19. Benner P. From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company; 1984. p. 307.
20. Palmer D, Kramlich D. An introduction to the multisystem model of knowledge integration and translation. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34:29–38.
21. Foster R. Keep complaining til someone listens: exchanges of tacit healthcare knowledge in online illness communities. *Soc Sci Med*. 2016;166:25–32.
22. Medina Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005. p. 301.
23. Whitemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52:546–53.
24. Bakker D, Butler L, Fitch M, et al. Canadian cancer nurses' views on recruitment and retention. *J Nurs Manag*. 2010;18:205–14.
25. Rangachari P, Rissing P, Wagner P, et al. A baseline study of communication networks related to evidence-based infection prevention practices in an intensive care unit. *Qual Manag Health Care*. 2010;19:330–48.
26. Becerril-Montekio V, Alcalde-Rabanal J, Darney BG, et al. Using systematized tacit knowledge to prioritize implementation challenges in existing maternal health programs: implications for the post MDG era. *Health Policy Plan*. 2016;31:1031–8.
27. Ribeiro Dos Santos S. System of information in nursing: interaction of the knowledge tacit-explicit. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005;4:53–61 (Consultado el 9/11/2016.) Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4830>
28. Pahl C, Krook C, Fagerberg I. Understanding the role of an educational model in developing knowledge of caring for older persons with dementia. *Nurse Educ Pract*. 2016;17:97–101.
29. Brooks F, Scott P. Knowledge work in nursing and midwifery: an evaluation through computer-mediated communication. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:83–97.
30. Cader R, Campbell S, Watson D. Judging nursing information on the WWW: a theoretical understanding. *J Adv Nurs*. 2009;65:1916–25.
31. Farr M, Cressy P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:123.
32. Oduro-Mensah E, Kwamie A, Antwi E, et al. Care decision making of frontline providers of maternal and newborn health services in the Greater Accra Region of Ghana. *PLoS One*. 2013;8:e55610.
33. Lees-Deutsch L, Christian J, Setchfield I. Providing a navigable route for acute medicine nurses to advance their practice: a framework of ascending levels of practice. *Acute Med*. 2016;15:98–103.
34. Fox C. A confirmatory factor analysis of the structure of tacit knowledge in nursing. *J Nurs Educ*. 1997;36:459–66.
35. Kinsella EA. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nurs Philos*. 2010;11:3–14.
36. Konstos PC, Naglie G. Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. *Social Health Illn*. 2009;31:688–704.
37. Hunter CL, Spence K, McKenna K, et al. Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2008;62:657–64.
38. Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, et al. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:1–8.
39. Friedman LH, Bernell SL. The importance of team level tacit knowledge and related characteristics of high-performing health care teams. *Health Care Manage Rev*. 2006;31:223–30.
40. Carlsson G, Dahlberg K, Drew N. Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues Ment Health Nurs*. 2000;21:533–45.
41. Reinders H. The importance of tacit knowledge in practices of care. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54:28–37.
42. Hendriks PH, Ligthart PE, Schouteten RL. Knowledge management, health information technology and nurses' work engagement. *Health Care Manage Rev*. 2016;41:256–66.
43. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mind-lines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013.
44. Brummell SP, Seymour J, Higginbottom G. Cardiopulmonary resuscitation decisions in the emergency department: an ethnography of tacit knowledge in practice. *Soc Sci Med*. 2016;156:47–54.
45. Bowen L, Shaw A, Lyttle MD, et al. The transition to clinical expert: enhanced decision making for children aged less than 5 years attending the paediatric ED with acute respiratory conditions. *Emerg Med J*. 2016;0:1–6.
46. Welsh I, Lyons CM. Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8:299–305.
47. Montesanti SR, Abelson J, Lavis JN, et al. The value of frameworks as knowledge translation mechanisms to guide community participation practice in Ontario CHCs. *Soc Sci Med*. 2015;142:223–31.
48. Carroll E. The role of tacit knowledge in problem solving in the clinical setting. *Nurse Educ Today*. 1988;8:140–7.
49. Carlsson G, Drew N, Dahlberg K, et al. Uncovering tacit caring knowledge. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:198.
50. Herbig B, Büssing A, Ewert T. The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *J Adv Nurs*. 2001;34:687–95.
51. Becker MB, Behrends M, Barthel C, et al. Developing a mobile application for recording learning experiences in nursing practice. *Stud Health Technol Inform*. 2015;210:899–903.
52. Meerabeau L. Tacit nursing knowledge: an untapped resource or a methodological headache? *J Adv Nurs*. 1992;17:108–12.
53. Jones A. Clinical supervision with community Macmillan nurses: some theoretical suppositions and case work reports. *Eur J Cancer Care*. 1998;7:63–9.
54. Kothari AR, Bickford JJ, Edwards N, et al. Uncovering tacit knowledge: a pilot study to broaden the concept of knowledge in knowledge translation. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:198.
55. Calderón Espinosa E, Becerril Montekio V, Alcalde Rabanal J, et al. Utilización del conocimiento tácito por proveedores de atención a la salud materna: mapeo sistemático de la literatura. *Gac Sanit*. 2016;30:148–53.
56. Kothari A, Rudman D, Dobbins M, et al. The use of tacit and explicit knowledge in public health: a qualitative study. *Implement Sci*. 2012;7:20.