

VALORES ESENCIALES EN ENFERMERÍA 1^a parte

LOS VALORES DAN FORMA A LA PRÁCTICA

Como enfermera educadora e historiadora, frecuentemente me planteo a mí misma qué es lo que ha modelado la enfermería para ser lo que es en la actualidad. Me pregunto cuáles fueron los temas de discusión, quienes eran los líderes, cuáles sus filosofías ó paradigmas que quieron la práctica, que valores empujaron las decisiones y como ha cambiado todo esto con el paso del tiempo.

Al reflexionar lo que significa preparar estudiantes para un futuro desconocido en la profesión, también me pregunto de qué fundamentos filosóficos se nutrirá ésta, que temas se debatirán y que cualidades tendrán que tener los líderes. En particular me pregunto por el papel que tendrán las enfermeras cristianas. Este artículo dividido en dos partes, es el resultado de estas reflexiones y de conversaciones relacionadas con el tema con otras colegas cristianas.

La primera parte ofrece un repaso por la historia de la enfermería en estos más de 2000 años, considerando factores como el fundamento filosófico, liderazgo, personas, temas, acontecimientos clave y valores y como éstos, han ayudado a formar las 5 eras ó etapas principales de la enfermería.

La segunda parte, sugiere que se acerca una nueva etapa en la enfermería y cómo podrían responder las enfermeras cristianas para ser referencia e influencia.

En la próxima década se anticipa un cambio en la enfermería cambiando el énfasis desde "que saben las enfermeras" a "que valoran las enfermeras", lo cual anticipa el paso de la "práctica basada en la evidencia" a la "práctica basada en los valores".

Para las enfermeras cristianas, el aumento de atención sobre los valores que sostienen la práctica enfermera, debería hacernos pensar y considerar el papel que tienen valores tales como compasión, integridad, liderazgo de servicio, ver a la persona de manera integral (holismo), discernimiento, honestidad, perdón, guardar el día de reposo....

¿Están estos valores integrados en la enfermería cristiana?
¿Deberían estarlo?

A las enfermeras cristianas que buscan una guía para su práctica cotidiana, les surge la pregunta. ¿Qué diferencia habría en la enfermería contemporánea, si tomáramos en consideración algunos valores cristianos que hemos desestimado hasta ahora y los incorporáramos a nuestra práctica diaria?

En los dos milenios pasados, la enfermería ha cambiado de la práctica basada en la fe de la iglesia cristiana (30-1860 D.C) a la práctica basada en la virtud, inspirada por Florence Nightingale (1860-1940), a la práctica basada en la eficiencia con los hospitales modernos (1940-1970), a la práctica basada en las teorías, centrada en la educación en escuelas universitarias. (1970-1990) y más recientemente a la práctica basada en la evidencia, enraizada en las instituciones de investigación intensiva (1990 al presente).

La enfermería ha sido influenciada por cada uno de estos cinco períodos.

PERIODO I. PRÁCTICA BASADA EN LA FE: (30-1860 D.C.)

Se puede seguir el rastro de la enfermería contemporánea hasta la iglesia primitiva, en la cual, las instrucciones de Jesús de cuidar a los pobres y enfermos se pusieron en práctica por sus seguidores, como un imperativo moral y como una expresión viva de su fe en Cristo. Aunque el cuidado de enfermos, de los niños, de una familia o comunidad ha formado parte de la experiencia humana en todos los tiempos y lugares, fue Jesús quien catapultó la noción radical de cuidar de los desconocidos/extraños. Jesús, no solo sanó a los enfermos sino que además encargó a sus seguidores que lo hicieran también (Mateo 10:8).

Jesús enseñó a sus seguidores, que alimentar al hambriento y al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos y cuidar a los enfermos era algo muy valorado y debería hacerse como si se hiciera al mismo Jesús. (Mateo 25:35-37) En otras palabras, era deber del colectivo cristiano cuidar de los enfermos y débiles.

El apóstol Pablo afirmaba que cuidar de los enfermos era una de las principales responsabilidades de la iglesia. Santiago en su carta, urgió a los cristianos a hacer partícipes al resto de la comunidad, de sus enfermedades, para que pudieran orar por y con ellos (Santiago 5: 14). El papel del diácono fue establecido como una manera organizada de servicio y cuidado a los demás en nombre de la iglesia cristiana. Encargados de ofrecer ayuda práctica a los necesitados, los diáconos y diaconisas de la iglesia primitiva fueron los precursores de una organización compleja, basada en la fe, como respuesta práctica al sufrimiento que acompaña a la enfermedad y a las heridas, y esto es, lo que conocemos normalmente como enfermería.

Con el tiempo, el cuidado de los enfermos, heridos, pobres y extranjeros, llegó a ser como la marca principal o el sello de la cristiandad.

Esta provisión de cuidados, poco a poco se fue institucionalizando y formalizándose como una extensión de la iglesia cristiana diversificada. En el siglo XVI las órdenes religiosas llevaban el liderazgo en Europa (y más tarde también en las colonias) como proveedores de cuidados para los enfermos. La obra pionera fue realizada por grupos tales como las hijas de la caridad de San Vicente Paul en Francia (1617), las hermanas de la caridad, franciscanas de Margarita D'Youville en Montreal (1737), las hijas de la caridad de Elisabeth Seton, en América, (1807), y el movimiento de las diaconisas luteranas de Teodoro Fliedner de Kaiserwerth, Alemania (1838).

En estas tradiciones, la enfermería era inseparable de la fe cristiana, la una estaba incompleta sin la otra.

A través de los siglos la enfermería se desarrolló en respuesta a temas sociales de pobreza y enfermedad y uno de los valores clave que se ha asociado a la enfermería desde entonces es el de la COMPASIÓN.

El valor de la compasión

Desde una perspectiva cristiana, la compasión es un valor inspirado por Cristo, que requiere renunciar a los propios deseos y actuar amorosamente hacia los demás, particularmente hacia quienes están sufriendo. Muy relacionado con la generosidad, la empatía, simpatía y misericordia, la compasión cristiana enraíza con las enseñanzas de Jesús en el sermón del monte (Mateo 5:3-12). En 2º Corintios 1:3 se describe a Dios como Padre de compasión y Dios de toda consolación. Hebreos 4:15 describe a Cristo como el gran sacerdote que es capaz de simpatizar con nuestras debilidades.

A través de los siglos, muchos cristianos se han inspirado en el ejemplo de Cristo para cuidar a los heridos, enfermos, moribundos, discapacitados ...

La compasión fue el valor clave sobre el que los cristianos desarrollaron programas e instituciones para cuidar a los enfermos.

Conforme la iglesia cristiana creció y se diversificó, la enfermería fue entendida como una vocación para mujeres solteras, religiosas que tomaban los votos. Se veía como un llamado de por vida al servicio cristiano que servía como alternativa al matrimonio y la maternidad. En el año 1860, la experiencia de una mujer en la guerra de Crimea, barrió todas las nociones de enfermería mantenidas hasta entonces y allanó el camino para una enfermería secular basada en una práctica virtuosa. El nombre de la mujer era Florence Nightingale.

PERIODO 2. PRACTICA BASADA EN LA VIRTUD. (1860-1940)

La señorita Florence Nightingale, hija mayor de una familia rica de clase alta inglesa, se dirigió primero a las diaconisas de Kaiserwerth, Alemania, para aprender lo que suponía la práctica de la enfermería. Aunque se le ha dado el crédito de cambiar la enfermería desde una posición de fragmentación, trabajos menores y desorganización a una profesión estandarizada, ordenada y respetada, el mayor logro de Florence Nightingale, bien pudo ser su reinención de la enfermería como una profesión aceptable para mujeres no pertenecientes a organizaciones religiosas. También fue una epidemióloga y estadista brillante, cuestiones que no volvieron a ser tomadas en cuenta por las enfermeras hasta pasados otros 100 años.

El sistema de enfermería de Florence Nightingale, animó a una amplia variedad de mujeres a cuidar de los enfermos, dentro de un sistema altamente estructurado. Impulsó una forma secular (no sectaria) de educación y práctica de enfermería, basada en un sistema de entrenamiento dentro de los hospitales, que combinaba el compromiso y carácter de las órdenes religiosas con la eficiencia y jerarquía de lo militar:

La visión que Florence Nightingale tenía, era que la enfermería, debía sacar lo mejor de las órdenes cristianas de monjas que había en otros lugares de Europa, pero sin el requerimiento de tener que hacer votos y estar en una comunidad cerrada. Aunque una candidata no tenía por qué ser cristiana, para entrenarse como enfermera, si se esperaba de ella que tuviera un respeto y comprensión de la enseñanza cristiana, por ejemplo, en cuanto a la lectura de la biblia, realización de oración regulares, y sobretodo honradez y carácter moral.

El valor del carácter y la buena reputación

Antes de las reformas de Florence Nightingale, la enfermería en la Inglaterra del s. XIX, estaba caracterizada por el personaje literario de Sara Gamps, con su pereza, alcoholismo e inmoralidad. Florence Nightingale creía que las enfermeras (todas mujeres) debían ser de un carácter altamente moral y se aseguraba sistemáticamente que todas aquellas que entraran a graduarse en su modelo de entrenamiento para enfermeras fueran mujeres muy competentes y con buena reputación.

Como resultado de la influencia de Florence Nightingale la virtud vino a ser una marca definitoria de la enfermería. La imagen de la enfermera se convirtió en sinónimo de una vida virtuosa, de pureza y moral al más alto nivel. La evidencia de tener una buena reputación, era el requerimiento para ser aceptada y entrenada como enfermera hasta llegar a ser titulada. No debería sorprender que la enfermería de misiones alcanzara su pico más alto en ese

periodo. Con la llegada del siglo XX, jóvenes mujeres solteras, con formación religiosa, se comprometían de por vida para servir y ministrar por todo el mundo.

La práctica de la enfermería basada en la virtud, fue el fundamento internacionalmente reconocido, para la educación y práctica enfermera, y tener "buena reputación" fue aceptado como requisito esencial para poder llegar a ser enfermera titulada.

Para Florence Nightingale la buena reputación era fundamental para una enfermería efectiva, y al menos durante un siglo, este ideal permaneció como algo intocable, a la vez que los programas de enfermería desarrollaban maneras para predecir y medir la "buena reputación". Por ejemplo, a través de referencias, certificados, y normas de comportamiento.

Mientras que la enseñanza bíblica llama a los cristianos a una vida enfocada en "todo lo que es verdadero, lo honesto, lo justo, lo puro, lo amable, lo que es de buen nombre, si hay virtud alguna, si algo digno de alabanza" (Filipenses 4:8), la virtud para las enfermeras, se medía por un código estricto de conducta que reflejaba la expresión victoriana de virtud femenina, tales como castidad, limpieza, obediencia, abstinencia de alcohol y otros vicios.

Como Anne Marie Rafferty (2005) anotó, la educación en enfermería vino a ser un "proceso purificador" por el cual la reputación cristalina de la enfermera llegó a ser faro de piedad y comportamiento.

Según Diane Hamilton (1994) esta "obsesión" con el comportamiento y reputación de la enfermera, ayudó a consolidar la identidad de grupo de la enfermería. También modeló su imagen pública como una profesión de mujeres virtuosas y dignas de confianza. No obstante el énfasis en la reputación fue puesto por encima del conocimiento, algo que los líderes de enfermería empezaron a cuestionarse según los avances en medicina comenzaban a reformar el cuidado hospitalario.

PERÍODO 3. PRÁCTICA BASADA EN LA EFICIENCIA. (1940-1970)

Uno de los avances médicos más significativos del s. XX fue el descubrimiento de la Penicilina en 1928 por el doctor Alexander Fleming. En los años 40, ya estaba disponible en forma de medicina transformando el cuidado de la infección y estimulando una ola de emoción en la investigación médica científica y tecnológica que aún no ha decaído desde entonces. A medida que los científicos descubrían e inventaban métodos cada vez más sofisticados para diagnosticar y tratar la enfermedad, incluyendo los Rayos X, el pulmón de acero, los anestésicos, la transfusión de sangre, diversos fármacos, etc., la necesidad para un cuidado realizado en el hospital, se hizo más acuciante. La tecnología médica ya no cabía en el maletín del médico para llevarla al domicilio, además de ser cara su compra. Para ser más eficientes, los pacientes debían trasladarse a los hospitales.

La educación en enfermería durante esos años estaba basada predominantemente en el hospital. Las enfermeras, todas mujeres, vivían en residencias pegadas al centro hospitalario donde estaba la escuela de enfermería. Comían, asistían a clases y cuidaban a los pacientes todo en el mismo lugar y al graduarse eran contratadas por los mismos hospitales. Teniendo que cuidar a grupos de pacientes en enormes salas, las enfermeras llegaron a ser maestras en eficiencia, atendiendo a las rutinas de los pacientes con precisión militar, ya que los cuidados post-operatorios, los de obstetricia y rehabilitadores, requerían días, semanas e incluso meses de hospitalización.

Toda la atención que requerían los pacientes, tanto de aseo, como de higiene, curación de heridas, administración de medicación y manejo de la tecnología como poner mascarillas de oxígeno, o canalizar una vía venosa, se hacía de manera habitual y bien documentada. Las áreas especializadas, como U.C.I., urgencias, quirófanos, reanimación, requerían entrenamiento específico, para lo cual las enfermeras se especializaban y tenían que ser reconocidas como especialistas para poder prestar sus servicios en dichas unidades.

El valor del servicio

En un mundo de enfermería hospitalaria, altamente jerarquizada y organizada, las enfermeras trabajaban en equipos repartiendo el cuidado en subsecciones, en el cual una enfermera podía ser responsable de muchos pacientes. (Ejemplo: enfermera para dar la medicación). La enfermería era entendida como un colectivo, de cada enfermera se esperaba que diera un cuidado estandarizado de acuerdo a las decisiones tomadas por los médicos y la supervisora de enfermería, siendo su papel contribuir al buen funcionamiento y sin complicaciones de la sala en la cual trabajaban, siendo muy apreciados los valores de humildad y sacrificio. Estar dispuesta a la auto-renuncia, tener mansedumbre, esforzarse por el bien de los demás, era esencial en el cuidado de enfermería.

El liderazgo en enfermería lo tenían enfermeras con mucha experiencia y entrega de muchos años a la profesión. Las líderes, con frecuencia ocupaban puestos administrativos en los hospitales y escuelas de enfermería.

Mujeres tales como Jean Gunn, directora de la escuela de enfermería del renombrado hospital general de Toronto, e Isabel Maitland Stewart primera presidenta del departamento de educación en enfermería del legendario Colegio de Profesores, eran enfermeras muy respetadas tanto por pacientes, como médicos y otras enfermeras. Las enfermeras y estudiantes de enfermería que mostraban un potencial para llegar a ser buenas administradoras se las encumbraba a esas posiciones, entendiendo que su papel en última instancia era servir en lo que necesitara la comunidad para la cual trabajaban, comunidad que se componía de pacientes, médicos, personal de apoyo, y otras enfermeras.

A medida que las enfermeras se iban integrando en el entorno del hospital, también aumentó sobre ellas la autoridad de los médicos, aunque su servicio a los pacientes era muy valorado, las enfermeras empezaron a cuestionarse que también tuvieran que servir a los médicos. (Ejemplo: por qué los médicos tenían un papel dominante sobre la enfermería a la vez que sobre la práctica médica y la educación) (Reverby, 1987)

Resistiéndose a la noción que las enfermeras eran simplemente las criadas de los médicos, las líderes en enfermería comenzaron a explorar vías para que la enfermería fuera entendida y expresada a parte del paradigma médico. Una manera de hacer esto, fue que las líderes de enfermería tuvieran más control sobre el currículum enfermero, en parte, encontrando vías/maneras de articular en que se diferenciaba la enfermería.

PERÍODO 4. PRÁCTICA BASADA EN LAS TEORIAS. (1970-1990)

En los años setenta, un número creciente de líderes de enfermería comenzaron a tener la visión de una enfermería que podía tener un lugar en la universidad y en colegios superiores. A medida que un número sin precedentes de enfermeras comenzaron a licenciarse y doctorarse, aunque en otros campos que no eran la enfermería, comenzaron a percibir una necesidad de articular el arte y la ciencia de ésta, para explicar, pronosticar y enseñar mejor el cuidado enfermero.

En 1996 Virginia Henderson describió estupendamente la única función de la enfermera como "asistir al individuo, enfermo o sano, a llevar a cabo las actividades necesarias para mantener su salud o para recuperarla. (ó a una muerte en paz). que el mismo haría sin ayuda si tenía la fuerza necesaria, voluntad ó conocimiento"

Algunos de los primeros teóricos de la enfermería se esforzaron en iluminar las complejidades del cuidado enfermero de manera que pudiera ser una guía para la práctica, en tanto que otros lucharon para extender la comprensión de lo que es la enfermería y lo que debe llegar a ser.

La enfermería se estaba reconstruyendo y cambiando simultáneamente según los primeros teóricos (principalmente meta-teóricos), luchaban para describir su carácter integral, completo (holístico). El reducir la esencia de la naturaleza humana a aspectos biológicos, sicológicos, sociales y espirituales, ayudó a quitar el currículo enfermero hacia programas de enfermería basados en el conocimiento, encontrando maneras de incorporar las enseñanzas de otros departamentos. También proveió oportunidades para reforzar una comprensión de las personas como un todo (seres completos) que requieren más que simplemente atención para sus necesidades físicas.

Estas maneras nuevas de comprensión más tarde servirían para diferenciar entre enfermería y medicina. Si la meta del cuidado médico es tratar la enfermedad, la meta de la enfermería es restaurar el bienestar a la persona. Si el enfoque de la medicina es el cuerpo, el enfoque de la enfermería es la interrelación entre cuerpo, mente y espíritu.

El cambio de paradigma que caracterizó a la enfermería occidental en los últimos años de los ochenta y los primeros de los noventa, era más reconocible en el ámbito de la educación en enfermería. Reconociendo el valor del conocimiento enfermero (versus conocimiento tomado prestado de otras disciplinas) un número de programas occidentales de enfermería adoptaron las teorías para emmarcar su aproximación a la enseñanza y la práctica. Por ejemplo, la universidad de Calgary (Alberta, Canadá) usó el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy para organizar el marco de trabajo en su programa de licenciatura en enfermería. Los graduados vieron el valor de usar un marco de trabajo para la práctica y encontraron maneras de incorporar teorías y modelos a la práctica clínica. El servicio de salud pública de Caldarv. usó la teoría de Dorotea Orem para organizar y registrar el cuidado enfermero. Aún así, fueron las teorías basadas en el enfoque holista (la persona como un todo), lo que cambió más radicalmente la manera de pensar y trabajar de las enfermeras.

El valor del Holismo (cuidado integral)

Cuanto más se estaba afirmando el cuidado de enfermería sobre una práctica basada en la tecnología hospitalaria, las enfermeras comenzaron a cuestionarse la aproximación reduccionista al cuidado, que enfatizaba la enfermedad, los síntomas físicos y los tratamientos.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) emitió la declaración de Alma-Ata, definiendo la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no meramente como ausencia de enfermedad.

Conforme salud y totalidad de la persona llegaron a ser el foco de la enfermería, la definición de salud de la O.M.S. comenzó a emerger en el discurso enfermero igual que lo hizo el término "Holismo" (integral, total, etc....)

Quizás una de las influencias más tempranas sobre la noción del Holismo, en enfermería fue el trabajo de Joyce Travelbee (1966) en su libro "Aspectos Interpersonales de la Enfermería", donde define a las personas como seres únicos, biológica, social, racional, y trascendentalmente, que poseen dignidad y valor inherente.

Otras enfermeras preeminentes, Marta Roders (1970), Jean Watson (1979), Rosemar Rizzo Parse (1981) y Margaret Newman (1986) desarrollaron teorías para ayudar a entender lo que significaba querer conseguir la integralidad (un estado de armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu), más que simplemente la ausencia de enfermedad.

Las enfermeras cristianas tomaron este cambio hacia el Holismo, con una mezcla de puntos de vista. Hasta los años sesenta, la enfermería había sido entendida predominantemente como una vocación ó llamado de Dios. En los años ochenta, los términos "vocación" y "profesión" habían venido a ser contrapuestos. El primero se asociaba con opresión, patriarcado, y trabajos insignificantes, y el segundo, emancipación, educación, autonomía y pericia. Según se fueron reemplazando los ideales religiosos con ideales científicos en el currículo, las enfermeras cristianas, fueron perdiendo seguridad en cuanto al papel de la fe en la práctica enfermera en forma de lectura de la biblia, oración, etc. prácticas que antes eran centrales en la enfermería ahora se rechazaban y se prohibían.

No obstante el cambio hacia el Holismo, abrió nuevas oportunidades para explorar el significado de la espiritualidad en la enfermería.

Cuando la enfermería comenzó a trasladarse de la práctica basada en las teorías a la práctica basada en la evidencia, las enfermeras cristianas eruditas, estuvieron entre las primeras que aceptaron el desafío. Ejemplos importantes son Sharon Fish y Judith Shelly (1978) con su libro "Cuidado Espiritual: el papel de la enfermera". Marta Highfield y C. Cason (1983) con su artículo "Necesidades Espirituales de los Pacientes, ¿se reconocen?". Y Verna Senner Carson, con "Dimensiones Espirituales en la Práctica Enfermera". (1989). Estas pensadoras pusieron los fundamentos para otras eruditas/os cristianas/os, que las han seguido, (Stradshaw, 1994, O'Brien, 1999, Shelly y Miller, 1999, 2006).

PERÍODO 5. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. (1990- al presente)

En Norte América, la investigación realizada por enfermería ha crecido y ganado un reconocimiento sin precedente tanto en entornos de práctica clínica como educativos.

A medida que más enfermeras graduadas y bien preparadas ocupan posiciones en el campo académico y en la práctica, se está divulgando y publicando la investigación realizada por y para enfermeras sobre temas de relevancia para la práctica clínica tanto dentro como fuera de la profesión. Al mismo tiempo, y en respuesta a una necesidad creciente de proveer al

paciente resultados seguros, estandarizados, predecibles y medibles, la enfermería está tomando el lenguaje de la medicina mediante la implantación de la práctica basada en la evidencia, como práctica puntera.

Totalmente integrada en el léxico enfermero, la práctica basada en la evidencia, provee el lenguaje para poder transmitir "la mejor práctica" a estudiantes, colegas, administradores, gestores, etc. proveviendo además estándares para poder medir y contrastar la práctica enfermera en casos de negligencias u otras situaciones de mala práctica.

El valor del pensamiento crítico

En la era de la práctica basada en la evidencia, los estudiantes de enfermería han sido animados a aprender por sí mismos, a ser pensadores críticos, colaboradores interdisciplinarios y consumidores avezados de publicaciones de investigación. Un cambio rápido en el cuerpo de conocimiento ha hecho necesario que las enfermeras estén a la última de los nuevos desarrollos en su campo y eso ha sido posible gracias al avance de la tecnología de los ordenadores. El valor clave debajo de la práctica basada en la evidencia, es el pensamiento crítico definido en la edición de 2009 de Potter and Perry, "Fundamentos de enfermería", "como un proceso cognitivo, organizado y activo usado cuidadosamente para examinar el pensamiento propio y el de los otros" (Chaffee, 2002, citado en Potter and Perry 2009, pag 216). Dentro del paradigma de la enfermería basada en la evidencia, es importante ser autodirigido, autoinformado, y con una mente abierta hacia maneras diversas de pensamiento conociendo, actuando y creyendo.

Limitaciones de la práctica basada en la evidencia.

El pensamiento crítico es tan importante, porque el éxito de la práctica basada en la evidencia, se debe en parte a la dependencia de la habilidad para aplicar la evidencia de manera apropiada al entorno clínico. Una aplicación es potencialmente mala cuando se toma la evidencia sin ser criticada (escrutada) por aquellos que no entienden la naturaleza (y sus límites) de la evidencia provista.

Aunque pocos estarían en desacuerdo con que la práctica enfermera debería estar enraizada en una evidencia fuerte, la práctica basada en la evidencia ha tenido importantes limitaciones. Para que la práctica basada en la evidencia fuera aceptada como un paradigma práctico, hubo que aceptar ciertas presunciones:

- 1) que el conocimiento de la mejor práctica puede ser cuantificado y medido, (o calificado y descrito), a través de la investigación articulada mediante informes verbales o escritos, y estandarizados en normas.
- 2) que el conocimiento extrapolado en un entorno puede ser transferido y usado en otro.
- 3) que este conocimiento proveerá apoyo y dirección a las enfermeras en primera línea de trabajo en sistemas de salud destruidos y decepcionantes.

, Hasta qué punto puede la investigación proveer respuestas a cuestiones profundas sobre el sufrimiento, significado de la vida, para que está uno aquí?

La práctica basada en la evidencia es un desarrollo importante en la evolución de la profesión. Levanta expectativas, afluencia de recursos y da a las enfermeras una oportunidad para influir en el cuidado del paciente en una escala más amplia.

No obstante cuando reemplaza los fundamentos de la teoría, filosofía, historia e incluso los teológicos con el discurso de la profesionalización, se deja

a las enfermeras con muy poca dirección hacia preguntas más profundas y hondamente personales ¿de dónde venimos? ¿a dónde vamos? ¿por qué estoy aquí? ¿Qué estamos intentando conseguir? ¿tiene significado lo que hago? Estas cuestiones golpean el corazón de la enfermería invitándonos a mirar seriamente hacia los valores que deberían guiar nuestra práctica.

Sonia Grypma

Enfermera e historiadora, profesora asociada de Trinity Western University en Langley, BC Canadá.

Este artículo, ha sido traducido de la revista JCN Online extra Julio- Sept. 2009.Traducción: Isidora Pérez Cano. enfermera