



INMEDIACIONES A LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA Y SU IMPACTO EN EL CUIDADO

TOMO 1



370

C822

Corporación Universitaria Adventista. Inmediaciones a la historia de la enfermería y su impacto en el cuidado. Olga Mejía y Lesly Hernández (Compiladores). Sello Editorial SedUnac. 2020.

1. Enfermería especializada. 2. Historia.

86 Páginas: 21,59X27,94 cm.

ISBN: 978-958-56935-8-6

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA-CO /SPA /RDA
SCDD 21 /CUTTER – SANBORN.

Corporación Universitaria Adventista©

Sello Editorial SedUnac©

ISBN: 978-958-56935-8-6

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Rector

Dr. JUAN CHOQUE FERNÁNDEZ

Vicerrector Académico

Dr. SALVADOR POVEDA

Directora Investigación

Dra. ANA CRISTINA ZUÑIGA ZAPATA

Editor

HELMER QUINTERO NÚÑEZ

Compiladores

OLGA MEJÍA

LESLY HERNÁNDEZ

LUISA FERNANDA OCHOA

Sello Editorial SedUnac

procesoseditoriales@unac.edu.co

Corrección de texto: Dr. ENOC IGLESIAS

Diagramación y carátula: HÉCTOR FABIÁN PALACIOS

1a edición: Junio de 2020

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma o por medio electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, u otro, sin haber citado la fuente. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente corresponden con los de la Corporación Universitaria Adventista.

Este libro es producto de ejercicios investigativos de los autores que aparecen al pie de la firma de cada capítulo; las investigaciones de donde se derivaron se declaran en cada uno de ellos. Este libro resultado de investigación fue sometido a evaluación externa con base en criterios de calidad determinados por Colciencias.

TABLA DE CONTENIDO

EL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA	7
MARCO CONCEPTUAL DISTINTIVO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA	13
CUIDANDO: UN CONSTRUCTO FUNDAMENTAL DEL MARCO DISTINTIVO	27
EMPODERAMIENTO DE LA SALUD DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES	38
CONECTANDO: PROMOVRIENDO EL BIENESTAR INTEGRAL	47
LA ENSEÑANZA DE LA HISTORIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	54
LA CIENCIA, LA TECNOLOGÍA, LAS ARTES Y LA LÚDICA EN LA ENSEÑANZA DE LA HISTORÍA DE LA ENFERMERÍA EN ANTIOQUIA	68
IDENTIDAD DE LA ENFERMERÍA CHILENA SU HISTORIA Y EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA	77

EL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA

PATRICIA S. JONES¹
LESLY HERNÁNDEZ CORREDOR

Cuando leo sobre historia y, específicamente la historia de enfermería adventista, me siento asombrada y feliz de poder hablar acerca de ella. Me gusta compartirla porque es realmente una historia asombrosa y maravillosa. A todos nos gustan las historias (cuentos), así que pensemos la historia de enfermería adventista como un cuento. Cuando leo de enfermeros que fueron alrededor del mundo con tanto valor y entusiasmo, veo que es una historia de mucho coraje. Ellos tenían una misión, estaban apasionados por esa misión y trabajaron muy arduamente -los enfermeros siempre trabajan duro- pero para los diez pioneros fue especialmente duro. También a través de los años puedo ver que la práctica y la educación en enfermería están llenas de innovación, y para poder hacer todo lo que hicieron estaban muy comprometidos. Existieron tres mujeres que históricamente influenciaron la enfermería adventista de una manera valiosa. La primera de ellas fue Florence Nightingale, quien nació en una familia muy rica, pero fue llamada para cuidar de los enfermos en un tiempo en que enfermería no era considerada una buena profesión (1). La segunda es Elena G. White; quizás no se sabe mucho de esta persona, pero fue una de las primeras mujeres que tuvieron una influencia sobre la enfermería adventista. Elena fue una mujer religiosa de la iglesia adventista, que escribió mucho sobre la salud y sobre cómo los enfermos podían ser sanados en un tiempo cuando no tenía-

¹ Profesora Emérita Distinguida de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Loma Linda, y Directora Asociada del Departamento de Ministerios de Salud de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día, con sede en Silver Spring (Maryland, Estados Unidos). La doctora Jones también ha enseñado en la Universidad Adventista de las Filipinas, el Colegio Terciario Adventista de Hong Kong y la Universidad Vanderbilt. Completó un título de grado en Enfermería, en el Colegio Terciario de Walla Walla, una maestría de la Universidad Andrews, y títulos de maestría y doctorales de la Universidad Vanderbilt, en Nashville (Tennessee, Estados Unidos).

mos antibióticos, ni otro tipo de medicamentos para curar las infecciones; sin embargo, ella prescribía remedios naturales que eran muy efectivos (2).

La tercera es la doctora Kate Lindsay, quien escuchó sobre una mujer valiente en Inglaterra, llamada Florence Nightingale. Ella quería ser la Florence Nightingale para América del Norte. Pero también escuchó acerca de una institución adventista llamada Battle Creek, así que fue a ese lugar a finales del año 1800, con el pensamiento de estudiar enfermería, pero encontró que no había una escuela de enfermería y que solo había unos pocos enfermeros auxiliares. Por ello, le aconsejaron estudiar medicina en vez de enfermería y de este modo lo hizo. Sin embargo, nunca perdió el compromiso que tenía con la enfermería y con el modelo de Nightingale.

Como parte de su entrenamiento y educación pasó una parte de tiempo en el hospital de Bellevue, en New York, y como consecuencia de esto, dicho hospital fue el primero en implementar la enfermería de Florence Nightingale. Entonces, la doctora Lindsay, que tenía la profesión de médico, pero el corazón de enfermera, luchó arduamente por que el modelo de la enfermería de Florence Nightingale se implementara en ese hospital. Cuando regresó a Battle Creek, empezó en ese lugar una escuela de enfermería, la cual organizó con los principios de Nightingale (3). Fue así como la primera escuela de enfermería adventista en los Estados Unidos de América, fue la cuarta escuela que basaba su educación y formación en los principios de Florence Nightingale.

En ese tiempo, la iglesia adventista estaba construyendo muchas clínicas de salud alrededor del mundo; en Sudamérica, África, Asia y en los Estados Unidos. Juntamente con los hospitales y las clínicas también se fundaban escuelas de enfermería para que se formaran enfermeros. De hecho, los primeros misioneros que salieron alrededor del mundo para la obra médico-misionera fueron enfermeros, no médicos. En aquel tiempo, las escuelas de enfermería empezaron a multiplicarse, pero la más famosa y significativa era la escuela de Battle Creek que, a mediados de los años 1800 fue considerada la escuela más grande de enfermería en Estados Unidos. La educación en enfermería y los cuidados de enfermería que se daban en esa escuela llegaron a ser famosos mundialmente. De hecho, muchas personas venían de diferentes partes del mundo a recibir

atención en ese lugar.

Cada clase admitía a 100 estudiantes, y muchas más personas quedaban en la lista de espera; la literatura nos dice que era una escuela de alta calidad frente a otras instituciones. Venían aspirantes de varias partes del mundo: Australia, África y Europa. Los enfermeros egresados regresaban a sus países de origen proveyendo cuidado de salud integral y abriendo escuelas de enfermería con el mismo tipo de educación basada en el modelo de Florence Nightingale. En 1895, Olav Opeggard, militar retirado de origen noruego, llegó a Argentina después de haber estudiado enfermería en Battle Creek. Fue el primero en realizar trabajo médico-misionero en ese país, y allí mismo, en 1908, se fundó la primera escuela adventista de enfermería.

Los egresados de Battle Creek inmediatamente se convirtieron en líderes en la profesión de enfermería, puesto que eran reconocidos como excepcionales y “ansiosamente buscados en todas partes del mundo civilizado” (3). Uno de los egresados de ese programa fue ponente principal en la primera reunión internacional de enfermeros en Chicago, en 1983; llegaron a ser muy influyentes en la fundación de la Asociación Americana de Enfermeros y la Liga Nacional de Enfermería, y tomaron el liderazgo en la directiva de enfermería del Estado de Michigan en Estados Unidos.

En 1921, Kathryn Jensen Nelson, una joven enfermera educadora, fue nombrada en el Departamento Médico de la Asociación General, de tiempo completo, para supervisar la enfermería adventista a nivel mundial. Jensen rápidamente desarrolló un sistema de créditos de educación para currículos de enfermería, con el fin de que las escuelas pudieran estar ligadas a las universidades. Esto sucedió incluso antes de que el sistema educativo de los países elevara el programa de enfermería a un nivel profesional o universitario. A través de varios años se continuó en la Asociación General de la iglesia adventista con la figura de una enfermera que vigilara los programas de enfermería adventista a nivel mundial. Sin embargo, años después se desarrollaron organizaciones que se encargarían de la enfermería adventista, por ejemplo: el Concilio de Enfermería Adventista en 1964, más tarde conocido como CONED, y la Asociación de Enfermeros Adventistas (ASDAN, 1967-2000). No obstante, en 1990 se acabó la figura de una

enfermera líder en la Asociación General a raíz de una crisis financiera. Entonces la enfermería adventista a nivel mundial quedó “huérfana”. CONED y ASDAN también se empezaron a debilitar y, eventualmente, dejaron de existir. Pero en 1997, los líderes de la iglesia solicitaron a la Universidad de Loma Linda que proveyera este tipo de liderazgo en enfermería, de tal manera que lo hicieron no solo con esta profesión, sino con otras de la rama de la salud.

Por tanto, la Dra. Helen King, decana de la Escuela de Enfermería en ese tiempo, recomendó que yo debía tomar el rol de enfermera global, puesto que tenía experiencia y había estado trabajando en varias escuelas y universidades de enfermería alrededor del mundo y, además, tenía pasión para eso. Cuando hicieron la solicitud, yo tenía carga completa de enseñanza; tenía un proyecto de investigación financiado por el gobierno y debía escribir varios artículos para publicar. Esas tres cosas: enseñar, investigar y publicar requiere más que un tiempo completo. Pero yo tenía una pasión por la enfermería global adventista y no podía darle la espalda a la solicitud que me estaban haciendo. Por ende, acepté. Afortunadamente, mi buen esposo sabía que eso era parte de mí y me apoyó. Para mí era tan importante realizar las actividades académicas que estaba desempeñando en la Universidad de Loma Linda como apoyar la enfermería global.

El aceptar significó añadir responsabilidad para la enfermería adventista global en enseñanza, investigación y publicación. Por tanto, desde el comienzo desarrollé tres metas: 1) lograr que nuestras redes globales de escuelas de enfermería funcionen como un sistema abierto. Las escuelas en América habían crecido en número notablemente, llegando a ser cerca de 70 y había poca conexión entre las de América del Norte y América del Sur. No había una persona que hiciera esa conexión y formara una red, todos trabajaban por su cuenta. Mi pensamiento era hacer algo que nos ayudara a funcionar como una familia, como un sistema abierto. Un sistema que permitiera comunicación, interacción, conexión, flujo de ideas e información, compartir experiencias y realizar reuniones regulares. Por eso estamos aquí, celebrando los 10 años del programa de enfermería en la Corporación Universitaria Adventista (de Colombia).

2) Desarrollar una filosofía y marco conceptual que representan los valores com-

partidos y las creencias sobre la enfermería adventista global, sin importar la cultura. Alrededor del mundo ya se conocía que el cuidado ofrecido por los enfermeros adventistas era extraordinario, era un cuidado diferente de los demás enfermeros y eso era una verdad a nivel global sin importar la cultura. Por consiguiente, yo quería describir lo que nos hacía diferentes. Entonces, la manera en que lo hice fue por medio del desarrollo de un proyecto llamado “Compañerismo global de enfermería para el cuidado holístico”; el proyecto fue compartido en varios congresos a nivel mundial: Tailandia, Brasil, China, Sudáfrica, Rumania, Inglaterra, Ginebra, Malawi e Indonesia. De esta manera dimos a conocer los valores que nos hacen diferentes a los enfermeros adventistas. Para hacer esto tuvimos que recolectar datos de enfermeros adventistas de todo el mundo. A esta campaña se nos unió la enfermera Edelweiss Ramal.

3) Colaborar con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la educación de parteras a través de laboratorios de cambio. Una vez que ya teníamos una red para ser una familia, yo estaba convencida de que no solo teníamos que cuidar lo de nosotros, sino que deseábamos compartir ideas y recursos, y darnos la mano, puesto que no existimos para ser mejores solamente nosotros. Existimos para proveer el cuidado de enfermería a todas las personas que nos rodean. En 2005, la OMS no solicitó que trabajáramos con ellos. Ellos supieron que teníamos esa red grande de enfermería y que nuestros graduados eran excelentes. Así que en el marco de la meta del milenio para disminuir la mortalidad materno perinatal, la OMS nos solicitó ayuda para cualificar a las parteras y por supuesto, ellos financiaron el proyecto. En 2015, a nivel global moría una mujer a diario dando a luz.

Somos conscientes de que como iglesia tenemos un deber con la comunidad a nivel global y que tenemos dos constituyentes: a) Nuestro sistema adventista de escuelas y hospitales, y b) la comunidad global de seres humanos que desean y merecen un nivel más elevado de bienestar. Es así como en los últimos cinco años hemos estado involucrados en este proyecto.

Finalmente, quiero decirles que a pesar de la disolución de CONED y ASDAN como organizaciones que apoyaban la enfermería adventista global, el Dr. Hart, rector de la

Universidad de Loma Linda, quien está muy comprometido con el tema, sugirió crear un consorcio con el propósito de servir a la iglesia mundial y a la enfermería adventista. Fue fundado en 2004 con el nombre de “Consortio Internacional de Educación en Enfermería Adventista” (AINEC). Quiero decirles que el Capítulo de Latinoamérica, liderado actualmente por la enfermera Olga Liliana Mejía, es el más fuerte que tenemos, y me complace viajar por el mundo demostrando y contando a los demás cómo se hace.

Referencias

1. Marriner TA. La enfermería moderna. In: Magda G, editor. Modelos y teorías en enfermería. 5th ed. Madrid, España: Elsevier; 2005. p. 65–75.
2. White EG. Notas biográficas de Elena G. de White. 1994.
3. Chapman Muriel Elizabeth. Mission of Love. A Century of Seventh-day Adventist Nursing. Rev Her. 2000;1–3.

MARCO CONCEPTUAL DISTINTIVO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA

PATRICIA S. JONES
OLGA LILIANA MEJÍA

Esta mañana mencioné que cuando empecé a trabajar en la Red Global de Enfermería (Global Partnerships in Nursing for Wholistic Nursing Care), tenía tres metas. La primera era conformar un sistema global de familia. Considero que hemos hecho mucho de esto, pero en los últimos dos o tres minutos he recordado que hay una escuela de enfermería en Latinoamérica que yo no he visitado todavía. Esa escuela que está representada aquí hoy, es nuestro programa de enfermería de la Universidad Adventista de Chile (UnACh). Esto me recuerda que aún no somos una familia completa, así que tenemos que hacer más para lograrlo.

La segunda meta es que queríamos definir aquello que es distintivo de la enfermería adventista. No quiero utilizar la palabra único, porque no todas las cosas que hacemos son totalmente únicas o singulares de la enfermería adventista. Cuanto más viajo globalmente y aprendo sobre la enfermería adventista y, sobre lo que hacen los graduados de nuestras escuelas de enfermería adventistas, me hago la misma pregunta: ¿Qué es lo que es distintivo en cuanto a la enfermería adventista? Si les preguntamos a algunas personas, dirían: lo que es diferente es que nosotros le enseñamos sobre Cristo, el ejemplo de Jesús, de su enseñanza y de su ministerio. Otra respuesta podría ser: es que tenemos el libro de *Ministerio de curación* y esto enriquece nuestras enseñanzas sobre la salud. Todo es verdadero, pero tenemos que ser capaces de ser más específicos en cuanto a lo que hacemos, y para ello tenemos que estar conscientes de nuestro legado.

Nuestra delegada que está representando a Chile, me dijo que lo que ella escuchó esta mañana sobre la historia de la enfermería adventista no lo había escuchado antes, y estoy segura de que ella no es la única. Pero estamos reconociendo aquí esta mañana, que la historia es importante, necesitamos conocer sobre nuestros pioneros. Cuando leo y descubro qué es lo que nuestros pioneros hicieron, me doy cuenta de que ellos estaban adelantados a su tiempo, enfocados en el cuidado integral, eran líderes, innovadores, sobresalientes y trataban de alcanzar la excelencia. A partir de allí surgen las preguntas: ¿Podemos nosotros mantener ese legado?, y ¿cómo lo podemos hacer?

Mi tercera meta era crear, desarrollar un marco conceptual que incluyera todos los conceptos de los enfermeros adventistas sobre enfermería adventista. En la presentación anterior les mencioné que teníamos un proyecto que se llamaba Compañerismo Global en Enfermería Holística (Global Partnerships in Nursing for Wholistic Nursing Care). En este proyecto realizábamos encuentros de compañerismo global para discutir y hacer preguntas que nos permitieran comprender asuntos relacionados con lo distintivo de la educación y la práctica de la enfermería adventista en sus diferentes contextos; así mismo, para indagar sobre los conceptos culturales de cuidado integral y sobre los puntos de vista culturales relacionados con los conceptos meta-paradigmáticos de la enfermería. Este proyecto nos permitió tener una plataforma compartida para la colaboración entre escuelas de enfermería adventistas, abrió la oportunidad de colaboración y posibilitó el desarrollo de un marco conceptual para la enfermería adventista, que representara a las enfermeras adventistas en todo el mundo. Este marco podría proveer a las escuelas de enfermería adventistas alrededor del mundo, los lineamientos básicos para la educación y la práctica del cuidado integral de enfermería.

El proyecto del Compañerismo Global en Enfermería Holística se inició en 1998, pero fue más adelante cuando empezamos a recolectar los datos para este proyecto, específicamente en 2013. Realizamos una conferencia de compañerismo global en Bali, Indonesia; después realizamos otras en África, Norteamérica y Latinoamérica. En cada una de estas conferencias recolectamos datos que nos permitieron desarrollar el proyecto de investigación. Nosotras (Dra. Pat Jones y Dra. Edelweiss Ramal) estábamos apasionadas por hacerlo, entonces planteamos y desarrollamos el proyecto, recolectamos y

analizamos la información a través de un estudio cualitativo. El Comité de Planeación de la Conferencia de Compañerismo Global desarrolló 10 preguntas que se hacían a cada grupo alrededor del mundo. En Sudamérica hacíamos las preguntas en español y luego fueron traducidas al inglés. En África tuvimos algunos grupos de habla francesa, por lo tanto, los resultados también fueron traducidos al inglés. En tres idiomas diferentes, se realizaron 27 grupos focales, de cinco a 15 miembros por grupo. Los comentarios fueron escritos por un miembro del grupo y transferidos a un programa que permitió organizar los datos cualitativos. En total, tuvimos 213 enfermeros adventistas que contribuyeron a los datos, representando 31 países diferentes, de los cuales ocho eran en español y tres en francés. Las 10 preguntas que se realizaron a cada uno de los grupos focales fueron:

1. ¿Cuál es la esencia de la enfermería?
2. ¿Qué es lo singular en cuanto a la enfermería adventista?
3. ¿Qué valores y creencias le llevaron a contestar la pregunta # 2 de la manera en que lo hizo?
4. ¿De qué forma el legado adventista afecta al cuidado de enfermería?
5. En lo que concierne al cuidado de enfermería, ¿cuáles son las diferencias entre las culturas?
6. En lo que concierne al cuidado de enfermería, ¿cuáles son las similitudes entre las culturas?
7. ¿Cuáles creencias que usted identificó como distintamente adventistas las ve evidenciadas en la práctica de enfermería en las instituciones adventistas?
8. ¿Qué estrategias, métodos o herramientas, facilitarían la integración y la implementación de los valores y creencias en el currículo?
9. ¿Qué estrategias promoverían la aplicación de estos valores y creencias en la práctica de la enfermería?
10. ¿Qué estrategias facilitarían el compromiso con la “responsabilidad compartida” para trasladar estos valores y creencias del aula de clases a la práctica de la enfermería?

Se realizó el análisis de los datos cualitativos obtenidos, utilizando Nvivo software, aplicando diferentes tipos de codificación (abierta, axial y selectiva), especialmente, para

buscar conceptos relacionados con misión, valores, creencias, ética y enfermería. Queríamos aprender de todos los enfermeros sobre estos conceptos. Lo más interesante son los resultados: ¿Qué es lo que aprendimos de esto?

- **Datos sobre misión:** Los enfermeros dijeron que la misión de enfermería es la restauración de la imagen de Dios en el ser humano. También expresaron que la misión consistía en reflejar el ministerio de curación de Cristo a la persona en su totalidad, incluyendo el componente espiritual. Cuando comparamos estas respuestas con lo que Elena White (1) escribió en el libro *Ministerio de curación*, vemos que la misión de Cristo fue “ofrecer a los hombres completa restauración [...]”, a través de su obra de curación y de enseñanza. Esto nos permite sintetizar la declaración de la misión de enfermería adventista como “la promoción de la **sanidad/curación**, el bienestar y la **restauración** de la **conexión** entre seres humanos y su Creador”.
- **Datos sobre creencias:** Se encontró que los enfermeros adventistas creen que Dios es el dador de la vida (la santidad de la vida); cada ser humano es un hijo de Dios, el cuerpo humano es el templo del Espíritu Santo y que la Biblia es la Palabra de Dios, que refleja su carácter de amor. En las Escrituras Sagradas se relata el principal y sólido apoyo de esta creencia: “¿Acaso no sabéis que sois templo de Dios y que el Espíritu de Dios está en vosotros?” (1 Corintios 3:16 y 17) (2) .

Este texto ha influenciado las creencias adventistas desde su comienzo. Es por este motivo por lo que los enfermeros adventistas están comprometidos con un estilo de vida saludable.

- **Datos sobre valores:** Los participantes presentaron variada información sobre los valores. Empatía, excelencia, bondad, integridad, respeto, lealtad, esperanza, servicio, confiabilidad, compromiso, caridad, equidad, justicia y derechos humanos. Es de resaltar que los tres últimos valores de la lista son muy contemporáneos, aunque no se escuchan con frecuencia; pero, los enfermeros par-

participantes del estudio demuestran haberlos incorporado. Es importante resaltar que en cada cultura y en cada país quizás los interpretan un poco diferente y se debe anticipar eso.

- **Datos sobre ética:** Los participantes manifestaron que cada ser humano es digno de respeto, que todo ser humano tiene el derecho de vivir y que los enfermeros promueven y preservan la dignidad humana, abogan y actúan en favor del bienestar de los demás.

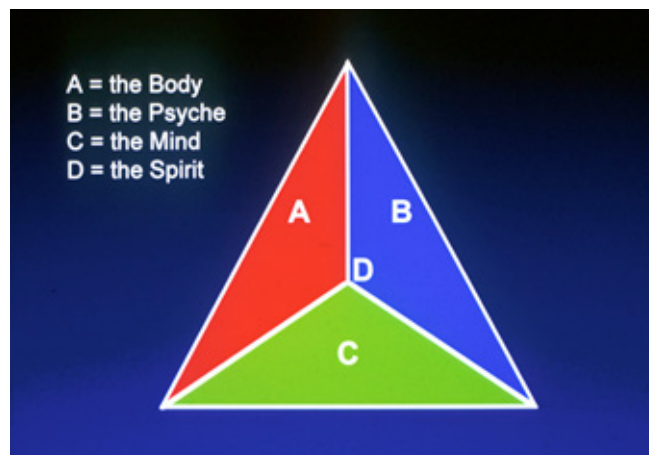
Elena White, en el libro *Ministerio de curación* (1) hace mención de los derechos humanos: “[...] los derechos sociales de los seres humanos y sus derechos como cristianos deben ser tomados en consideración. A todos debemos tratar [...] como hijos e hijas de Dios”. Por lo tanto, al elaborar la síntesis de la ética en la enfermería adventista se puede decir: Los enfermeros adventistas actúan de manera ética y honesta, están comprometidos con la justicia, la caridad y los derechos humanos, promueven y preservan la dignidad humana, abogan por sus clientes y desarrollan una conciencia moral activa.

De la misma manera en el estudio que mencionamos, se hizo una búsqueda de datos relacionados con los conceptos meta-paradigmáticos de enfermería: ser humano, salud, enfermería y medio ambiente o entorno. Se buscó información de enfermeras y enfermeros adventistas alrededor del mundo sobre cómo ellos definían estos conceptos.

- **Datos sobre ser humano:** Los enfermeros adventistas creen que los seres humanos fueron creados por Dios, diseñados para tener una relación personal con él. En otras palabras, hablan de una necesidad de conectarse con Dios, debido a que fuimos creados para ello. Se encontró que la persona enferma o que requiere el cuidado, necesita ser vista como un ser integral. En ese sentido, el libro *Ministerio de curación* (1) menciona a un Dios que desea como seres humanos “ponernos en relación [conectarnos] con los agentes celestiales para [...] restaurar en nosotros la imagen divina”. En resumen, se evidenció que los seres humanos son seres integrales complejos que incorporan las dimensiones biológica, psíquica, social, cultural y espiritual (ser bio-psico-social-cultural y espiritual).

Cuando se estaba iniciando el desarrollo de los conceptos meta-paradigmáticos de enfermería, se describía al ser humano como un ser bio-psico-social, sin reconocer la parte espiritual, pero, hoy en día se ha incorporado a sus afirmaciones el componente espiritual. Una de mis mentoras, Affaf Meleise, quien ha escrito bastante sobre la teoría de enfermería, agregó otra dimensión importante. Ella describió al ser humano como un ser psico-social- espiritual y cultural. Me alegra que lo hiciera porque es muy importante entender a los seres humanos creados por Dios como seres interactivos, con el propósito de conectarnos con Dios, con otros seres humanos y con toda la creación de Dios.

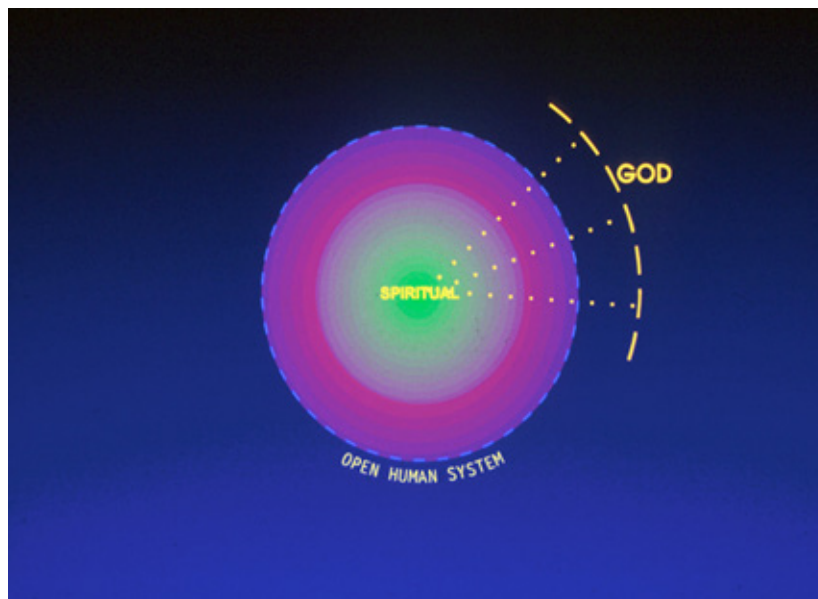
Otro erudito, además de Elena White, que ha influenciado en el concepto del ser humano, es Paul Tournier, médico francés y teólogo, que con sus escritos ha inspirado el pensamiento de muchos otros. Cuando él describe al ser humano, utiliza el dibujo de un triángulo tridimensional para mostrar las dimensiones: cuerpo, psiquis, mente y espíritu. Él enfatizó en la dimensión del espíritu, afirmando que este factor integra todos los demás para producir un todo holístico.



Sus escritos fueron de mucha ayuda, pero sabiendo que entendemos al ser humano como un sistema abierto, yo quise adaptar el triángulo a un círculo que representa un sistema abierto. En ese orden de ideas y reconociendo el espíritu como factor integrador, quise demostrar (con la ayuda de un diseñador gráfico) cómo se visualiza aquel.



Si realmente la parte espiritual es la más dominante, entonces, cuanto más influencia tiene la dimensión espiritual, tanto más integrados somos, y cuanto más conectados estamos con Dios, mayor puede ser la integración entre todos los factores del sistema humano.



Datos sobre ser salud: Los enfermeros adventistas que participaron alrededor de todo el mundo, describen la salud como integral, holística (bienestar físico, mental, social, espiritual y cultural); también detallan que la comunión con Dios y el estilo de vida impactan la salud. El libro Ministerio de curación confirma este concepto desde la salud integral: “Era la misión de Cristo ofrecer a los hombres completa restauración; vino para darles salud, paz” (1).

En años recientes, el gobierno estadounidense ha aportado dinero para estudiar el estilo de vida entre los adventistas, mirando factores como la dieta, el ejercicio, la fe, entre otras cosas. Hoy en día está demostrado que el estilo de vida adventista promueve la longevidad. En la revista National Geographic, hace unos cinco años, publicaron un estudio que se realizó identificando algunas áreas del mundo llamadas las zonas azules, tratando de conocer los motivos por los que las personas en esos lugares vivían más tiempo. Lo interesante del estudio es que todas estas zonas compartían principios de un estilo de vida saludable. Una de estas áreas es la Universidad de Loma Linda, en California. Actualmente, las personas están muy interesadas en el tema de estilo de vida, gracias a que se ha probado el gran impacto que ejerce sobre enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Además del estilo de vida y el ejercicio, la comunión con Dios fue otro factor encontrado en la investigación, que las enfermeras consideran que impacta en la salud de las personas. De hecho, algunos estudios y medios de comunicación hablan sobre cómo el asistir a una congregación religiosa impacta la salud. “Cuando el espíritu del paciente es conducido al Salvador, la paz de Cristo llena su corazón, y la salud espiritual que recibe es como mano auxiliadora de Dios que restaura la salud del cuerpo” (1).

Finalmente, cuando se indagó sobre sobre las creencias adventistas en cuanto a salud, esta se definió en tres formas:

- Salud como la restauración de la imagen de Dios en el ser humano.
- Salud como un desarrollo del bienestar integral.
- Salud como la interconectividad con Dios.
- **Datos sobre medio ambiente o entorno:** Se evidenció entre los participantes, que el medio ambiente es considerado un ambiente estético, que muestra las leyes de Dios de belleza y armonía; que los enfermeros deben crear un medio ambiente espiritual, amigable, natural, que apoye la transmisión de los valores. Al leer el *Ministerio de curación* encontramos los siguientes postulados: “[...] Todas las flores, con sus delicados tintes y fragancia, nos son dadas para nuestro deleite [...]. No hay una sola estrella que embellezca el cielo que él no hiciera.

Cada gota de lluvia [...], cada rayo de luz [...] atestiguan el amor de Dios en Cristo” (1). Se concluye, entonces, que los enfermeros adventistas reconocen el medio ambiente como un reflejo de las leyes de belleza y armonía de Dios, que impacta la sanidad, que y los enfermeros pueden crear un ambiente facilitador de la sanidad y la espiritualidad.

- **Datos sobre enfermería:** Los enfermeros adventistas alrededor del mundo consideran que enfermería es un llamado o un ministerio sagrado, donde el cuidado es el valor principal. Es compasión que va más allá de lo usual, servicio abnegado con amor (ir la segunda milla), es proveer cuidado integral. Fue interesante ver que el cuidado y la compasión eran tenidos en cuenta como características de enfermería, pero los enfermeros adventistas añadieron a estos dos aspectos la necesidad de ir más allá de lo ordinario. Las escrituras inspiradas en el libro *Ministerio médico* nos dicen: “El Señor desea que hombres y mujeres prudentes actúen en calidad de enfermeros para aliviar y ayudar al enfermo y al doliente. [...] que miren con compasión al doliente, que le haga sentir la influencia suavizadora de su gracia y que ejercite su poder restaurador” (3). Muchas de las cosas que encontramos en los datos reflejan lo que está escrito por inspiración.

Recuerdan que una de mis metas era construir un marco referencial, un marco teórico sencillo que reflejara la enfermería adventista alrededor del mundo. Al mirar todos los datos y tratar de condensarlos en cuanto a su significado conceptual, identificamos tres constructos claves. Es importante aclarar que los constructos son más complejos que los conceptos. Un constructo tiene un significado más abarcador.

Los constructos identificados fueron: Cuidando, Empoderando (pacientes, enfermeros, estudiante, familias y comunidades) y Conectando. Ellos se describen en gerundio, al considerar que tiene mayor acción en comparación con el verbo en infinitivo. Cada uno de estos constructos se compone de unos subconceptos:

Sub conceptos del constructo Cuidando:

- Compasión más allá de lo ordinario

- Cuidado compasivo con los frutos del Espíritu (amor, paz paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre, templanza)
- Otros son: compromiso, competencia, lealtad, empatía, sensibilidad, integridad.
- **Servicio** desinteresado

Sub conceptos del constructo Empoderando:

- Demostrar **cuidado** en la vida personal
- **Modelar** un estilo de vida saludable
- Promover **vida sana** en los pacientes
- **Abogar** por los pacientes a través de la colaboración inter-profesional

Es importante aclarar que este modelo no solo se aplica a la práctica de enfermería en un hospital, también se aplica en el salón de clases. Los 213 enfermeros participantes en el estudio representaban a personas que estaban trabajando en la asistencia o en la enseñanza. Nuestras preguntas se relacionaron con la práctica y la educación de enfermería. Esto hace que el modelo o marco referencial conceptual, sea de utilidad tanto en la práctica como en la educación. Por esto se incluyen conceptos de:

- Empoderando a los alumnos
 - Los docentes **modelan** sus creencias y valores en los alumnos
 - Guían a través de su **ejemplo** en la enseñanza y en las interacciones con los estudiantes
 - **Modelan** cuidado de enfermería compasivo
 - **Nutren** en los estudiantes en la habilidad de pensamiento crítico

Con relación al constructo Empoderando, en algunas culturas, inclusive en Sudamérica, no se sentían cómodos utilizando la palabra empoderar o empoderando. Ellos consideraban este término como algo negativo. En realidad, el constructo Empoderando se relaciona con inspirando, como dice el *Ministerio médico*: “Enfermeras, si tenéis una conexión viva con Dios, podéis presentar con confianza a los enfermos delante de él. Él aliviará y bendecirá a los dolientes, moldeando y dando forma a la mente, inspirándola con fe, esperanza y valor” (3).

Otros conceptos que se encontraron en el constructo Empoderando son: abogando, educando, actuando como mentor, inspirando, motivando, valorando, promoviendo el autocuidado y modelando.

Sub conceptos del constructo Conectando:

En los datos obtenidos encontramos que había mucho en los datos sobre este Constructo.

- Oración y relación personal con Dios
- Interacción social con otros seres humanos
- Compasión, presencia, escuchar activamente
- Conectados con-Dios, familia y comunidad

En Latinoamérica, los latinos son muy buenos para la conexión social; esa es una de sus fortalezas y no es común en todas las culturas. Fue muy gratificante para la doctora Ramal y para mí, en el Congreso Global de Salud y Estilo de Vida, que se llevó a cabo en Loma Linda, ver que en muchas de las presentaciones que se hicieron en ese congreso, el concepto de conectar, conectando o conectividad, fue poderosamente presentado. Es estar con Dios, familia, comunidad y con uno mismo, es una parte muy importante de la salud integral.

En la Biblia encontramos en el libro de San Juan 15:4 y 5, un texto que define la importancia de este constructo: “Permaneced en mí, y yo en vosotros. Como el pámpano no puede llevar fruto por sí mismo, si no permanece en la vid, así tampoco vosotros, si no permanecéis en mí” (2).

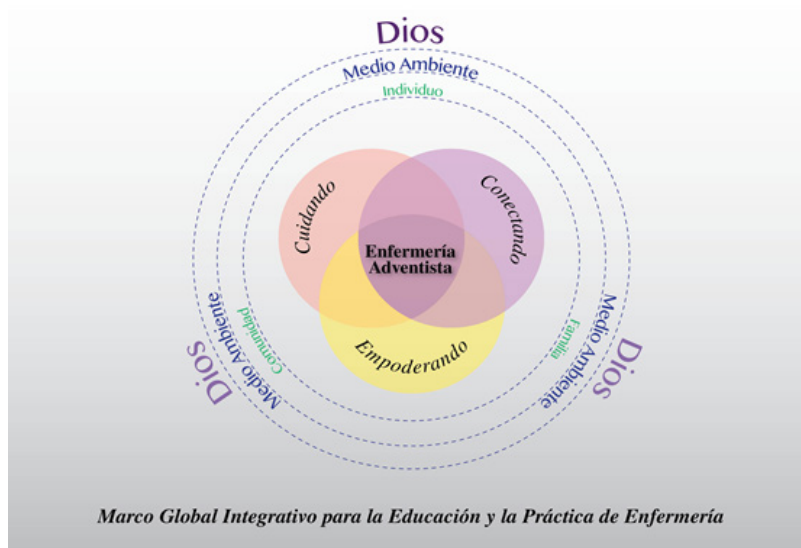
Por otro lado, siempre se ha hablado de que la conexión con la naturaleza es de ayuda: “La vida terrenal del Salvador fue una vida de comunión con la naturaleza y con Dios. En esta comunión nos reveló el secreto de una vida llena de poder” (1).

Hace algunos años le compartí a una persona, una de las flores más bellas de mi jardín, y esta persona me preguntó: “¿Cómo tienes tiempo de cultivar las rosas?, pues

está claro que las rosas demandan mucho cuidado. Hay que fertilizarlas, hay que podarlas, hay que regarles agua”. Yo le respondí: “Amo las rosas y esa es mi conexión con Dios a través de la naturaleza”. Se nos dice que este fue el secreto de nuestro Señor Jesús, comunicarse y unirse con la naturaleza: “Mediante la **oración** sincera nos comunicamos con la mente del Infinito” (el subrayado es nuestro) (4). Así que, en la práctica de enfermería, el concepto Conectando es muy importante, pues requiere: comunión, oración, presencia compasiva, comunicación terapéutica, coordinación/gestión, mentoría, siendo un facilitador.

Concluimos, entonces, que la enfermería adventista es un llamado al ministerio para promover el bienestar integral al estar intencionalmente Cuidando, Conectando y Empoderando. Y al enfatizar estos constructos tanto en la práctica como en la enseñanza de enfermería, eso es lo que hace la distinción.

La siguiente es una representación gráfica del modelo del que hemos venido hablando, llamado “Marco Global Integrativo para la Educación y la Práctica de Enfermería”. Allí se evidencia a Dios como el factor que une todo lo demás. No solo nos relacionamos con Dios, también nos relacionamos con el medio ambiente y con las personas. Además, vemos los constructos distintivos Cuidando, Empoderando y Conectando, que influyen la enseñanza y la práctica de enfermería adventista (5).



A continuación, haré un énfasis en cuanto a lo que es distintivo de la misión, educación y práctica de la enfermería adventista.

Distintivo de la misión de la enfermería adventista

- Promover la sanidad y el bienestar integral
- Restaurar la conexión entre los seres humanos y su Creador
- Promover la conectividad entre los seres humanos y su medio ambiente

Distintivo de la educación en enfermería adventista

- Nuestros educadores demuestran cuidado y respeto hacia los estudiantes como seres humanos singulares/únicos. Los seres humanos son sagrados, creados a la imagen de Dios
- Modelan una relación con Dios
- Conectan a los estudiantes con recursos que apoyan su desarrollo exitoso
- Empoderan a sus estudiantes para lograr crecimiento personal y profesional

Por lo tanto, los docentes de enfermería adventista deben: reflejar el amor incondicional de Dios, facilitar el bienestar en sus alumnos, modelar y promover la salud integral, nutrir y apoyar a sus alumnos (1).

Distintivo de la práctica de enfermería adventista

- Está fundamentada en valores, creencias y valores éticos específicos
- Está construida sobre un legado de excelencia y cuidado integral de la persona
- Empodera a individuos, familias y comunidades para lograr cambios
- Aceptada como una responsabilidad sagrada

Sin embargo, reconocemos que “solo mediante la gracia de Cristo podrá realizarse la obra de restauración física, mental y espiritual” (1). No podemos hacerlo por nuestro propio esfuerzo. Es la gracia de Dios trabajando a través de nosotros lo que ministra a un paciente o una persona que está muriendo.

Al inicio de la presentación se habló de un legado para la enfermería adventista. La pregunta final entonces sería: ¿Podemos mantener ese legado? ¿Cómo?

Yo creo que está clara la necesidad de identificar cómo mantener ese legado.

¡Muchas gracias!

Referencias

1. White E. El Ministerio de Curación. Segunda ed. Interamericana AP, editor. Florida: Asociación Publicadora Interamericana; 1992.
2. Reina Cd, Valera Cd. Santa Biblia Nashville, Tennessee: Vida; 2019.
3. White E. El Ministerio Médico. Interamericana AP, editor. Florida: Asociación Publicadora Interamericana; 2001.
4. White E. El Camino a Cristo. Interamericana AP, editor. Florida: Asociación Publicadora Interamericana; 1993.
5. Jones P, Jaimes B, Owino J, Abemyl M, Paredes de Beltrán A, Ramal E. Un marco distintivo para la enfermería adventista. Educación Adventista. 2018; 44: p. 1 - 12.

CUIDANDO: UN CONSTRUCTO FUNDAMENTAL DEL MARCO DISTINTIVO

ANNE BERIT PETERSEN¹
LESLY HERNÁNDEZ CORREDOR

La enfermería adventista definitivamente tiene un componente distintivo y deberíamos escribir acerca de eso para poder actuar de manera más efectiva. Así como los otros constructos del marco distintivo de la enfermería adventista (Conexión y Empoderamiento) (1), el de “Cuidando” empieza también en el punto de vista de una cosmovisión bíblica, cuyo centro es Dios. En los siguientes textos vemos el cuidado de Dios por nosotros: 1 de Pedro 5:7: “Echad toda vuestra ansiedad sobre él, porque él tiene cuidado de vosotros” (el subrayado es nuestro). Salmos 8:4: “¿Qué es el hombre para que de él te acuerdes y el hijo del hombre para que lo *cuides*?” (el subrayado es nuestro). Nahúm 1:7: “El Señor es bueno, es refugio en horas de angustia: protege (*cuida*) a los que en él confían” (el subrayado es nuestro). Aquí se utiliza la noción de que Dios cuida de sus hijos en cualquier momento y circunstancia, entonces después de experimentar el cuidado amoroso de Dios, como enfermeras tenemos la capacidad de poder cuidar de otros con el mismo amor y entrega.

Pero miremos más de cerca los datos que se recolectaron en el estudio cualitativo de la investigación “Un marco distintivo para la enfermería adventista”, con el fin de de-

¹ Profesora Asistente en el Programa de Posgrado de la Universidad de Loma Linda, California. Ha trabajado como educadora en Enfermería, en China, Tanzania, Etiopía y los Estados Unidos. Completó un título de grado en inglés, en la Universidad Adventista de Washington, un título de grado en Enfermería en la Universidad Andrews, maestrías en Enfermería y Salud Pública, en la Universidad de Loma Linda, y un doctorado y beca posdoctoral en la Universidad de California, en San Francisco.

terminar qué percibían los enfermeros y los educadores adventistas como distintivo en relación con el cuidado.

El cuidado ha sido por mucho tiempo el enfoque principal de la práctica de enfermería y ha sido descrito como la esencia de la enfermería. Aunque no se limita a una profesión o una cultura, es reconocido como el valor fundamental asociado a nuestra disciplina. El hecho de que los enfermeros adventistas se refirieran en repetidas ocasiones al cuidado como el concepto primordial que subyace a su práctica y educación, afirma la validez de la importancia de este en la profesión, y su centralidad en el ejercicio de nuestros profesionales. Los conceptos de empatía, compasión, sensibilidad a las necesidades de los demás, cuidado más allá de lo normal y servicio desinteresado, fueron algunos de los aspectos de la enfermería adventista mencionados con más frecuencia por las personas que participaron en el estudio.

Dentro de este marco, el constructo “cuidando” está descrito como: la capacidad del enfermero de poder cuidar. Eso incluye la forma cómo es y cómo actúa el enfermero en una situación de cuidado. Por lo tanto, se ha identificado que hay maneras de “ser” y maneras de “hacer” en el proceso del cuidado.

Si hablamos de “ser”, se podría por ejemplo mencionar el momento cuando un enfermero realiza la valoración al individuo; lo hace a través de valores, principios e inteligencia emocional. Eso incluye ser sensibles y empáticos con la persona que se está cuidando y a la vez nos ayuda a comprender la perspectiva de la otra persona. Ser compasivo es una cualidad afectiva y para ser compasivo necesitamos involucrarnos con la persona que estamos cuidando. Y si hablamos de “hacer”, nos referimos a la forma en que el enfermero realiza las cosas, incluyendo “ir una milla extra”, “cuidado más allá de lo normal”, es ir más allá de lo que se espera en una situación.

En el libro de Gálatas 5:5, el apóstol Pablo dice que “[...] todo lo que importa es la fe expresada en el amor”. ¿No es algo que nos hace parar y pensar? Como cristianos, sabemos que eso solo es posible cuando estamos llenos del Espíritu Santo. Una vida llena del Espíritu Santo conduce a la producción de los frutos del Espíritu (**amor**, gozo, paz,

paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre, templanza, Gálatas 5:22-23). No soy teóloga, soy una enfermera cristiana; sin embargo, cuando pienso en estos conceptos, encuentro que tienen mucho significado para la enfermería. No obstante, este no es un concepto solo de los enfermeros adventistas, cuidar es la médula de enfermería. Existen más de 60 libros y más de 1.000 artículos a nivel mundial que han sido escritos sobre el cuidado de enfermería. Nuestra profesión ha reconocido que el cuidado es el centro de nuestro quehacer, y cuando lo perdemos de vista, perdemos el alma y la esencia de lo que es enfermería.

Por eso revisemos algunos conceptos de cuidado ofrecidos por grandes teóricos de enfermería. Es imposible leer lo que Florence Nightingale (pionera de la enfermería moderna) escribió sin notar que está lleno del concepto de cuidado. Ella dice que enfermería es una práctica espiritual (2). Entonces, el cuidado de enfermería emerge como un concepto central dentro de la profesión. Es así como *cuidado* y *cuidando* siempre han sido parte de nuestro vocabulario. Madeleine Lenninger (3) sostuvo que el *cuidado es la esencia de la enfermería*, es la práctica dominante, intelectual, teórica y el enfoque de la práctica profesional. Ninguna otra profesión está enfocada solamente en el cuidado, sus procesos y relaciones. Y Jean Watson en su teoría de cuidado humanizado (4) dice que enfermería está encajada dentro de otras ciencias sociales, permitiendo que su esencia esté en el relacionamiento.

En la época de 1970 emergieron con mucha fuerza los conceptos del metaparadigma de enfermería (cuidado, persona, salud y entorno). Incluso, durante ese tiempo hubo un debate acerca de si deberíamos en vez de haber utilizado la palabra “enfermería”, utilizar la palabra “cuidado”, para definir la profesión. Otros han construido sobre la teoría de Watson y otras teóricas, y lo que ha resultado es que el cuidado es la parte de un todo complejo. También hablamos mucho del cuidado intercultural y del cuidado interno y externo. Es algo distintivo de la profesión y también es nuestra meta desarrollar más en este aspecto de cuidado.

En inglés tenemos el conflicto de si usamos la palabra “cuidado” como un pronombre, un sustantivo o verbo, y también “cuidando”; son terminologías que utilizamos en

forma intercambiable. A partir de eso, Morse et al. (5) hicieron un análisis de concepto para definir la palabra “cuidado”. Lo que ellos lograron analizar fueron cinco categorías o conceptualidades de cuidado: 1) el cuidado como un rasgo humano: los humanos tienen el potencial de cuidar, el cual es modificado por la necesidad de que los enfermeros se profesionalicen al adquirir conocimientos y habilidades especiales para cuidar; 2) el cuidado como un imperativo o ideal moral: fundamentado en el valor de enfermería de preservar la dignidad y la integridad de los pacientes; 3) el cuidado como un sentimiento de afecto: corresponde a la emoción o sentimiento de empatía con la experiencia del paciente; 4) el cuidado como una relación interpersonal: relación entre enfermero- paciente como un medio por el cual se expresa el cuidado; y 5) el cuidado como una intervención terapéutica: acciones que capacitan o asisten al paciente.

Estos mismos investigadores también midieron los resultados del cuidado y lo caracterizaron en dos variables: 1) experiencia subjetiva del paciente (siente que lo están cuidando) y 2) una respuesta física (evidenciada a través de medidas fisiológicas o psicológicas tales como mortalidad, morbilidad, días de hospitalización, número de reportes de incidentes, lesiones en la piel y asuntos de calidad del cuidado).

Todos estos tópicos son temas muy álgidos en la literatura de enfermería hoy en día; más aún cuando hablamos del cuidado basado en la evidencia y de cómo ese cuidado está impactando las partes psicológica y biológica del paciente. Por otro lado, Roach (6), investigadora y autora, describió la naturaleza dual en las dimensiones del cuidado (actitudes y acción), es decir, “ser” y “hacer”, y define que “el cuidado no es singular a la enfermería, pero sí es singular en la enfermería”. Así que los valores son los que fundamentan nuestro cuidado.

En el estudio “Un marco distintivo para la enfermería adventista” -que mencionamos anteriormente- los enfermeros entrevistados mencionaron los siguientes valores como fundamento del cuidado: Amor, empatía, excelencia, bondad, integridad, respeto, lealtad, esperanza, servicio, confiabilidad, equidad, justicia, derechos humanos y caridad. Esto no es solo como nuestros pacientes nos visualizan, es lo que queremos dar a nuestros pacientes, pero queremos que sea mutuo.

Roach también quiso hacer la siguiente pregunta: ¿Qué demuestra un enfermero cuando está cuidando? Entonces identificó las 6 “C” del cuidado (7): Compasión, competencia, confianza, consciencia, compromiso y comportamiento. **La compasión** entendida como la manera de vivir que se manifiesta a través de la relación de uno mismo con todas las criaturas vivientes, que genera una respuesta de participación en la experiencia de otro, es la sensibilidad al dolor y al quebrantamiento de otro y el sentido de presencia, que permiten que uno comparta y haga lugar para el otro. **La competencia** es el estado de tener el conocimiento, el juicio, la habilidad, la energía, la experiencia y la motivación requerida para responder adecuadamente a las demandas de la responsabilidad profesional.

Es interesante notar que este aspecto no estuvo dentro de los valores mencionados por los enfermeros adventistas de nuestro estudio; sin embargo, sabemos que un enfermero que sea compasivo pero que no sea competente, no puede brindar un cuidado adecuado. **La confianza** es la calidad que fomenta relaciones de seguridad en esa interacción enfermero-paciente. **La consciencia** es un estado moral de conocimiento, un compás que dirige nuestro comportamiento de acuerdo con la moral apropiada de las cosas. **El compromiso** es la respuesta afectiva compleja caracterizada por una convergencia entre el deseo y las obligaciones de uno con la decisión deliberada de actuar de acuerdo con las obligaciones. **El comportamiento** es concerniente a la manera de vestir, el lenguaje, el porte y la conducta, que debe armonizar con la presencia de cuidado; involucra también el componente espiritual. Es así como esta autora nos amplía el panorama acerca de lo que significan la palabra cuidado y las acciones que demuestra el enfermero cuando practica dicho cuidado.

A continuación, quiero presentarles una teoría que se alinea muy bien con el marco distintivo de la enfermería adventista. Es la teoría intercultural de cuidado caritativo expresada por Eriksson y Wikberg (8), la cual describe al ser humano como un ente religioso conformado por el cuerpo, el alma y el espíritu, y que el cuidado es un acto de compasión y amor en respuesta al sufrimiento humano. La misión del ser humano, según las autoras, es servir y existir por causa de los demás. La atención y el cuidado se

manifiestan en una relación con otro ser humano, y tales relaciones incluyen la ética, el respeto, y el interés en la dignidad y los derechos de los demás.

Esta teoría dice que la razón de cuidar es el sufrimiento, y el motivo de cuidar es aliviar ese sufrimiento; además, que el cuidar no es un comportamiento, es una manera de vivir o de “ser” que se revela a través de la relación entre el cuidador y el que recibe el cuidado. Jesús demostró esto de una manera poderosa cuando estuvo acá en la tierra.

Otro aspecto, según esta teoría, es cómo el cuidado se relaciona con la cultura. Sabemos que el cuidado se interpreta a través de la cultura. Lo que en mi cultura significa prestar cuidado, en otra cultura puede no significar lo mismo. Así que, según Eriksson y Wikberg existen factores culturales y sociales que tienen influencia sobre el cuidado, los valores, las creencias y la manera de vivir. Ellas sostienen que la esencia del cuidado es expresada y experimentada de maneras diferentes por culturas diferentes.

Lo que aprecio de esta teoría es que incluyeron el cuidado intercultural. Porque han diferenciado entre el cuidado interno y el cuidado externo, entendiendo el cuidado interno como una relación de conexión con el paciente, la familia, las comunidades y con Dios (Conectando). Y el cuidado externo tiene que ver con estructuras educacionales, administrativas, sociales, políticas y otras que pueden influenciar el cuidado (Empoderando).

Por último, la teoría sostiene que la meta de brindar cuidado es producir un cambio hacia la salud y el bienestar, o a una muerte pacífica, es decir, un bienestar integral.

Ahora bien, ¿existe diferencia entre teorías de cuidado profesional y enfermería cristiana basada en la Biblia? Hemos visto muchas ideas en las teorías de enfermería que concuerdan con el cuidado cristiano. Sin embargo, los orígenes del cuidado desde una perspectiva cristiana son diferentes de los de las otras teorías. Los cristianos descubren una teoría de cuidado a partir de conocer a la persona, el carácter y las enseñanzas de Jesucristo descritas en la Biblia. Esto extiende nuestro concepto de cuidado más allá de nuestras actitudes o experiencias transpersonales. Jesús ofreció un ejemplo tangible del cuidado al decir: “Les aseguro que todo lo que hicieron por uno de estos hermanos

míos más humildes, por mí mismo lo hicieron” (Mateo 25:40).

The Ritz-Carlton es un hotel cuyo lema es “Somos damas y caballeros sirviendo a damas y caballeros”; esta premisa está impresa en una tarjeta que los empleados portan. Este lema es muy bueno para esta empresa porque cambia la manera en que ellos se ven a sí mismos y la manera en que ven a sus clientes. Pero yo les diría que nosotros aquí en este congreso como cristianos tenemos un lema diferente: “Somos hijos e hijas de Dios, cuidando hijos e hijas de Dios”. Puede ser muy fácil para nosotros, aun como enfermeros ponerles una etiqueta a las personas y llamarlos “difícil” o “fastidioso”, pero si escogemos ponerles la etiqueta de “hijos o hijas de Dios”, aun cuando ese paciente esté poniendo a prueba nuestra paciencia, podemos parar un poco y pensar que tenemos el privilegio de servir a un hijo o hija de Dios y esto puede modificar la manera en que vemos a ese paciente y la manera en que nos vemos a nosotros mismos.

Una autora cristiana que aprecio mucho es Mary Elizabeth O’Brien (9); en su libro *La enfermera con un frasco de alabastro*, ella enfatiza la importancia del servicio y la humildad al brindar cuidado. Hace una comparación entre María, la mujer que quebró el frasco de alabastro para derramar su perfume a los pies de Jesús, y el trabajo de cuidado de la enfermera. A continuación, un párrafo de su escrito: “Cuando le damos la bienvenida a una nueva admisión, damos de beber a un sediento paciente pos operatorio, damos de comer a un frágil paciente anciano, o cuidamos de un paciente moribundo, lo estamos haciendo para Jesús. En estas acciones, nos tornamos cuidadores contemplativos; nos transformamos en enfermeros con frascos de alabastro”.

Pero, ¿qué más significa tener a Jesús como centro? Sabemos que Dios sana a las personas física, emocional y espiritualmente. Así que cuando nosotros proveemos cuidado espiritual, nos permite salir del enfoque tradicional y sumergirnos en el enfoque de Cristo. Brindar cuidado guiado por el Espíritu es un hecho de quitarse a uno mismo como fuerza impulsora y permitir que Cristo, en forma del Espíritu Santo, fluya a través de nosotros y guíe nuestra labor de cuidado.

Quiero contarles una anécdota de mi vida. Cuando estaba haciendo la transición hacia enfermera educadora de tiempo completo, seguía trabajando unos turnos en el

hospital, solo dos por mes. Apreciaba y valoraba mucho este tiempo con los pacientes porque me hacía falta estar al lado de ellos cuidándolos. Esto aumentó mi conciencia de cuán precioso es el tiempo que pasaba con el paciente y su familia. Vivo como a 10 minutos del hospital de Loma Linda, así que generalmente iba caminando al trabajo. En esos minutos oraba de manera intencional sobre la lista de pacientes que me iban a asignar para ese día. Pedía a Dios que me mostrara a quién puedo “hacer” hoy, le decía: “Abre mis ojos para que pueda ver lo que estás haciendo y permite que pueda ser usada por ti para traer esperanza y sanidad”. Les puedo decir que eso cambió mi práctica de enfermería, solo haciendo esa actividad. Cuando me asignaban a un paciente al que otros le habían puesto la etiqueta de “difícil”, cambiaba de actitud y me decía a mí misma: “¿Qué voy a hacer hoy para ayudar a este paciente?” Y sin duda hubo evidencia de que Dios estaba trabajando ahí porque estoy convencida de que la cama de un paciente es “tierra santa”. Y nosotros podemos recibir una bendición muy grande si abrimos los ojos y vemos lo que Dios hace al lado del paciente.

Siguiendo con la idea de los conceptos del cuidado cristiano, recordemos que estos los aprendemos de Jesús, de su esencia: Amoroso, compasivo, empático, paciente, perdonador, generoso, poderoso, etc. Cuando tomamos estos conceptos como un todo, se unen para aliviar el dolor y el sufrimiento a través de las manos y el corazón de los enfermeros. No podemos comprender el amor que Dios tiene hacia nosotros, ni tampoco el poder que tiene para cambiar la vida de los pacientes, pero sí podemos comprender que el compartir el amor de Dios impulsa nuestros resultados.

La siguiente es una cita poderosa de Elena White (10): “El amor que Cristo infunde en todo nuestro ser es un poder vivificante. Da salud a cada una de las partes vitales: el cerebro, el corazón y los nervios. Por su medio las energías más potentes de nuestro ser despiertan y entran en actividad. Libera al alma de culpa y tristeza, de la ansiedad y congoja que agotan las fuerzas de la vida. Con él vienen la serenidad y la calma. Implanta en el alma un gozo que nada en la tierra puede destruir: el gozo que hay en el Espíritu Santo, un gozo que da salud y vida”. Esto es algo en lo que debemos meditar con mucha oración.

Para resumir, quiero decirles que el cuidado realmente se trata de relaciones, relación con Dios, relación con los demás y relación con uno mismo. Así lo expresa la escritora Mary Koloruotis: “Cuando la compasión y el cuidado son expresados a través del tacto, de un acto bondadoso, de intervenciones clínicas competentes, o de escuchar y buscar entender la experiencia del otro, una relación sanadora es creada”.

Sin embargo, para tener una relación de sanación, debemos cuidar tres relaciones particularmente: 1) Relación con uno mismo, 2) relación con mi equipo de trabajo y 3) relación con el paciente, la familia o la comunidad.

La relación con uno mismo es la más importante y, sin embargo, es de la que menos se habla. Quiero hacerte una pregunta: ¿A dónde vas o a quién acudes para recargar tu batería, para llenar tu copa de tal manera que puedas servir a los demás? Definitivamente, necesitamos de una fuente donde podamos recoger agua diariamente para tener algo que brindar a los demás. El siguiente texto bíblico nos dice cómo podemos dar a los demás: “Bendito sea el Dios y Padre de nuestro Señor Jesucristo, Padre de misericordias y **Dios de toda consolación**, quien **nos consuela** en todas nuestras tribulaciones. De esta manera, con la **consolación con que nosotros mismos somos consolados por Dios**, también nosotros podemos consolar a los que están en cualquier tribulación. Porque de la manera que abundan a favor nuestro las aflicciones de Cristo, así abunda también **nuestra consolación** por el mismo Cristo” (el subrayado es nuestro, 2 Corintios 1:3-5). Pero, ¿cómo podemos recargarnos? Uno se conecta con los demás en la medida en que esté conectado con uno mismo y con Dios.

El siguiente tipo de relación es con el equipo de trabajo. Este aspecto está siendo muy reconocido actualmente en la literatura, especialmente en los temas de “bullying” y “burnout” en enfermería. Así que necesitamos cuidar y relacionarnos con nuestro equipo. Cuando los miembros de un equipo trabajan bien, los pacientes sienten seguridad y confianza, y los errores en la atención disminuyen. Así lo demostró un estudio realizado en los años 1980, donde el Instituto Picker encuestó a más de 8.000 personas que habían sido hospitalizados (11). Les preguntaron qué había sido lo más importante para ellos durante su estancia en el hospital. Sus respuestas se transformaron en las preguntas que

hoy en día se usan para encuestas sobre satisfacción hospitalaria. Los dos elementos más importantes resultan ser: **Escuchar activamente** -escuchar no solo para entender, sino escuchar para saber lo que es verdad para la otra persona sin juzgarla; y **Trabajo en equipo** -evidentemente, cuando un paciente siente miedo e inseguridad, si su equipo no aparenta apoyarse uno al otro, esto impacta el sentido de seguridad y confianza del paciente en el cuidado que le brindan.

El tercer tipo de relación es con nuestros pacientes y sus familias. Debemos estar seguros de que miramos a nuestros pacientes de manera integral, no solo por la situación que están atravesando en el momento cuando estamos con ellos. Quiero reforzar este concepto con la reflexión que hace Marcus Engel: *“Yo soy tu paciente. Soy una persona con familia, amigos, fe, esperanza, deseos, y planes para el futuro. Cada cosa que haces para ayudarme a sentir que me ves como una persona me mueve un paso más cerca de mi sanamiento [sic]. Cuando haces cosas que yo haría por mí mismo si lo pudiera, siento que me estás cuidando. Cada vez que ayudas a mi familia, me ayudas a mí. Cada vez que tomas mi mano me siento confortado. Cada vez que estás en mi cuarto y me ves – no como un diagnóstico sino por lo que realmente soy – me siento seguro”* (el subrayado es nuestro).

El enfoque está en el paciente, y nosotros tenemos la oportunidad de extender el cuidado y el amor de Dios hacia esa persona y su familia. Esto es un arte y es algo que vale la pena perseguir, así como cualquier otro tipo de arte.

Referencias

1. S., Jones Patricia JB. Un marco distintivo para la enfermería adventista. *Rev Educ Adventista*. 2018;44:1–12.
2. Barbara MD. *Florence Nigthingale: Mystic, Visionary, Healer*. 1st ed. Company FAD, editor. Springhouse Corporation; 2000. 448 p.
3. Madeleine L. Culture care theory. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13.
4. Watson Jean. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. *Nurs Adm Q*. 1979;3(4):86–7.
5. JM M. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Advances Nurs Sci*. 1990;13(1):1–14.
6. Roach MS. *Caring: The Human Mode of Being*. 2nd ed. Christine E Lynn, editor. Canada: CHA Press; 1984. 23–38 p.
7. Roach MS. *Caring: The Human Mode of Being*. 2nd ed. Christine E L, editor. Canada: CHA Press; 1984. 41–50 p.
8. E. E. Caring science in a new key. *Nurs Adm Q*. 2002;12(1):1–5.
9. O´Brien Mary Elizabeth. *The Nurse with an Alabaster Jar*. 1st ed. Allen SJ, editor. NCF Press; 2006. 226 p.
10. White EH. *El ministerio de curación*. Ellen G. White Estate I, editor. Ellen G. White Estate, Inc.; 1959. 78 p.
11. Picker Institute. # 1 [Internet]. Picker Institute. 2011 [cited 2019 Nov 28]. Available from: [http://www.ihl.org/education/conferences/Forum2011/Documents/1_FINAL Always Events Creating an Optimal Patient Experience.pdf](http://www.ihl.org/education/conferences/Forum2011/Documents/1_FINAL_Always_Events_Creating_an_Optimal_Patient_Experience.pdf)

EMPODERAMIENTO DE LA SALUD DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

EDELWEISS RAMAL¹
LUISA FERNANDA OCHOA

Los objetivos de esta presentación son examinar el empoderamiento desde una perspectiva bíblica, analizar los tipos de poder relacionados con el liderazgo y su aplicación a la práctica y a la educación de enfermería, y evaluar las estrategias y los resultados de empoderar a los individuos, las familias y las comunidades para lograr el bienestar integral. No podemos hablar de empoderar sin tomar en cuenta la palabra *poder*, y cuando vamos a empoderar tenemos que usar algún tipo de poder, porque al empoderar queremos tener influencia sobre la otra persona para lo que los queremos empoderar; pero el problema con esta palabra es que a veces está muy relacionada con conceptos negativos; cuando pensamos en poder pensamos en alguien dominante, en alguien que nos exige hacer algo a veces contra nuestra voluntad; pensamos en coerción, en alguien autoritario, controlador; pensamos en que hay un jefe y un subordinado; y en las mejores condiciones, pensamos en un líder y sus seguidores.

Cuando estamos como enfermeros empoderando, no es en ninguno de estos sentidos, porque cuando hablamos de empoderamiento desde una perspectiva humanística vemos que esto tiene el propósito de desarrollar en una persona la confianza y la seguridad en sí misma, en sus capacidades, en su potencial y en la importancia de sus acciones y decisiones para afectar su vida positivamente; sin embargo, desde esta pers-

¹ PhD, RN. Ha sido educadora en enfermería durante 40 años, 25 de ellos entre México y Botsuana, y 15 en los Estados Unidos. Actualmente es docente en las carreras de posgrado de Enfermería de la Universidad de Loma Linda.

pectiva humanista, Dios queda por fuera; es desarrollar tu potencial, creer en ti mismo, porque dentro de ti está la respuesta. Como nuestro modelo tiene a Dios en su centro, entonces debemos comprender qué nos dice la Biblia; por eso vamos a examinar algunos textos que nos hablan de empoderamiento.

En 2 Corintios 12:9 vemos que Dios está empoderando a Pablo: “Bástame tu gracia: porque mi poder se perfecciona en la debilidad. Por tanto, de buena gana me gloriaré más bien en mis debilidades para que repose sobre mí el poder de Cristo”. Esto nos permite ver cómo Dios nos empodera, porque el poder que debe anidar en nosotros no es un poder que sale de nosotros mismos; al contrario, reconoce sus debilidades, y las perfecciona en el poder de Cristo.

En Deuteronomio 31:6 leemos cómo Dios empodera a los israelitas; ellos estaban entrando en la tierra prometida luego de 40 años en el desierto y debían conquistar algunas tierras mucho más fuertes que ellos; entonces Dios les dice: “Esforzaos y cobrad ánimo; no temáis, ni tengáis miedo de ellos, porque Jehová tu Dios es el que va contigo; no te dejará, ni te desampará”. Entonces, Dios estaba empoderándolos, esa es una de las maneras en las que la Biblia nos muestra el empoderamiento.

Otro versículo lo encontramos en Hechos 1:8, aquí el Espíritu Santo está empoderando a los seguidores de Jesús: “Pero recibiréis poder, cuando haya venido sobre vosotros el Espíritu Santo, y me seréis testigos en Jerusalén, en toda Judea, en Samaria, y hasta lo último de la tierra”. Aquí vemos el empoderamiento local y el empoderamiento global, pero no era de ellos ese poder, es que ellos lo recibirían a través del Espíritu Santo.

En Lucas 10:19-20 Jesús está empoderando a los apóstoles y les dice: “He aquí os doy potestad de hollar serpientes y escorpiones, y sobre toda fuerza del enemigo, y nada os dañará. Pero no os regocijéis de que los espíritus se os sujetan, sino regocijaos de que vuestros nombres están escritos en los cielos”. Empoderándonos para afrontar al enemigo, cualquier barrera u obstáculo.

Estos pocos versículos nos muestran el concepto a través de la perspectiva bíblica y ese es el tipo de empoderamiento que encontramos en nuestro modelo propuesto para enfermería; y las maneras bíblicas que encontramos para ser empoderados, son por supuesto a través de la oración: “Y todo lo que pidieres al Padre en mi nombre, lo haré, para que el Padre sea glorificado en el Hijo. Si algo pidieres en mi nombre, yo lo haré” (Juan 14:13).

También somos empoderados por Dios a través de la obediencia que resulta del amor: “Si me **amáis**, guardad mis mandamientos” (el subrayado es nuestro, Juan 14:15), y a través del Espíritu Santo, cuando en la ascensión de Jesús, dijo: “Y yo rogaré al Padre, y os dará otro Consolador, para que esté con vosotros para siempre, el Espíritu de verdad, al cual el mundo no puede recibir, porque no le ve, ni le conoce; pero vosotros le conocéis, porque mora con vosotros y estará en vosotros” (Juan 14:16-17).

Entonces, vemos que todo verdadero empoderamiento viene de Dios y es a través del fruto del Espíritu como el **poder de Dios** nos capacita para exhibir amor, gozo, paz, paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre, templanza, lo cual revela el carácter de Dios en nosotros; estos son los frutos del Espíritu descritos por Pablo en Gálatas 6:22-23; y ya vimos que para producir fruto debemos estar conectados a la vid, que es Dios; entonces, empoderar y conectar tienen que ir de la mano, y al hacer eso estamos cuidando.

Ahora vamos a analizar qué nos dice la literatura en cuanto a los tipos de poder que existen (1); vamos a enfocarnos en cinco, y los analizaremos desde una perspectiva bíblica, una cosmovisión cristocéntrica:

Poder Legítimo, este es el poder que las organizaciones nos dan por trabajar en una institución; por eso como enfermeros en el área asistencial, gerencial o docente tenemos un poder legítimo para desarrollar nuestras labores y empoderar a otros desde donde estemos ejerciendo influencia.

Poder Experto, es el que tenemos por el conocimiento adquirido, por las habili-

dades y competencia profesional que a diario construimos, y por supuesto, que desde enfermería debemos tener esto para poder utilizarlo en el cuidado y el empoderamiento de los demás.

Tenemos el **Poder de Recompensa**, cuando damos recompensas tangibles o psicológicas a los demás, como es dar un elogio, una felicitación o un reconocimiento a otros. Esto podemos verlo desde las aulas hasta la motivación a nuestros pacientes al completar un tratamiento.

El **Poder Carismático** o poder de atracción o devoción, es el deseo de una persona de admirar a otra. Este poder ayuda al subordinado a comprender y valorar al líder de tal manera que comprende y actúa de acuerdo con las expectativas del líder. Ayuda a la persona a actuar por sí mismo y comportarse de la manera en que él/ella cree que el enfermero/el educador desea que se comporte (1,2). Este poder se puede utilizar bien o se puede utilizar mal, y es ahí donde debemos ver ese poder desde una cosmovisión cristocéntrica, porque el poder carismático muchas veces puede exaltar a la persona, pero desde la perspectiva bíblica este poder no exalta a la persona, sino para ser un modelo e inspirar a la persona a conectarse con Dios. Así que, sí hay lugar para este poder porque dentro de la educación y la práctica queremos ser modelos, pero que inspiren a otras personas a ver a Cristo como el modelo principal.

También encontramos el **Poder de Coerción**, el poder donde se obliga, donde se castiga, se quitan los derechos a otros cuando no hacen nuestra voluntad; este poder es completamente anti bíblico y no debe ser empleado por nadie, Dios no fuerza a nadie y el mismo Dios nos dio libre albedrío; si decidimos hacer algo en contra de las leyes que él ha establecido para nuestra felicidad, entonces sufrimos las consecuencias; no porque Dios nos castiga, sino que es una consecuencia; y es igual con nuestros alumnos o con nuestros pacientes, cuando decidan no seguir las normas establecidas quizás sufrirán unas consecuencias. Dios no fuerza a nadie y nosotros tampoco lo debemos hacer. El Poder de Coerción nunca tiene lugar en enfermería o educación.

Vamos a enfocarnos ahora en los diferentes agentes del modelo, es decir, indi-

viduos, familias y comunidades para reconocer cómo es el proceso de empoderar, y debemos comprender que cuando queremos empoderar al individuo es necesario entender que existe una dicotomía significativa entre el libre albedrío y el forzar a cumplir. Y debemos siempre recordar el respeto por los valores y las decisiones del paciente, que a veces entran en conflicto con el rol tradicional del enfermero como cuidador al utilizar el poder de experto o de autoridad en el cuidado de la salud, para promover cumplimiento con el tratamiento y en el proceso de mantener la posición de poder del enfermero. Por tanto, el enfermero o docente está en una posición en la que quiero que el otro cumpla, pero a la vez debe respetarse la decisión del otro; esta es una fina línea, pero debemos tenerla en cuenta.

Encontramos muchas estrategias para el empoderamiento basadas en la evidencia y enfocadas a individuos, familias y comunidades; un ejemplo de estas estrategias es el estudio realizado por Chaghari et al. (3), quienes desarrollaron un modelo para el empoderamiento de la educación hacia el entrenamiento en servicio; entonces, aquí vemos un ejemplo de empoderar a enfermeros, porque estos empoderan a su vez a sus pacientes, colegas y familias. También encontramos el estudio de Sarvestani RS et al. (4), que deja ver cómo empoderar a los enfermeros al entregar el turno, a través de un programa de entrega de turno basado en investigación acción.

Otro ejemplo de empoderamiento lo encontramos en el estudio desarrollado por Duplaga, en 2016 (5), donde se promueve el empoderamiento de los pacientes y del rol de enfermería a través del uso de aplicaciones virtuales que influyan positivamente en el cumplimiento de los tratamientos y de estrategias de promoción de la salud; por otra parte, Murray & Preston (6), en su estudio “Empoderando a los estudiantes de enfermería internacionales para convertirse en usuarios efectivos de la biblioteca”; así, este es un ejemplo de empoderamiento a nuestros estudiantes, y ya casi no vamos físicamente a la biblioteca, pero al enseñarles el ingreso a las bases de datos y a hacer uso de la literatura virtual, estamos empoderando a nuestros estudiantes.

En los resultados que podemos encontrar al empoderar a estos diferentes grupos, vemos que la persona empoderada tiene un sentido de control y eficacia; también vemos

que el empoderamiento genera en el individuo, familias o comunidades la disponibilidad de cambiar y tomar acción frente a sus decisiones; esto permite conectar factores cognitivos internos con acción visible o cambio cuando queremos empoderar a alguien para un cambio; se empieza ayudándolos a cambiar su manera de pensar; el empoderamiento también ayuda a cambiar actitudes y comportamientos no deseables en los individuos (7); todos estos aspectos son necesarios para lograr un bienestar integral.

En una investigación desarrollada por Hopkinson et al. (8), estudiaron conceptos que empoderan la comunicación de los líderes de enfermería, y encontraron que la comprensión, la escucha activa, el estar abierto o dispuesto, el dar retroalimentación, la empatía, el lenguaje no verbal, la emoción y la actitud son componentes que empoderan la comunicación, y en estos conceptos podemos ver que todos son aspectos que tienen que ver con el estar conectado y cuidando.

También encontramos estrategias que favorecen el empoderamiento de las comunidades, y una de ellas es el desarrollo de los siete métodos de empoderamiento para la promoción de la salud, utilizando el acrónimo EMPOWER (9); estas estrategias son: Educación y entrenamiento, medios de comunicación y abogacía, participación en asociaciones, organizar asociaciones, entrenamiento en el trabajo y micro empresas, capacitando servicios y apoyo, interiorizando los derechos de protección y promoción.

Veamos ahora cuáles son los atributos del empoderamiento: Interacción recíproca, Autonomía ligada a la responsabilidad, Poder compartido y transferido y un mejor acceso a los recursos intangibles como conocimiento e influencia. La Interacción recíproca hace referencia a que empoderar involucra a ambos en un proceso y un resultado que surge de interacciones recíprocas entre individuos, lo que lleva a la necesidad de conectar con otros. Combina autonomía y libre albedrío con rendir cuentas y responsabilidad.

Empoderando involucra el poder compartido o transferido, ya sea al paciente, al estudiante, a los colegas, y este proceso sin duda requiere humildad, siempre y cuando se defina el poder en enfermería como producto de habilidad o conocimiento, en oposición a coerción o fuerza, con el propósito de lograr beneficios intangibles como conocimien-

to, influencia, salud y bienestar. La OMS propuso el empoderamiento como un método para capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y para mejorar su propia salud.

También son atributos del empoderamiento la confianza y el respeto; estos son fundamentales para el proceso de empoderamiento, ya que para que este pueda ocurrir dentro de una interacción de confianza y respeto, el enfermero necesita estar dispuesto a que su rol de experto en la salud no interfiera con el libre albedrío del paciente y su derecho de autodeterminación (10).

Otro atributo de empoderamiento es que empoderamos para que se puedan encontrar soluciones; el empoderamiento es un proceso democrático dinámico, positivo que se enfoca más en soluciones que en problemas (11); a veces tenemos que identificar el problema para encontrar la solución, pero no nos quedemos ahí, el enfoque debe ser encontrar soluciones y empoderar a la persona para poder avanzar y encontrar el mejor plan de solución. Algo que también debemos aprender es que las decisiones de estilo de vida de un individuo, no son las únicas influencias sobre la salud. Muchos resultados se deben a factores externos sobre los cuales los individuos no tienen control, tales como las condiciones de su medio ambiente, el acceso al cuidado y la seguridad y calidad de cuidado. Debemos recordar esto para empoderar no solo aspectos aislados en el estilo de vida que estén causando problemas de salud, sino también en aquellas áreas en las cuales ellos no tienen control. Y la gran meta es el cambio promoviendo y manteniendo la salud a través de educación a la comunidad y abogacía colectiva; trabajar juntos con individuos y comunidades es proceso necesario para efectuar el cambio (12).

El ciclo del empoderamiento es un ciclo continuo que empieza con Dios empoderándonos a nosotros, vamos a fracasar empoderando a otros si no tenemos a Dios. Los enfermeros necesitan primeramente ser empoderados por Dios; luego, por sus jefes/supervisores/gobernantes para proveer cuidado de calidad y mejorar los resultados. Los enfermeros necesitan empoderar a sus pacientes, sus familias y comunidades para lograr el autocuidado y mejorar su bienestar integral, y los enfermeros educadores necesitan empoderar a sus alumnos para aprendizaje a través de la vida y desarrollo profe-

sional continuo.

Y las implicaciones del constructo Empoderando de este modelo de enfermería adventista son primeramente el inspirar y motivar a pacientes y alumnos a conectarse con Dios y alcanzar sus metas de ser saludables; a desafiar sus paradigmas existentes y abrazar el cambio, a enfrentar la adversidad y ser persistentes para vencer y conquistar las dificultades que pueden surgir en el camino hacia el bienestar integral; sin duda alguna se requiere mucha inspiración y motivación porque el empoderamiento se hace a través de modelaje y mentoría; por ende, cada profesional de enfermería y docentes de enfermería, necesitamos ser influenciados y empoderados por Dios, porque estamos en gran responsabilidad con las personas que nos rodean.

Para entender también cómo empoderar, podemos concluir que es necesario dar **Valor** a los sujetos a quienes deseamos empoderar, ya sean estudiantes, colegas o pacientes; necesitamos darles valor, cuidados y hacerles sentir amados, esto también es cuidar.

Otra forma en que podemos empoderar es **Abogando**, inspirando y motivando, y esto requiere conectarse con Dios, la Fuente de vida, y conectar con los individuos a quienes uno desea empoderar. De igual manera, podemos empoderar Ayudando al paciente, al estudiante o compañeros de trabajo a conectarse con Dios y acceder a los recursos necesarios para la recuperación de su enfermedad; alcanzar sanidad, aprendizaje o crecimiento; este proceso requiere conexión con los demás y se traduce al final en cuidar a otros y cuidarnos a nosotros mismos, permitiendo ver la manera como estos tres constructos, *Cuidando*, *Conectando* y *Empoderando*, se superponen entre ellos mostrando la importancia de ellos en el ejercicio de la enfermería.

Referencias

1. Raven B. The bases of power and the power/interaction model of interpersonal influence. *Analyses of social Issues and Public Policy*. 2008;8(1):1-22.
2. Cummins J. Pedagogy of choice: Challenging coercive relations of power in classrooms and communities. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. 2009;12(3):261-271.
3. Chaghari M, Saffari M, Ebadi A, Ameryoun A. Empowering education: A new model for in-service training of nursing staff. *J Adv Med Educ Prof*. 2017;5(1):26-32.
4. Sarvestani RS, Moattari M, Nasrabadi AN, Momennasab M, Yektatalab S, Jafari A. Empowering nurses through action research for developing a new nursing handover program in a pediatric ward in Iran. *Action Research*. 2017;15(2):214–235.
5. Duplaga M. Searching for a Role of Nursing Personnel in Developing Landscape of Ehealth: Factors Determining Attitudes toward Key Patient Empowering Applications. *PLoS ONE*. 2016;11(4):1-16.
6. Murray A, Preston H. Empowering international nursing students to become effective library users. *Health Information & Libraries Journal*. 2016;33: 239-243.
7. Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.
8. Hopkinson SG, Oblea P, Napier C, Lasiowski J, Trego LL. Identifying the constructs of empowering nurse leader communication through an instrument development process. *J Nurs Manag*. 2019;27(4):722-731.
9. Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1431-60.
10. Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S. A concept analysis on the process of empowerment. *ANS Adv Nurs Sci*. 1998;21(2):62-8.
11. Brunson DA, Vogt JF. Empowering our students and ourselves: A liberal democratic approach to the communication classroom. *Communication Education*. 1996;45(1):73-83.
12. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(3): 354-361.

CONECTANDO: PROMOVRIENDO EL BIENESTAR INTEGRAL

PATRICIA S. JONES
LUISA FERNANDA OCHOA

Hablar de *conectividad* es una tarea difícil; la palabra en sí misma es un constructo muy complejo. La mayoría de nosotros somos conscientes de que, desde un punto de vista adventista, definimos la salud como algo integral y la enfocamos en integridad y salud holística. De hecho, en nuestras instituciones de salud ese es nuestro lema, promover el bienestar integral; así mismo, en nuestras instituciones educativas nos enfocamos en el bienestar integral porque es lo que queremos enseñar a los estudiantes, y no es solo porque queremos enseñar esto a nuestros profesionales, sino que es una experiencia que todos anhelamos sin importar la influencia cultural.

Quiero empezar planteando algunas preguntas que considero importantes para el análisis de la conectividad, así que empezaré preguntando: ¿Pueden los seres humanos lograr el bienestar integral? Ahora pregunto: ¿Pueden los enfermeros promover el bienestar integral?, esto nos lleva a una tercera pregunta: ¿Cómo puede la enfermería promover la salud integral?

Quizás aquí nos encontremos con diferentes preguntas y respuestas, siendo necesario describir o identificar a qué nos referimos cuando hablamos de bienestar integral. Anteriormente respondimos muy entusiastas a los primeros interrogantes, lo que me hace pensar que debemos tener una idea de cómo se puede lograr promover el bienestar. Sin duda, entendemos que el bienestar integral es una condición deseable para todo ser humano, pero cuando tenemos que definir qué es salud integral no es tan fácil; así

que quiero que empecemos por explicar lo que no es el bienestar integral.

Existe un texto en la Biblia que quizás puede llegar a confundir a los seres humanos, y lo encontramos en Mateo 5:48: “Sed vosotros perfectos, así como vuestro Padre que está en los cielos es perfecto”; esta idea o concepto de perfección puede ser un poco problemático para las personas que piensan que necesitan lograr perfección para alcanzar vida eterna, convirtiendo esta idea en una pesada carga para ellos. Quienes desarrollan este pensamiento hacen que cada vez que se equivocan en algo, tengan la idea de no merecer la vida eterna.

Indagando un poco en la raíz de la palabra perfección encontramos que la palabra perfecto en griego puede ser traducida de diversas maneras; una de las traducciones posibles es *perfección*, pero no es la única traducción; otra de las traducciones puede ser *completo* o *inclusivo* y, para quienes estudian a profundidad este idioma, *completo* es una traducción más acertada. Esto puede ser muy positivo para los seres humanos, ya que nos permite comprender que Dios no espera que seamos perfectos, lo que él desea es nuestro corazón y nuestro compromiso con sus valores, por lo que quiero que quede claro que el bienestar integral no es perfección.

Ciertamente, queremos tener un desarrollo completo de nuestra salud física, mental y espiritual hasta el máximo posible, y cuando nosotros estamos conectados con Dios, con los demás y con nosotros mismos, entonces este nivel de bienestar es más elevado. En la Universidad de Loma Linda, los estudiantes de posgrado en enfermería hacen algo que llamamos análisis de conceptos, por lo que podríamos hacer algo de eso e identificar cuáles son algunos de los atributos del bienestar integral; claramente, ya hemos hablado de algunos de ellos, y es la completitud o estar completos, en inglés *Completeness*.

Otro atributo que encontramos del bienestar integral es el balance o equilibrio; en la cultura asiática existe mucho énfasis en la Armonía, podríamos decir entonces que se trata de armonía con Dios a través de nuestra adoración y nuestra oración, también de armonía con la naturaleza y estoy segura de que están de acuerdo conmigo en que estar en la naturaleza trae paz y nos conecta con Dios; es armonía también el cómo nos llevamos con nuestra familia y nuestro entorno social.

Como adventistas, no somos los únicos que creemos en que el hacernos cargo de nuestra salud es un asunto sumamente importante; en algunos casos, no es necesariamente parte de la religión, sino parte de la cultura, como es el caso del budismo, hinduismo, entre otros. Preservar nuestra salud es parte de mantener la armonía con Dios. Así que los cristianos no son los únicos que lo creen.

El Dr. Wil Alexander, de la Universidad de Loma Linda, dedicó su vida para estudiar el concepto de bienestar integral; para él el bienestar integral es una jornada o un viaje; adicional a esta definición, en el proceso de lectura y búsqueda para responder a qué es el bienestar integral, también me encontré con el antropólogo Ewing, quien describe el bienestar integral como una experiencia, y de manera personal lo he definido como una experiencia de *conectividad* con Dios y con otras personas.

Sin embargo, sigue siendo un misterio definir o conceptualizar el bienestar integral, porque, ¿cómo se puede lograr ese estado de bienestar integral? Paul Tournier (1), médico y teólogo francés, expresa que existe un poder que viene de Dios y se encuentra en nosotros permitiendo que se integre el sistema, de tal manera que el cuerpo, la mente, el espíritu y la psique funcionen plena y completamente.

Paul Tillich (2) definió el bienestar como una unidad multidimensional, él dice que el ser humano no está compuesto por partes separadas, expresa que las partes no se encuentran una al lado de la otra, sino que están dentro una de la otra. Pero, de todas las dimensiones del ser humano, el espíritu es el factor integrante (Tournier), y cuando la dimensión espiritual es la más poderosa, entonces se permite una mejor integración con las demás dimensiones del ser humano.

Surge entonces la pregunta: ¿Cómo podemos lograr que esta dimensión sea el factor integrante o cómo podemos fortalecerlo?, esto se logra cuando estamos conectados con Dios, y una de las cosas más importantes del ser humano y de su naturaleza es que fuimos creados para ser interactivos los unos con los otros y, por supuesto, con Dios. Los estudios demuestran que los bebés que no tienen una conexión de cuidado,

enfrentan dificultades en su desarrollo, y a través de la niñez, la adolescencia y la adultez necesitamos esa interacción horizontal y vertical; además, existen muchas maneras para conectar con Dios, a través de la lectura de la Biblia, la oración y la interacción con la naturaleza.

Dentro del modelo adventista desarrollado a partir de nuestra investigación, el concepto *conectando* es uno de los tres constructos principales, motivo por el cual vamos a revisar desde la investigación, cuáles fueron los datos que nos llevaron a concluir que esta era una categoría emergente e importante en el análisis de los datos y en los resultados de nuestra investigación.

Algunos de los participantes dijeron que la enfermería interactúa con otros seres humanos, con familias y con la comunidad y que también interactúa con el medio ambiente; esto incluye a la naturaleza. La enfermería, en su labor de interacción y de cuidado a los demás, demuestra compasión y presencia a los otros; esto debe ir ligado al desarrollo de una relación con Dios y una práctica de oración; cada una de estas participaciones y de estos datos obtenidos, nosotras como investigadoras los interpretamos o categorizamos con la palabra *Conectar*.

Y existen muchas maneras en las que podemos conectarnos, estas pueden ser:

- Físicamente: Abrazos, apretón de manos, contacto piel a piel con otros, comunicar apoyo, confort y amor a partir de la conexión física.
- Espiritualmente: Nos conectamos espiritualmente con Dios a través de la oración, la adoración, la lectura de la Biblia y de literatura inspiradora. Cuando nos permitimos tener comunión y meditación con Dios al entrar en contacto con la naturaleza. Dios ilustra esta conexión a través de la Biblia en Juan 15:4-5, si queremos bienestar necesitamos estar conectados, así como el pámpano debe permanecer en la vid. Ellen G. White, en *El camino a Cristo*, dice que “Mediante la **oración** sincera nos comunicamos con la mente del Infinito... y crecemos en gracia” (el subrayado es nuestro); también nos habla de la conexión de Dios con

la naturaleza en el libro *Ministerio de curación*: “La vida terrenal del Salvador fue una vida de **comuni3n** con la **naturaleza** y con **Dios**. En esta comuni3n nos revel3 el secreto de una vida llena de poder” (el subrayado es nuestro).

- **Socialmente**: Al participar en actividades sociales, compartir con nuestros amigos, nuestras familias, colegas, al visitar a quienes nos necesitan e identificarnos con los valores y actitudes de otros. Esto nos permite conectar desde lo social.
- **Mentalmente**: Conectamos mentalmente cuando nos permitimos compartir ideas, dialogar y debatir sobre t3picos de inter3s; adem3s, conectamos tambi3n cuando nos autoanalizamos y reflexionamos en nuestros propios pensamientos, valores e ideas, esto nos permite conectarnos con nosotros mismos.
- **Emocionalmente**: La conexi3n emocional se da por la expresi3n del amor, la empatía y la compasi3n, compartiendo el duelo y tambi3n el 3xito o alegrías de otras personas.
- **Culturalmente**: La conectividad cultural requiere una inmersi3n en ella, necesita que visualicemos la vida como cada cultura lo hace. Compartir tradiciones, conocer sus creencias, idioma, vestimenta, días de celebraci3n, etc. De esta manera podemos intentar compartir y conectar con otras culturas.

Sin embargo, la conectividad sigue siendo un constructo difícil de definir, y otra manera en la que podemos tratar de abordar este constructo es a partir de la intra e interconectividad; todos pensamos en interconectividad, esto es com3n y se trata de la interacci3n con otros; la interconectividad de todo el ecosistema del planeta tierra, el medio ambiente, los seres humanos, los oc3anos, el aire que respiramos, nos recuerda que tenemos un Creador; sin embargo, a3n no comprendemos muy bien la intraconectividad, porque el ser humano es un ser muy complejo, y todas las experiencias que tenemos temprano en la vida nos afectan la manera en que construimos el concepto de nosotros mismos.

Cuando se trata de experiencias dolorosas, el cuerpo y la mente no saben muchas veces cómo lidiar con estas experiencias. Frecuentemente, estas experiencias nos afectan, y para poder sobrellevarlas las escondemos y no queremos que estén en nuestra memoria, pero al mismo tiempo estas pueden estar influenciando en nuestra manera de vivir; no estoy sugiriendo que todos tienen que ir al psiquiatría, pero sí sugiero que es muy bueno para nosotros intentar entender *por qué* hemos tenido ciertas experiencias y miedos, así como comprender cómo nosotros los seres humanos constantemente nos aproximamos en la búsqueda por el significado de la vida y de cada experiencia en ella.

Cuando yo tenía cuatro años, esto ya hace demasiado tiempo, me enfermé gravemente; en ese tiempo no existían los antibióticos, y yo desarrollé tres condiciones a la vez: difteria, tos ferina y neumonía, y no había medicamentos para combatirlas. Como esto me sucedió tan pequeña, años después era siempre mi familia quien me contaba cuán enferma había estado y que otros niños habían muerto por esa misma condición.

Esa experiencia definitivamente afectó cómo yo vivo mi vida, yo sentí que Dios salvó mi vida y que por tal motivo yo debo vivir mi vida de tal manera que pueda ayudar a otros. De esta misma manera, como profesionales de la salud proveemos interacciones de sanidad para promover intra e interconectividad. Por esto, la conexión es una parte importante en la práctica de enfermería, y puede darse con la comunicación terapéutica al ayudar a los pacientes a comprender lo que les está sucediendo, una presencia afectuosa y bondadosa y, por supuesto, la oración. Los administradores y coordinadores de enfermería se conectan con sus equipos de trabajo, y los docentes efectivos se conectan con sus estudiantes; así que, como educadores y practicantes, animamos a las personas a conectarse con Dios, y promovemos conexiones dentro de las familias y las comunidades; pero, además, ayudamos a las personas a conectarse con su ser interior, y cuando hacemos eso: ¿Cuáles son algunos de los resultados? Las personas sienten que se les está cuidando, y esa actitud de cuidado hacia el paciente tiene consecuencias reales.

Cuando ocurre una emergencia o un desastre, una de las primeras cosas que se hacen es decirle a quien lo necesita: “Estoy aquí”, “estoy para ayudarte”, y en una situación de estas, las palabras traen sanidad a la persona, disminuyen el trauma y traen

paz. Cuando tú conoces a alguien que tiene paz, que está cómodo consigo mismo y que está conectado con Dios, lo ves en su rostro y te sientes cómodo y confortado en su presencia. Cuando estamos conectados con Dios y con nosotros mismos tenemos más fortaleza para enfrentar los desafíos y dificultades, sentimos la gracia de Dios. Y es mucho más probable que podamos encontrar nuestra verdadera persona.

Quiero que regresemos a nuestra pregunta inicial: ¿Podemos promover el bienestar integral? Por supuesto que sí, y ¿cómo podemos hacerlo? Al promover conectividad en nosotros y en nuestros pacientes, en otras palabras, al conectarnos. Así que nosotros creemos que la conectividad puede mejorar la calidad de vida, puede facilitar el proceso de la experiencia de bienestar integral y puede mejorar nuestra práctica. Al pensar en la conectividad y revisar nuestra misión, dijimos que parte de ella es promover el bienestar integral, esto significa restaurar la conexión entre los humanos y su Creador, y también promover la conectividad entre los humanos y el medio ambiente; esto demuestra el significado de este constructo *conectando* que hace parte del modelo del Marco global integrativo para la educación y la práctica de enfermería.

Referencias

1. Tournier P. *Medicine de la personne*. Delachaux et Niestle, Neuchatel et Paris, 1947, (English T. *The Healing of Persons*). 1965. HarperCollins Pub.
2. Tillich P. *Systematic Theology, Volume III: Life and the Spirit History and the Kingdom of God*. Chicago: University of Chicago Press. 1967.

LA ENSEÑANZA DE LA HISTORIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

HERMANA MARÍA CECILIA GAITÁN CRUZ¹

Permítanme comenzar con una leyenda.

“Se trata de una tribu india, acampada desde el tiempo inmemorial al pie de una montaña. Su jefe enferma gravemente. Llamando a sus tres hijos, les dice: ‘Voy a morir, y tiene que sucederme uno de vosotros. Subid a la cumbre de la montaña santa. Quien de allí me traiga el más bello regalo será el nuevo jefe’. El primero le llevó una rara y extraordinaria bella flor. El segundo le entregó una multicolor, suave y redonda piedra, pulida por la lluvia y el viento. El tercero dice a su padre: ‘Yo no traigo nada. Desde la cumbre de la montaña pude ver en su otra vertiente maravillosas praderas verdes y un lago cristalino. Tan sobrecogido quedé por lo que vi, que no pude traer nada; pero vengo obsesionado por ese nuevo desplazamiento con el que vendría a tener nuestra tribu más y mejor calidad de vida’. El anciano jefe replicó: ‘Tú serás el jefe, porque tú nos has traído como regalo la visión de un futuro mejor’”.

La relación de esta leyenda con mi exposición la encontraremos a través de este compartir con ustedes; exposición que es fruto de una revisión bibliográfica, de mi experiencia como educadora y maestra de Historia, y, ante todo, de mi convicción profunda

¹ Enfermera, Magíster en Nursing Science, Maestría en Historia, Docencia e Investigación, Especialista en Planificación de la Salud, Especialista in Community Health. Miembro Correspondiente Académica Boyacense de Historia, Directora General de FORMASALUD, Tunja, Colombia.

de la naturaleza de enfermería y su esencia: el cuidado.

El tema se desarrolla bajo la perspectiva de la episteme historia, de la enseñanza de la historia y de la historia de la enfermería, como una experiencia teórico-metodológica y de investigación en la construcción de identidad profesional.

La **historia**, como disciplina, estudia y expone, de acuerdo con determinados principios y métodos, los acontecimientos y hechos que pertenecen al tiempo pasado, reconstruidos y analizados para situarnos en dónde estamos y prever respuestas y comportamientos. En síntesis, de dónde venimos, qué somos y a dónde vamos o debemos ir.

La historia es una ciencia social débil y vulnerable; es una de las ciencias más difíciles y complicadas de enseñar y, además, los estudiantes de muchas áreas, especialmente los de ciencias de la salud, no siempre reconocen la esencia de una ciencia social, ni su utilidad transformadora para su vida personal y profesional. El estudiante tiene el concepto de historia como un saber menor que no exige más esfuerzo que el de recordar datos y explicaciones para el momento de la evaluación; por mucho, la reconoce como una interpretación subjetiva e ideológica que el maestro de historia le intenta transmitir, la cual no necesita ser analizada y comprendida, sino memorizada para demostrar sabiduría. Esta actitud y percepción del estudiante son claves para que el maestro considere los retos y la creatividad en la enseñanza.

Tradicionalmente, la historia se presentaba como vista desde arriba, centrada en las hazañas de los grandes hombres y mujeres, líderes, generales, estadistas, eclesiásticos; al resto de los seres humanos se les asignaba un papel menor en el drama de la humanidad; las opiniones y creencias de la gente común, sus vivencias y experiencias, los cambios sociales, la cultura, la mentalidad colectiva, los lenguajes, los espacios, los tiempos..., no hacían parte del discurso histórico.

La experiencia que quiero compartir con ustedes sobre la **enseñanza** de la historia se apoyó en los fundamentos teóricos de la *Nueva historia*, como historia total que permite al estudiante hacer parte de ella, conocer los fenómenos y los actores en contradic-

ción, los tiempos históricos y el concepto de “duración”; la causalidad, la coyuntura, la complejidad de las realidades sociales, para que de esta manera llegue a la perspectiva de mirar al mismo tiempo a lo lejos y desde lejos una determinada situación, porque desde el contexto del tiempo en que ocurrieron los hechos se intenta conocer y entender el pasado, tal como era en sí mismo, y vislumbrar puntos de contacto con el presente, semejanzas con la actualidad, encontrar aplicaciones, transformaciones y proyectos como una brújula que nos guía hacia el futuro.

Esta manera de contemplar y motivar al estudiante en su compromiso actual y presente de hacer historia, la cita la enfermera historiadora Magdalena Santo Tomás, cuando recuerda que en el Imperio Romano existía el dios Jano, que representaba en una sola cabeza dos caras; una que miraba hacia atrás y otra hacia adelante, como una alusión clara a que el presente es un punto de llegada y a la vez un punto de partida. El presente es el lugar de construcción, mirando el futuro sin dejar de mirarnos en el pasado que nos ha hecho como somos.

Bajo esta mirada tuve la oportunidad de desarrollar la cátedra de la Historia de la Enfermería e Historia de la Medicina, en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC); en ella encontré que para construir y compartir conocimiento, y llevar a los estudiantes a superar la historia narrativa, presuntamente objetiva y neutral, que “deja hablar a los documentos”, nos debemos adentrar en una historia analítica, basada en problemas, en interrogar el pasado y contribuir en el proceso de construcción de las profesiones desde la perspectiva del ejercicio social de ellas.

Para desarrollar esta cátedra encontré que es necesaria una formación académica en las ciencias sociales y sus métodos, como garantía para enseñar una historia de la salud que se preocupa por lo social, lo económico y lo cultural, que se enlaza con la historia social, económica, rural, urbana, de las mentalidades, de los imaginarios, de los movimientos sociales, de las culturas y de la ciencia. Así mismo, consideré los tres objetivos de una universidad: la enseñanza, la investigación y la extensión.

Tratándose de un compartir en este **Congreso de Historia de la Enfermería y su**

impacto en los contextos del cuidado, me refiero específicamente a la enseñanza de la historia en esta profesión. Se tomó como hilo conductor **el cuidado**, y las lógicas de los contenidos en la enseñanza se orientaron a:

Quién cuida. Los sujetos como actores sociales; aquí emerge el rol de género: desde la mujer cuidadora en el hogar hasta la mujer profesional y, más recientemente, los profesionales de enfermería; y en este recorrido histórico, el imaginario social y su desempeño en relación con la construcción de la profesión, pasando por los chamanes, los esclavos, los brujos y las brujas, las matronas, las doncellas, los monjes y las monjas, las prostitutas y las presas, hasta Florence Nightingale y los profesionales de la modernidad.

A quién se cuida. A la persona humana en su dignidad ontológica, frágil y vulnerable desde sus múltiples perspectivas, a la familia o grupo social, con sus problemas reales o potenciales, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos humanos fundamentales.

Cómo se cuida. Emerge el cuidado, que se constituye en fenómeno histórico de la enfermería; desde la actitud de compasión humana en las primeras civilizaciones, las prácticas de cuidado y el soporte científico, hasta la investigación y construcción de las propias teorías y tecnologías de cuidado, basado en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Cuándo. Se refiere al tiempo y la duración de las estructuras; de larga duración, profundas y estables, que tardan en desgastarse y que parece que no cambian en el espacio, como la espiritualidad, la trascendencia, las religiones y los principios éticos; las de mediana duración, adaptadas a la coyuntura, como las epidemias asociadas a la producción agrícola o las políticas de salud ; y las de corta duración, en la dinámica de acontecimientos puntuales, como es el caso de una técnica específica, de una ley, decreto o resolución que se refiera directa o indirectamente a enfermería.

Dónde. Esto es, más allá del lugar geográfico, que identifica las características de

clima, densidad de los poblamientos y la ecología que tanta relación tienen con la salud y la enfermedad, está el concepto de Territorio. En este se han de comprender los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, es decir, la vida cultural y las mentalidades que emergen del lugar que habitan y su relación con las instituciones que directa o indirectamente atiendan la salud.

El **método pedagógico** para lograr el proceso cognitivo se ha de dirigir al desarrollo del pensamiento crítico, de la conciencia histórica y de las habilidades cognitivas que le permitan al estudiante argumentar, valorar y analizar cualquier hecho, proceso o problema del pasado, pero también hechos presentes, así como utilizar crítica y creativamente las evidencias que deja cualquier acción humana, cualquier tipo de fuente primaria, como también las fuentes secundarias, para diferenciar los hechos de las interpretaciones y las opiniones, sin ni siquiera ayudarse de sus propios argumentos o teorías interpretativas, es decir, la objetividad del hecho histórico.

En las lecturas de fuentes documentales o de situaciones, descubrir analíticamente, o comprensivamente, lo que corresponde a los hechos más cercanos a la realidad, poniendo entre paréntesis las opiniones o sentimientos propios que suscita la situación estudiada, vivida o recordada, para evitar sesgos y poder construir un pensamiento histórico riguroso que permita al estudiante su propia comprensión del hecho y que pueda defenderlo y argumentarlo ante cualquier situación.

Como la enseñanza de la historia trasciende el discurso de los contenidos y los métodos pedagógicos, hay que tener en cuenta que el conocimiento se construye en el diálogo epistémico con la realidad, y se valida y refuta en el proceso de **investigación**. Y como el saber en medicina y en enfermería es cada vez menos un saber hacer, como antes, y cada vez más es un producto de la investigación sobre las prácticas, me refiero a la experiencia de investigación histórica en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC, en donde se ha privilegiado la investigación en todos los campos, entre ellos la investigación histórica, en la formación de los profesionales de las ciencias de la salud, que permite identificar sus raíces, ubicarse y formar parte de su profesión, establecer tiempos, aconteceres humanos, momentos de rupturas, transformaciones, crisis y rees-

tructuraciones; abordar complejidades, situaciones puntuales o globalizantes y procesos generales, en un intento de aprehensión total de la historia de las profesiones de la salud.

Bajo esta perspectiva, se creó el Grupo Multidisciplinario de Investigación de Historia de la Salud en Boyacá – UPTC, en 1996, hoy reconocido y clasificado en Colciencias con categoría C, formado por médicos, enfermeras, historiadores, filósofos y estudiantes de las escuelas de Enfermería y Medicina. Antecedente inmediato al Grupo fue un proyecto de investigación sobre Historia de la Salud y la Medicina en Tunja y Boyacá, dentro del cual se enmarca el Museo de Historia de la Medicina y la Salud de la UPTC, como centro pedagógico y recreativo para la enseñanza de la salud, que permite recuperar la memoria histórica y el patrimonio científico y cultural de la salud-enfermedad de las comunidades, de las instituciones y de las personas que han jalonado procesos y cambios en la salud del departamento, recuperar libros, materiales, instrumentos, documentos, fotografías y otras fuentes primarias, y valorar, así mismo, las raíces de las creencias y comportamientos de los pobladores de la región relacionados con la salud y la enfermedad, a través de una profundización en el campo de la Antropología de la Salud y la Paleopatología.

La experiencia y el compartir de saberes de maestros y estudiantes en la cátedra de Historia de la Salud y la Medicina para estudiantes de Medicina y de Historia de la Salud y la Enfermería para estudiantes de Enfermería fueron consolidando cuatro líneas de investigación:

- Historia de la Medicina en Boyacá
- Historia del Cuidado de Enfermería
- Saberes y Prácticas Populares en Salud
- Bioantropología y Paleopatología

Por medio de estas Líneas de Investigación se pretende:

- Comprender el papel de lo cultural y lo social, lo económico, lo religioso y lo ecológico, como condiciones determinantes del proceso salud-enfermedad que históricamente se han dado en el departamento de Boyacá.

- Valorar las raíces de las creencias y los comportamientos de los pobladores de la región, relacionados con la salud y la enfermedad.
- Construir un modelo conceptual de autocuidado a partir de la identificación de los saberes tradicionales, comportamiento y de las demás formas de autocuidado de la medicina tradicional de la comunidad boyacense, así como de las características sociales, culturales y botánicas de la región, con el fin de implementar y desarrollar un programa de Atención Primaria, con participación de la comunidad, que rescate la identidad cultural del autocuidado de la salud, con miras a construir un sistema coordinado de prestación de servicios de promoción y prevención entre la medicina institucional y la tradicional.
- Reconstruir, desde la Época Precolombina hasta la actualidad, los sistemas de servicios de salud determinados por las políticas de salud y el papel de las instituciones en la prestación de los servicios.
- Desde la perspectiva sociocultural, política y religiosa, desentrañar a través de la historia de la enfermería en Boyacá, los elementos que determinan el cuidado de enfermería, las características del mismo, así como la formación para el cuidado, contextualizándolo con las políticas del país en salud, educación y enfermería.
- Determinar las relaciones enfermedad-sociedad-salud pública y los pensamientos y modelos médicos existentes en Tunja y Boyacá desde el Paleoindio hasta el siglo XX.

Las realizaciones de la ejecutoria del Grupo se orientaron a:

Subproyectos de investigación realizados por los estudiantes sobre historia de la medicina y la enfermería en Boyacá. Los estudiantes de medicina eligieron para sus investigaciones 'la Historia de la salud de su comunidad, pueblo o ciudad de origen', la 'Historia de instituciones de salud de Boyacá', 'biografías de médicos y médicas con los cuales se identificaban o que habían jalonado cambios en sus lugares de origen' y 'sabe-

res y prácticas populares en salud’, entre otros. Las conclusiones y proyección de estas investigaciones llevaron a cambios de paradigmas sobre la medicina y la salud, arraigo cultural con la región, algunos cambios en patrones culturales y reconocimiento de los saberes tradicionales y del valor de la medicina natural.

En enfermería, los estudiantes continuaron el proceso investigativo sobre el cuidado de enfermería en Boyacá, publicado en el libro de mi autoría “La enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso”, 1994. El periodo de esta investigación se inició con la llegada de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación, al Hospital San José de Sogamoso, en 1880, y termina con el fin de la hegemonía conservadora, en 1930. En el proceso histórico de mediana duración (1930 a 1990), que para investigación tomaron los estudiantes, se omitió el gobierno liberal de transición, del presidente boyacense Enrique Olaya Herrera (1930-1934). Las investigaciones con el enfoque de la Nueva historia se orientaron a la relación entre las políticas en salud y su repercusión en el cuidado en enfermería.

Como conclusión general de estas investigaciones en enfermería, se puede señalar que la historia regional del cuidado de enfermería en Boyacá permite proyectar los resultados al país, de acuerdo con la situación salud-enfermedad de las comunidades en las diferentes regiones y la concepción de enfermería y las prácticas que la sustentan.

La experiencia académica y de investigación histórica permitió no solo la generación del conocimiento histórico, sino fortalecer los ejes curriculares de las escuelas de Medicina y Enfermería, y generar sentimientos de pertenencia con la profesión, con la región y con las instituciones. En la formación en investigación, el estudiante se acercó a la reflexión epistemológica de la respectiva profesión y de las disciplinas que la fundamentan, con el ánimo de propiciar el desarrollo de una actitud crítica frente al conocimiento y a la realidad que intenta abordar durante su formación y en la práctica misma; esto evidencia la necesidad de acudir en este proceso a elementos más explicativos por la historia.

Con el ánimo de propiciar el conocimiento histórico, la discusión y el debate, se acude a documentación primaria y secundaria, películas, fotografías, ilustraciones, obras de

teatro, visitas de observación, presentación de temas por los profesores o estudiantes, conferencistas invitados, socialización de trabajos escritos, proyectos de microhistoria y resultados de investigaciones. Como una proyección social, se ingresó a redes departamentales, nacionales e internacionales de Museos de Historia de la Salud, de la medicina y de la enfermería, para socializar los resultados de las investigaciones y de las experiencias educativas. Esto ha permitido la consolidación de pares académicos nacionales e internacionales sobre las líneas de investigación que constituyen el Grupo de Historia de la Salud.

Esta experiencia pedagógica tiene consecuencias como el nuevo concepto de historia en el estudiante y de su utilidad; la percepción de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte como fenómenos humanos, y estos como realidades socio-históricas; los complejos fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en la enfermería y la medicina y que determinan sus prácticas; la relación Estado-salud, las decisiones políticas, la comprensión histórica de la realidad local y, desde la perspectiva ética, su papel frente al otro.

La historia y la investigación histórica permiten al estudiante comprender la multicausalidad del Proceso de Salud-Enfermedad, el uso y manejo crítico de las diversas fuentes históricas, la importancia de los archivos como fuente primaria, y las influencias sociales, ideológicas, religiosas y económicas sobre el acontecer institucional, académico y legislativo, las cuales determinan históricamente el Sector de la Salud, enseñando cómo nuestro trabajo no está aislado y se relaciona con el todo social en que está inmerso nuestro saber y en el que están inscritas nuestras prácticas, equilibrando los crecientes efectos desintegradores que tiene la tendencia a la subespecialización de saberes y prácticas en los profesionales de salud.

Los contenidos con los cuales se conocen las raíces de la profesión, las construcciones desde el noble oficio por compasión hasta la disciplina de enfermería, los innovadores modelos de enseñanza-aprendizaje de la historia y la investigación permiten que el estudiante se sitúe en el 'a qué vengo aquí', 'qué ha pasado con la profesión de enfermería', 'quién soy' y 'qué quiero llegar a ser en este arte de cuidar'; esto es parte

de la **construcción de identidad**, que es dinámica, cambiante con los contextos, los territorios y la interacción dialógica con los otros y otras.

La identidad profesional es la relación que establece el profesional con la sociedad en un periodo histórico, con la memoria histórica de la profesión, con su comunidad científica, con su mundo relacional y simbólico en cada época, con los consensos y disensos sociales y culturales. Se concibe como parte integral de la identidad personal, es la experiencia histórica, pues la historia se construye en el día tras día, es el sentimiento de ser profesional de enfermería, de pertenecer al colectivo profesional, la satisfacción y la conciencia de haber escogido la enfermería como profesión y todo cuanto significa de realizaciones, encuentros existenciales, retos, miedos, adversidades...

En la experiencia y con el sentimiento de ser profesional de enfermería, el estudiante que hace parte de la historia de enfermería se va confrontando y asumiendo en el aula y en las prácticas clínicas las normas, las ideas, los valores, la imagen social que proyecta la enfermería, los tiempos históricos y las causalidades, para lograr “mirar, al mismo tiempo, a lo lejos y desde lejos una determinada situación” (como lo demanda la Nueva historia) de enfermería.

El maestro participa en la construcción de identidad del estudiante, como guía, en la aprehensión del conocimiento, de las coyunturas históricas y de toda la complejidad de las diversas perspectivas de los hechos y situaciones de enfermería en diversos momentos históricos; procurando, además, que la imagen profesional que proyecta sea coherente con su proceso de identidad profesional, que en algún momento de su historia personal ha trasegado por el mismo camino del estudiante.

El estudiante constata la diferencia entre aquello que desea de la profesión, y le transmiten o comparten los maestros, y aquello que observa e interioriza en la práctica, y encuentra una gran distancia entre el discurso y las pretensiones reales en enfermería. Es durante el proceso educacional y la socialización de enfermería, y gracias a la inmersión en la cultura de la profesión, cuando el estudiante y el maestro adquieren y fortalecen el sentido de identidad profesional.

El pasado de la profesión de enfermería le da al estudiante una visión de construcción profesional; el presente le da una vivencia y conciencia de ser, y el futuro le da una expectativa.

La enfermería como disciplina revela los efectos de las ciencias, la cultura, el tiempo, el espacio y la organización social, los cuales han ido permeando la ética, la estética, el conocimiento y la práctica en cada civilización. La simbología en enfermería es parte de su historia dinámica y de la construcción de identidad; el conocimiento y el significado de los símbolos que la identifican ante la sociedad refuerzan la identidad profesional.

El **uniforme**, como distintivo de quienes se dedican al cuidado de la vida, lo empezaron a utilizar las enfermeras diaconisas de Kaiserswerth, Alemania, después de la Reforma protestante. Florence Nightingale, en Crimea, Turquía 1854, uniformó a las “mujeres enfermeras” de los hospitales militares; cuando fundó la primera escuela de enfermería de Saint Thomas, en Londres, 1860, ordenó que las “damas enfermeras” usaran el uniforme blanco y la toca como distintivo de esa colectividad que se educaba para cuidar la vida. En la profesión de enfermería, el uniforme se adapta a la cultura y patrones de moda, pero se mantiene el color blanco, que significa higiene y transparencia en el acto de cuidar.

La **toca** simboliza tocado, elegancia, distinción, y compromiso a quien la lleva con los principios y valores que han de caracterizar la experiencia de cuidar la salud y la vida desde la profesión. En el transcurso de la historia, quienes cuidaban, portaban como distintivo de su hábito, o de su uniforme, un velo para protegerse y proteger a los pacientes. Después de la Reforma protestante, las mujeres que cuidaban, usaban un gorro, o un corto velo, que con el transcurrir de los años se fue acortando hasta convertirse en la actual toca, que se ha constituido en símbolo universal como parte del uniforme de quienes cuidan la vida, aunque tenemos que reconocer que no en todas las instituciones o servicios de salud se utiliza.

Es una tradición de muchas escuelas de enfermería, durante el proceso de for-

mación del profesional, la Ceremonia de la Luz, la cual obedece a un hecho histórico personal y familiar; durante esta, se entrega una **lámpara**. Este símbolo se originó con Santa Catalina de Siena, durante la “muerte negra”, peste que abatió a Siena en el año 1200 y de allí se extendió a la actual Europa; ella, en las noches, se salía a cuidar a los enfermos portando una lámpara. A través de la historia se continuó usándola para alumbrar en las noches de cuidados a los enfermos en los hospitales, conventos, asilos y en las instituciones de salud.

En la modernidad, Florence Nightingale, quien dio las bases a la enfermería como profesión, utilizaba la lámpara para hacer las rondas de enfermería a los heridos durante la guerra de Crimea, para observarlos e identificar sus necesidades y problemas, así como los del medioambiente. A ella se le identifica como la “Dama de la Lámpara”. Desde entonces, se asoció el cuidar con la lámpara, como símbolo que se resignifica como la luz de la ciencia, la tecnología y los valores que caracterizan la enfermería y que se requieren en todos los actos de cuidado.

En este compartir de saberes hemos abordado la episteme historia, los retos de la enseñanza de la historia de enfermería y la experiencia de la investigación en la construcción del conocimiento histórico; todo ello para recalcar que la ubicación histórico-social, política, económica, ética y estética del estudiante de enfermería es fundamental en el proceso de su formación; si bien no en el orden estrictamente técnico, sino humanístico, sí contribuye a la comprensión de sí mismo, de la persona, de la comunidad y de las relaciones sociales y culturales, comprensión que le ofrecerá nuevos paradigmas de cuánto significa el cuidado de la salud y de la vida y, por consiguiente, redundará en la construcción de identidad profesional.

José Saramago, en su libro *El Evangelio según Jesucristo*, expresa: “Cuándo será que aprendemos que hay cosas que solo empezaremos a entenderlas cuando nos remontemos a las fuentes”. Remontarnos a las fuentes de enfermería, con sus desconciertos, encrucijadas, certidumbres e incertidumbres, caminos que se cruzan con otras disciplinas y profesiones, propiedades que se nos quitan o que entregamos, articulando realidades económicas, culturales y políticas, seduciendo la propia imaginación y las de

los estudiantes, es tomar la arcilla del pasado de la enfermería para entenderla y construir el presente con sus retos y desafíos.

Nuestro compromiso al recorrer la historia de la profesión es el mismo que le transmitió el anciano jefe a su hijo: traer como regalo a la sociedad una mejor calidad de vida, y a la enfermería, la visión de un futuro mejor.

Referencias

- ALIA MIRANDA, Francisco. Métodos de Investigación Histórica. Madrid. Editorial Síntesis. 2016.
- BURKE, Peter. Formas de hacer historia. Madrid. Alianza Editorial. Segunda Edición. 1996.
- CHUAQUI-KETLUN, J. R.; BETTANCOURT-ORTEGA, L. P.; LEAL-ROMÁN, Jorge y otros. “La identidad profesional de la Enfermería, un análisis cualitativo de la Enfermería en Valparaíso”, En Revista Aquichan, Vol. 14, No. 1, págs. 53-66. 2014.
- DONAHUE, Patricia. Historia de la Enfermería. Barcelona. Doyma. 1989.
- GAITÁN CRUZ, María Cecilia. Enfermería en Colombia. Orígenes de Audacia y Compromiso. Tunja. Editorial UPTC. 1994.
- GAITÁN CRUZ, María Cecilia. “Historia: Una experiencia pedagógica e investigativa en el pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC, Colombia”. Ponencia presentada en el Primer Coloquio Latinoamericano de Historia de la Enfermería. Escuela de Enfermería Ana Nery. Río de Janeiro. 2000.
- GUERRERO, Javier (compilador). Medicina y Salud en la Historia de Colombia. Colección Memorias de Historia. Tunja. Editorial UPTC. 1997.
- La Ley 911 de 2004, Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.
- Ley 266 de 1996, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
- SANTO TOMÁS, Magdalena. “La Historia de la Enseñanza de enfermería”, en Revista

Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. Volumen 7, No. 1. 2017.

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación de Historia de la Salud. <http://www.histosaluduptc.org>

LA CIENCIA, LA TECNOLOGÍA, LAS ARTES Y LA LÚDICA EN LA ENSEÑANZA DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN ANTIOQUIA

MÓNICA JOHANA MUÑOZ CARDONA¹

El objetivo de la ponencia es presentar las estrategias aplicadas en dos cursos donde se enseña historia de enfermería para pregrado, en dos instituciones universitarias y en un semillero de enfermería para estudiantes de secundaria, durante los años 2013-2018.

La enseñanza de la historia de enfermería debe ser vista por estudiantes y docentes más allá de una lista de acontecimientos cronológicos ocurridos en el mundo, en Colombia y en Antioquia.

A pesar de los esfuerzos de algunos maestros locales y nacionales apasionados en el tema, actualmente en Antioquia es poco lo que se ha profundizado en el estudio de las raíces, avances y retrocesos de la enfermería como profesión. Aunado a la poca relevancia que le dan en este momento dentro de los currículos de formación del pregrado.

A esto se debe tal vez, el problema de identidad por el que atraviesa hoy la profesión. Estudiar la historia y la disciplina de enfermería son necesarias [sic] dentro de la formación para enfermeras, pues no solo permite al estudiante rastrear la herencia de la profesión, sino que estimula la reflexión sobre los eventos del pasado remoto y presente, hechos que sin duda, ayudarán a entender los aspectos actuales y a buscar

¹ Docente de Historia y Desarrollo Disciplinar de Enfermería, Corporación Universitaria Adventista. Docente del Curso de Cuidados Básicos de Enfermería. Enfermera de Cuidados Paliativos, Instituto Colombiano del Dolor - (INCODOL). Correo electrónico: mumonica@hotmail.com; mmunozc@unac.edu.co; monica.munozc@upb.edu.co

estrategias de transformación en el campo profesional, generando en el estudiante una responsabilidad para el futuro próximo de ser participante activo de la historia que falta por vivir y escribir .

Para esto, se utilizó la estrategia pedagógica con un enfoque desarrollador . Durante el curso se logra construir conocimientos mediante diversas destrezas pedagógicas como el seminario investigativo alemán, algunas técnicas en investigación cualitativa (entrevista y observación participante), visitas guiadas a lugares históricos de la ciudad, club de cine, creación de radio, escuchar audiolibros, pintura, teatro, música, juegos (lúdicos y virtuales), conversatorios, compartir con personajes de la historia reciente, lecturas, talleres, clases magistrales en menor cantidad, y se retoman conocimientos de asignaturas como sociología, epistemología y antropología.

Aspectos teóricos que se abarcan en el currículo: La historia como disciplina, objeto, método y técnica; la historia del cuidado en el mundo, en Colombia y en Antioquia en las etapas doméstica, vocacional, técnica y profesional. En un segundo módulo, según la institución, se abarcan las diferentes etapas del desarrollo de la enfermería como disciplina y como ciencia (la educación, la administración, el desarrollo teórico e investigativo); las características de una profesión, importancia de la agremiación y las relaciones entre investigación, teoría y práctica; compromisos para la vida y la profesión, argumentando por qué quieren ser enfermeros y no jefes. Durante algunas sesiones, los estudiantes invitan personajes importantes para la enfermería de Antioquia y se hacen con ellos debates, conversatorios, etc.

La historia y el cuidado contados a través de la muerte: Al final del semestre, los estudiantes hacen una visita guiada al Museo Cementerio San Pedro, en Medellín; el docente es el guía y utiliza técnicas de la etnografía, donde analizan a partir de la muerte, los elementos históricos de la ciudad y sus habitantes; al finalizar el recorrido, los estudiantes experimentan una muerte inducida por el docente a través de sonidos y otras estrategias artísticas; analizan la situación actual de las personas a la luz de los hechos históricos que pudieron observar en el recorrido.

Durante todas las actividades, el docente cumple un papel de facilitador y de modelo activo; procura llevar al estudiante a una reflexión de la historia de los cuidados en diferentes épocas del pasado remoto y del presente a la luz de hechos sociales, económicos, políticos, religiosos, geográficos, legislativos, intelectuales y culturales.

Todas las clases son dirigidas por un grupo de estudiantes diferente en cada sesión con previas asesorías del docente, y todas deben finalizar con un juego evaluativo. El docente al inicio del curso proporciona un banco de juegos, el cual es alimentado a lo largo del semestre por los estudiantes.

Algunos productos generados entre estudiantes y docente 2013-2018: Participación anual en el diseño y celebración del día de la enfermería, obras de teatro, película diseñada con estudiantes de historia, arquitectura y diseño gráfico; exposición tipo museo con expresiones artísticas de los estudiantes (pinturas, maquetas con la evolución de la institucionalización de los cuidados, la historia de la enfermería a través de la numismática y la filatelia, la historia de los sabios, parteras y comadronas, el diseño de los implementos utilizados en la historia del cuidado), muestras de culinaria, club de narrativas, realización de la ceremonia de iniciación de prácticas usando los símbolos con un sentido de compromiso, a la cual se llamó “ceremonia de dedicación”, participación en clases de familia de los estudiantes ayudando a construir historias de vida (abuelos, padres, mascotas, hijos), programa de radio con historia de los cuidados paliativos, entre muchos otros productos. (Ver Anexo 1: Archivo fotográfico).

A través de la ciencia, la tecnología, las artes y la lúdica, el estudiante de enfermería obtiene un aprendizaje significativo que le permite adquirir: identidad profesional, sentido de pertenencia, actitud crítica y reflexiva frente a esfuerzos que se han hecho desde que existe la vida para lograr el cuidado, las luchas que han tenido las mujeres en todas las épocas para lograr reconocimiento social en el ejercicio del cuidado, los esfuerzos que se han venido gestando en el mundo, en Colombia y en Antioquia, para lograr el desarrollo de enfermería como profesión y como disciplina, la preocupación por las tendencias y proyecciones de la profesión en el momento actual, cuestionarse la imagen que tienen la sociedad y los medios de comunicación de los enfermeros, desarrollar habilidades de

liderazgo y competencias relacionales al tener que ser parte activa de cada clase.

El docente como motivador-facilitador en el proceso de enseñanza-aprendizaje debe favorecer de manera trascendente, intencionada, significativa, consciente y lúdica el desarrollo integral del estudiante hacia su identidad profesional, donde se asimilen valores, se proyecte en sus competencias técnicas, se reconozca como actor dentro de un contexto histórico, social y cultural.

Lo anterior es posible evidenciarlo en el educando cuando se logra en el transcurso del curso la expresión de los patrones del conocimiento de enfermería:

- **Patrón personal.** El estudiante percibe el significado y diferencia entre cuidar y curar. Dicho patrón se expresa cuando comprende qué es la enfermería y su verdadero objeto de estudio (cuidado). Históricamente, es capaz de diferenciarse de otras disciplinas del área de la salud, con un rol de trabajo interdisciplinar desligado del lastre histórico de subyugación. Es capaz de contextualizar la profesión, lo que implicará su propia práctica a la luz de la historia de la humanidad y de las características de las personas que ejercen el cuidado actualmente.
- **Patrón empírico.** Analiza y discute acontecimientos históricos que trazaron la evolución de un cuidado empírico, vocacional y técnico hacia un trabajo de enfermería profesional, con un carácter científico de más fuerza desde la segunda mitad del siglo XX, con la aparición de propios modelos teóricos llevados a la práctica.
- **Patrón estético.** Reconoce mediante la evolución histórica, la enfermería como arte; reflexiona en el significado de situaciones como la enfermedad, la vida, la muerte, el nacimiento, la guerra, la vulnerabilidad humana, entre otros aspectos, y se cuestiona cómo enfermería ha logrado su desarrollando en medio de estas situaciones. Logra plasmar sus sentimientos al respecto en narrativas, videos, canciones, poesías, pinturas, símbolos, dramatizados, entre otros.

- **Patrón ético.** Es capaz de reflexionar sobre la evolución histórica del significado y esencia del cuidado, examina lo que se debe ser y hacer para mejorar o retomar prácticas del pasado, sin hacer juicios; este patrón el estudiante logra reconocerlo entrelazado con el patrón personal, dada la responsabilidad que implica en la enfermería contemporánea ejercer una práctica basada en el conocimiento científico, llevado a un encuentro de seres humanos.
- **Patrón sociopolítico.** Mediante el debate, analiza el contexto social y político donde se ha ejercido y ejerce la profesión, el impacto sobre los sistemas de salud, las relaciones terapéuticas, el reconocimiento social, la fuerza del trabajo y la identidad cultural. En este patrón, el estudiante relaciona asuntos históricos con las nociones de territorio y herencia, la comprensión de las dinámicas humanas que ha vivido y vive la profesión en un mundo dominado por la economía, delibera sobre cuál es el rol de la profesión actualmente dentro de la prestación de los servicios de salud.
- **Patrón emancipatorio.** Mediante todas las formas artísticas de expresión plasma las barreras actuales que tiene la profesión en la actualidad, se cuestiona integrando los otros patrones y plantea soluciones; elabora pactos y compromisos reconociéndose como parte activa en la historia contemporánea que se está escribiendo de la enfermería.

Para concluir, quiero mencionar los siguientes aspectos:

- Actualmente, dentro de las seis instituciones educativas en las cuales se imparte formación para profesionales de enfermería en Antioquia, se puede observar en su pensar que el estudio de la historia de la profesión en algunos casos es impartido en poco tiempo; en otros casos es visto desde una etapa inicial de la formación a partir de Florence Nightingale y con algunos tópicos disciplinares en un solo semestre de manera virtual; en otros lugares, el curso es inexistente dentro de un currículo biomédico y, lamentablemente, en donde ha existido por años en sus procesos de renovación curricular, tiende a desaparecer.

- Con este tipo de enseñanza se espera que el estudiante al iniciar sus prácticas y al culminar la formación, se involucre con la ciencia, actúe éticamente, muestre sensibilidad y ejecute una práctica vinculada al contexto de la sociedad.

Referencias

1. Castrillón Agudelo MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Editorial Académica Española. 2012. p. 18-19.
- 2 Achury Saldaña DM. Estrategias pedagógicas en la formación de profesionales de enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 10, N° 2. p. 97-113.
- 3 Gómez Ramírez OJ, Gutiérrez de Reales E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2011.
4. Collière, Marie Françoise. Identificación de la Práctica de los Cuidados en la Mujer Consagrada. En: Promover la vida. Madrid. Ed. MacGraw- Hill. 1993. p. 33-58.
5. Conesa, Juana. Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995. p. 53-73.
6. Donahue MP. Historia de la enfermería. Doyma, 1988. p. 2-183.
7. Marie Frank S, Elizondo T. Desarrollo histórico de la enfermería. Prensa Médica Mexicana: 1961.
8. García, Catalina y Martínez, María Luisa. Historia de la Enfermería: Etapa doméstica de los cuidados: Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid. Ed. Harcourt. 2001.
9. Siles J. Prehistoria y cuidados de la salud: Los orígenes de los cuidados (animismo y enfermería). En: Siles, J. Historia de la Enfermería. Alicante: Aguaclara; 1999.
10. Rosen, George. El Hospital: Sociología histórica de una institución comunitaria. En: De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI, 1985. Pp. 316-350.
11. Comelles, Joseph María. Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. En: Rol de Enfermería. Vol. 15 (172): 35-41. Dic. de 1992.
12. Sacchetti L., Rovere M. Surgimiento de la enfermería moderna. El Ágora. Argentina; 2011.

13. Griffon D.P. Construyendo el Edificio. Ethel Fenwich y el Registro Estatal. History of nursing .Vol. 3.1995. Traducción libre realizada por Luz Marina Argüello. Clara Munar Olaya.
14. Stone N. Película: Florence Nightingale. Reino Unido. 2008. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=oeZJKIxJNBM>
15. Duke D. Película: Florence Nightingale (1985). England. 1985. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=3g1xBWgcXOs>
16. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. 1993. 139 p.
17. Castrillón MC. Ciento setenta y cinco años del natalicio de Florence Nightingale. Invest Educ Enferm. 1995. 13(2): 103-108. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/17282/14937>
18. Martínez Garnica A. La perspectiva profesional de Florence Nightingale. Biblioteca de la UIS-Salud. Bucaramanga, Colombia; 1990. 18 (1): 9-11.
19. Castrillón, María Consuelo. El proyecto Nightingale. En: La dimensión social de la enfermería. Reflexiones sociológicas acerca de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997. p. 1- 15.
20. León-Castellá A. La dama de la lámpara Florence Nightingale (1820-1910). Disponible en: <http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>
21. Attewell A. Florence Nightingale. Revista de Educación UNESCO. París. 2000. 28 (1): 173-189.
22. Cohen B. Florence Nightingale. Investigación y ciencia; 1984. p.92-100.
23. Velandia, Ana Luisa. Historia de la enfermería en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2016.
24. Velandia Mora, Ana Luisa. Herencias recibidas por tradición. En Historia de la enfermería en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1995.
25. Castrillón, Consuelo. La formación universitaria de enfermeras en Colombia. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. IV (1):53-72; marzo de 1986.
26. Gaitán, María Cecilia. La enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 1999.
27. 60 años Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LhCqgl0VgSk>
28. Gómez Gloria Estela. Facultad de Enfermería: hacia la profesionalización, entre rup-

- turas y cambios. En: Crónicas Universitarias. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
29. Restrepo CM. Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Una aproximación a la historia de la enfermería en Antioquia. Revisión teórica y documental. 1997. 629 p.
 30. Restrepo L. Historia de la medicina en Antioquia (audio libro) CD.
 31. Castrillón, María Consuelo. La dimensión social de la enfermería. Reflexiones sociológicas acerca de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.
 32. García, Catalina y Martínez, María Luisa. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid. Ed. Harcourt. 2001. 214 p.
 33. Collière, Marie Françoise. Promover la vida. Madrid: Interamericana, 1993.
 34. Historia de la Enfermería Solidaria. La Enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso. María Cecilia Gaitán Cruz. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, 1999; 179 págs. Autor del comentario: Jorge Palacios Preciado (en el prólogo). Index de Enfermería [Index Enferm] 2001; 35:64-65.
 35. Castrillón MC. Fundamentos en la construcción del conocimiento en Enfermería. Mesa Redonda: Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería ALADEFE. VI Conferencia Iberoamericana de Enfermería. Puebla: México. 2001. (Documento en físico).
 36. Durán de Villalobos MM. Enfermería, desarrollo teórico e investigativo. Universidad Nacional de Colombia. 2001. 172 p. (Biblioteca UNAC: 45660).
 37. Kerouac S; Pepin P; Ducharme F, Duquette A, Major F. El Pensamiento Enfermero. Elsevier. 2007.
 38. Auccasi Rojas M. Importancia de la investigación científica en Enfermería. Universidad San Martín de Porres 1997-2000.
 39. Malvárez S, Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. The Global nursing initiative. Serie: Human Research Development. N° 39; Human Research Development. Unit. Strategic Health Development Area. Pan American Health Organization. Washington, DC. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062g.pdf>
 40. Panaia M. Sociología de las profesiones: Un estado de la cuestión En: Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría. CEPAL- Colección documento

de proyecto. Publicación de las Naciones Unidas. 2008: Santiago de Chile. p. 9- 17.
Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2008/S2008114.pdf>

41. Castrillón MC. Identidad profesional en ser enfermera: Construyendo las bases para ser cuidador(a) profesional. Conferencia presentada en la Escuela Nacional de Enfermeras y Obstetras ENEO, de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. 19 de junio de 2008. 16 p. Disponible: <file:///D:/Downloads/30150-64192-1-PB.pdf>

IDENTIDAD DE LA ENFERMERÍA CHILENA SU HISTORIA Y EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA ADVENTISTA

ELSA STEVENS MOREIRA
OLGA LILIANA MEJÍA

Quiero empezar resaltando el significado del logo del programa de enfermería de la Universidad Adventista de Chile (UnACh). Este logo tiene un diseño particular ya que representa la lámpara que permanece unida a aquel que la lleva, en este caso el enfermero. Se puede identificar la cabecita y el cuerpo que se dirigen hacia adelante, cada una en forma inseparable, se compenetra con la lámpara. Esa lámpara tiene la misión de emitir una luz; pero, no cualquier luz, es la luz del mensaje de salud adventista, basado en los principios de la Palabra de Dios, reconociéndole a Él como la Luz de este mundo y el dador de la Luz (Juan 8:12), portado por cada enfermero que se identifica con el mensaje, que es entrenado con este mensaje, y que es transformado por el mensaje, llevando la Esperanza para este tiempo de la historia.



El libro La educación, dice que: “El que trata de transformar a la humanidad debe

comprender a la humanidad” (1). Cada uno de ustedes en algún momento tendrá la inquietud de investigar sobre un fenómeno que Dios ha dispuesto. Algunos de nosotros como docentes, ya hemos tenido la inquietud de investigar tales fenómenos que llaman nuestra atención; pero, para lograr realmente hacer cambios ante determinados fenómenos de salud, es necesario comprender a la humanidad, con sus “formas particulares de ser/hacer, decir y sentir en el mundo” (2). Esta comprensión es mucho más profunda que solamente observar y hacer técnicas. Involucra habilidades blandas como empatía, respeto, consideración, benevolencia, honestidad, bondad, entre otras; las cuales permiten obtener y analizar en forma reflexiva la información correspondiente al ser humano y el contexto en el que se desenvuelve, lo que favorece descubrir la identidad del ser.

Con esto en mente quiero que ustedes puedan conocer un poco más de mí. Quien les va a presentar este tema es una enfermera, pero no cualquiera enfermera. Soy una enfermera chilena, inmersa en un contexto que ha sido afectado en todo su desarrollo por componentes sociales, culturales, políticos, económicos, laborales y de salud. Todas estas áreas en mi país y obviamente en el suyo, de manera especial, han generado una historia que ha afectado distintas realidades y notoriamente a la disciplina de enfermería.

No solamente soy enfermera, también soy hija, soy hermana y tía. Tengo un papá y una mamá que se enamoraron y tuvieron tres hijos. Mi hermano está estudiando medicina en la Universidad Adventista del Plata (UAP), mi hermana es secretaria, y yo, enfermera. Pero, la familia no termina allí. Hay otros tres integrantes de mi familia; son dos perritas, la primera es Perla, la segunda Bella y la tercera es una gatita llamada Negrita. Los animales y/o mascotas en una familia generan lazos e impactan algún área o dimensión del ser humano y le dan identidad. Además, influyen positivamente sobre la salud mental, física y social de las personas (3). Adicionalmente, la compañía de mascotas se ha reconocido como un factor protector contra enfermedades cardiovasculares y como un fuerte reductor de estrés en los encargados y/o dueños.

A partir de esta introducción quiero que nos preguntemos: ¿La enfermería tiene identidad? ¿Qué factores contribuyen a la identidad de enfermería? ¿Cómo es la formación de la identidad profesional en los estudiantes? ¿Usted tiene identidad? ¿Se

siente enfermero? ¿Cuál es el contexto de su país?

¿Saben lo que significa Chile? Hay muchas ideas del significado. Por ejemplo, dicen que Chile es el sonido de un ave. También dicen que llegó de ciertos indígenas que pronunciaron esta palabra; pero, el significado que más ha dado la vuelta al mundo es que Chile significa “el fin del mundo, el lugar más alejado u hondo de la tierra” (4). Desconozco, si usted como enfermero de esta casa de estudio ha pensado alguna vez salir a hacer enfermería fuera de Colombia, a Perú, México, Venezuela, Siria o África. ¿Lo ha pensado alguna vez? ¿Ha pensado en irse al fin del mundo donde estoy yo? Chile es mi país, es delgado, es largo, muy angosto, pero tiene de todo. De hecho, nueve de cada diez desastres prefieren a Chile. Está dividido en regiones, provincias y comunas. Esto es importante cuando uno quiere hacer enfermería y lograr un impacto en la población. Chile está organizado en 16 regiones, 56 provincias y 346 comunas. La capital de Chile es Santiago, y allí se establece la mayor cantidad de la población chilena. Así que pensemos en la gran cantidad de gente que podemos encontrar en la capital, con la variedad de contextos, estados de salud, culturas y subculturas, observando el aumento inmenso de migrantes que ingresan a Chile con altas expectativas laborales y personales.

Provengo de la ciudad de Concepción, la octava región, donde ocurrió el terremoto en el año 2010. Trabajo, a su vez, en la Universidad Adventista de Chile, que es la décima sexta región; es la más nueva debido a que se formó hace poco y es allí donde queda la Universidad Adventista, específicamente en Chillán. La bandera de Chile es tricolor, con una estrella poderosa, cuyo significado hace referencia a un solo estado. Al norte limita con Perú, al este con Bolivia y Argentina, y al oeste, un mar inmenso llamado océano Pacífico. Tiene una superficie 756 km, y aproximadamente 17 millones de habitantes; nos encanta el “¡Viva Chile!”; creo que esto se ha replicado en muchos países, pero, el “¡Viva Chile!” se escucha en los partidos, en los asados y en las fiestas patrias. El baile típico de Chile es la cueca. Y ustedes dirán: ¿Por qué menciona todo esto? Porque es importante conocer el contexto. Porque cuando llegan las fiestas patrias, por ejemplo, los chilenos beben mucho alcohol, comen con mayor frecuencia carnes, duermen hasta muy tarde, el mes completo de septiembre es fiesta, así que imagínense cómo es el estado de salud de los chilenos, y la realidad del servicio de urgencia y emergencia en

nuestro país durante esta celebración.

Una época difícil en Chile fue en 1973. Usted menciona ese año y todos los chilenos sabemos qué ocurrió. Nada más y nada menos que un gobierno socialista fue derribado en un golpe militar, se estableció una dictadura que persistió hasta el año 1990 (18 años). Y, por si fuera poco, en los últimos 30 años, se han presentado diferentes crisis económicas (1975, 1982, 1999 y 2008); a esto le sumamos la cantidad de desastres que hay.

A pesar de todas las situaciones difíciles, cambios y crisis que enfrentó este país, Chile logró vencer una temática muy preocupante relacionada con la desnutrición, y que se veía notablemente a principios de 1920. En 1960, había muertes de niños en su primer año por enfermedades respiratorias y diarreicas. En total, 4.318 menores murieron ese año por enfermedades respiratorias, y 1.365 por enfermedades diarreicas; ya para 2000, el fallecimiento de niños se redujo a 86 y 16, respectivamente (5). Esto muestra que las intervenciones desarrolladas especialmente por los profesionales de enfermería, fueron eficientes en diferentes áreas como, por ejemplo, nutrición, salud primaria, educación y saneamiento ambiental, debido a que allí enfermería fue protagonista. Otro porcentaje preocupante en los años 1960 en Chile, se relaciona con la desnutrición de los niños. Para esa fecha, se tenía un total de 37 niños desnutridos, pero en 2000 había 2.9 (5). El programa médico establecido para combatir la desnutrición fue tremendamente efectivo, al punto que fue uno de los primeros países en reducir las tasas de desnutrición y favorecer que la población se encontrara en rangos normales. Sin embargo, con el paso de los años Chile nuevamente cambió. Según el ranking de Food and Agriculture Organization (FAO, por su sigla en inglés), Chile se posiciona, actualmente, como el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con el mayor índice de obesidad (6). Pasamos de la desnutrición a la obesidad.

Por otro lado, según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres chilenas lideran el índice de prevalencia del consumo de tabaco en Suramérica (7), y los hombres cuadruplican el

consumo de alcohol en comparación con las mujeres (8), especialmente en septiembre (fiestas patrias). Nuevo informe de la salud de las Américas en Chile afirma que la esperanza de vida al nacer son 80 años en los hombres y en las mujeres es de 85. A pesar de todos estos hábitos o factores de riesgo, la gente está viviendo más, pero quizás lleguen a una peor calidad de vida.

Todo esto se convierte en el contexto de la enfermería chilena, y cómo las etapas del cuidado fueron avanzando y evolucionaron a responsabilidades y procedimientos con mayor compromiso legal.

A partir de allí se generan las siguientes preguntas: ¿Cuál es la función actual de la enfermería en Chile en este contexto de salud? ¿La enfermería en Chile está movilizadora con las problemáticas de salud? ¿Cuál es la realidad de la enfermería en Chile actualmente? ¿A qué problemáticas disciplinarias se enfrenta hoy? ¿La población y la disciplina reconocen o valoran el quehacer enfermero como ente capaz de disminuir las tasas de morbimortalidad y de rehabilitación? ¿Se reconoce la identidad de enfermería como ciencia, disciplina, profesión y arte, capaz de impactar la salud de la población?

En relación a la identidad, enfermería ha experimentado tres momentos importantes en su evolución: fase empírica, fase evolutiva y fase de actualización, pero se ha afirmado en la profesionalización y construcción de un cuerpo de conocimiento propio relacionado con la asistencia, educación o docencia, gestión y administración, investigación, asesoría y últimamente el rol de abogacía (9); comprendiéndose como la facultad de la enfermera/o en abogar o defender los deseos del paciente, su estado, su bienestar y el de su familia (10, 11, 12, 13, 14).

La identidad es entendida como una singularidad del enfermero, que proporciona determinadas funciones sociales construidas por lo que él hace y muestra a la población. ¿Cómo lo están identificando a usted cómo enfermero? La identidad puede ser modificada por los procesos históricos, colectivos e individuales, concibiéndose como la “autopercepción de un sujeto con respecto a otros, lo que corresponde al reconocimiento y aprobación de los demás” (15)

Hay símbolos sociales que permiten que la sociedad nos identifique en determinada profesión. Por ejemplo: un maestro es reconocido por tener una pizarra; un médico, por el fonendoscopio y un delantal blanco; un bombero, por el casco o el fuego; y enfermería ¿cómo es conocida? ¿Qué hace? ¿Qué es? ¿Qué nos caracteriza o le da identidad a enfermería? ¿La toca, el color del uniforme, las agujas, las jeringas? ¿Qué es lo que está mostrando la identidad de enfermería?

Ustedes conocen las etapas del cuidado: doméstico, vocacional, técnico y profesional; en cada una de estas etapas se ha construido la historia de la enfermería, y su identidad. Aróstegui (16) menciona que la historia es la cualidad temporal que se tiene de todo lo que existe. Usted hoy en día está en una realidad y está construyendo historia. Donde usted está inserto está construyendo parte de la historia, a esto se suma que cada pueblo tiene su memoria. ¿Cuál es la memoria como enfermero y cuál es la realidad de Chile? En el siglo XXI se ha avanzado en tecnología que ha requerido el aprendizaje de los enfermeros, y que las escuelas de entrenamiento profesional ajusten, actualicen e inspiren una enfermería empoderada, líder en los avances y con capacidades de responder a la atención ocupando equipos modernos de atención, asegurando la calidad del cuidado hacia aquellos a quienes cuidan (17).

La historiografía de la profesión de enfermería en Chile es un espacio en construcción y el desafío actual es su edificación desde la disciplina (18). A comienzos del siglo XX poseía una formación de oficio; la historia de enfermería en Chile partió en 1902, comprendiéndose como una enfermería que inicia con formación un poco formal para la época, a través de un pequeño curso de enfermería que luego aumentó a tres años. En ese momento para ser enfermero no se requería la enseñanza básica. En el censo del año 1920 se determina que 1.619 personas eran enfermeros, 628 hombres y 991 mujeres, y de ellos, 22 hombres y 68 mujeres eran extranjeras (19)

En 1926, se incrementó un año de estudio y se pidió la educación básica, luego se exigió la educación media. En 1931 se aprobó el Código Sanitario en el país, pero recién en 1995 la enfermería es reconocida como profesión ingresando al código, lo que implica

tener responsabilidad legal. Esto permitió que el gobierno y la ciudadanía observaran la identidad de la disciplina emergiendo en medio de las crisis sociales, políticas y ambientales del país que hubo durante el siglo XX (20).

En 1935 se solicitó educación media completa para ingresar a la preparación de enfermería, se pidió el bachillerato y empezó la Asociación de Enfermería en la Universidad de Chile. En 1942, el doctor John Harvey Kellogg motivó la conformación de la unidad de enfermería y de enfermeras preparadas en los Estados Unidos. Entre 1948 y 1953, se crean la Escuela de Enfermería de la Universidad Concepción y la Pontificia Universidad Católica de Chile, y aparecen otros antecedentes como la necesidad de formar técnicos auxiliares de enfermería, y establece en 1963, la primera sociedad científica de enfermería, conocida como la Sociedad Chilena de Educación. En 1973, (tiempo de crisis social) se publica la primera revista de enfermería, aparece el Colegio de Enfermeras y se empieza a motivar la especialización de enfermería (21). Cuando hay crisis en algún país, enfermería se destaca por su liderazgo. Lo que nos lleva a reflexionar que siempre donde un ser humano necesite de cuidados, existirá una enfermera, no importa la circunstancia.

En 1995 se logró que las enfermeras obtuvieran el título de Licenciatura en Enfermería. Y al entrar en el siglo XXI, se escoge a la Sra. Gladys Corral como la representante en la junta directiva del CIE (2001); por otra parte en el año 2006 se firma el Protocolo de acuerdo con el Ministerio de salud de Chile en relación a la Gestión del Cuidado (22), permitiendo un escenario favorable para las enfermeras de todo el país en cuanto al desarrollo profesional, reconocimiento sanitario, liderazgo y un escenario en constante crecimiento y adaptación. Recrear el pasado sin duda permite dibujar la trayectoria que tendrá la profesión en los siguientes años, visualizar los desafíos y emprender el viaje a la conquista permanente de espacios de cuidado y nuevos conocimientos que aseguren la estabilidad profesional, la producción de más y nuevos puestos de trabajo, y la correcta interpretación de la identidad disciplinar acorde al contexto histórico por parte de la ciudadanía, las autoridades y por el mismo profesional.

Durante este largo desarrollo de la enfermería en Chile, surge en 2003, la enferme-

ría adventista cuando se propone el programa de enfermería como un nuevo programa pedagógico en la Universidad Adventista. Fue pensada para suplir una necesidad vigente hasta hoy, de profesionales enfermeros capacitados para servir al país, a la comunidad adventista, y por sobre todo a Dios reconociéndole como el Creador y el Médico de médicos. Se integra en el currículum áreas de formación espiritual, general, profesional, de especialidad y práctica. La carrera inicia su actividad en 2005 y ha titulado a más de 218 enfermeros.

Sin embargo, la práctica de un equipo multidisciplinario trabajando en contexto clínico chileno y en una institución adventista data en el año 1979, inaugurándose la Clínica Adventista de Los Ángeles, gracias al sueño y trabajo de personas como el médico Sergio Maldonado y el Pastor Augusto Baccigaluppi. Es interesante que la labor médico misionera se inicia, particularmente, en el corazón del Dr. Maldonado, cuando era niño y observó en una diapositiva la labor que cumplía un Enfermero en el campo misionero en el área de la salud, quedando absolutamente inspirado, decidiendo ser médico misionero. Tal anécdota es digna de ser destacada en este artículo (23). El desarrollo de la clínica, permitió la incorporación de enfermeros y otros profesionales adventistas pero formados en casas de estudio no confesionales, generando la necesidad de una formación académica especial, diferente de acuerdo a lo inspirado por Dios en su palabra.

En el año 2010, la carrera realiza cambios curriculares, preparándose para los procesos de acreditación. En 2017, participa del proceso de acreditación y, como resultado, la carrera es acreditada por cinco años por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA). A partir de esa fecha, se han incorporado al equipo nuevos docentes, con compromiso de estudios de posgrado y avanzando en las áreas de investigación y participación en congresos, así también ha desarrollado como iniciativa jornadas vinculadas al área laboral de la disciplina, creando espacios de actualización e inspiración para los enfermeros en formación.

Para terminar, cuan necesario es preguntarnos ¿Hacia dónde va la enfermería hoy día? ¿Cuáles son los campos laborales para enfermería actualmente? ¿Solo es el hospital o comunidad? Existen áreas emergentes como, por ejemplo: las Tics, la odontología,

la dermatología y la estética, que han abierto un camino nuevo para aplicar la gestión del cuidado y evidenciar la importancia de enfermería en aquellas disciplinas, ¿Usted ha indagado en esas áreas? Hay mucho campo laboral, y la historia debe seguir escribiéndose, ¿usted quiere escribirla?

Agradecida.

Referencias

1. White E. La Educación: Asocoación Publicadora Interamericana; 2009.
2. Mönckeberg B F. Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un expectador. Revista Chilena de Nutrición. 2003. Diciembre; 30(1): p. 160-176.
3. Agricultura OdINUpAyl. Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 2. Available from: <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>
4. Salud OPdl. Informe sobre el control del tabaco en la región de las Américas 2018. Washington, DC; 2018.
5. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018. Geneve; 2018.
6. González M. La teorización de Julio Aróstegui sobre la historia del tiempo presente como historia de vida. HISPANA NOVA. 2015;(13): p. 123-133.